

Université de Montréal

**Les personnes ayant un trouble mental et la justice : du contact policier
à la mise en accusation**

Par

Marjolie Latulippe

École de criminologie,
Faculté des arts et des sciences

Mémoire présenté en vue de l'obtention du grade de Maîtrise ès sciences (M.sc.)
en criminologie, option mémoire

Décembre 2021

© Marjolie Latulippe, 2021

Université de Montréal

Unité académique : École de criminologie, Faculté des arts et des sciences

Ce mémoire intitulé

Les personnes ayant un trouble mental et la justice : du contact policier à la mise en accusation

Présenté par

Marjolie Latulippe

A été évalué par un jury composé des personnes suivantes

Rémi Boivin

Président-rapporteur

Anne Crocker

Directrice de recherche

Tamsin Higgs

Membre du jury

Résumé

Une prise en charge inadéquate des personnes atteintes d'un trouble mental par le système de justice pénale a été soulevée il y a plus de 60 ans. Celle-ci est toujours présente aujourd'hui. Effectivement, les personnes atteintes d'un trouble mental sont surreprésentées sur tout le continuum des procédures judiciaires pénales. La littérature révèle plusieurs facteurs associés à divers contacts avec le système de justice. Ceux-ci sont toutefois étudiés, la plupart du temps, distinctement les uns des autres (p. ex. contact avec les services policiers, arrestation, mise en accusation) plutôt que comme faisant partie d'un continuum de progression au sein du système de justice pénale (p. ex., progression d'un contact avec les services policiers à une arrestation). Ce mémoire vise deux objectifs. Premièrement, il vise à cerner les facteurs identifiés dans la littérature qui sont associés à la décision policière d'arrêter un individu atteint d'un trouble mental. Deuxièmement, il vise à identifier les facteurs associés à la progression d'individus atteints d'un trouble mental à travers le système de justice pénale jusqu'à la mise en accusation, soit la progression a) d'aucun contact avec les services policiers à un contact avec les services policiers; b) d'un contact avec les services policiers à une arrestation; et c) d'une arrestation à une mise en accusation. Une revue systématique a été réalisée pour répondre au premier objectif. Un total de 19 études a été identifié parmi quatre bases de données bibliographiques. Le deuxième objectif a été adressé par le biais d'analyses secondaires des données du projet *AMONT*, un projet sur la stabilité résidentielle de 478 individus faisant une première utilisation significative des services en santé mentale. Les données sociodémographiques, psychosociales et cliniques autorapportées de contacts avec les services policiers, d'arrestations et de mises en accusation au cours des six mois précédant le premier contact avec les services en santé mentale ont été colligées. Des régressions logistiques ont été effectuées pour vérifier la progression des individus à travers les premières

étapes du système de justice pénale. Les résultats de ce mémoire suggèrent que chacune des premières étapes de progression dans le système de justice pénale présente des facteurs de risques distincts. Plusieurs des facteurs significativement associés à la progression d'aucun contact avec les services policiers à un contact avec les services policiers pourraient l'être en raison d'une situation de crise. De plus, les résultats soulignent l'importance de la perception des policiers dans la décision de procéder à une arrestation et cela, au-delà de caractéristiques objectives ou autorapportées des personnes atteintes d'un trouble mental. On peut émettre l'hypothèse que, de la même façon que les perceptions des policiers peuvent influencer la décision de procéder à l'arrestation, les perceptions des procureurs pourraient influencer la décision de porter des accusations. Plus de recherche est nécessaire pour vérifier l'impact de la perception des acteurs judiciaires sur la progression dans le système de justice pénale des personnes atteintes d'un trouble mental. Si les perceptions sont aussi importantes que le suggère ce mémoire, il serait important de compléter les programmes de diversion par des formations pour informer les acteurs du système de justice pénale de l'impact de leurs perceptions sur leurs décisions.

Mots-clés : Système de justice pénale, trouble mental, policiers, mise en arrestation, mise en accusation, revue systématique

Abstract

About 60 years ago light was shed on an inadequate processing of persons with mental illness through the criminal justice system. This phenomenon is still of concern nowadays. In fact, persons with mental illness are overrepresented all along the continuum of contacts with the criminal justice system. However, these contacts are mostly studied as discrete events (e.g., contact with police services, arrest, indictment) rather than as being part of a continuum representing a movement through the criminal justice system (e.g., progression from a contact with police services to an arrest). The first objective of this research project is to identify, in the literature, factors associated with the decision of police officers to arrest persons with mental illness. The second objective is to identify, among persons with mental illness, factors associated with proceeding from: 1) no contact with police services to a contact with police services; 2) a contact with police services to an arrest; and 3) an arrest to an indictment. A systematic review was made to pursue the first objective. A total of 19 studies were identified from four databases. To address the second objective, secondary analysis of the baseline data from the *AMONT* project were made. This project examined residential stability of 478 first-time mental health service users. Sociodemographic, psychosocial, and self-reported data regarding contacts with police services, arrests and indictments in the six months prior to the first interview were collected. Logistic regressions were conducted in order to assess the flow through the different stages of the criminal justice system. Findings of this research project suggest that the movement through each stage presents distinctive risk factors. Several factors significantly associated with the flow from no contact with police services to a contact with police services might be caused by mental health crisis. Moreover, results highlight that perceptions of police officers' might have a greater impact on the flow from a contact with police services to an arrest than actual or self-reported characteristics of persons with mental

illness. Results also enable to suggest that, in the same way police officers' perception can influence police officers' decision to arrest, perceptions of prosecutors might influence the flow from an arrest to an indictment. More research should be done on the weight of judicial actors' perception in trajectories of persons with mental illness through the criminal justice system. If their weight is proven to be substantial, diversion programs would benefit to be supported by judicial actors training on the impact of their perceptions on their decisions.

Keywords: criminal justice system, mental illness, police officers, arrest, indictment, systematic review

Table des matières

Résumé	i
Abstract	iii
Table des matières	v
Liste des tableaux	viii
Liste des figures	ix
Liste des sigles et abréviations	x
Remerciements	xi
Introduction	1
Chapitre 1. Recension des écrits et problématique	5
1.1. Définitions	6
1.1.1. Trouble mental	6
1.1.2. Contact avec le système de justice pénale.....	7
1.1.3. Progression dans le système de justice pénale.	8
1.2. Recension des écrits.....	9
1.2.1. Contacts avec les services policiers et contacts judiciaires chez les personnes atteintes d'un trouble mental : portrait de la situation	9
1.2.2. Hypothèses explicatives des contacts des personnes atteintes d'un trouble mental avec le système de justice pénale	13
1.2.3. Conséquences des contacts des individus atteints d'un trouble mental avec le système de justice pénale	18
1.2.4. Progression dans le système de justice pénale	20
1.3. Problématique et objectifs	23
Chapitre 2. Méthodologie.....	26
2.1. Objectif 1 : Cerner les facteurs identifiés dans la littérature qui sont associés à la décision policière d'arrêter un individu atteint d'un trouble mental	27

2.1.1. Stratégie de recherche	27
2.1.2. Critères d'inclusion et d'exclusion.....	29
2.1.3. Extraction de données.	30
2.2. Objectif 2 : Identifier des facteurs associés à la progression des personnes atteintes d'un trouble mental à travers les premières étapes du système de justice pénale	30
2.2.1. Devis.....	30
2.2.2. Participants	31
2.2.3. Données	32
2.2.4. Mesures	34
2.2.5. Stratégie analytique	38
2.3. Approbations éthique	39
Chapitre 3. Article 1	41
Abstract	44
Introduction	44
Methods.....	47
<i>Study selection</i>	48
<i>Data extraction</i>	49
Results.....	49
<i>Quantitative studies</i>	56
<i>Qualitative studies</i>	58
Discussion	59
Conclusion.....	63
Chapitre 4. Article 2	64
Abstract	67
1. Introduction.....	67

1.1. Context.....	67
2. Methods.....	70
2.1. Design.	70
2.3. Participants.....	70
2.4. Data.	70
2.5. Measures.	71
3. Analyses.	74
4. Results.....	74
4.3. Sample description.....	74
4.4. Factors associated with the flow through the criminal justice system.....	75
4.5. Progression prediction.	75
5. Discussion	76
6. Conclusion.....	80
Chapitre 5. Discussion générale	88
5.1. Limites et forces.....	90
5.1.1. Limites.....	90
5.1.2. Forces	92
Chapitre 6. Conclusion.....	94
Références	97
ANNEXE I Tableaux synthèse des résultats de la revue systématique	115

Liste des tableaux

Tableau 1 Codification des variables dépendantes	35
Table 2 Characteristics of studies.....	51
Table 3 Characteristics of the sample.....	81
Table 4 Bivariate results.....	82
Table 5 Regression models.....	87

Liste des figures

Figure 1 Modèle séquentiel d'interception (adapté de Abreu et ses collègues, 2017 et Munetz & Griffin, 2006)	3
Figure 2 Organigramme du processus d'identification d'articles	29
Figure 3 Flow chart of study selection process	50

Liste des sigles et abréviations

APA : *American Psychiatric Association*

BIS : *Barratt Impulsiveness Scale*

CIM : Classification Internationale des Maladies

CIT : *Crisis Intervention Team*

CSI : *Colorado Symptom Index*

DSM : Manuel diagnostique et statistique

HRA : *Homelessness Risk Assessment*

MCT: *Mobile Crisis Team*

MINI : *Mini-International Neuropsychiatric Interview*

OMS : Organisation mondiale de la santé

Remerciements

Je tiens à remercier spécialement Anne Crocker, Marichelle Leclair, Ann-Pierre Raiche, Laurence Roy et Yanick Charette. Je vous remercie tous pour vos précieux commentaires, suggestions et temps accordé pour la réalisation de ce mémoire, y compris la rédaction de deux articles. Laurence, je te remercie également de m'avoir permis d'utiliser les données d'un de tes projets pour la réalisation de ce mémoire. Anne, ma directrice de recherche, j'aimerais, au surplus, te remercier d'avoir trouvé le temps pour toutes nos rencontres, et cela, hebdomadairement au cours des derniers mois de rédaction, malgré ton horaire surchargé. J'aimerais également te remercier d'avoir toujours su te rendre disponible pour répondre à mes multiples questions et pour la lecture, révision et relecture de mon mémoire, et cela jusqu'à ce qu'il prenne la forme qu'il a aujourd'hui. Marichelle, je te remercie, de plus, pour ta disponibilité et présence lors de mes questionnements, de même que pour ta guidance pour la rédaction des articles et mes analyses. Ann-Pierre, je tiens également à te remercier, en plus, pour ta présence, qui était rendue presque quotidienne à un moment de ma rédaction, de même que pour la motivation que tu as su me transmettre et ton aide pour me structurer lorsque je ne savais plus où me diriger.

Bref, tous, vous m'avez permis d'évoluer, et vous avez fortement contribué à ma formation. Cela m'a permis d'en arriver à ce résultat final qu'est mon mémoire de maîtrise, sans compter l'acquisition de nouveaux outils et habiletés qui me seront certainement utiles pour faire face aux défis à venir.

Introduction

En 1972, le psychiatre américain Marc F. Abramson met en lumière une prise en charge inadéquate des personnes atteintes d'un trouble mental par le système de justice pénale. Il soulève que celles-ci sont fréquemment mises en état d'arrestation et sujettes à des poursuites criminelles en raison d'infractions mineures. Il nomme ce phénomène « *criminalization of mentally disordered behavior* » (Abramson, 1972, p. 16). Près de 60 ans plus tard, ce phénomène est toujours d'actualité. Effectivement, les personnes atteintes d'un trouble mental sont surreprésentées sur tout le continuum des procédures judiciaires pénales (Baillargeon et al., 2009; Beaudette & Stewart, 2016; Blitz et al., 2008; Brattie et al., 2013; Charette et al., 2014; Fazel & Seewald, 2012; Grenier & Fleury, 2012; Hoch et al., 2009; Maxwell, 2017; Statistique Canada, 2013). Elles seraient plus fréquemment en contact avec les services policiers que celles ne présentant pas de trouble mental (en moyenne 4,8 contacts annuellement, comparativement à 1,7 pour les individus sans trouble mental; Hoch et al., 2009). De plus, bien que les probabilités différentielles d'arrestation diffèrent d'une étude à l'autre (Boyce et al., 2015; Novak & Engel, 2005; Teplin, 1984), les personnes atteintes d'un trouble mental seraient plus susceptibles d'être mises en état d'arrestation dans le cas d'une infraction mineure (33,3% versus 9,3%; Charette et al., 2014). De surcroît, à l'étape de la mise en accusation, les personnes atteintes d'un trouble mental grave seraient 2,6 fois plus susceptibles d'être accusées d'un crime que les personnes sans trouble mental au cours d'une année (7,4% versus 2,8%; Banks et al., 2009). Elles se verraient également plus fréquemment refuser une libération provisoire (52,3% versus 40,5%; Brattie et al., 2013). Puis, comparativement à la population canadienne, elles seraient plus susceptibles d'être trouvées coupables (72% vs 63%; Hoch et al., 2009; Maxwell, 2017) et incarcérées (57% vs 37%; Hoch et al., 2009; Maxwell, 2017) suite à une mise en accusation. Une méta-analyse internationale souligne d'ailleurs que 3,7% des

personnes incarcérées présenteraient un trouble psychotique et 11,4% un trouble dépressif majeur (Fazel & Seewald, 2012).

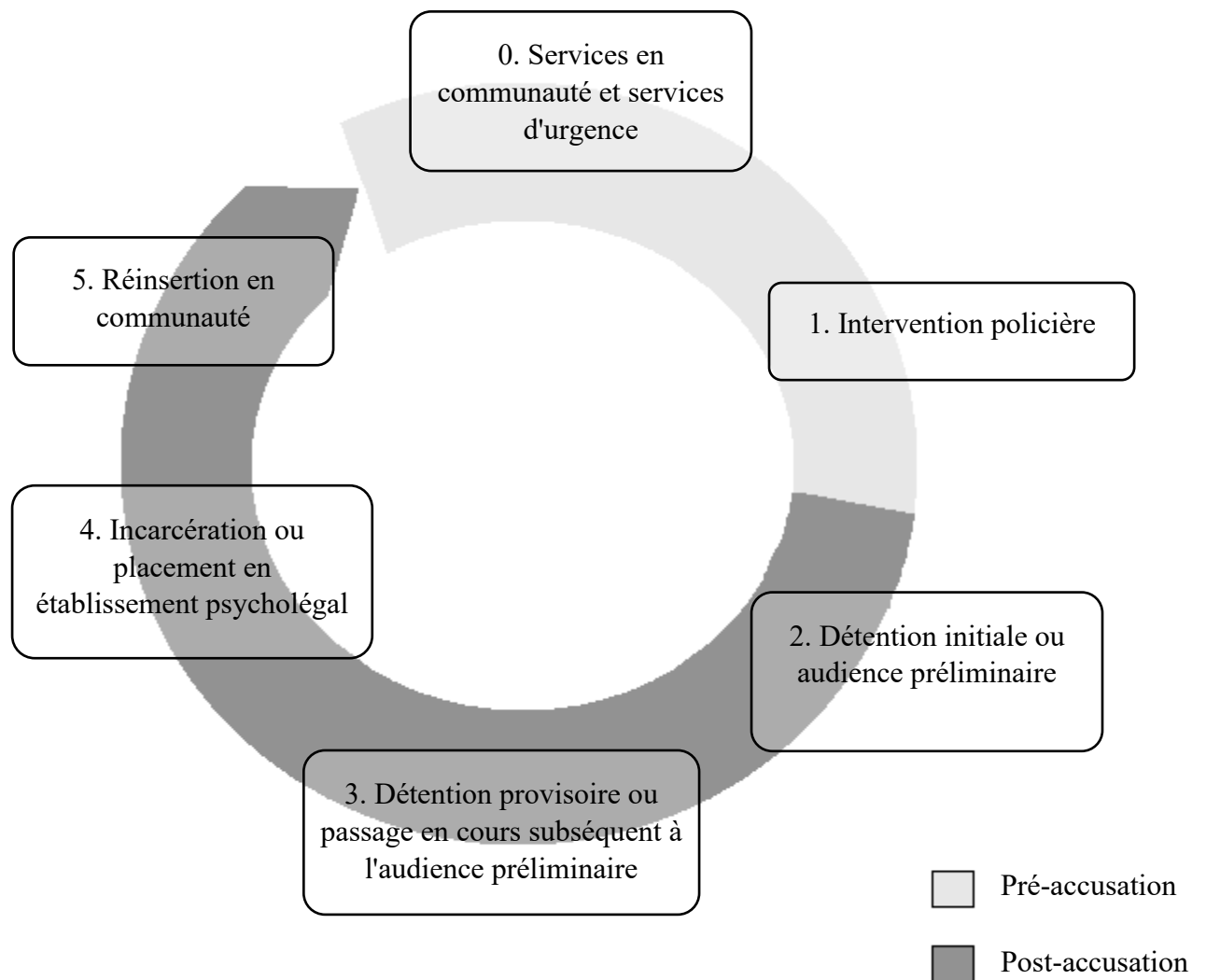
Afin d'offrir des alternatives à la judiciarisation, plusieurs initiatives ont été mises en place (Sirotich, 2009). Le modèle séquentiel d'interceptions a d'ailleurs été élaboré afin d'identifier les opportunités d'intervention, de même que de voir à l'organisation des services sur le continuum de contacts avec le système de justice pénale (Abreu et al., 2017; Munetz & Griffin, 2006; voir figure 1). Ce modèle représente la trajectoire des individus dans le système de justice pénale et met en lumière différents points où ceux-ci peuvent être interceptés, soit pour éviter leur entrée dans le système de justice pénale, soit pour y éviter une progression. Plusieurs initiatives se retrouvent donc à ces divers points d'interception, notamment aux premiers contacts avec le système de justice pénale, soit avant la mise en accusation. En plus de ces initiatives, plusieurs études ont examiné les caractéristiques des individus atteints d'un trouble mental à divers points d'interception dans le système de justice pénale, notamment à l'étape de l'arrestation (Livingston, 2016). Ainsi, la littérature met en lumière les caractéristiques des individus atteints d'un trouble mental les plus susceptibles d'avoir été arrêtés. Toutefois, elle ne soulève que rarement la question de la progression dans le système de justice pénale des individus atteints d'un trouble mental.

Ce mémoire porte donc sur les facteurs associés à la progression des personnes atteintes d'un trouble mental dans le système de justice pénale, au cours des premières étapes du processus judiciaire, soit : 1) la progression d'aucun contact avec les services policiers vers un contact avec les services policiers; 2) la progression d'un contact avec les services policiers vers une arrestation et 3) la progression d'une arrestation vers une mise en accusation. Pour ce faire, ce mémoire se divisera en six chapitres, dont deux articles scientifiques en voie de soumission. Le premier chapitre présente la définition des concepts principaux de ce mémoire, une recension des écrits portant sur les contacts des personnes atteintes d'un trouble mental avec le système de justice pénale et se

conclut par l'énoncé de la problématique et les objectifs de recherche de ce mémoire. Le deuxième chapitre présente la méthodologie utilisée pour répondre aux objectifs. Les troisième et quatrième chapitres constituent deux articles scientifiques en voie de soumission. Le premier article présente une revue systématique de la littérature portant sur les facteurs associés à la décision des policiers de procéder à une arrestation lors d'une intervention auprès d'une personne atteinte d'un trouble

Figure 1

Modèle séquentiel d'interception (adapté de Abreu et ses collègues, 2017 et Munetz & Griffin, 2006)



mental. Le deuxième article cerne les facteurs associés à la progression dans le système de justice pénale des personnes atteintes d'un trouble mental aux trois étapes déjà mentionnées (c.-à-d. contact avec les services policiers, arrestation, mise en accusation). Le cinquième chapitre constitue une discussion générale des résultats de ce mémoire. Puis, une conclusion est présentée en sixième et dernier chapitre.

Chapitre 1. Recension des écrits et problématique

Ce chapitre vise à présenter les fondements de ce mémoire. Ainsi, les concepts seront d'abord présentés. S'ensuivra une recension des écrits portant sur les contacts des personnes atteintes d'un trouble mental avec le système de justice pénale. Puis, la problématique de ce mémoire, de même que ses objectifs, seront énoncés.

1.1. Définitions

1.1.1. Trouble mental

Deux classifications des troubles mentaux sont principalement utilisées à travers le monde (Pull, 2014). L'une est le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM) publié par l'Association américaine de psychiatrie (APA; American Psychiatric Association, 2013). L'autre est la Classification internationale des maladies (CIM) publiée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS; World Health Organization, 2019). La version actuelle du DSM (c.-à-d. DSM-5) ainsi que la version révisée du CIM qui entrera en vigueur en 2022 (CIM-11) adoptent la même définition de trouble mental (American Psychiatric Association, 2013; World Health Organization, 2018). Plus précisément, le trouble mental est défini comme étant

syndromes characterized by clinically significant disturbance in an individual's cognition, emotional regulation, or behaviour that reflects a dysfunction in the psychological, biological, or developmental processes that underlie mental and behavioural functioning. These disturbances are usually associated with distress or impairment in personal, family, social, educational, occupational, or other important areas of functioning. (American Psychiatric Association, 2013, p. 20; World Health Organization, 2018, <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/334423054>)

Le terme « trouble mental grave » est souvent utilisé dans la littérature pour faire référence à la dépression majeure, la schizophrénie ainsi que le trouble bipolaire (Constantine et al., 2010; Lurigio, 2011, 2013; Roy et al., 2014; Steadman et al., 2009). Encore une fois, l'APA et l'OMS apportent des définitions très similaires de ce terme. En effet, toutes deux caractérisent un trouble mental de grave lorsqu'il porte sérieusement atteinte au fonctionnement de la personne dans ses activités quotidiennes (American Psychiatric Association, 2018; World Health Organization, 2017).

1.1.2. Contact avec le système de justice pénale

Tel que le soulignent Sugie et Turney (2017, p. 720), « *criminal justice contact includes many forms of interaction with criminal justice agencies, including but not limited to incarceration in jails and prisons* ». Ainsi, toute interaction avec un acteur du système de justice pénale réfère à un contact avec le système de justice pénale.

Ces contacts peuvent être placés sur un continuum allant d'un contact avec les services policiers à une condamnation. En ce sens, chaque contact sur ce continuum représente une étape dans le processus judiciaire.

Deux types de contacts peuvent être distingués : les contacts avec les services policiers et les contacts avec l'appareil de justice (ci-après, contacts judiciaires). Dans le cadre de ce mémoire, un contact avec les services policiers représente toute interaction entre un policier et un individu, peu importe l'objet ou l'issue de l'interaction. Un contact judiciaire quant à lui réfère à tout contact avec le système de justice pénale, en tant que suspect, accusé ou coupable, au-delà d'un contact avec les services policiers. À titre d'exemple, un contact judiciaire peut être une arrestation, une mise en accusation, une détention préventive, etc.

1.1.3. Progression dans le système de justice pénale.

À chacune des étapes du processus judiciaire, plusieurs acteurs du système de justice pénale ont un pouvoir discrétionnaire sur la progression de l'individu dans ce système. Les policiers ont un pouvoir discrétionnaire quant à la progression d'un contact avec les services policiers vers un contact judiciaire. Davis (1969, p. 4) réfère à la discrétion d'un policier « *whenever the effective limits on his power leave him free to make a choice among possible courses of action or inaction* » et peut s'opérer dans plusieurs décisions. Goldstein (1977) en définissait six catégories : les objectifs du travail policier dans différentes situations, les méthodes d'intervention, les issues des interventions, les méthodes d'enquêtes, les procédures sur le terrain et la délivrance de permis. Nickels (2007), suggère cinq dimensions à la discrétion policière : 1) la *surveillance-discretion*, soit les choix des policiers quant à leur surveillance effectuée dans les lieux publics (p. ex. choix du style de patrouille); 2) la *response-discretion*, soit leurs choix quant à leurs réponses aux citoyens demandant des informations ou des services; 3) la *record-discretion*, soit leurs choix quant à l'identification et le rapport des événements qu'ils observent; 4) la *seizure-discretion*, soit leurs choix quant à la fouille ou la saisie d'individus ou de propriétés privées; et 5) la *coercion-discretion*, soit leur choix de coercition par le biais de la force ou la menace de la force. Ainsi, les policiers ont un pouvoir discrétionnaire significatif, notamment, sur l'orientation des personnes interpellées : 1) ils peuvent résoudre la situation de façon informelle (p. ex., par un avertissement); 2) mettre le suspect en état d'arrestation; ou 3) le référer à des services en santé mentale (Cardinal & Laberge, 1999; Teplin, 2000; Watson et al., 2004). Lorsque l'individu est arrêté, son contact avec les services policiers progresse vers un contact judiciaire.

Suivant une arrestation, le policier peut décider de soumettre une demande d'intenter des procédures au procureur. Suite au dépôt d'une demande d'intenter des procédures, le procureur

doit l'autoriser afin que des accusations soient officiellement déposées¹. Ainsi, les procureurs ont également un pouvoir discrétionnaire sur la progression d'un individu dans le système de justice pénale.

1.2. Recension des écrits

1.2.1. Contacts avec les services policiers et contacts judiciaires chez les personnes atteintes d'un trouble mental : portrait de la situation

1.2.1.1. Contacts avec les services policiers

Les données d'un sondage canadien réalisé en 2012 suggèrent que, sur une période d'un an, près d'un Canadien sur cinq (18,4 %) entrerait en contact avec les services policiers (Boyce et al., 2015). Parmi ceux-ci, au moins une personne sur cinq (18,8 %) présenterait un trouble mental ou d'utilisation de substances.

La suspicion de la commission d'une infraction, la victimisation et le fait d'avoir été témoin d'un crime peuvent entraîner un contact avec les services policiers (Boyce et al., 2015). Certaines personnes pourraient également entrer en contact avec les services policiers en lien avec la présence

¹Trois provinces canadiennes, soient le Québec, le Nouveau-Brunswick et la Colombie-Britannique, présentent une particularité quant à la procédure pour amorcer une poursuite. Directeur des poursuites criminelles et pénales. (2019). *Les origines et les fondements de l'institution du DPCP*. http://www.dpcp.gouv.qc.ca/ressources/pdf/publications/2019/01111_Les_origines_et_les_fondements_institution_du_DPCP.pdf, Griffiths, C. T. (2018). *Canadian Criminal Justice: A Primer* (6 ed.). Nelson Education Limited. <https://books.google.ca/books?id=uBwQtAEACAAJ>. Dans ces trois provinces, comparativement au reste du Canada, le policier ne peut directement présenter au juge de paix une dénonciation qui amorcera les poursuites. Effectivement, dans ces trois provinces, avant de présenter une dénonciation au juge de paix, le policier doit déposer une demande d'intenter des procédures au procureur qui, lui, doit l'autoriser.

d'un trouble mental (Boyce et al., 2015). Effectivement, deux principes issus de la Common law² confèrent aux policiers l'intervention lors d'une situation de crise (Strong, 1983; Teplin, 2000). Le sondage cité ci-haut révèle que le motif du contact avec les services policiers serait un problème d'ordre émotionnel, psychiatrique ou d'utilisation de substances pour 18,7 % des individus atteints d'un trouble mental ou d'un trouble de l'utilisation de substances ayant été en contact avec les services policiers (Boyce et al., 2015).

L'importance de l'intervention policière auprès d'individus atteints d'un trouble mental a également été notée par des policiers eux-mêmes. Effectivement, des chefs de police de diverses régions au Canada ont noté que les appels liés à la santé mentale représentent une grande proportion des appels, tout en rapportant une augmentation de la quantité au cours des dernières années (Standing Committee on Public Safety and National Security, 2014). Plus précisément, dans un rapport du Comité permanent de la sécurité publique et nationale (2014), le chef de la police régionale de Vancouver indique qu'en 2012, 30 % des appels à la police impliquaient des individus atteints d'un trouble mental. Il ajoute également, qu'en moyenne, les policiers accompagnent quotidiennement sept individus à l'urgence en raison d'un trouble mental. À Halifax, le chef de policier révèle qu'entre 2007 et 2012, les appels liés à la santé mentale ont presque doublé (de 638 en 2007 à 1193 en 2012). Une revue systématique effectuée en 2016, incluant majoritairement des études réalisées aux États-Unis, nuance toutefois cette proportion en indiquant qu'il s'agit plutôt d'un pour cent des appels qui impliquent des individus atteints d'un trouble mental et que les proportions varient selon la méthode utilisée pour identifier la présence d'un trouble mental lors de l'appel (p. ex. perception des policiers ou données administratives; Livingston, 2016). Ainsi, la

² « (1) *The power and responsibility of the police to protect the safety and welfare of the public, and (2) *parens patriae*, which dictates protection for disabled citizens such as mentally ill persons* » Teplin, L. A. (2000). Keeping the Peace: Police Discretion and Mentally Ill Persons. *National Institute of Justice Journal*, 244, 8-15. <https://www.ncjrs.gov/pdffiles1/jr000244c.pdf> .

prévalence des contacts entre les policiers et les personnes atteintes de trouble mental semble fortement influencée par la méthodologie utilisée et le pays étudié.

Divers facteurs sont associés aux contacts avec les services policiers chez les personnes atteintes d'un trouble mental : la consommation d'alcool ou de drogues couplée à l'inobservance au traitement (Borum et al., 1997), un jeune âge (Brekke et al., 2001; Wolff et al., 1997), l'instabilité résidentielle (Brekke et al., 2001) et le genre masculin (Wolff et al., 1997).

1.2.1.2. Contacts judiciaires

Une proportion importante de personnes atteintes d'un trouble mental aurait été en contact avec le système de justice pénale (Daff & Thomas, 2014; Hensel et al., 2020; Hodgins et al., 1996; Livingston, 2016). Effectivement, une revue systématique révèle que 40 % des individus atteints d'un trouble mental grave auraient déjà été arrêtés au cours de leur vie (Livingston, 2016). De plus, 15,6 % à 18,6 % des individus atteints d'un trouble mental grave auraient déjà été accusés (Daff & Thomas, 2014; Hensel et al., 2020) et, 15,5 % à 16,3 %, condamnés (Daff & Thomas, 2014; Hodgins et al., 1996).

La littérature met en lumière des facteurs associés à des contacts avec l'appareil de justice chez les personnes atteintes d'un trouble mental tels qu'avoir des problèmes familiaux (Schwartz et al., 2015), avoir subi des traumatismes à l'enfance et vécu en centre jeunesse (Edalati & Nicholls, 2019; Edalati et al., 2017), le genre masculin (Greenberg et al., 2011; McCabe et al., 2013), être au chômage (McCabe et al., 2013), l'impulsivité (Roy et al., 2016) et avoir un trouble d'utilisation de substances (Greenberg et al., 2011).

La littérature révèle également des facteurs associés à différents contacts (ou étapes), notamment aux étapes de l'arrestation, la condamnation et l'incarcération. Il est toutefois à noter que la plupart des études à ce sujet ont été réalisées aux États-Unis. Les particularités de ce pays,

par exemple les inégalités sociales entre les différents groupes racisés (Lewis & Burd-Sharps, 2010), pourraient donc influencer les résultats. À l'étape de l'arrestation, les facteurs suivants ont été identifiés : le genre masculin (Livingston, 2016; Van Dorn et al., 2011), un jeune âge (Roy et al., 2014; Van Dorn et al., 2011), le fait d'appartenir à une minorité ethnoraciale en particulier afro-américaine (Gilbert et al., 2010; Livingston, 2016; Van Dorn et al., 2011), un trouble d'utilisation de substances (Livingston, 2016; Swartz & Lurigio, 2007; White et al., 2006), un trouble bipolaire (Livingston, 2016), des symptômes de manie (Livingston, 2016), le fait d'être au chômage (Livingston, 2016), de vivre en situation d'itinérance (Livingston, 2016; White et al., 2006), d'avoir un faible statut socio-économique (Livingston, 2016), un historique de comportements antisociaux ou un trouble de personnalité antisociale (Prins et al., 2015), ne pas avoir reçu des services de soins ambulatoires (Constantine et al., 2012), avoir reçu au moins un service d'urgence ou avoir été hospitalisé (Constantine et al., 2012), avoir un besoin perçu élevé pour de services médicaux (Roy et al., 2014), une haute intensité d'utilisation de services en santé mentale (Roy et al., 2014), avoir reçu un diagnostic de troubles de conduite avant l'âge de 15 ans (Roy et al., 2014), ne pas avoir de médication mensuelle (Roy et al., 2014), un manque d'observance au traitement (Van Dorn et al., 2011; Van Dorn et al., 2013) et l'absence d'un trouble psychotique (Van Dorn et al., 2011). À l'étape de la condamnation les facteurs suivants ont été identifiés : un faible fonctionnement général dû à la présence de symptômes psychiatriques (Bo et al., 2021), une personnalité narcissique (Bo et al., 2021), un trouble d'utilisation de substances (Daff & Thomas, 2014; Wenzel et al., 1996), vivre en situation d'itinérance depuis plus d'un an (Leal et al., 1999), puis, une mauvaise conduite à l'école et un historique de contacts avec les services policiers ou avec les services de protection de l'enfance (Eriksson et al., 2011). À l'étape de l'incarcération, les facteurs suivants ont été identifiés : vivre en situation d'itinérance (Hawthorne et al., 2012; White et al., 2006), l'utilisation de substances (Roy et al., 2014; Schnittker et al., 2012; White et al., 2006), une

ethnie afro-américaine (Roy et al., 2014), le genre masculin (Roy et al., 2014), un jeune âge (Roy et al., 2014), le chômage (White et al., 2006), un historique de contacts avec le système de justice pénale (Roy et al., 2014) et des antécédents d’incarcération (Hawthorne et al., 2012).

Pour plusieurs, les contacts avec le système de justice pénale débutent avant une première utilisation de services en santé mentale. Plus précisément, près d’un individu sur cinq (21 %) vivant un premier épisode de trouble bipolaire aurait déjà été arrêté (Barzman et al., 2007). Cette proportion s’élèverait entre 70 % et 71 % chez une population composée majoritairement d’hommes et d’individus provenant de minorités ethniques (Ramsay et al., 2011; Ramsay Wan et al., 2014). De plus, 32,7 % des personnes recevant un premier traitement pour la schizophrénie auraient déjà été accusées (Schumann et al., 2017) et parmi les personnes utilisant les services de santé mentale pour une première fois entre 17,5 % et 28 % auraient déjà été condamnées (Hodgins et al., 2011; Marion-Veyron et al., 2015; R. Munkner et al., 2003; Stevens et al., 2012). Les études rapportent également que parmi les personnes recevant des soins pour un premier épisode de trouble mental grave, entre 14 % et 17 % auraient déjà été incarcérées (Belghazi et al., 2014; Prince et al., 2007; Schumann et al., 2017). Cette proportion s’élèverait entre 58 % et 59 % chez une population composée majoritairement d’hommes et de minorités ethniques (Ramsay et al., 2011; Ramsay Wan et al., 2014).

1.2.2. Hypothèses explicatives des contacts des personnes atteintes d’un trouble mental avec le système de justice pénale

1.2.2.1. Contacts avec les services policiers

Différentes hypothèses ont été émises pour expliquer les raisons des contacts entre les services policiers et les individus atteints d’un trouble mental. Celles-ci réfèrent principalement à la désinstitutionnalisation couplée à la modification de lois relatives à l’hospitalisation

involontaire, au manque de financement des services communautaires en santé mentale et à la faible tolérance de la société pour les comportements « étranges » ou dérangeants (Adelman, 2003; Canadian Mental Health Association British Columbia Division, 2005; Teplin, 2000; Zdanowicz, 2001). La pauvreté et l'itinérance ont également été identifiés comme facteurs pouvant expliquer les contacts des individus atteints d'un trouble mental avec les services policiers (Canadian Mental Health Association British Columbia Division, 2005).

Concrètement, à partir des années 1960, une désinstitutionnalisation progressive s'est amorcée en psychiatrie (Doré, 1987). Ainsi, le nombre de lits en institution psychiatrique a progressivement diminué (Doré, 1987; Sealy & Whitehead, 2004). Des individus initialement institutionnalisés dans un hôpital psychiatrique se sont donc retrouvés en communauté (Abramson, 1972; Doré, 1987). Cette désinstitutionnalisation devait être accompagnée d'un développement de soins psychiatriques en communauté (Doré, 1987). Toutefois, en partie en raison d'un manque de financement des ressources communautaires, les anciens patients psychiatriques n'ont pas pu bénéficier de soins adéquats (Canadian Mental Health Association British Columbia Division, 2005; Doré, 1987; Pogrebin & Poole, 1987). Ainsi les situations de crise et comportements « dérangeants » qui étaient autrefois gérés en institut psychiatrique étaient manifestés en communauté et donc désormais gérés par les policiers. De plus, au cours de cette période, des lois relatives à la provision de soins psychiatriques involontaires ont été modifiées afin de les resserrer (Abramson, 1972; O'Reilly & Gray, 2014). Dans plusieurs juridictions du Canada, une de ces modifications impliquait la modification du critère de « nécessité de traitement » par le critère « risque de dangerosité envers soi-même ou les autres » (O'Reilly & Gray, 2014). Ainsi les policiers se trouvaient plus fréquemment en contact avec les individus atteints d'un trouble mental tout en faisant face à des critères plus restreints pour avoir recours à l'hospitalisation involontaire. Ne recevant pas les soins adéquats, ces individus risquaient de se trouver à nouveau dans les

conditions qui les ont poussés à entrer en contact avec les services policiers (p. ex. situation de crise). De plus, vivre avec un trouble mental grave (et cela surtout en absence de services appropriés) peut rendre difficile l'acquisition d'un emploi (Batastini et al., 2014; Batastini et al., 2017) et d'un logement (Clark, 2007; Evans & Porter, 2015). Ainsi, les individus atteints d'un trouble mental pourraient être plus susceptibles de vivre dans la pauvreté et en situation d'itinérance, ce qui augmenterait d'autant leurs risques d'entrer en contact avec les services policiers.

1.2.2.2. Contacts judiciaires

Différentes hypothèses contributives ont été émises pour expliquer les causes des contacts judiciaires chez les individus atteints d'un trouble mental. Une première hypothèse a trait à des changements légaux (Abramson, 1972; Comité de la santé mentale du Québec, 1998; Doré, 1987; Pogrebin & Poole, 1987). Une seconde hypothèse s'appuie sur l'idée d'une criminalité plus élevée chez les individus, lorsqu'ils atteints d'un trouble mental (Hiday & Burns, 2009; Hodgins, 1995; Link & Stueve, 1994). Puis, une troisième suggère une relation de médiation modérée entre la présence d'un trouble mental et la criminalité (Skeem et al., 2011).

1.2.2.2.1. Criminalisation

Une des modifications légales relatives à la provision de soins psychiatriques effectuées au cours du mouvement de désinstitutionnalisation portait sur l'hospitalisation involontaire : les critères pour y recourir ont été resserrés (Abramson, 1972; O'Reilly & Gray, 2014). Conséquemment, les policiers auraient été plus enclins à procéder à l'arrestation et détenir les individus atteints d'un trouble mental plutôt que de les diriger vers l'hôpital (Abramson, 1972; Comité de la santé mentale du Québec, 1998; Pogrebin & Poole, 1987). En 2004 et 2005, aux États-Unis, il y avait trois fois plus de personnes atteintes d'un trouble mental grave dans les prisons que

dans les hôpitaux (Torrey et al., 2010). Ainsi, certains comportements « étranges » et dérangeants ont pu être traités comme des infractions de *nuisance publique*, ce qui menait ces individus vers le système de justice plutôt que vers des services en santé mentale (Abramson, 1972).

1.2.2.2.2. Criminalité

Certains auteurs ont mis de l'avant le risque plus élevé de comportements criminels ou violents des personnes ayant un trouble mental (Hiday & Burns, 2009; Hodgins, 1995; Link & Stueve, 1994). Deux principaux types d'explications sont alors rapportés. Le premier relève des symptômes psychotiques associés à certains troubles mentaux (Link & Stueve, 1994) et le second souligne plutôt les probabilités des individus atteints d'un trouble mental à présenter des facteurs criminogènes autres que symptomatologiques (Hiday & Burns, 2009; Hodgins, 1995).

Le premier type d'explication était déjà noté dans la littérature gréco-romaine au cinquième siècle avant Jésus-Christ (rapporté par Monahan, 1992). Link et Stueve (1994) suggèrent que, chez un sous-groupe d'individus atteints de troubles psychotiques, certains symptômes peuvent les inciter à commettre des gestes de violence. Ils se réfèrent alors au principe de *rationality-within-irrationality*. Plus précisément, un passage à l'acte violent apparemment irrationnel peut sembler rationnel pour un individu dont les symptômes psychotiques ont altéré la perception de la réalité. Concrètement, lorsque des symptômes psychotiques poussent l'individu à croire qu'il est fortement menacé par son environnement ou qu'il n'a plus de contrôle de soi (par exemple, des forces extérieures contrôlent ses pensées), un passage à l'acte violent pourrait lui paraître rationnel.

Le deuxième type d'explication est présenté par des auteurs mettant en lumière l'hétérogénéité du groupe de contrevenants atteints d'un trouble mental. Tout d'abord, dans le but d'identifier les différents processus étiologiques de la criminalité chez les individus atteints d'un trouble mental, Hodgins (1995) propose qu'il existe deux trajectoires de criminalité chez les

contrevenants atteints d'un trouble mental : les *early starters* et les *late starters*. Les *early starters* présenteraient des comportements antisociaux dès l'enfance, avant même que les premiers symptômes d'un trouble mental grave se manifestent. Les *late starters* commenceraient à présenter des comportements antisociaux plus tardivement, soit au moment où le trouble mental grave se développe (Hodgins, 1995). Ainsi les contacts avec le système de justice pénale chez les *early starters* seraient davantage liés à leur tendance antisociale alors que, pour les *late starters*, ces contacts seraient plus fortement associés à leur trouble mental (Hodgins, 1995). L'auteur indique que ce dernier groupe de contrevenants représenterait néanmoins une minorité des individus atteints d'un trouble mental grave ayant des contacts avec le système de justice pénale.

Ensuite, Hiday et Burns (2009), se penchant plutôt sur les facteurs menant les individus atteints d'un trouble mental à des contacts avec le système de justice pénale, suggèrent cinq profils de contrevenants atteints d'un trouble mental. Le premier inclut les individus atteints d'un trouble mental ayant eu des contacts avec le système de justice pénale en raison de l'expression de leurs symptômes psychiatriques dans l'espace public, sans que ceux-ci ne soient réellement un danger pour autrui. À titre d'exemple, des individus vivant en situation résidentielle précaire répondant à des hallucinations auditives de leur trouble mental pourraient être interpellés par les forces policières sous le prétexte de nuisance publique. Le deuxième profil inclut les individus atteints d'un trouble mental pour qui les contacts avec le système de justice pénale sont directement causés par leur trouble mental, celui-ci les poussant à commettre des gestes associés à des infractions sévères. Le troisième profil comprend des individus atteints d'un trouble mental vivant dans des situations précaires (par exemple, en situation d'itinérance) et qui, en raison de cela, commettent des crimes de subsistance. Le quatrième profil inclut les individus atteints d'un trouble mental pour qui la commission d'infractions est liée à une perception de choix de vie restreinte en raison d'un mode de vie criminel, violent, ou d'un abus de substances. Puis, le cinquième profil inclut des

individus atteints d'un trouble mental qui commettent des infractions en raison d'un mode de fonctionnement antisocial appris au cours de leur vie.

1.2.2.2.3. Relation de médiation modérée

S'appuyant sur une revue des théories et de la recherche concernant les contacts des individus atteints d'un trouble mental avec le système de justice pénale, Skeem, Manchak et Peterson (2011) proposent un cadre conceptuel pour illustrer la relation entre la présence d'un trouble mental et la criminalité. Ils mettent de l'avant une relation de modération médiée (*mediated moderation*) : dans certains cas le trouble mental serait directement associé à la criminalité alors que dans d'autres cas cette relation serait médiée par d'autres facteurs de risque (par exemple, la pauvreté ou l'apprentissage social).

1.2.3. Conséquences des contacts des individus atteints d'un trouble mental avec le système de justice pénale

Les conséquences négatives associées aux contacts avec le système de justice pénale sont exacerbées lorsque la personne en contact avec ce système présente un trouble mental (Batastini et al., 2014; Batastini et al., 2017; Dessureault et al., 2000; Gonzalez & Connell, 2014; Moore et al., 2018; Wilson et al., 2017). À titre d'exemple, l'addition de l'étiquette de « criminel » à celle de « patient psychiatrique » diminuerait les probabilités d'acquies un emploi (Batastini et al., 2014; Batastini et al., 2017). Cette double étiquette diminuerait également les probabilités de se trouver un logement, particulièrement chez les individus atteints d'un trouble mental grave (Clark, 2007; Evans & Porter, 2015).

De plus, lorsque le contact avec le système de justice pénale implique une période de détention, les personnes atteintes d'un trouble mental risquent de voir leur traitement psychiatrique interrompu (58% des cas en prison et 48% des cas en pénitencier; Gonzalez & Connell, 2014). Qui

plus est, une période de détention augmenterait l'autostigmatisation des personnes atteintes d'un trouble mental. Concrètement, plus un individu présenterait de symptômes psychiatriques (p. ex., des symptômes dépressifs, d'anxiété, de manie, de paranoïa) à son admission en détention, plus son autostigmatisation serait grande au moment de sa libération (association positive et significative pour trois des quatre composantes de l'autostigmatisation : adhérence au stéréotype, stigma internalisé, stigma anticipé; Moore et al., 2018).

Les conséquences des contacts avec le système de justice pénale se font également ressentir au-delà d'une période d'incarcération, notamment ce qui a trait à l'intégration en société (Wilson et al., 2017). Plus spécifiquement, une période d'incarcération chez les personnes atteintes d'un trouble mental serait associée à une intégration en société plus difficile comparativement à un groupe de personnes atteintes d'un trouble mental n'ayant pas été incarcérées : six mois après leur libération, elles passeraient près du tiers moins de temps à pratiquer des activités³ et auraient 43 % moins d'activités en communauté (Wilson et al., 2017).

De plus, Dessureault et ses collègues (2000), ayant étudié les trajectoires de contacts avec le système de santé mentale et le système de justice pénale, suggèrent qu'un contact avec ce dernier plutôt que ce premier augmenterait les probabilités que le contact subséquent soit également avec le système de justice pénale plutôt qu'avec le système de santé mentale.

Il y a également des coûts plus élevés associés aux contacts des individus atteints d'un trouble mental avec le système de justice pénale qu'à ces contacts chez les individus ne présentant pas de trouble mental. Cela a été mis en évidence autant au niveau de l'intervention policière qu'au niveau des coûts du système judiciaire alloués aux services en santé mentale. Dans les faits, comparativement à une personne sans trouble mental, une intervention policière auprès d'une

³ Résultat basé sur la participation à 26 activités en communauté, tel que mesuré par le *Temple University Participation Measure*.

personne ayant un trouble mental (autant en raison de situations de crises que d'infractions suspectées) nécessiterait plus de ressources (temps, et nombre de policiers déployés; Charette et al., 2014) et les coûts associés aux services lui étant nécessaires au cours de sa trajectoire dans le système de justice pénale représenteraient 13,5 % des coûts totaux liés au système de justice criminel (Jacobs et al., 2016). De plus, l'incarcération d'individus atteints d'un trouble mental augmente la population des centres de détention, ce qui augmente les probabilités d'avoir recours à des mesures de contrôle sévères dans ces centres de détention, tels que le confinement et la ségrégation (Haney, 2017).

1.2.4. Progression dans le système de justice pénale

1.2.4.1. Facteurs associés à la progression dans le système de justice pénale

Plusieurs facteurs légaux et extralégaux influencent le choix du policier de procéder à une arrestation. Les facteurs légaux sont les caractéristiques d'une situation qui pourraient légalement influencer la décision du policier de procéder à l'arrestation (Mastrofski et al., 1995a; Sherman, 1980). La force de la preuve ainsi que la gravité de l'infraction en sont des exemples. Les facteurs extralégaux sont, quant à eux, « *features of the situation that are prohibited or not explicitly authorized by law as relevant to the arrest decision* » (Kochel et al., 2011, p. 476). Ainsi, l'origine ethnique, la présence d'un trouble mental ou encore le genre seraient des exemples de facteurs extralégaux. Dessureault et ses collègues (2000) ont également suggéré que l'étiquette de « criminel » ou de « malade » assignée à un individu pouvait avoir un impact sur son orientation future vers le système de santé mentale ou le système de justice pénale. Plus précisément, un contact avec le système de santé mentale ou de justice pénale augmenterait les probabilités que le contact subséquent soit avec le même système. Par exemple, si une personne atteinte d'un trouble mental est en contact avec le système de justice pénale, les probabilités que son prochain contact

soit avec le système de justice pénale sont plus élevées que si elle avait été tout d'abord en contact avec le système de santé mentale. À l'inverse, si la personne avait tout d'abord été en contact avec le système de santé mentale, les probabilités que son prochain contact soit avec le système de santé mentale seraient plus élevées que si elle avait tout d'abord été en contact avec le système de justice pénale. De la même façon qu'en ce qui concerne la décision policière de procéder à une arrestation, des facteurs légaux et extralégaux peuvent influencer la décision d'un procureur à déposer des accusations. La littérature met d'ailleurs en lumière certains facteurs associés à la progression d'un contact avec les services policiers à une arrestation : la sévérité de l'infraction suspectée (Bonovitz & Bonovitz, 1981; Green, 1997), le fait de vivre en situation d'itinérance (Schulenberg, 2016), la présence d'antécédents criminels (Green, 1997) et l'ethnie (Wolff et al., 1997). La présence d'antécédents criminels (Hochstedler, 1987) ainsi que d'autres facteurs sont également associés à la progression de l'arrestation vers la mise en accusation : un historique de contact avec les services en santé mentale (Hochstedler, 1987), le refus de traitement (Hochstedler, 1987) et un historique d'hospitalisation involontaire (Hochstedler, 1987).

1.2.4.2. Modèle séquentiel d'interceptions

Afin de réduire les contacts des individus atteints d'un trouble mental avec le système de justice pénale, ou encore d'utiliser ces contacts pour les orienter vers des services appropriés, plusieurs initiatives ont été mises en place (Heilbrun et al., 2012; Sirotich, 2009). Le modèle séquentiel d'interceptions permet de situer celles-ci sur un continuum de contacts avec le système de justice pénale (Abreu et al., 2017; Munetz & Griffin, 2006; voir la figure 1, p.3). Ce modèle a été développé pour penser l'organisation des services sur ce continuum. Il représente la trajectoire des individus dans le système de justice pénale et cible différents points où ceux-ci peuvent être interceptés, soit pour éviter leur entrée dans le système de justice pénale, soit pour y éviter une

progression. Les points d'interception sont les suivants : 0) les services en communauté et les services d'urgence (incluant les services policiers en tant que premiers répondants); 1) lors d'une intervention policière; 2) lors de la détention initiale ou de l'audience préliminaire; 3) au moment de la détention provisoire ou du passage en cours subséquent à l'audience préliminaire; 4) lors de l'incarcération ou du placement en établissement psycholégal; et 5) au moment de la réinsertion dans la communauté.

Ces initiatives peuvent être classées en deux catégories : les interventions pré-accusations (*prebooking* ou *precharge*) et les interventions post-accusations (*postbooking*; Sirotich, 2009). Les interventions pré-accusations se situent aux interceptions zéro et un. Elles comprennent tout ce qui a trait aux forces de l'ordre et aux services d'urgence et ont pour but de favoriser les alternatives à l'arrestation lors d'infractions mineures de même que diminuer les risques de blessures lors d'interventions auprès d'individus atteints d'un trouble mental (Heilbrun et al., 2012). Elles comptent deux principaux modèles de réponse : la formation de policiers en santé mentale et la réponse conjointe de policiers et de professionnels de la santé mentale ou intervenants psychosociaux (Reuland et al., 2009) que l'on retrouve un peu partout au Canada (Koziarski et al., 2020). Les *Crisis Intervention Teams* (CIT) sont un exemple du premier modèle : les policiers reçoivent une formation de 40 heures afin de se spécialiser dans l'intervention auprès d'individus atteints d'un trouble mental (Hartford et al., 2006). Au cours de cette formation, ils en apprennent davantage sur les troubles mentaux, les abus de substances, les services en santé mentale et les lois entourant la santé mentale. Les *Mobile Crisis Team* (MCT) sont un exemple du deuxième modèle : des professionnels de la santé mentale accompagnent les policiers lors d'interventions auprès d'individus atteints d'un trouble mental afin de les orienter vers des services en santé mentale s'il est nécessaire (Hartford et al., 2006).

Les interventions post-accusation se situent aux interceptions deux à cinq du Modèle séquentiel d'interceptions (Abreu et al., 2017; Munetz & Griffin, 2006). Elles s'adressent aux individus faisant face à des accusations ou à un contact judiciaire plus grave (p. ex., verdict de culpabilité, incarcération, etc.). Tels que définis par Steadman et ses collègues (1994, p. 1110), ces initiatives

screen defined groups of detainees for the presence of mental disorder; use mental health professionals to evaluate all those detainees identified in the screening; and negotiate with prosecutors, defense attorneys, community-based mental health providers, and the courts to produce a mental health disposition outside the jail in lieu of prosecution or as a condition of a reduction in charges (whether or not a formal conviction occurs).

Les tribunaux en santé mentale sont un exemple de ces interventions. Ceux-ci visent à offrir des services en santé mentale et traitements nécessaires aux accusés atteints d'un trouble mental afin de diminuer leurs risques de récidive et leur temps d'incarcération (Watson et al., 2001). Ces tribunaux ont d'ailleurs inspiré la création d'initiatives similaires au Québec : les programmes d'accompagnement justice – santé mentale (pour plus de détails sur ces programmes, visiter le site Web de l'Observatoire en justice et santé mentale : <https://santementalejustice.ca/>). Puisque ce mémoire porte sur l'entrée et la progression dans le système de justice pénale jusqu'à la mise en accusation, les interventions post-accusations ne seront pas davantage présentées (pour plus de détails sur ces interventions, de même que sur les interventions pré-accusations, voir Bratina, 2017).

1.3. Problématique et objectifs

Les individus atteints d'un trouble mental sont surreprésentés sur tout le continuum de contacts avec le système de justice pénale (Baillargeon et al., 2009; Beaudette & Stewart, 2016;

Blitz et al., 2008; Brattie et al., 2013; Charette et al., 2014; Fazel & Seewald, 2012; Grenier & Fleury, 2012; Hoch et al., 2009; Maxwell, 2017; Statistique Canada, 2013). La littérature sur les facteurs associés à divers types de contacts avec le système de justice pénale est particulièrement étendue, notamment à l'étape de l'arrestation (Constantine et al., 2012; Crisanti & Love, 2002; Gilbert et al., 2010; Livingston, 2016; Prins et al., 2015; Roy et al., 2014; Swartz & Lurigio, 2007; Van Dorn et al., 2011; Van Dorn et al., 2013; White et al., 2006), de la condamnation (Bo et al., 2021; Bruce et al., 2014; Daff & Thomas, 2014; Eriksson et al., 2011; Graz et al., 2009; Roy et al., 2014), et de l'incarcération (Hawthorne et al., 2012; Ramsay et al., 2011; Roy et al., 2014; Schnittker et al., 2012; White et al., 2006). Toutefois, peu d'études se sont penchées sur la progression des individus atteints de troubles mentaux dans le système de justice pénale, notamment au cours des premières étapes.

Le Modèle séquentiel d'interceptions met en lumière que divers contacts avec le système de justice pénale peuvent être l'occasion d'éviter l'entrée d'un individu dans le système de justice pénale ou de freiner sa progression au sein de ce système tout en établissant des liaisons avec des services répondant à ses besoins. Des initiatives ont été mises en place afin de minimiser les contacts entre le système de justice pénale et les individus atteints d'un trouble mental, de même que pour les diriger vers les ressources nécessaires afin de répondre à leurs besoins.

Ainsi, la littérature met de l'avant des facteurs associés à des contacts avec le système de justice pénale, cependant elle nous renseigne peu sur les facteurs associés à la décision des acteurs du système de justice pénale de faire progresser les individus dans ce système. Dans un contexte où les initiatives visant à réduire le recours au système de justice pénale chez les individus atteints d'un trouble mental se multiplient, il serait pertinent d'en informer les pratiques. De plus, considérant que les conséquences négatives des contacts avec le système de justice pénale sont exacerbées chez les personnes lorsqu'atteintes d'un trouble mental, il est important de minimiser

leurs contacts avec le système de justice pénale dès que possible. Une meilleure compréhension des facteurs associés à la progression dès les premières étapes du processus judiciaire est nécessaire afin de favoriser le développement d'initiatives de déjudiciarisation ou d'alternatives à l'incarcération adéquates et efficaces dès les premiers contacts avec le système de justice pénale.

Pour ce faire, il serait pertinent d'examiner la littérature de façon systématique afin d'identifier les facteurs associés à la décision policière d'arrêter les individus atteints d'un trouble mental. Cette décision est le premier point du continuum de contacts avec le système de justice pénale faisant l'objet recherches empiriques, ainsi sa documentation revêt une importance particulière dans ce mémoire s'intéressant aux premières étapes de progression dans le système de justice pénale. De plus, afin d'orienter le développement et l'implantation de programmes de diversion, il serait intéressant d'identifier les facteurs non seulement associés à la décision policière d'arrêter les individus atteints d'un trouble mental, mais également les facteurs associés à la progression de ces individus dans système de justice pénale jusqu'à la mise en accusation. Ainsi, les deux objectifs de ce mémoire sont les suivants :

- 1- Cerner les facteurs identifiés dans la littérature qui sont associés à la décision policière d'arrêter un individu atteint d'un trouble mental.
- 2- Identifier les facteurs associés à la progression d'individus atteints d'un trouble mental à travers le système de justice pénale jusqu'à la mise en accusation. Plus précisément, parmi les individus atteints d'un trouble mental, identifier les facteurs associés à la progression :
 - a. d'aucun contact avec les services policiers à un contact avec les services policiers;
 - b. d'un contact avec les services policiers à une arrestation;
 - c. d'une arrestation à une mise en accusation.

Chapitre 2. Méthodologie

Afin de répondre aux objectifs de ce mémoire, une méthodologie en deux étapes est nécessaire. Chacune de ces étapes est l'objet d'un article scientifique dont la méthodologie est présentée en 2.1 et 2.2.

2.1. Objectif 1 : Cerner les facteurs identifiés dans la littérature qui sont associés à la décision policière d'arrêter un individu atteint d'un trouble mental

Le premier article répond au premier objectif de ce mémoire, de cerner les facteurs identifiés dans la littérature qui sont associés à la décision policière d'arrêter un individu atteint d'un trouble mental. Une revue systématique a été sélectionnée comme méthode puisqu'elle permet une exploration rigoureuse de la littérature afin d'identifier les études pertinentes (Moher et al., 2009). La rédaction de l'article a été guidée par le *Prisma Statement* (Liberati et al., 2009) qui décrit la marche à suivre pour assurer une méthodologie complète et transparente.

2.1.1. Stratégie de recherche

Une stratégie de recherche bibliographique a été élaborée en collaboration avec des bibliothécaires du domaine de la criminologie et de la psychiatrie légale de même que des chercheurs et des étudiants au doctorat des mêmes domaines.

Le titre, le résumé et, lorsque possible, la première page de l'étude ont été recherchés dans les bases de données *Criminal Justice Abstracts*, *NCJRS*, *Sociological Abstracts* and *PsycInfo* en utilisant les mots-clés suivants : ("mental* ill*" OR "mental* disorder*" OR bipolar* OR depress* OR "mood disorder*" OR schizo* OR "affective disorder" OR psychosis OR psychose* OR psychotic OR mania OR manic OR ptsd OR "post-traumatic stress" OR "posttraumatic stress" OR psychiatric OR "mental health") AND (police OR prosecutor* OR "law enforcement") AND (contact* OR interact* OR decision* OR decid* OR discretion OR screen* OR divert* OR diversion* OR arrest* OR charge* OR informal* OR warning* OR call* OR incident* OR

criminaliz*). Les recherches ont été réalisées dans les bases de données le 6 juillet 2020, et à nouveau le 17 novembre 2020 pour identifier toute nouvelle publication pertinente.

Le titre et le résumé de chaque article identifié par la recherche ont tout d'abord été vérifiés afin d'identifier les études potentiellement admissibles à cette revue systématique. Le texte complet de chaque article potentiellement admissible à la revue systématique a ensuite été vérifié. Ce processus d'identification en deux étapes a été complété indépendamment avec une étudiante doctorale pour 10 % des articles initialement identifiés afin d'établir un accord interjuge. Lorsqu'il y avait désaccord sur la décision d'inclusion ou d'exclusion d'un article, une discussion avec l'étudiante doctorale avait lieu afin de prendre une décision consensuelle finale sur l'inclusion ou l'exclusion de l'article. La bibliographie de chaque article inclus a été vérifiée afin d'identifier tout autre article qui serait admissible à la revue systématique. Une schématisation du processus d'identification des articles inclus dans la revue systématique est présentée à la figure 2.

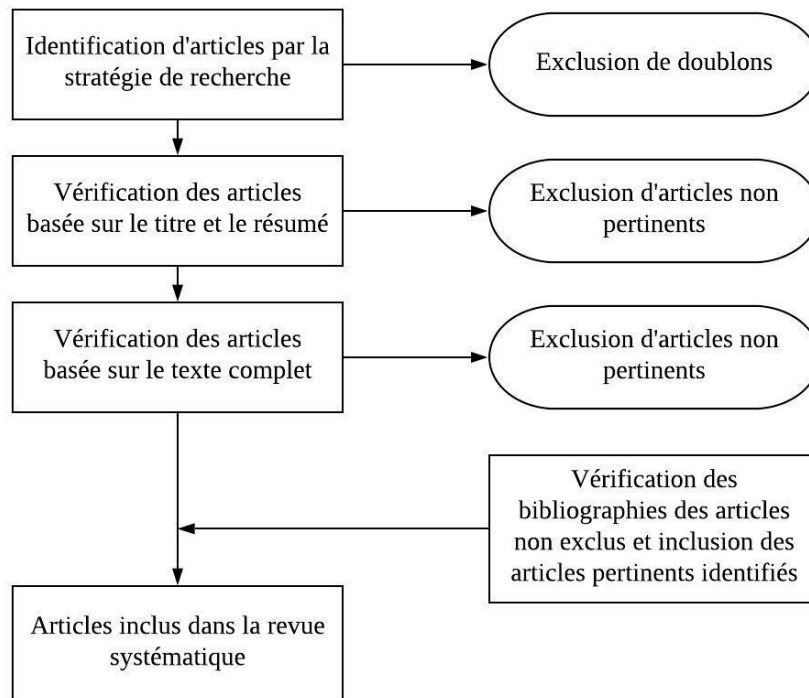
Un formulaire d'extraction des données de chaque article inclus a ensuite été élaboré en se basant sur l'extraction de données de trois articles de même que des discussions avec des chercheurs et une étudiante doctorale. Sa fiabilité a ensuite été vérifiée avec trois articles en le complétant, de façon indépendante, avec une étudiante doctorale. Des différences dans l'extraction de données ont ensuite été résolues par des discussions avec cette étudiante. L'extraction des données de chaque article a subséquemment été complétée par l'autrice de ce mémoire.

2.1.2. Critères d'inclusion et d'exclusion.

Afin d'être inclus dans la revue systématique, les articles devaient répondre aux critères suivants : (1) l'échantillon a) est composé uniquement d'individus, ou comprendre un sous-échantillon d'individus, atteints ou soupçonnés par les policiers d'être atteints d'un trouble mental,

Figure 2

Organigramme du processus d'identification d'articles



b) est des rencontres policières avec des individus atteints ou soupçonnés d'être atteints d'un trouble mental ou c) des policiers qui témoignent de leurs rencontres avec des individus atteints d'un trouble mental; (2) une des mesures est l'arrestation d'individus atteints ou soupçonnés d'être atteints d'un trouble mental; (3) les analyses permettent d'identifier des facteurs associés à la décision policière de procéder à l'arrestation d'individus atteints ou soupçonnés d'être atteints d'un trouble mental; et (4) l'article est révisé par les pairs ou est une thèse. Les articles correspondants à un des critères suivants étaient exclus : (1) communication à une conférence ou affiche; (2) article

dans une autre langue que l'anglais ou le français; (3) une revue de littérature ou une revue systématique; ou (4) un échantillon de policiers rapportant des issus probables de rencontres policières avec des individus atteints d'un trouble mental simulées par des vignettes ou des vidéos. La qualité des articles répondants aux critères d'inclusion n'a pas été évaluée.

2.1.3. Extraction de données.

Les données extraites de chacun des articles inclus dans la revue systématique sont les suivantes : 1) le pays dans lequel l'étude a été réalisée; 2) la ou les année(s) de collecte de données; 3) l'objectif de l'étude; 4) la description de l'échantillon (incluant la taille, l'âge moyen et la proportion d'hommes); 5) les variables dépendantes et indépendantes; 6) les analyses complétées afin d'identifier les facteurs associés à la décision des policiers de procéder à l'arrestation; et 7) les facteurs associés à la décision d'arrêter un individu atteint d'un trouble mental.

2.2. Objectif 2 : Identifier des facteurs associés à la progression des personnes atteintes d'un trouble mental à travers les premières étapes du système de justice pénale

Le second article vise à répondre au deuxième objectif de ce mémoire, soit d'identifier des facteurs associés à la progression des personnes atteintes d'un trouble mental à travers les premières étapes du système de justice pénale (c.-à-d. contact avec les services policiers, progression d'un contact avec les services policiers à une arrestation et progression d'une arrestation à une mise en accusation). Les données et la méthodologie utilisées pour répondre à cet objectif sont présentées en 2.2.1 à 2.2.5.

2.2.1. Devis

Les données du projet *AMONT* ont été utilisées pour ce mémoire. Il s'agit d'une recherche longitudinale portant sur la stabilité résidentielle des premiers utilisateurs de services en santé

mentale, financée par les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC)⁴. Seules les données transversales ont été utilisées pour répondre aux objectifs de ce mémoire.

2.2.2. Participants

Pour être admissibles à l'étude, les candidats devaient être âgés d'au moins 16 ans, avoir reçu, au cours des six derniers mois, un premier diagnostic de trouble mental de même que des soins en santé mentale pendant plus de trois jours. Ces soins devaient être prodigués dans une unité d'hospitalisation ou une unité de soins intensifs, ou devaient consister en un traitement intensif bref à domicile ou un suivi psychiatrique en consultation externe. Les individus devaient également ne pas avoir reçu de soin psychiatrique avant les six derniers mois, être aptes à comprendre et s'exprimer en anglais ou en français. Ceux considérés inaptes à consentir ou pour lesquels l'état mental n'était pas suffisamment stabilisé ou ceux présentant un diagnostic très peu représenté chez la population itinérante ou à risque d'instabilité résidentielle (c.-à-d. trouble alimentaire, trouble de l'adaptation, trouble anxieux ou affectif sans comorbidité psychiatrique ou dépendance aux substances) ont été exclus.

Les participants ont été recrutés sur sept sites : Institut universitaire en santé mentale de Québec, Institut universitaire en santé mentale de Montréal, Institut universitaire en santé mentale Douglas, clinique Jeunes adultes psychotiques de Montréal, Clinique Premiers épisodes psychotiques de l'Hôpital juif de Montréal, clinique Oxy-Jeunes de Shawinigan et clinique RAP du CSSS de Rimouski-Neigette. Deux stratégies de recrutement ont été utilisées. Une première méthode consistait en un recrutement par le biais d'un dépliant d'information. Plus spécifiquement, des dépliants informatifs comprenant les critères d'éligibilité et les coordonnées de la personne responsable du recrutement ont été affichés. Une seconde méthode a été entreprise

⁴ Roy, L., Latimer, E. A., Crocker, A. G., Abdel-Baki, A.M., DeBenedictis, L., Roy, M.-A.

en collaboration avec l'équipe responsable de l'évaluation initiale ou l'équipe traitante dans chacun des sites de recrutement. Des dépliants informatifs étaient alors remis à tous les individus répondant aux critères de sélection puis la permission pour qu'un agent de recherche entre en contact avec eux leur était demandée. Les agents de recherches présentaient subséquemment, en détail, le projet de recherche à ceux qui acceptaient d'être rencontrés. Ces derniers avaient ensuite l'occasion de poser des questions pour assurer leur compréhension du projet. Ils pouvaient alors accepter ou refuser de participer. Le nom des individus refusant de participer au projet était supprimé de la liste d'individus admissibles et les agents de recherche n'ont plus tenté de les contacter. Les individus ayant accepté de participer au projet ont subséquemment été rencontrés par un agent de recherche afin de colliger certaines mesures. Le lieu et le moment ont été déterminés en fonction des disponibilités et préférences des deux parties. Toutes les entrevues ont eu lieu avant la pandémie de la COVID-19. Certaines mesures ont également été extraites des dossiers médicaux des participants. L'échantillon final compte 478 participants.

2.2.3. Données

Les données sociodémographiques, psychosociales et cliniques autorapportées quant aux contacts avec les services policiers, les arrestations et les mises en accusation au cours des six mois précédant le premier contact avec les services en santé mentale ont été colligées.

Les variables incluses dans cette étude sont les suivantes : inobservance au traitement (Borum et al., 1997), âge (Brekke et al., 2001; Wolff et al., 1997), instabilité résidentielle (incluant le fait de vivre en situation d'itinérance; Brekke et al., 2001; Schulenberg, 2016; Wolff et al., 1997), genre (Lord et al., 2011; Watson et al., 2010; Wolff et al., 1997), trouble d'utilisation de substances (Watson et al., 2010), le fait d'être au chômage (Livingston, 2016; White et al., 2006), la sévérité des symptômes (Monahan et al., 1979; Schulenberg, 2016) et l'impulsivité (Roy et al.,

2016). Des théories et hypothèses explicatives sur les contacts des individus atteints d'un trouble mental avec le système de justice pénale ont également guidé l'ajout de cinq variables supplémentaires. La première est un contact antérieur avec les services policiers pour des raisons de santé mentale en lien avec la théorie de l'étiquetage mis de l'avant par Dessureault et ses collègues (2000). La deuxième est la présence d'un trouble psychotique en lien avec la théorie de Link et Stueve (1994) mettant de l'avant que certains symptômes psychotiques puissent pousser l'individu à croire qu'il est fortement menacé par son environnement ou qu'il n'a plus de contrôle de soi, ce qui pourrait entraîner un passage à l'acte violent et ainsi, entraîner un contact avec le système de justice pénale ainsi qu'une progression à travers ce système. Une troisième variable est l'intensité d'utilisation de services sociaux et de santé en lien avec l'idée que la désinstitutionnalisation et le manque de financement de services communautaires a pu participer à l'augmentation des contacts entre les individus atteints d'un trouble mental et le système de justice pénale. Plus précisément, le manque de soins en communauté générerait une augmentation des contacts avec les services policiers. Une quatrième variable est la suicidalité en lien avec les critères d'hospitalisation involontaire. Plus précisément, des policiers qui interviennent auprès d'une personne suicidaire pourraient la diriger vers des services en santé mentale et ainsi ne pas procéder à une arrestation (c.-à-d. absence de progression d'un contact avec les services policiers à une arrestation) puisqu'un des critères pour avoir recours à l'hospitalisation involontaire est de présenter un danger pour soi-même (Éditeur officiel du Québec, 1997). Une cinquième est la victimisation puisque le fait d'être victimisé peut entraîner un appel aux services policiers et donc un contact avec ces derniers.

Le revenu des participants a également été inséré dans les analyses, mais davantage à titre de variable contrôle que de variable explicative puisque le revenu peut avoir un impact sur l'accessibilité aux services sociaux et de santé.

2.2.4. Mesures

2.2.4.1. Variables dépendantes

Les participants ont indiqué si, dans les six mois précédant l'entrevue, ils avaient eu un contact avec les services policiers, une arrestation ou une mise en accusation. Les réponses ont été utilisées pour créer trois variables binaires représentant la progression dans le système de justice pénale. La codification est présentée dans le tableau 1. Premièrement la variable « contact » a été créée : les participants sans contact avec les services policiers ont été codés 0 et les participants ayant eu au moins un contact avec les services policiers (menant ou ne menant pas à une arrestation) ont été codés 1. Deuxièmement, la variable « progression – arrestation » a été créée : les participants n'ayant eu aucune arrestation en raison d'une infraction criminelle suspectée, mais ayant eu au moins un contact avec les services policiers ont été codés 0 et les participants ayant eu au moins une arrestation en raison d'une infraction criminelle suspectée ont été codés 1 (les participants qui n'ont pas eu de contact avec les services policiers au cours de cette période ont été codés comme manquants et exclus des analyses respectives). Troisièmement, la variable « progression – mise en accusation » a été créée : les participants ayant eu au moins une arrestation pour une infraction criminelle suspectée, mais sans aucune mise en accusation en raison d'une infraction criminelle suspectée ont été codés 0 et les participants ayant eu au moins une mise en accusation pour une infraction criminelle suspectée ont été codés 1 (les participants qui n'ont pas eu de contact avec les services policiers ou aucune arrestation pour une infraction criminelle suspectée ont été codés comme manquants et exclus des analyses respectives).

Tableau 1*Codification des variables dépendantes*

Variable dépendante	Codification			
	<i>Aucun contact avec les services policiers</i>	<i>Présence d'un contact avec les services policiers</i>		
		<i>Aucune arresation</i>	<i>Présence d'une arresation</i>	
			<i>Aucune mise en accusation</i>	<i>Présence d'une mise en accusation</i>
Contact	0	1		
Progression – arresation	---	0	1	
Progression – mise en accusation	---	---	0	1

2.2.4.2. Variables indépendantes**2.2.4.2.1. Facteurs cliniques**

Le trouble d'utilisation d'alcool, le trouble d'utilisation de drogues, le trouble psychotique et la suicidalité ont été mesurés à l'aide du *Mini-International Neuropsychiatric Interview* (MINI). Le MINI est un court questionnaire développé par des psychiatres et cliniciens pour évaluer rapidement les troubles psychiatriques du CIM-10 et DSM-IV (Sheehan et al., 1998). La sévérité des symptômes a été mesurée par le *Colorado Symptom Index* (CSI) qui vise à mesurer la présence et la fréquence de 14 symptômes psychiatriques non spécifiques au cours du dernier mois (Conrad et al., 2001). Les scores du CSI varient de 14 à 70. Plus le score est élevé, plus les symptômes psychiatriques sont sévères. L'observance perçue à la médication a été mesurée par les intervieweurs à l'aide des informations collectées pendant l'entrevue avec le participant en se référant à l'item 14 de la *Multnomah Community Ability Scale*, soit : « À quelle fréquence le client adhère-t-il au traitement pharmacologique? » (Barker et al., 1994). La réponse, se situant sur une

échelle de Likert à cinq niveaux (allant de « n'adhère presque jamais » à « adhère presque toujours »), a par la suite été dichotomisée : les réponses « presque jamais », « rarement » et « parfois » ont été codées 0 (c.-à-d. mauvaise adhérence au traitement) et les réponses « habituellement » et « presque toujours » ont été codées 1 (c.-à-d. adhère au traitement). L'impulsivité a été mesurée avec la *Barratt Impulsiveness Scale* (BIS) qui est une échelle de 30 items autorapportés visant à mesurer l'impulsivité à travers trois sous-facteurs : impulsivité motrice, impulsivité cognitive, absence de planification (*nonplanning impulsiveness*; Barratt, 1994). Les scores à cette échelle varient de 30 à 120. Plus le score est élevé, plus l'impulsivité est élevée. Le trauma à l'enfance a été opérationnalisé par la présence d'au moins quatre différents types d'expériences défavorables vécues à l'enfance telle que mesurée par le *Adverse Childhood Experiences scale* (Dong et al., 2004). Ces types d'expériences incluent les abus (émotionnel, physique et sexuel), la négligence (émotionnelle et physique) et les dysfonctionnements familiaux (séparation ou divorce des parents, violence envers la mère, abus de substance ou trouble de santé mentale au sein de la famille ou le fait qu'un ou plusieurs membres de la famille soient incarcérés). L'intensité d'utilisation de services sociaux et de santé a été mesurée par le nombre de consultations avec un professionnel des services sociaux ou de santé dans les six mois précédant l'entrevue, tel que rapporté par le participant.

2.2.4.2.2. Facteurs sociodémographiques

La stabilité résidentielle a été opérationnalisée par un algorithme utilisant les expériences d'itinérance antérieures autorapportées, le nombre de déménagements autorapportés au cours de la dernière année et l'imminence et la sévérité du risque d'itinérance basée sur le *Homelessness Risk Assessment* (HRA; Montgomery et al., 2014). Une variable à trois niveaux a été créée : logement stable, instabilité résidentielle, situation d'itinérance. Les participants étaient considérés

vivre en situation d'itinérance a) s'ils rapportent avoir vécu en situation d'itinérance dans les six mois précédant l'entrevue et qu'ils présentaient un risque de vivre ultérieurement en situation d'itinérance selon le HRA, ou b) s'ils identifiaient comme logement actuel la rue, un centre de crise ou une institution (p. ex. un hôpital). Les participants étaient considérés vivre une instabilité résidentielle s'ils rapportaient au moins trois déménagements dans l'année précédente, s'ils en rapportaient deux, mais planifiaient déménager au cours des six prochains mois (sauf pour un motif n'étant pas lié à l'instabilité résidentielle tels que l'achat d'une maison ou déménager en raison d'un emploi), ou s'ils présentaient un risque imminent d'itinérance selon le HRA. Les autres participants étaient considérés avoir un logement stable. L'occupation d'un emploi a été mesurée en demandant aux participants quelles sont leurs principales occupations. Si la réponse du participant incluait être un employé salarié ou un travailleur autonome, le participant était considéré occuper un emploi. Le revenu a été mesuré en demandant aux participants leur revenu (avant impôts) au cours du mois précédent l'entrevue.

2.2.4.2.3. Autres facteurs

La victimisation de tout genre a été mesurée en demandant aux participants à combien de reprises ils ont été victimisés au cours des six mois précédant l'entrevue. Le passage en Centre jeunesse a été mesuré en posant la question suivante aux participants : « Au cours de votre vie, êtes-vous déjà demeuré dans un Centre jeunesse pendant six mois ou plus? ». Les participants ayant rapporté avoir été en contact avec les services policiers dans les six mois précédant l'entrevue ont également été questionnés sur les motifs de ces contacts (jusqu'à trois contacts). Ces réponses ont été utilisées pour créer une variable indiquant si les participants avaient eu un contact avec les services policiers pour des raisons de santé mentale dans les six mois précédant l'entrevue. Ainsi lorsque la réponse du participant avait trait à la santé mentale (p. ex. situation de crise ou transport

vers l'hôpital), le participant était considéré avoir eu un contact antérieur avec les services policiers pour des raisons de santé mentale.

2.2.5. Stratégie analytique

La distribution de chacune des variables a été examinée. Ceci a révélé que deux variables comportaient des valeurs extrêmes. Celles-ci ont été recodées au 99^e percentile de la distribution.

Afin de décrire l'échantillon, des analyses univariées ont été réalisées : la moyenne, la médiane et l'écart type des participants pour chacune des variables continues ont été identifiés de même que la proportion de participants présentant chacune des variables dichotomiques.

Des analyses bivariées ont ensuite été réalisées afin de vérifier l'association entre chacune des variables dépendantes et indépendantes. Étant donnée la nature nominale des variables dépendantes, des tableaux de contingences ont été générés pour les variables indépendantes nominales alors que des tests de moyennes ont été réalisés pour les variables indépendantes ordinales et à intervalles. Des T de Student ont été effectués pour les variables « sévérité des symptômes » et « impulsivité » puisqu'elles respectaient les trois postulats suivants : une distribution normale, des variances comparables avec chacune des variables dépendantes et un échantillon supérieur à 30. Des U de Mann Whitney ont été effectués pour les autres variables indépendantes comme, pour chacune des variables, au moins un des trois postulats n'était pas respecté.

Finalement, afin de vérifier la contribution indépendante de chacune des variables pertinentes à la présence des variables dépendantes, des analyses de régressions logistiques ont été menées. Celles-ci permettent d'identifier les probabilités qu'un événement se produise (c.-à-d. la présence d'une variable dépendante dichotomique) en fonction de diverses variables explicatives dichotomiques ou continues (variables indépendantes; Hilbe, 2016). Ces analyses sont possibles

puisque les trois variables dépendantes sont dichotomiques. Afin d'assurer l'absence de multicolinéarité entre les variables indépendantes, les facteurs d'inflation de la variance ont été vérifiés. Tous indiquaient un faible taux de multicolinéarité ($VIF < 2$). La taille de l'échantillon a également été prise en considération. Long (1997) recommande un minimum de 100 participants et de 10 participants par variable indépendante. L'échantillon à l'étude est de 478 pour la variable dépendante « contact », 261 pour la variable dépendante « progression – arrestation » et de 37 pour la variable dépendante « progression – mise en accusation ». La recommandation de Long (1997) est donc respectée uniquement pour la variable dépendante « contact » et la variable dépendante « progression – arrestation ». Comme cette étude compte 17 variables indépendantes, toujours selon les recommandations de Long (1997; c.-à-d. un minimum de 10 participants par variable indépendante; $10 \times 17 = 170$), il n'y aura pas de restriction quant au nombre maximal de ces variables à inclure dans les régressions logistiques sur les variables dépendantes « contact » et « progression – arrestation ».

Toutes les variables pertinentes en regard de la théorie ou celles avec une valeur p inférieure à 0.10 dans les analyses bivariées seront insérées dans les régressions logistiques. Compte tenu du non-respect de la recommandation de Long (1997) quant à la taille de l'échantillon, aucune régression logistique ne sera effectuée sur la variable dépendante « progression – mise en accusation ». Des variables dichotomiques seront créées avec les variables indépendantes à trois niveaux (c.-à-d. genre et stabilité résidentielle) afin d'être insérées dans les régressions logistiques.

2.3. Approbations éthique

L'approbation éthique pour le projet multicentrique *AMONT* a été obtenue par le Comité d'éthique de la recherche du CIUSSS-ODIM (numéro de certificat : IUSMD 15/45). La présente étude quant à elle a été approuvée par le Comité d'éthique de la recherche – Société et culture

(CER-SC) de l'Université de Montréal le 27 février 2020 (Numéro de certificat : CERSC-2020-019-D)

Chapitre 3. Article 1

Déclaration de l'étudiant concernant l'article 1

To arrest or not to arrest: a systematic review of police interventions with persons with mental illness

Je suis la première autrice de l'article. J'ai effectué la revue systématique et rédigé l'article. Les co-auteurs ont répondu à mes questionnements lors de la rédaction de l'article. Ils ont également commenté l'article, reformulé des sections, proposé des pistes de réflexion et d'interprétation.

**To arrest or not to arrest: a systematic review of police interventions with persons with
mental illness**

Marjolie Latulippe¹⁻², Marichelle Leclair²⁻³, Yanick Charrette²⁻⁴, Laurence Roy⁵⁻⁶, Anne G.
Crocker¹⁻²⁻⁷

¹Université de Montréal, School of Criminology (Montréal, Canada)

²Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel (Montréal, Canada)

³Université de Montréal, Department of Psychology (Montréal, Canada)

⁴Université Laval, School of Criminology (Montréal, Canada)

⁵McGill University, School of Physical & Occupational Therapy (Montréal, Canada)

⁶Douglas Mental Health University Institute (Montréal, Canada)

⁷Université de Montréal, Department of Psychiatry and Addictions (Montréal, Canada)

Corresponding author:

Marjolie Latulippe

marjolie.latulippe@umontreal.ca

Abstract

Police officers and other judicial actors routinely make decisions that affect the criminal justice involvement of persons with mental illness. This systematic review aims to identify factors associated with the decision of police officers to resolve encounters with persons with mental illness with an arrest. A total of 19 studies were identified from four databases. Findings were divided into the following categories: police-reported characteristics of persons with mental illness, characteristics of police officers, situational characteristics, and other factors. Characteristics comprising each category, but especially reported characteristics of persons with mental illness, combined with the perceived accessibility of mental health and addiction services were found to be associated with either increased or decreased odds of arrest. We suggest that a combination of all these reported or actual characteristics result in an assigned label to persons with mental illness police officers encounter and thus incite police officers to respond to this label, which sometimes implies proceeding to an arrest.

Keywords: Police, arrest, mental illness, diversion, criminal justice system

Introduction

Persons with mental illness are overrepresented in prisons by a factor of around 10 (Fazel & Seewald, 2012), but disparities regarding the involvement in the criminal justice system of persons with mental illness compared to those without mental illness begin at the very first contact with police services and are maintained throughout the criminal justice system (Brattie et al., 2013; Charette et al., 2014; Hoch et al., 2009; Maxwell, 2017). Compared to persons without mental illness, persons with mental illness are almost three times as likely to have repeated contacts with police services (Hoch et al., 2009). They appear to be at higher risk of arrest for minor offences

than persons without mental illness (33% versus 9%; Charette et al., 2011). They are also more likely to be denied pretrial release than persons without mental illness (52% versus 41%; Brattie et al., 2013). Furthermore, compared to the general population, they are more likely to be found guilty after being charged (72% versus 63%; Hoch et al., 2009; Maxwell, 2017), and sentenced to incarceration regardless of offence severity (57% versus 37%; Hoch et al., 2009; Maxwell, 2017).

For individuals themselves, criminal justice involvement has significant negative consequences, which may be exacerbated in the presence of a mental illness (Batastini et al., 2014; Batastini et al., 2017; Dessureault et al., 2000; Gonzalez & Connell, 2014; Moore et al., 2018; Wilson et al., 2017). The label of “criminal”, in addition to that of “mentally ill”, results in even greater difficulties in finding employment (Batastini et al., 2014; Batastini et al., 2017), and independent housing (Clark, 2007; Evans & Porter, 2015; Tsai et al., 2010). Furthermore, a first contact with the criminal justice system renders persons with mental illness more likely to have further contacts with this system, as opposed to the mental health system, which suggests a crystallization of the “criminal” label (Dessureault et al., 2000).

Incarceration further increases negative life outcomes. For example, when incarcerated, mental health treatments, including pharmacotherapy, are likely to cease or be interrupted (Gonzalez & Connell, 2014). In addition, community reintegration poses specific challenges for persons with mental illness leaving correctional facilities; for example, 6 months after being release, they partake in about half the community-based activities as persons with mental illness living in the community (Wilson et al., 2017).

The Sequential Intercept Model provides a framework for identifying opportunities where informal or formal diversion can occur. Informal diversion refers to policies that consist of simply not pursuing the progression of persons in the criminal justice system without taking any further

action. For example, a police officer issuing a warning instead of proceeding to an arrest is an informal diversion. In contrast, formal diversion not only aims to stop the progression of persons through the criminal justice system, but also to (re)connect them with mental health treatment (Munetz & Griffin, 2006). Formal diversion concerns mostly persons with mental illness who committed minor offences rather than major offences (Sirotych, 2009). The points of diversion identified by the Sequential Intercept Model are the following: 1) law enforcement and emergency services; 2) initial detention and initial hearings; 3) jail, courts, forensic evaluations, and forensic commitments; 4) re-entry from jails, state prisons, and forensic hospitalization; and 5) community corrections and community support (Munetz & Griffin, 2006).

In light of the greater consequences of criminal justice involvement when persons have mental illness, attempts to reduce their justice involvement at the earliest point of this sequence may help avoid unnecessary progression through the system, including incarceration (Hensel et al., 2020; Lamb & Weinberger, 2020; Munetz & Griffin, 2006). To do so, criminal justice system practices in the early involvement stages must be documented. Based on the Sequential Intercept Model, these early points correspond to law enforcement and emergency services (i.e., first responders of crisis situations). At these early points, police officers have significant discretionary powers regarding the resolution of interactions with people they suspect of an offence. They can choose to resolve the encounter informally (e.g., with a warning), to proceed to an arrest, or to refer persons to mental health services (Cardinal & Laberge, 1999; Teplin, 2000; Watson et al., 2004). Many legal (e.g., offence severity, evidence strength), services-related (e.g., accessible mental health and substance use services) and extralegal factors (e.g., gender, ethnicity of the suspect) influence police decision-making during a contact with persons with or without mental illness (Mastrofski et al., 1995b; Schulenberg, 2016; Sherman, 1980).

This systematic review aims to better understand how police officers decide to arrest persons with mental illness, rather than elect to resolve the encounter informally or divert to mental health services. We thus sought to identify factors that are associated with the police decision to arrest during encounters with persons with mental illness. This will shed light on potential strategies to curb the progression of persons with mental illness through the early stages of the criminal justice process.

Methods

Inclusion and exclusion criteria

To be included, studies had to: (1) have sampled either a) persons with mental illness or persons suspected of having a mental illness (either 100% of the sample or 100% of a studied subsample), b) police officers who reported on encounters with persons with mental illness or c) contacts between persons with mental illness and police officers; (2) include an outcome of arrest; (3) present analyses that allow the identification of factors associated with police officers' decision to arrest; and (4) be peer reviewed⁵ or a thesis. Exclusion criteria were the following: (1) conference paper or poster; (2) publication in another language than English or French; (3) literature or systematic review; (4) a sample comprising police encounters with persons with mental illness who are simulated through vignettes or videos. There was no restriction regarding publication year of the article or gender or age of the persons of the sample. No quality assessment was made for studies responding to inclusion criteria.

⁵ Methodological quality was not a selection criterion. Hence, we excluded gray literature in order to ensure a minimum standard quality in the articles included.

Study selection

A search strategy was elaborated by the first author in collaboration with librarians, doctoral students, and researchers with expertise on interaction of persons with mental illness with the justice system. We searched four databases (*PsycInfo*, *Criminal Justice Abstracts*, *NCJRS*, *Sociological Abstracts*) using the following keywords: ("mental* ill*" OR "mental* disorder*" OR bipolar* OR depress* OR "mood disorder*" OR schizo* OR "affective disorder" OR psychosis OR psychose* OR psychotic OR mania OR manic OR ptsd OR "post-traumatic stress" OR "posttraumatic stress" OR psychiatric OR "mental health") AND (police OR prosecutor* OR "law enforcement") AND (contact* OR interact* OR decision* OR decid* OR discretion OR screen* OR divert* OR diversion* OR arrest* OR charge* OR informal* OR warning* OR call* OR incident* OR criminaliz*). A first search took place in July 2020 and a second in November 2020 to check for any new published studies.

All identified records were first screened based on the title and abstract to check for eligibility by the first author. All seemingly eligible studies following the first screen were subsequently re-screened based on their full text, documenting reasons for exclusion when appropriate. In case of doubt, the first two authors discussed the eligibility of the study and made a consensual decision accordingly. The two-step screening process was completed by two reviewers (first and second author) independently for ten percent of the records identified by the search strategy. Disagreements were resolved through rater discussions. The same screening process was completed by the first author for the additional records identified in November 2020. The reference list of each included study and relevant systematic reviews retrieved was screened manually to check for any additional eligible studies.

Data extraction

The first author created a data extraction form which was tested and refined using three randomly selected eligible studies by the first two authors. Discrepancies were resolved through discussions. Data from the remaining eligible studies were extracted by the first author. When information was not available in the paper, authors were contacted.

Data extracted includes: a) the country in which the study took place; b) the year(s) of data collection; c) the aim of the study; d) a description of the sample (including sample size, mean age, gender of the sample); e) the independent and dependant variables; and f) analyses completed to identify factors associated with the police officers' decision to arrest.

Results

A total of 2,860 records were identified in July 2020, and 23 additional records were identified in November 2020, for a total of 2,889 records. As depicted in Figure 3, of these 2,889 records, 478 duplicates were removed. Of the 2,411 remaining records, 2,332 were excluded based on the title and abstract and 61 based on a full-text screening. Eighteen studies met inclusion criteria (n=18). One additional record was found by manually screening references list of included studies and relevant systematic reviews retrieved.

Figure 3

Flow chart of study selection process

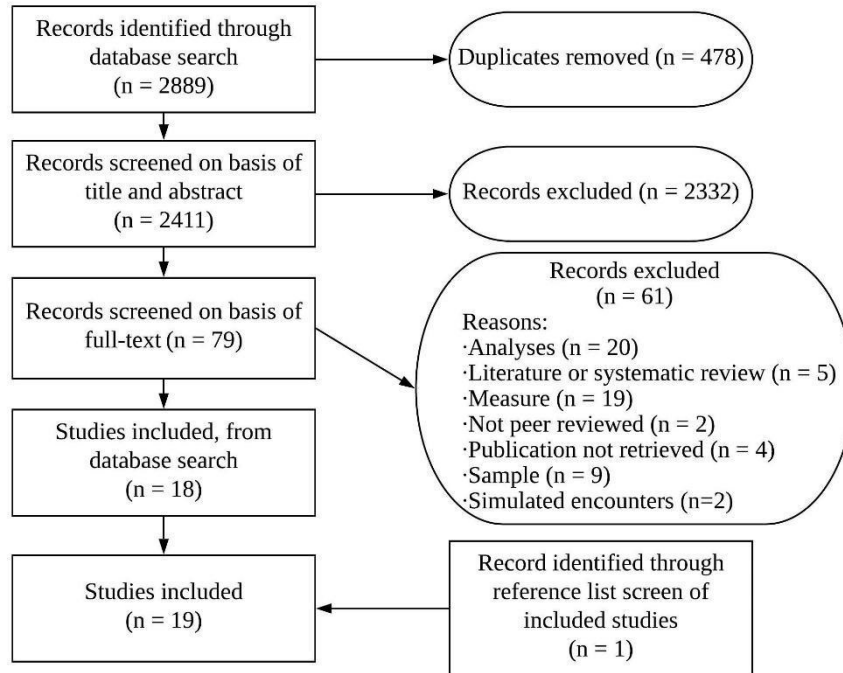


Table 2 provides a description of studies included. Nearly all studies were conducted in the United States (n=17), with one in Australia and one in Canada. All but 3 studies using mixed methods were quantitative (n=16). Years of data collection ranged from 1979 to 2012. We divided results in the following categories: police-reported characteristics of persons with mental illness, characteristics of police officers, situational characteristics, or other factors (which are fully described in the supplemental material, appendix I). The category explored the most extensively in the literature pertains to characteristics of the police officers. None of the retrieved articles written in French were eligible to be included in this systematic review.

Table 2

Characteristics of studies

Study	Country	Year(s) of data collection	Sample	Analyses	Factors Tested for their Association with the Decision to Arrest ^a
<i>Quantitative results</i>					
Bonovitz & Bonovitz (1981)	United States (Pennsylvania)	1979	Police reports where subjects were stated as mentally disturbed (N=172)	Descriptive analyses	<ul style="list-style-type: none"> • Serious felony that precludes the exercise of discretion (+) • For the protection of the individual with mental illness if refuse to be hospitalized (+) • Individual with mental illness shows extremely disruptive behaviours (+)
Compton et al. (2014)	United States (Georgia)	2010	Reports of police encounters with persons suspected of having a serious mental illness, a drug or an alcohol problem, or a developmental disability (N=1063)	Logistic regressions	<ul style="list-style-type: none"> • Police officers have a Crisis Intervention Team training (-)
Godfredson et al. (2011)	Australia (Victoria)	2008	Questionnaires completed by police officers concerning their encounters with persons with mental illness (N=3534)	Canonical correlation	<ul style="list-style-type: none"> • Police officers' knowledge regarding mental illness is derived from "on-the-job" training as well as personal experience (+) • Source of information collected to determine if the subject of the police encounter has a mental illness is the police officer (+) • Source of information collected to determine if the subject of the police encounter has a mental illness is the concerned subject of the encounter (-)
Green (1997)	United States (Hawaii)	1994	"Incident form completed by a police officer each time he or she encountered an individual who committed an offence for which the individual could be cited or arrested and whom the officer believed to have mental illness" (p.472; N=148)	Logistic regressions	<ul style="list-style-type: none"> • The offence is a misdemeanor (+) • Suspect was known to have a criminal history (+) • Officer's year of experience (-)
Krishan et al. (2014)	United States (Georgia)	2010	Police encounters with persons suspected of having a serious mental illness, a drug or an alcohol problem, or a developmental disability (N=916)	Multi-level regression analyses	<ul style="list-style-type: none"> • Neighborhood characteristics (income index, stability index, immigration index) where the police encounter took place (ns)

LaGrange (2003)	United States (Ohio)	1998-1999	Police officers who had reported a case involving persons with mental illness (N=156)	Chi-square tests and logistic regressions	<ul style="list-style-type: none"> ● Chi-square <ul style="list-style-type: none"> ○ Education level of police officer (ns) ● Logistic regression: <ul style="list-style-type: none"> ○ <i>Officers' characteristics</i>: gender (ns), African American (ns), familiar with the police department's referral procedures for handling persons with mental illness (ns), familiar with symptoms of mental illness (ns), familiar with civil commitment procedures (ns), age (ns), years of experience as police officer (ns), service rather than crime-control oriented (-), crime-control oriented (ns), district of the police officer (one of the five districts in the model reveal a significant positive relationship with arrest), some college education (ns), university education (ns) ○ <i>Characteristics of individual with mental illness</i>: gender (ns), African American (ns), danger to self (ns), danger to others (+), inability to care for self (ns), under the influence of drugs or alcohol (+) chronic use of drugs or alcohol (ns)
Lord et al. (2011)	United States (a southern state)	2006-2010	Encounters between people with mental illness and CIT-certified police officers (N=3,532)	Chi-square tests and multinomial logistic regressions	<ul style="list-style-type: none"> ● Chi-square: <ul style="list-style-type: none"> ○ Size of the law enforcement agency⁶ (ns) ● Multinomial regression #1: <ul style="list-style-type: none"> ○ Time since a CIT program was initiated in the country (ns) ● Multinomial regression #2: <ul style="list-style-type: none"> ○ <i>Characteristics of the individual with mental illness</i>: female (-), non-white (+), age (ns), first contact with the police department (-) ○ <i>Event characteristics</i>: alcohol use (ns), drug use (ns), consumer injury (ns), officer injury (+), year of event (+) ○ <i>Department characteristics</i>: large department (i.e., more than 50 officers; ns)
Monahan et al. (1979)	United States (California)	Not available (before 1979)	Interviews with police officers about their "perceptions of persons they had arrested or petitioned for involuntary commitment" (p.511; N=100, 61% are persons with mental illness)	Chi-square tests	<ul style="list-style-type: none"> ● Persons with mental illness are dangerous to themselves (-) ● Persons with mental illness are gravely disabled (e.g., incoherent, disoriented; -) ● Gender of the persons with mental illness (ns) ● Ethnicity of the persons with mental illness (ns)

⁶Small (equal or less than 50 officers) vs large (more than 50 officers)

Pogrebin (1986)	United States (Colorado)	1985	Incident reports of mental health call for police assistance written by police officers (N=60)	Descriptive analyses	<ul style="list-style-type: none"> ● Persons displaying a weapon and perceived as posing a high danger to family or community members (+)
Richter (2010)	United States (Texas)	2005	Call for services dispatched to CIT (N=10,826)	Logistic regression	<ul style="list-style-type: none"> ● Social disorganization of the census tract in which the police encounter occurred (ns)
Scott (2000)	United States (Georgia)	1995	Psychiatric emergency cases handled by the mobile crisis team or regular police procedures	Chi-square tests	<ul style="list-style-type: none"> ● Psychiatric emergency cases handled by the mobile crisis team rather than by regular police procedures (ns)
Steadman et al. (2000)	United States (Alabama and Tennessee)	1996-1997	Mental disturbance calls (N=297)	Chi-square tests	<ul style="list-style-type: none"> ● Site of mental disturbance calls (Birmingham – Alabama, Memphis – Tennessee, or Knoxville – Tennessee; ns)
Teller et al. (2006)	United States (Ohio)	1998-2004	Mental health disturbance calls handled by police officers (N=4,367)	Analyses of variance	<ul style="list-style-type: none"> ● Implementation of a CIT program (ns) ● Police officers are CIT trained (ns)
Tyuse et al. (2017)	United States (Missouri)	2005-2009	“CIT reporting forms completed by CIT officers following a 911 call for assistance involving an older adult (65 years and older)” (p.3; N=352)	Not available	<ul style="list-style-type: none"> ● Age of the person with mental illness (ns)
Watson et al. (2011) and Watson et al. (2010)	United States (Illinois)	2008	112 Police officers’ most recent calls involving an adult with mental illness (N=576)	ANCOVA and regression models	<ul style="list-style-type: none"> ● ANCOVA: <ul style="list-style-type: none"> ○ Relative availability of mental health resources in the district (low versus high) where the encounter occurred (ns) ○ Percentage of personnel that are CIT trained (low versus high) in the district where the encounter occurred (ns) ○ Officers’ CIT training (Non-CIT trained versus CIT trained; ns) ● First regression model <ul style="list-style-type: none"> ○ District (ns) ○ Person with mental illness has a substance abuse (+) ○ Person with mental illness is male (+) ○ Police officer’s age (ns) ○ Police officer is Caucasian (ns) ○ Police officer is CIT trained (ns) ○ Police officer is familiar with at least one person in his/her personal life (self, family, close friend) who has mental illness (ns) ○ Police officer’s view (positive or negative) of mental health services for resolving mental health related calls (ns) ○ Complainant requested a specific outcome to the police encounter (ns)

					<ul style="list-style-type: none"> ○ Person with mental illness had, displayed, or used any type of weapon during police encounter (ns) ○ Person with mental illness resisted during police encounter (ns) ● Second regression model <ul style="list-style-type: none"> ○ District (ns) ○ Person with mental illness has substance abuse (+) ○ Person with mental illness is male (ns) ○ Police officer's age (ns) ○ Police officer is Caucasian (ns) ○ Police officer is CIT trained (ns) ○ Police officer is familiar with at least one person in his/her personal life (self, family, close friend) who has mental illness (ns) ○ Police officer's view (positive or negative) of mental health services for resolving mental health related calls (ns) ○ Complainant requested a specific outcome to the police encounter (ns) ○ Person with mental illness had, displayed, or used any type of weapon during police encounter (ns) ○ Person with mental illness resisted during police encounter (ns) ○ Police officer is CIT trained and the person with mental illness resisted during police encounter (ns) ○ Police officer is CIT trained and the person with mental illness had, displayed, or used any type of weapon during police encounter (ns) ○ Police officer is CIT trained and is familiar with at least one person in his/her personal life (self, family, close friend) who has mental illness (ns) ○ Police officer is CIT trained and has a positive view of mental health services for resolving mental health related calls (ns)
Wolff et al. (1997)	United States (Wisconsin)	1988	Mobile Community Treatment program's patients* (N=100)	Chi-square tests	● African American (+)
			* "MCT clients all have a long-standing chronic mental illness – usually schizophrenia – and have a history of		

treatment noncompliance and repeated psychiatric hospitalization” (p.155)

Qualitative findings

Monahan et al. (1979)	United States (California)	Not available (before 1979)	Interviews with police officers about their "perceptions of persons they had arrested or petitioned for involuntary commitment" (p.511; N=100, 61% are persons with mental illness)	Descriptive analyses	<ul style="list-style-type: none"> ● “The person’s mental illness was not sufficiently severe, or dangerousness not sufficiently demonstrated, to have the commitment sustained by the hospital staff” (p.512; +) ● Police officers’ perception that to commit persons with mental illness is not part of their job (+) ● Police officers perceived that the persons with mental illness encountered lacked intent to commit a crime or needed a hospitalization rather than an incarceration (+)
Schulenberg (2016)	Canada (Ontario)	2012	Field notes and narratives of encounters with citizens “identified as a suspect where the police officers are in a position to issue a citation or lay a criminal charge” (p.465; a subsample of persons perceived as having a mental illness; N=145).	Thematic Analysis	<ul style="list-style-type: none"> ● Intoxicated (+) ● Individual is homeless (+)
Teplin & Pruett (1992)	United States (a midwestern city)	1980-1981	Narratives of police-citizen encounter (N=283)	Descriptive analyses	<ul style="list-style-type: none"> ● Substance abuse (mental health programs are not equipped to deal with substance abuse and detoxification programs are not equipped to deal with mental illness; +) ● Symptoms aren’t severe enough for the individual to be hospitalized, but he or she shows very disruptive behavior (+) ● Individual is too dangerous for the hospital or has pending criminal charges (+)

^a (+): factor increasing arrest probabilities; (-): factor decreasing arrest probabilities; (ns): factor unrelated to arrest probabilities

Quantitative studies

Police-reported characteristics or state of persons with mental illness. Some characteristics of persons with mental illness were found to increase probabilities of arrest during encounters with police services. However, given that the majority of studies included were based on police-reported data, many of the following characteristics should be interpreted not so much as criminogenic factors intrinsic to the persons assessed through a structured process, but rather as characteristics of persons as they are reported by police officers.

Police officers were more likely to arrest persons who were identified as visible minorities (Lord et al., 2011; Wolff et al., 1997) – but other studies found no significant association (LaGrange, 2003; Monahan et al., 1979) – or who were perceived as being a danger to others (LaGrange, 2003). In addition, police officers considered the criminal history of the person: one study suggested that people with a criminal history were more likely to be arrested (Green, 1997). No significant relationship was found between the decision to arrest and the age of persons encountered by police (Lord et al., 2011; Tyuse et al., 2017). Several studies tested the association between substance abuse disorder and/or intoxication, as perceived by police officers, and the decision to arrest: one study found that police officers were more likely to arrest when they believed that persons had a substance abuse disorder (Watson et al., 2010, although LaGrange, 2003 found no statistical relation) or was intoxicated at the time of police contact (LaGrange, 2003, although Lord & al., 2011 found no statistical relation). In contrast, police officers' perception of persons they encounter as being gravely disabled from a mental health or cognitive standpoint (e.g., incoherent, disoriented), decreased the probability of an arrest (Monahan et al., 1979). One study found that persons with mental illness police reported to be a danger to themselves during a police encounter were less likely to be arrested (Monahan et al., 1979), while another study found no

significant relationship (LaGrange, 2003). However, the former study was conducted more than 40 years ago, and police practices have changed over time (Wood & Watson, 2017).

Characteristics of police officers. Multiple characteristics of police officers were tested for their relationship with their decision to arrest persons with mental illness. A small proportion of all characteristics tested was found to be significant (see supplemental material). Having a university education decreased the probability that police officers would proceed to an arrest during encounters with persons with mental illness (LaGrange, 2003). However, studies suggested a lack of relationship between a specialized training and the odds of arrest. In fact, only one of the four studies (3 different samples) testing the impact of Crisis Intervention Team (CIT)⁷ training found this specialized training to be associated with decreased odds of arrest (Teller et al., 2006; Watson et al., 2011; Watson et al., 2010). Results were less consistent regarding the association between years of experience as a police officer and the decision to arrest persons with mental illness: while one study found no significant association (LaGrange, 2003), one study found that more experienced officers were less likely to proceed to an arrest (Green, 1997). The source of information to determine if persons police officers encounter have a mental illness was found to be relevant: information extracted from police sources (e.g., information provided on dispatch, information from police database) increased the odds of arrest, whereas information coded through observation on the scene itself, or being told by the persons or deducing from their behavior, decreased the odds of arrest (Godfredson et al., 2011). Police officers' source of knowledge regarding mental illness was also found relevant: when it stemmed from practical experience as a

⁷ Crisis Intervention Team training is a program in which police officers are trained to improve their interactions with persons with mental illness. They receive a 40-hour training in which they learn about mental disorders, substance use disorder, mental health services and relevant legal issues regarding mental illness (Hartford & al., 2006).

police officer or from personal experience probabilities of arrest were higher (Godfredson et al., 2011).

Situational and other characteristics. Of situational and other characteristics tested, three were found to significantly increase the odds of arrest rather than voluntary commitment of persons with mental illness during police encounters: the elapsed time since the implementation of the CIT program (however, the arrest rate did not significantly differ between years), an officer being injured during the encounter and the persons encountered already known to the police department (Lord et al., 2011). Suspicion of a misdemeanour was associated with increased odds of arrest rather than no arrest (Green, 1997).

Qualitative studies

As shown in Table 2, qualitative findings revealed that some legal and institutional restraints were often cited by police officers as increasing probabilities of arrest. Indeed, persons with mental illness were likely to be arrested if their symptoms were not perceived as severe enough to meet civil commitment criteria but yet showed very disruptive behaviours and were deemed too dangerous to be admitted to the hospital (Monahan et al., 1979; Teplin & Pruett, 1992). Moreover, because of some pending criminal charges, some hospital would not admit persons with mental illness, and police officers then believed they had no other choices than to arrest these persons (Teplin & Pruett, 1992). Furthermore, persons suspected of having a mental illness and a comorbid substance use problem were likely to be arrested because of the officers' knowledge of lack of integrated services for persons with dual diagnosis in their jurisdiction (Schulenberg, 2016; Teplin & Pruett, 1992). Homelessness was also raised by police officers as a factor that may influence the likelihood of arrest. Police officers reported that they sometimes wanted to detain, without arresting, intoxicated persons until they sober up. Since they needed an address to release people,

police officers thus believed they had no other choice than to proceed to an arrest (Schulenberg, 2016). Decision whether to arrest persons with mental illness may also be part of police officers' belief system, as they may be more likely to proceed to arrests when they believe that deciding whether persons should be hospitalized is not part of their job (Monahan et al., 1979) and prefer letting other judicial actors (e.g., judge) determine if hospitalization is needed or not (Monahan et al., 1979).

Discussion

This systematic review aimed to thoroughly examine the literature to identify factors associated with the police decision to arrest during encounters with persons with mental illness. Quantitative and qualitative findings show a great complementarity in attempting to explain the police officers' decision to arrest these persons. Overall, quantitative results indicated that persons perceived as mentally ill tend to be directed toward hospitals, whenever their symptoms are deemed severe enough, whereas persons perceived as deviant (having a criminal history, intoxicated or homeless) tend to be arrested. Qualitative findings add depth to these results by suggesting that a perceived lack of access to mental health and addiction services lead to the decision to arrest. What is not explicitly identified in the studies retrieved but might also explain the decision of police officers to arrest persons with mental illness is labeling theory. This theory suggests that the deviant label may be unconsciously applied to someone, which incites people to react to the labelled person according to this label (Becker, 1963). This has been empirically validated among people with mental illness by Dessureault et al. (2000). Indeed, persons labelled as "ill" might be directed toward a hospital and persons labelled "deviant" might be directed toward the criminal justice system. Results of the present study suggest that the police officers may respond to these labels in ways that interact with systemic issues, namely mental health and addiction services admission

policies as well as the criminal justice system which remains the only system that can't refuse to "admit" people. Complex or restrictive criteria for involuntary hospitalization, strict exclusion criteria for some health or social services, and siloed responses approach to the multiple and co-occurring needs of persons with mental illness influenced police officers' decision-making process (Monahan et al., 1979; Saya et al., 2019; Schulenberg, 2016; Teplin & Pruett, 1992). A "deviant" label may be unconsciously applied to some persons because of the way they act (e.g., are obviously intoxicated or manifest disturbing psychiatric symptoms) or when there is apparently no other system than the criminal justice system that can "take care" of them (e.g., mental health or addiction services cannot admit them). Police officers may thus unconsciously respond to this label by arresting those persons.

Police officers' own characteristics as well as situational characteristics also appear to affect their perception of persons they encounter, it may therefore also affect the label they attach to them and thus the resolution of the encounter. What is the most striking is that, overall, a CIT training (which was implemented, among other things, to prevent arrest among individuals with mental illness; Perez et al., 2003) didn't reduce the odds of arrest (see also Taheri, 2016 for similar results based on a meta analysis on the subject). However, in one other study, other type of education or experience (i.e., more experienced as a police officer and a university degree) decreased the odds of arrest. Compared to a CIT 40-hour training, a university education or a longer experience as police officers might enable police officers to have a much more comprehensive understanding of encounters with persons with mental illness. They might thus be more aware of labels they might unconsciously assign to persons with mental illness, which enable them to take into account the specificities of the encounter and the persons with mental illness, and consequently exercise a more balanced judgment on the best disposition of the encounter. For example, in an encounter with persons suspected of an offence, some police officers chose not to proceed to an

arrest with the justification that the persons lacked intent to commit a crime or needed to be hospitalized rather than incarcerated (Monahan et al., 1979). Furthermore, situational characteristics might give some hints as to how the label is applied to the persons. For example, for persons in contact with the police department for the first time, odds of being arrested decrease, suggesting that police officers are less likely to unconsciously label the person with mental illness as “deviant” at the first occurrence of disruptive behavior. Likewise, police officers are more likely to arrest persons if information collected to determine if they have a mental illness is the police database or comes from dispatch information, suggesting that police officers might respond to the “deviant” label which has already been applied before if persons were in the police database.

Some limitations must be taken into account when interpreting the present findings. Noteworthy is that studies included in this systematic review took place in different jurisdictions through many different years. These variabilities between studies can cause variabilities in the characteristics found relevant as civil commitment criteria differ from a jurisdiction to another and have changed through years. For example, in some jurisdiction persons can be committed on the basis of an only need for treatment whereas in other jurisdiction persons have to be dangerous to themselves or others (Brooks, 2007; Testa & West, 2010). In some jurisdiction, persons can also be committed only on the basis of alcohol or drug addiction, not requiring mental illness issues (Brooks, 2007; Testa & West, 2010). Process of admission in state hospital also seem to have changed through years, with becoming more complex and long, which, adds up to the civil commitment criteria who were made more stringent with time (Klein, 2010). Moreover, there are significant variations in the organisation and access to healthcare services across studies; some were universal, whereas other were privatized. This can modulate people’s accessibility to these services depending on their financial resources.

It is also important to keep in mind that most of the samples included in this systematic review mixed police encounters precipitated by a suspected offence and those precipitated by mental health crisis. Results cannot be generalized to encounter exclusively triggered by a suspected offence or a mental health crisis as persons from each group might have their own particularities. This limitation might explain the inconsistencies in the association between police officers' year of experience and the odds to arrest persons with mental illness. In fact, while LaGrange et al.'s (2003) sample included all police encounters with persons with mental illness (without consideration for the reason of the encounter, thus including crisis situation), Green's (1997) sample included only police encounters with persons with mental illness "who committed an offence for which they could be cited or arrested" (p.472), modulating probabilities of arrest of each sample.

Notwithstanding these limitations, this systematic review put forth the influence of officers' perceived characteristics of persons with mental illness they encounter, the perceived lack of accessibility to mental health and addiction services (and the access without restriction to the criminal justice system), situational characteristics as well as their own characteristics on the "deviant" or "ill" label that may be unconsciously assigned – rightly or wrongly – to persons with mental illness. Given that studies included in this review differ widely in years and places they were conducted, further studies controlling for these variables should be conducted to verify the validity of the findings of this review. Moreover, CIT's the most popular diversion program implemented at the law enforcement and emergency services intercept of the Sequential Intercept Model (Watson et al., 2017), do not appear to decrease the odds of arrest of persons with mental illness. A previous systematic review found that even if arrest rate didn't differ between CIT and non-CIT trained police officers, CIT-trained police officer were more likely than non-CIT trained to refer persons they encounter to mental health services (Dewa et al., 2018). It can thus be

hypothesized that improving accessibility to mental health and psychosocial services might improve the CIT's effectiveness and thus diversion of persons with mental illness. Furthermore, as findings suggest that more experienced and educated police officers are less inclined to arrest persons with mental illness, the presence of more experienced police officers may help guide interventions and the disposition. A prolonged training of police officers as well as a mental health training incorporated to the required training might also result in more appropriate dispositions in encounters with persons with mental illness.

Conclusion

Criminal justice involvement causes several negative consequences, which may be exacerbated in the presence of a mental illness (Batastini et al., 2014; Batastini et al., 2017; Dessureault et al., 2000; Gonzalez & Connell, 2014; Moore et al., 2018; Wilson et al., 2017). The Sequential Intercept Model suggests that contacts with law enforcement are a good point of intercept to formally divert individuals with mental illness away from the criminal justice system (Munetz & Griffin, 2006). This systematic review uncovers a poor knowledge of factors associated with the police decision to arrest persons with mental illness. However, it enables us to suggest that a better access to health and social services, a partnership between these services and police officers as well as a prolonged and more extensive training for police officers might contribute to limiting the impact of unconscious labels on the justice trajectories of persons with mental illness.

Chapitre 4. Article 2

Déclaration de l'étudiant concernant l'article 2

Persons with mental illness and the criminal justice system: from contacts with police services to indictments

Je suis la première autrice de l'article. J'ai rédigé l'article et effectué les analyses statistiques. Je n'ai toutefois pas fait la collecte de données qui a été réalisée dans le cadre du projet *AMONT*, dirigé par dirigé par Dre Laurence Roy tel que mentionné en 2.2.1. Les co-auteurs ont répondu à mes questionnements lors de la rédaction de l'article. Ils ont également commenté l'article, reformulé des sections, proposé des pistes de réflexion et d'interprétation.

**Persons with mental illness and the criminal justice system: from contacts with police
services to indictments**

Marjolie Latulippe¹⁻², Marichelle Leclair²⁻³, Yanick Charrette²⁻⁴, Laurence Roy⁵⁻⁶, Anne G.
Crocker¹⁻²⁻⁷

¹Université de Montréal, School of Criminology (Montréal, Canada)

²Institut national de psychiatrie légale Philippe-Pinel (Montréal, Canada)

³Université de Montréal, Department of Psychology (Montréal, Canada)

⁴Université Laval, School of Criminology (Montréal, Canada)

⁵McGill University, School of Physical & Occupational Therapy (Montréal, Canada)

⁶Douglas Mental Health University Institute (Montréal, Canada)

⁷Université de Montréal, Department of Psychiatry and Addictions (Montréal, Canada)

Corresponding author:

Marjolie Latulippe

marjolie.latulippe@umontreal.ca

Abstract

Persons with mental illness are more likely than persons without mental illness to cascade through the various stages of the criminal justice system. However, criminal justice contacts are mostly studied as discrete events rather than as being part of a continuum representing a slippage down the criminal justice funnel. This paper aims to identify, among persons with mental illness, factors associated with proceeding from: 1) no contact with police services to a contact with police services; 2) a contact with police services to an arrest; and 3) an arrest to an indictment. This study uses baseline data from the *AMONT* project which examined the residential stability and other outcomes of 478 first-time mental health service users. Sociodemographic, psychosocial, and self-reported data regarding contacts with police services, arrests and indictments in the six months prior to the first interview were collected. Logistic regressions were conducted in order to assess the flow through the different stages of the criminal justice funnel. Findings suggest that the movement through each stage presents distinctive risk factors. Self-reported or objective characteristics of individuals with mental illness are important in the prediction of contact with police services, but this relationship might be mediated by a mental health crisis in some instances. Moreover, perceptions of judicial actors regarding characteristics of persons with mental illness might have a greater impact on the flow from a contact with police services to an arrest or from an arrest to an indictment than actual or self-reported characteristics of persons with mental illness.

Keywords: Police, mental illness, criminal justice system involvement, arrest, indictment

1. Introduction

1.1. Context. Persons with mental illness are more likely than persons without mental illness to cascade through the various stages of the criminal justice system. They are more likely to have

repeated contacts with police services (Hoch et al., 2009), and those who experience a contact are three times more likely to be arrested for minor offences than persons with no suspected mental illness (Charette et al., 2014). Subsequently they are more likely to be denied pretrial release (Brattie et al., 2013), and are more likely to be found guilty and sentenced to incarceration regardless of offence severity (Hoch et al., 2009; Maxwell, 2017). For some, these contacts with the criminal justice system begins before the onset of the mental illness with 20 to 30% of persons with a first psychotic episode having experienced at least one conviction prior to illness onset (Hodgins et al., 2011; Marion-Veyron et al., 2015; Runa Munkner et al., 2003). It has been argued that a lack of access to mental health services might play a role in the criminalization of persons with mental disorders (Munetz & Griffin, 2006).

The Sequential Intercept Model was developed to illustrate the trajectory of persons through the criminal justice system and identify opportunities for diversion (Abreu et al., 2017; Munetz & Griffin, 2006). The model identifies the following intercepts: 0) community and emergency services (including law enforcement as first responders); 1) law enforcement; 2) initial detention and initial hearings; 3) jail, courts, forensic evaluations, and forensic commitments; 4) re-entry from jails, state prisons, and forensic hospitalization; and 5) community corrections and community support. This conceptual model offers anchor points from which to identify factors associated with the move through stages of criminal justice involvement among persons with mental illness.

Several studies have compared persons with mental illness who are in contact with the criminal justice system to persons with mental illness with no contact with the criminal justice system in order to identify risk factors of criminal justice involvement. These studies have examined various factors associated with the stages of arrest (e.g., male gender, substance use disorder, unemployment; Constantine et al., 2012; Crisanti & Love, 2002; Gilbert et al., 2010;

Livingston, 2016; Prins et al., 2015; Roy et al., 2014; Swartz & Lurigio, 2007; Van Dorn et al., 2011; Van Dorn et al., 2013; White et al., 2006), conviction (e.g., intensity of mental health services use, substance use disorder, ethnicity; Bo et al., 2021; Bruce et al., 2014; Daff & Thomas, 2014; Eriksson et al., 2011; Graz et al., 2009; Roy et al., 2014), and incarceration (e.g., male gender, young age, homelessness, substance use; Hawthorne et al., 2012; Ramsay et al., 2011; Roy et al., 2014; Schnittker et al., 2012; White et al., 2006).

However, there is dearth of literature on factors associated with the movement from one stage to the next. The notion of moving through the criminal justice system, as put forth by the Sequential Intercept Model, may clarify what factors increase the risk that persons with mental illness enter or move further along the criminal justice continuum (e.g., a contact with police services resolved through an arrest, or an arrest leading to an indictment). A recent systematic review of factors associated with arrest as the resolution of police contact, as opposed to a warning or by diversion to mental health services, revealed that police officers' perceptions of the person they are in contact with influences the outcome of the contact. In particular, if a person is perceived as being a danger to others or self, if they are thought to have severe symptoms, substance use, as well as criminal history they are more likely to be arrested (Latulippe et al., in preparation). However, the significance ($p \leq 0.05$) of these factors differs between studies. These inconsistencies in the literature may impede the implementation of effective programs to effectively divert persons with mental illness to the most appropriate resources, services and supports. Moreover, taking into account that, in earlier studies, factors associated with the flow through the criminal justice system were measured using police officers' perception, objective or self-reported measures would be relevant to help identify characteristics which should be addressed by these programs. Several authors also note the importance of reducing criminal justice involvement of persons with mental

illness at the earliest point (Hensel et al., 2020; Lamb & Weinberger, 2020; Munetz & Griffin, 2006).

The aim of the present study is to examine the progression through the criminal justice system among persons at first significant use of mental health services. Specifically, we aim to identify factors associated with proceeding from: 1) no contact with police services to a contact with police services; 2) a contact with police services to an arrest; 3) an arrest to an indictment.

2. Methods

2.1. Design. This study uses baseline data from the *AMONT* project, which examined the residential stability and other outcomes of persons who use mental health services for the first time. Full details of the study methodology can be found in Roy et al. (submitted) and are summarized below.

2.3. Participants. Participants had to be 16 years old or older and have received mental health services for at least three days (in a hospitalization unit, in an intensive care unit, a brief intensive home-based treatment or an outpatient psychiatric follow-up) for the first time in the six months prior to initial study assessment. Persons deemed unfit to consent or whose main diagnosis was for a mental illness not associated with homelessness or justice involvement (i.e., eating disorder, adjustment disorder, anxiety or affective disorder) were excluded from the study. Participants were recruited from seven sites offering mental health services in the province of Québec, Canada. A total of 478 participants meeting inclusion criteria agreed to participate and were subsequently interviewed. All interviews took place before the COVID-19 pandemic.

2.4. Data. Sociodemographic, psychosocial, and self-reported data regarding contacts with police services, arrests and indictments in a 6-month period prior to the initial interview were collected. Variables extracted for this study were selected based on factors associated with justice

involvement: age (Lord et al., 2011; Tyuse et al., 2017), gender (LaGrange, 2003; Lord et al., 2011; Monahan et al., 1979; Watson et al., 2010), homelessness (Schulenberg, 2016), substance use disorder (LaGrange, 2003; Watson et al., 2010), symptom severity (Monahan et al., 1979; Schulenberg, 2016), and medication compliance (Hochstedler, 1987). Given the extensive literature on the role of trauma in criminal justice involvement (Edalati & Nicholls, 2019; Edalati et al., 2017; Edalati et al., 2020), we also assessed adverse childhood experiences, recent victimization, and having lived for at least six months in a Youth center. From a clinical standpoint, we expected that some factors could also influence the outcome of a police contact, and thus included psychotic spectrum disorder, impulsivity, suicide risk and intensity of social and mental health services use in our analyses. Employment and income were also included, especially as control variables, as they may influence access to social and health services. Since a contact with police services for mental health crisis reasons is less likely to lead to an arrest than a contact for other reasons (Charette et al., 2014) we wanted to test this variable. The dataset included the reasons for the three last contacts with police services but didn't specify which contact led to an arrest, rendering it impossible to determine if the contact that led to an arrest was for mental health crisis reasons. Based of the reasons for the three last contacts with police services, we then created a dichotomous variable "contact with police services for mental health crisis reasons".

2.5. Measures.

2.5.1. Dependant variables. Participants were asked if, in the prior six months, they had had any contact with police services, arrest, and indictment. Responses were used to create three binary variables representing the movement through the first stages of the criminal justice system. First, we created a "Flow to Contact" variable, with participants with no contact with police services in the 6-months prior coded zero, and participants reporting at least one contact with police

services, with or without an arrest, coded one. Second, we created a “Flow to Arrest” variable. Participants with at least one arrest for a criminal offence, with or without a contact that did not result in an arrest, were coded one, whereas participants with no arrest for a criminal offence but at least one contact that did not result in an arrest for a criminal offence were coded zero (participants with no contact with police services in the prior six months were coded as missing and excluded from the respective analysis). Third, we created a “Flow to Indictment” variable where participants with at least one arrest for a criminal offence but no indictment were coded zero, and participants with at least one indictment were coded one (similarly, participants with no police contact or no arrest for a criminal offence in the prior six months were coded as missing and excluded from the respective analyses).

2.5.2. Independent variables.

2.5.2.1. Clinical factors. Alcohol use disorder, drug use disorder, psychotic spectrum disorder, and suicidality were assessed through the *Mini-International Neuropsychiatric Interview* (MINI). The MINI is a short questionnaire to rapidly assess DSM-IV and ICD-10 psychiatric disorders (Sheehan et al., 1998). Impulsivity was measured with the *Barratt Impulsiveness Scale* (BIS), a 30-item self-report tool with 3 subfactors: motor impulsiveness, cognitive impulsiveness, and nonplanning impulsiveness (Barratt, 1994)⁸. Symptom severity was measured with the *Colorado Symptom Index* (CSI), a self-report tool to measure the presence and frequency of 14 non-specific psychiatric symptoms over the past month (Conrad et al., 2001)⁹. Perceived medication compliance was rated on a Likert scale by interviewers based on information revealed by participants during the interview, using item 14 of the Multnomah Community Ability Scale

⁸ Scores ranges from 30 to 120, with higher score corresponding to greater impulsivity.

⁹ Scores range from 14 to 70, with higher score corresponding to more severe psychiatric symptoms.

(Barker et al., 1994)¹⁰ which was subsequently dichotomised into “almost never, infrequently or sometimes” and “usually or almost always”. Complex childhood trauma was defined as having experienced at least four different types of adverse experiences, as measured by the Adverse Childhood Experiences scale (Dong et al., 2004), including abuse (emotional, physical and sexual), neglect (emotional and physical) and household dysfunction (parental separation/divorce, violence against mother, household substance abuse, household mental illness, incarceration of household members). Intensity of social and health services utilization was measured through self-reported number of times the participant consulted social or health professionals in the prior six months, which was subsequently transformed into a monthly frequency.

2.5.2.2. Sociodemographic factors. Residential stability was operationalized using an algorithm based on past self-reported experience of homelessness, the number of address changes in the past year, and the imminence and severity of the risk of homelessness based on the *Homelessness Risk Assessment* (HRA; Montgomery et al., 2014). A 3-level variable was created: stably housed, unstably housed, homeless. Persons were considered “homeless” if they self-reported having experienced homelessness in the six months prior to the interview and presented a risk of future homelessness based on the HRA, or if they identified their current main residence as the streets, a crisis center, or an institution (e.g., hospital). Persons were considered “unstably housed” if they had at least three address changes in the past year, if they had two address changes in the past year but were planning to move again in the next six months (except for reasons unrelated to residential instability, such as buying a house or moving for a job), or if they presented imminent risk based on HRA. Other participants were classified as “stably housed”. Employment was assessed by asking participant what their main occupation was. If participants answers

¹⁰ “How frequently does the client comply with his/her prescribed medication regimen?”

included salaried employee or self-employed worker, employment was considered present. Income was assessed by asking participants their gross income in the last month.

2.5.2.3. Other factors. Victimization was measured asking participants how many victimization events of different types they experienced in the 6-month period before the interview. Participants were also asked if they have ever lived for over six months in a Youth center and the reason for the last three contacts with police services. Contact with police services because of mental health issues were coded as present if the reason of the contact with police services concerned mental health (e.g., crisis situation or transportation to hospital).

3. Analyses.

First, each variable's distribution was inspected. The victimization and income distributions had extreme values. They were recoded into the value of the 99th percentile of the distribution. Given the nominal nature of the dependant variables, bivariate crosstabulations were generated for nominal independent variables, and comparison of means tests were conducted for ordinal and interval variables.

To assess the independent contribution of each variable in predicting the dependant variables, logistic regressions were then conducted for each outcome, using theoretically relevant variables or variables with a p-value smaller than 0.10 in bivariate analyses.

4. Results

4.3. Sample description. As can be observed in Table 3, participants were mostly men (57.9 %). The mean age was 30 years (SD = 12.64), with the majority (54 %) being 25 or younger. More than half were homeless or unstably housed (56.2 %). The majority of the sample had contact with police services (55.3 %), about one out of five were subsequently arrested for a criminal offence (17.5 %) and few indicted (6.5 %).

4.4. Factors associated with the flow through the criminal justice system. As is described in Table 4, compared to persons with mental illness who didn't have a contact with police services, those who did were significantly older (median = 26 vs median = 24), more likely to be men (62.8 % vs 52.1 %) or identify neither as men or women (2.7 % vs 1.4 %), homeless (27.2 % vs 13.3 %), have an alcohol use disorder (32.6 % vs 19.4 %), a drug use disorder (48.7 % vs 29.4 %), be perceived as uncompliant with their medication (20.7 % vs 9.3 %), and have been more victimized in the prior six months (median = 1.5 vs median = 0).

Gender and drug use disorder were also significantly associated with the flow from a contact with police services to an arrest. Compared to persons with mental illness who had a contact with police services but no arrest, those arrested were more likely to be men (82.2 % vs 59.0 %) or identify neither as men or women (6.7 % vs 1.9 %) and have a drug use disorder (64.4 % vs 44.8 %). They were also more likely to have lived in a Youth center (24.4 % vs 8.0 %) and less likely to have had a contact with police services because of mental health issues (22.2 % vs 51.9 %).

None of the tested characteristics were significantly associated with the flow from an arrest to an indictment.

4.5. Progression prediction. As shown in table 5, regression models were developed for the flow from no contact to a contact with police services, as well as the flow from a contact with police services to an arrest. "Contact with police services for mental health reasons" was added to the latter regression model because of its theoretical relevancy. "Complex childhood trauma" was also inserted into the regression model as a control variable for "lived in a Youth center" (as Youth center services are frequently used following a report to the director of youth protection). No regression model was developed for the flow from an arrest to an indictment because no relevant variables were identified in bivariate analyses.

The regression model for contacts with police services revealed that age (OR = 1.020), drug use disorder (OR = 2.411), monthly frequency of health and social services use (OR = 0.922), perceived medication compliance (OR = 0.391), and homelessness (OR = 2.907) were significant predictors of contact with police services after controlling for gender, residential stability (unstable or at risk), gross income, employment, alcohol use disorder and victimization.

The regression model developed for the flow from a contact with police services to an arrest revealed that, after controlling for age, gross income, employment, alcohol and drug use disorder, monthly frequency of health and social services use and having lived in a Youth center, identifying with the women gender (OR = 0.154) and a previous contact with police services because of mental health reasons (OR = 0.259) were still significant predictors of the decision to arrest.

5. Discussion

This study sought to examine the flow through the criminal justice system of persons with mental illness with a first significant use of mental health services, specifically, to identify factors associated with the flow from: 1) no contact with police services to a contact with police services; 2) a contact with police services to an arrest; 3) an arrest to an indictment. Results suggest that each studied stage of flow presents distinctive risk factors, with self-reported or objective characteristics being particularly important in the flow from no contact with police services to a contact with police services. That being said, caution is needed while comparing the logistic regression models since logistic regressions are less robust than multiple linear regressions (Mood, 2010).

The fact that the sample becomes smaller with the movement through the criminal justice system necessarily decreases statistical power, thus potentially partially explaining the lack of significant results. Of note however, police officers do not only enforce law and maintain order, but in many instances also act as “street corner psychiatrists” (Bittner, 1967; Rafla-Yuan et al.,

2021; Teplin, 1985, 2000; Teplin & Pruett, 1992). This might also explain why more factors were significantly associated with contacts with police services than with the flow from a contact with police services to an arrest or from an arrest to an indictment. Specifically, as reminded by Abreu et al. (2017), police services intervene not only when an offence is suspected but also as first responders, which locate them at both intercept zero and one of the Sequential Intercept Model. In fact, a Canadian survey revealed that mental or substance use issues are the reason of contact for one out of five (18.7 %) persons in contact with police services (Boyce et al., 2015). The association between some characteristics, such as a lack of medication compliance, and contacts with police services might thus be mediated by mental health crisis. This might be true for homelessness and drug use disorder as people with prior experience of homelessness present higher level of psychiatric distress (Castellow et al., 2015) and drug use may increase psychiatric distress or risks of psychotic symptoms (Goodman et al., 1997; Moore et al., 2007). However, homelessness and drug use disorder might also prompt police officers' attention because of a suspected offence or disruptive behavior (e.g., loitering or urinating on public property). This might explain why these factors multiply by 2.5 or three the odds of contacts with police services. We also found that a lower intensity of health and social services use significantly increased odds of being in contact with police services. Once again, this might pertain to the police officers' role of first respondent. Specifically, they might intervene in crisis situations which failed to be prevented because of a lack of use (or access) to health and social services (e.g., low intensity of services use). Thus, they might act as downstream initiators of contact with care services who failed to be made earlier.

Once a person has a contact with police services, results indicated that the only two characteristics significantly impacting the decision to arrest were those for which police officers' perception might match objective or self-reported characteristics of the persons encountered. For example, the self-reported prior contact with police services because of mental health issues might

match police officer's perception of this characteristic as it might be noted in police database. This might also be true for gender as, for most, the gender they identify with is written on their identity documents. These results correspond to prior findings which highlight the importance of police officer's perceptions of the persons encountered (e.g., perceived substance use disorder) in their decision to arrest (Latulippe et al., in preparation) and suggest that it predominates over self-reported or actual characteristics of encountered persons (e.g., an objective assessment of substance use disorder). In other words, characteristics of persons, as perceived by police officers, might be more predictive of the decision to arrest than self-reported or objective characteristics. This might be partly explained by labeling theory, which refers to an unconscious label assigned to a person followed by reaction according to this label (Becker, 1963). Accordingly, police officers might have unconsciously assigned an "ill" label to persons previously encountered because of mental health issues. They might have then reacted according to this label, which might imply, for example, a transportation to hospital rather than an arrest. Police officers might also unconsciously be more likely to assign a "criminal" label to men than women (MacLin & Herrera, 2006; Ruibyte et al., 2016) and perceive women as vulnerable (Hollander, 2001), thus be less likely to arrest women. Furthermore, the non-significant relationship between drug or alcohol use disorder and flow from a contact with police services to an arrest adds to prior findings. Specifically, previous studies found that police officers were more likely to arrest persons with mental illness they encounter they believed had substance use issues (Teplin & Pruett, 1992; Watson et al., 2011; Watson et al., 2010), suggesting that the police officer's perception of substance use issues might be more relevant than a more objective measure of these issues to predict the decision to arrest.

Once a person is arrested, charges might be laid. The fact that none of the tested characteristics were significantly associated with the flow from an arrest to an indictment, highlights, once again, the distinction between the stages of flow through the criminal justice system. Moreover, as persons

move further into the criminal justice system, more judicial actors partake in the decision regarding whether the individual will go to the next stage. Alike police officers' perceptions appear to influence the decision to arrest (Latulippe et al., in preparation), prosecutors' (an important judicial actor in the decision to charge in Québec; Directeur des poursuites criminelles et pénales, 2019; Griffiths, 2018) perceptions might also influence the decision to charge. Amount of evidence might also weight heavily in the decision to charge or not (Directeur des poursuites criminelles et pénales, 2019). This may partly explain why no factor was found to be significantly associated with the flow from an arrest to an indictment.

Some limitations should be taken into account when interpreting the results. Data were collected in Québec, Canada, which means that generalization to other provinces or countries must be made cautiously as each has some particularities that might influence judicial decisions. For example, judicial process might differ between countries, or even between regions within a same country. Namely, the province of Québec differs from the majority of the other provinces of Canada regarding indictment, as an additional step is required before charges can be pressed (crown prosecutor have to approve the institution of judicial proceedings; Directeur des poursuites criminelles et pénales, 2019; Griffiths, 2018). As the prosecutors' decision should be based on the sufficiency of evidence, evidence might have to weight more heavily in the decision to progress from an arrest to an indictment in Québec than in provinces where there is no need for the prosecutor to approve the institution of judicial proceedings. Differences in the involuntary commitment criteria might also limit the generalisability of results. For example, in some states of the United States, persons can be committed on the sole basis of the presence of drug or alcohol dependence (Testa & West, 2010), which is not the case in Canada. Furthermore, some characteristics that were found to impact the flow through the criminal justice system in the literature were not available in our dataset. For example, characteristics of altercations (e.g.,

severity of the offence, quantity of evidence, presence of bystanders; Brown, 2005; Green, 1997) and characteristics of police officers concerned by the encounter (e.g., years of experience as police officers, education; Green, 1997; LaGrange, 2003) were not available. Moreover, characteristics available were measured at the first significant contact with mental health services, meaning that the chronology between the occurrence of some characteristics and the flow through the criminal justice system couldn't be taken into account. In addition, the reason for the contact with police services which led to an arrest was not available even though a contact with police services for mental health crisis reasons or noncriminal incident were found to decrease the odds of flow to an arrest (Charette et al., 2014).

6. Conclusion

This paper suggests that many people with mental illness encounter police officers because of mental health issues (intercept zero) and that, beyond contacts with police services, perceptions of judicial actors might have a greater impact on flow through the criminal justice system than actual or self-reported characteristics of persons with mental illness. Hence, future studies might assess factors associated with contact with police officers, but only for interventions aiming to enforce law or maintain order (intercept one). Moreover, more research should be done on the importance of judicial actors' perception in trajectories of persons with mental illness through the criminal justice system. If their importance is proven to be substantial, diversion programs would benefit from being supported by judicial actors training on the impact of their perceptions on their decisions.

Table 3*Characteristics of the sample*

		Total sample (n=478)
Sociodemographic		
Gender, n (valid %)		
	Men	277 (57.9 %)
	Women	191 (40%)
	Other	10 (2.1%)
Age, mean (SD)		29.81 (12.64)
Residential stability, n (valid %)		
	Stable	209 (43.7%)
	Unstable	168 (35.1%)
	Homeless	101 (21.1%)
Gross income in the last month (CA\$), mean (SD)		1211.31 (1460.53)
Employment, n (valid %)		104 (21.8 %)
Clinical		
Alcohol use disorder, n (valid %)		126 (26.4%)
Drug use disorder, n (valid %)		189 (39.5%)
Complex childhood trauma, n (valid %)		163 (35.4%)
Impulsivity, mean (SD)		66.8 (11.27)
Psychotic spectrum disorder, n (valid %)		109 (22.8%)
Symptom severity, mean (SD)		36.05 (10.71)
Perceived medication compliance, n (valid %)		345 (83.9%)
Suicidality, n (valid %)¹¹		
	Not at risk or low risk	289 (62.0%)
	Moderate or high risk	177 (38.0%)
Monthly frequency of health and social services use, mean (SD)		3.72 (3.57)
Flow through the criminal justice system		
Contact with police services, n (valid %)		261 (55.3%)
Flow from a contact with police services to an arrest (for a criminal offence), n (valid %)		45 (17.5%)
Flow from an arrest (for a criminal offence) to indictment, n (valid %)		31 (6.5%)
Other characteristics		
Number of victimization events, mean (SD)		1.91 (7.98)
Ever lived in a Youth center, n (valid %)		44 (9.2%)
Contact with police services for mental health crisis reasons (in the prior 6 months), n (valid %)		124 (74.1%)

¹¹ Total does not equal 478 due to some missing data

Table 4

Bivariate results

	Contact with police services ^a			Flow from a contact with police services to an arrest			Flow from an arrest to an indictment		
	No ^b (n = 211)	Yes ^c (n = 261)	X ² and Phi, Cramer's V, M-W U or t	No ^d (n = 212)	Yes ^e (n = 45)	X ² and Phi, Cramer's V, M-W U or t	No ^f (n = 14)	Yes ^g (n = 31)	X ² and Phi, Cramer's V, M-W U or t
Sociodemographic									
Age, <i>Median</i>	24.00	26.00	M-W U: 23938.000 (p=0.027)	26.00	24.00	M-W U: 4304.000 (p=0.325)	23.0	26.0	M-W U: 167.000 (p=0.219)
Gender, <i>N (%)</i>									
Men	110 (52.1%)	164 (62.8%)	X ² : 7.369 (p=0.025) Cramer's V: 0.125	125 (59.0%)	37 (82.2%)	X ² : 13.908 (p=0.001) Cramer's V: 0.235	12 (85.7%)	25 (80.6%)	X ² : 1.569 (p=0.456) Cramer's V: 0.187
Women	98 (46.4%)	90 (34.5%)		83 (39.2%)	5 (11.1%)		2 (14.3%)	3 (9.7%)	
Other	3 (1.4%)	7 (2.7%)		4 (1.9%)	3 (6.7%)		0 (0.0%)	3 (9.7%)	
Residential stability, <i>N (%)</i>									
Stable	110 (52.1%)	96 (36.8%)	X ² : 17.165 (p=0.000) Cramer's V: 0.191	84 (39.6%)	12 (26.7%)	X ² : 6.450 (p=0.040) Cramer's V: 0.158	4 (28.6%)	8 (25.8%)	X ² : 0.72 (p=0.965) Cramer's V: 0.040
Unstably housed	73 (34.6%)	94 (36.0%)		77 (36.3%)	14 (31.1%)		4 (28.6%)	10 (32.3%)	
Homeless	28 (13.3%)	71 (27.2%)		51 (24.1%)	19 (42.2%)		6 (42.9%)	13 (41.9%)	
Last month gross income, <i>Median</i>	780.00	780.00	M-W U : 26097.000 (p=0.622)	800.00	683.00	M-W U : 3674.000 (p=0.511)	684.00	691.50	M-W U : 171.000 (p=0.325)

Employment, <i>N</i> (%)	No	157 (74.4%)	211 (80.8%)	X ² : 2.813 (p=0.094) Phi: -0.077	168 (79.2%)	39 (86.7%)	X ² : 1.305 (p=0.253) Phi: -0.071	11 (78.6%)	28 (90.3%)	X ² : 1.153 (p=0.283) Phi: -0.160
	Yes	54 (25.6%)	50 (19.2%)		44 (20.8%)	6 (13.3%)		3 (21.4%)	3 (9.7%)	
Clinical										
Alcohol use disorder, <i>N</i> (%)	No	170 (80.6%)	176 (67.4%)	X ² : 10.288 (p=0.001) Phi: 0.148	149 (70.3%)	25 (55.6%)	X ² : 3.682 (p=0.055) Phi: 0.120	7 (50.0%)	18 (58.1%)	X ² : 0.254 (p=0.614) Phi: -0.075
	Yes	41 (19.4%)	85 (32.6%)		63 (29.7%)	20 (44.4%)		7 (50.0%)	13 (49.9%)	
Drug use disorder, <i>N</i> (%)	No	149 (70.6%)	134 (51.3%)	X ² : 18.056 (p=0.000) Phi: 0.196	117 (55.2%)	16 (35.6%)	X ² : 5.730 (p=0.017) Phi: 0.149	3 (21.4%)	13 (41.9%)	X ² : 1.770 (p=0.183) Phi: -0.198
	Yes	62 (29.4%)	127 (48.7%)		95 (44.8%)	29 (64.4%)		11 (78.6%)	18 (58.1%)	
Perceived medication compliance, <i>N</i> (%)	No	17 (9.3%)	46 (20.7%)	X ² : 9.979 (p=0.002) Phi: -0.157	38 (20.8%)	7 (24.3%)	X ² : 0.232 (p=0.630) Phi: -0.032	4 (44.4%)	5 (17.9%)	X ² : 2.615 (p=0.106) Phi: 0.266
	Yes	166 (90.7%)	176 (79.3%)		145 (79.2%)	28 (75.7%)		5 (55.6%)	23 (82.1%)	
Psychotic spectrum disorder, <i>N</i> (%)	No	164 (77.7%)	200 (76.6%)	X ² : 0.080 (p=0.778) Phi: 0.013	164 (77.4%)	33 (73.3%)	X ² : 0.562 (p=0.336) Phi: 0.036	9 (54.3%)	24 (77.4%)	X ² : 0.851 (p=0.356) Phi: -0.137
	Yes	47 (22.3%)	61 (23.4%)		48 (22.6%)	12 (26.7%)		5 (35.6%)	7 (22.6%)	
Suicidality, <i>N</i> (%)	Not at risk or low risk	131 (64.5%)	155 (60.3%)	X ² : 0.859 (p=0.354) Phi: 0.043	125 (59.8%)	28 (63.6%)	X ² : 0.223 (p=0.637) Phi: -0.030	11 (78.6%)	17 (56.7%)	X ² : 1.979 (p=0.159) Phi: 0.212
	Moderate or high risk	72 (35.5%)	102 (39.7%)		84 (40.2%)	16 (36.4%)		3 (21.4%)	13 (43.3%)	

Symptom severity, <i>Mean (SD)</i>	35.61 (10.52)	36.40 (10.78)	t: -0.788 (p=0.431)	36.40 (13.07)	36.47 (10.46)	t: 0.041 (p= 0.967)	37.00 (13.98)	36.10 (12.86)	t: 0.208 (p=0.836)
Monthly frequency of health and social services use, <i>Median</i>	2.67	2.50	M-W U: 25999.500 (p=0.338)	2.58	2.33	M-W U: 3958.500 (p=0.999)	3.17	2.33	M-W U: 182.500 (p=0.397)
Other									
Complex childhood trauma, <i>N (%)</i>									
No	141 (68.4%)	154 (62.1%)	X ² : 1.994 (p=0.158) Phi: 0.066	122 (60.4%)	29 (69.0%)	X ² : 1.403 (p=0.294) Phi: -0.067	8 (61.5%)	21 (72.4%)	X ² : 0.497 (p=0.481) Phi: -0.109
Yes	65 (31.6%)	94 (37.9%)		80 (39.6%)	13 (21.0%)		5 (38.5%)	8 (27.6%)	
Impulsivity, <i>Mean (SD)</i>	66.19 (11.27)	67.41 (11.31)	t: -1.161 (p=0.246)	66.79 (11.32)	69.34 (11.23)	t: -1.367 (p=0.959)	71.21 (9.83)	68.47 (11.88)	t: 0.751 (p=0.457)
Lived in a Youth center, <i>N (%)</i>									
No	195 (92.4%)	233 (89.3%)	X ² : 1.365 (p=0.243) Phi: 0.054	195 (92.0%)	34 (75.6%)	X ² : 10.316 (p=0.001) Phi: 0.200	12 (85.7%)	22 (71.0%)	X ² : 1.136 (p=0.287) Phi: 0.159
Yes	16 (7.6%)	28 (10.7%)		17 (8.0%)	11 (24.4%)		2 (14.3%)	9 (29.0%)	
Victimization, <i>Median</i>	0.00	1.50	M-W U: 22764.00 (p=0.000)	0	0	M-W U: 4695.500 (p=0.851)	0	0	M-W U: 199.000 (p=0.617)
Contact with police services for mental health reasons (in the prior 6 months), <i>N (%)</i>									
No	---	---	---	102 (48.1%)	35 (78.8%)	X ² : 13.124 (p<0.001) Phi: -0.226	11 (78.6%)	24 (77.4%)	X ² : 0.007 (p=0.931) Phi: 0.013
Yes	---	---	---	110 (51.9%)	10 (22.2%)		3 (21.4%)	7 (22.6%)	

^a Totals of “no” and “yes” do not equal 478 due to missing data.

^b Totals do not always add up to 211 due to missing data.

^c Totals do not always add up to 261 due to missing data.

^d Totals do not always add up to 212 due to missing data.

^e Totals do not always add up to 45 due to missing data.

^f Totals do not always add up to 14 due to missing data.

^g Totals do not always add up to 31 due to missing data.

Table 5*Regression models*

	Progress – contact <i>Nagelkerke R² = 0.175</i> <i>X² = 55.353 (p < 0.001)</i>			Progress – arrest <i>Nagelkerke R² = 0.278</i> <i>X² = 43.835 (p < 0.001)</i>		
	OR	Confidence interval (95%)	P	OR	Confidence interval (95%)	P
Perceived medication compliance	0.391	0.203 – 0.752	0.005			
Residential stability (homeless)	2.907	1.540 – 5.488	0.001			
Residential stability (unstable or at risk)	1.109	0.683 – 1.802	0.675			
Victimization	1.023	0.979 – 1.069	0.311			
Age	1.020	1.001 – 1.039	0.040	1.007	0.973 – 1.042	0.696
Gender (Nor man or women)	1.870	0.353 – 9.918	0.462	1.912	0.294 – 12.444	0.498
Gender (Woman)	0.881	0.554 – 1.399	0.591	0.154	0.043 – 0.552	0.004
Alcohol use disorder	1.207	0.713 – 2.044	0.484	1.052	0.449 – 2.465	0.906
Drug use disorder	2.411	1.459 – 3.983	0.001	1.820	0.776 – 4.264	0.168
Monthly frequency of health and social services use	0.922	0.863 – 0.986	0.017	1.068	0.958 – 1.190	0.236
Gross income	1.000	1.000 – 1.000	0.154	1.000	1.000 – 1.000	0.332
Employment	0.764	0.439 – 1.327	0.339	0.603	0.201 – 1.814	0.369
Lived in a Youth center				2.571	0.907 – 7.287	0.076
Complex childhood trauma				0.789	0.336 – 1.850	0.585
Contact with police services for mental health reasons (in the prior 6 months)				0.259	0.111 – 0.605	0.00

Chapitre 5. Discussion générale

L'objectif de ce mémoire était de mieux comprendre le phénomène de progression dans le système de justice pénale, des personnes vivant avec des problèmes de santé mentale. Pour ce faire, une recension systématique (article un) a d'abord été effectuée, puis une étude empirique auprès de personnes recevant pour la première fois des services de santé mentale et donc un groupe particulièrement bien ciblé pour des interventions précoces de déjudiciarisation (article deux).

Les résultats suggèrent que chacune des étapes de progression à travers le système de justice pénale présente ses propres facteurs de risques. L'article un met en lumière l'importance du contexte dans lequel les interactions policières prennent place dans la décision des policiers de procéder à une arrestation. L'article deux retient cette notion et l'utilise pour l'interprétation des résultats en suggérant, par exemple, que les facteurs associés à un contact avec les services policiers pourraient différer selon si ce contact est précipité par une infraction suspectée ou une situation de crise. L'article un met également en lumière le manque de littérature sur les facteurs associés à la décision policière de procéder à l'arrestation de personnes atteintes d'un trouble mental. L'article deux permet de documenter davantage ces facteurs. La combinaison des deux articles suggère que les caractéristiques des personnes auprès desquelles les policiers interviennent, telles que perçues par les policiers, sont plus prédictives de la décision d'arrêter que les caractéristiques réelles ou autorapportées des personnes auprès desquelles ils interviennent. Cela pourrait d'ailleurs expliquer pourquoi le trouble d'utilisation de substance mesuré via le MINI (mesure davantage objective qu'une mesure via la perception des policiers) n'est pas associé à la décision policière de procéder à l'arrestation alors que le trouble d'utilisation de substance mesuré en fonction de la perception des policiers est associé à la décision policière d'arrêter (Watson et al., 2011; Watson et al., 2010). Les deux articles soulèvent également la pertinence de la théorie de l'étiquetage pour l'explication

de la progression des personnes atteintes d'un trouble mental dans le système de justice pénale, tout en précisant qu'elle doit être utilisée avec précaution afin de ne pas tirer des conclusions qui ne seraient pas soutenues par les données.

5.1. Limites et forces

5.1.1. Limites

L'interprétation et la généralisation des résultats de cette étude nécessitent la considération de certaines limites.

Premièrement, il est important de souligner que la législation quant à l'hospitalisation involontaire (contre le gré) diffère entre les pays et même entre les régions d'un même pays. À titre d'exemple, au Québec (lieu de provenance des données), une ordonnance de garde en établissement ne peut se faire que si la personne présente un danger pour elle-même ou pour autrui (Éditeur officiel du Québec, 1997) alors que dans certains États américains, la seule présence d'un problème d'utilisation de drogues peut permettre cette hospitalisation (Testa & West, 2010). Les facteurs associés à la progression d'un contact avec les services policiers à une arrestation dans la présente étude pourraient donc être influencés par les critères d'hospitalisation involontaire. Par exemple, dans la présente étude, le fait d'avoir un trouble d'utilisation de substances, tel que mesuré par le MINI n'est pas significativement associé à la progression d'un contact avec les services policiers à une mise en arrestation. Toutefois, cette même caractéristique pourrait diminuer les probabilités d'arrestation dans les états des États-Unis où il est possible d'avoir recours à l'hospitalisation involontaire pour cette raison.

Deuxièmement, le processus judiciaire peut différer d'un pays à l'autre ou même entre régions d'un même pays, comme c'est le cas au Canada. En effet, le processus de mise en accusation diffère entre le Québec et la majorité des autres provinces du Canada (Directeur des poursuites criminelles et pénales, 2019; Griffiths, 2018). Au Québec, pour qu'il y ait une mise en

accusation, le procureur doit autoriser la demande d'intenter des procédures soumises par les policiers, ce qui n'est pas nécessaire dans la majorité des provinces du Canada (Directeur des poursuites criminelles et pénales, 2019; Griffiths, 2018). Ainsi, si la décision de porter des accusations était entre les mains des policiers, les facteurs associés à la progression d'une arrestation à une mise en accusation présenteraient possiblement des similarités avec les facteurs associés à la progression d'un contact avec les services policiers à une arrestation.

Troisièmement, certaines variables pertinentes n'ont pu être incluses dans les analyses de régression puisqu'elles n'étaient pas disponibles dans la base de données utilisée pour ce mémoire. À titre d'exemple, la raison de chacun des contacts avec les services policiers menant à une arrestation n'était pas disponible dans la base de données, bien qu'un contact avec les services policiers en raison d'une situation de crise ou d'un incident non criminel diminue les probabilités qu'il y ait progression vers une arrestation (Charette et al., 2014). De plus, la revue systématique révèle l'importance de certaines variables également absentes de la base de données, soient les caractéristiques de l'intervention policière et des policiers dans la progression d'un contact avec les services policiers à une arrestation. La quantité de preuve aurait également été pertinente aux analyses concernant la progression d'une arrestation à une mise en accusation considérant qu'il s'agit d'une variable importante dans la décision des procureurs d'autoriser la demande d'intenter des procédures (Directeur des poursuites criminelles et pénales, 2019).

Finalement, les données utilisées pour les analyses statistiques sont transversales. Cela consiste en une autre limite puisque cela ne permet pas de connaître la chronologie entre les caractéristiques de la personne atteinte d'un trouble mental et sa progression dans le système de justice pénale.

5.1.2. Forces

Ce mémoire présente également certaines forces. Une première force a trait à son originalité de par l'étude des contacts avec le système de justice pénale sur un continuum plutôt que distinctement. Effectivement, plusieurs études examinent les différents contacts entre les personnes atteintes d'un trouble mental et le système de justice pénale (Bo et al., 2021; Bruce et al., 2014; Constantine et al., 2012; Crisanti & Love, 2002; Daff & Thomas, 2014; Eriksson et al., 2011; Gilbert et al., 2010; Graz et al., 2009; Hawthorne et al., 2012; Livingston, 2016; Prins et al., 2015; Ramsay et al., 2011; Roy et al., 2014; Schnittker et al., 2012; Swartz & Lurigio, 2007; Van Dorn et al., 2011; Van Dorn et al., 2013; White et al., 2006), cependant, à ma connaissance, aucune étude n'a comme objectif principal d'examiner la progression à travers ces contacts. D'autant plus que les données empiriques sur cette progression sont nécessaires considérant les efforts de déjudiciarisation et d'alternatives à l'incarcération visant, entre autres, à freiner la progression des individus atteints d'un trouble mental dans le système de justice pénale (Heilbrun et al., 2012; Sirotich, 2009). Une seconde force est qu'une revue systématique appuie la sélection de facteurs insérés dans les régressions logistiques. En effet, les facteurs insérés dans les régressions logistiques sont basés, non seulement sur des théories, hypothèses et facteurs identifiés dans la littérature, mais également sur une revue systématique portant sur les facteurs associés à une étape de progression dans le système de justice pénale. Cela renforce donc la validité et l'exhaustivité des facteurs insérés dans les régressions logistiques, principalement en ce qui a trait à la progression d'un contact avec les services policiers à une arrestation puisque c'est sur cette étape de progression que porte la revue systématique. Une troisième force a trait au fait que l'étude génère des données empiriques sur un point d'intervention particulièrement important pour la prévention des contacts entre les personnes atteintes d'un trouble mental et le système de justice pénale. Plus précisément,

les résultats informent sur la progression dans les premières étapes des procédures judiciaires et cela, chez des personnes nouvellement diagnostiquées atteintes d'un trouble mental.

Chapitre 6. Conclusion

Les contacts entre le système de justice pénale et les personnes atteintes d'un trouble mental font l'objet de recherches depuis près de 60 ans. Malgré l'implantation de programmes de déjudiciarisation ou d'alternatives à l'incarcération visant, entre autres, à éviter la progression au sein du système de justice pénale, peu d'études identifiant les facteurs associés à cette progression ont été effectuées. Ce mémoire contribue à la littérature à ce sujet en indiquant que, chacune des premières étapes de progression dans le système de justice pénale (c.-à-d. progression d'aucun contact avec les services policiers à un contact avec les services policiers, progression d'un contact avec les services policiers à une arrestation, progression d'une arrestation à une mise en accusation) présente des facteurs de risques distincts. Beaucoup des facteurs significativement associés à la progression d'aucun contact avec les services policiers à un contact avec les services policiers pourraient l'être en raison d'une situation de crise. De plus, les résultats de ce mémoire soulignent l'importance de la perception des policiers dans la décision de procéder à une arrestation et cela, au-delà de caractéristiques objectives ou autorapportées des personnes atteintes d'un trouble mental. Il permet également d'émettre l'hypothèse que, de la même façon que les perceptions des policiers peuvent influencer la décision de procéder à l'arrestation, les perceptions des procureurs pourraient influencer la décision de porter des accusations.

Ainsi, il serait intéressant d'étudier les facteurs associés à un contact avec les services policiers en excluant les contacts précipités par une situation de crise, ce que les données disponibles pour ce mémoire n'ont pas rendu possible. Une étude similaire pourrait également être menée avec des données longitudinales afin de vérifier si les caractéristiques associées à la progression dans le système de justice pénale dans la présente étude sont bel et bien présentes lors de cette progression. De plus, il serait pertinent de vérifier l'impact des perceptions des policiers sur la décision d'arrestation de même que d'explorer l'impact des perceptions des procureurs sur la décision de poser des accusations. Si les perceptions sont aussi importantes que le suggère ce

mémoire, il serait important de compléter les programmes de diversion par des formations pour informer les acteurs du système de justice pénale de l'impact de leurs perceptions sur leurs décisions.

Références

- Abramson, M. F. (1972). The Criminalization of Mentally Disordered Behavior. *Psychiatric Services*, 23(4), 101-105. <https://doi.org/10.1176/ps.23.4.101>
- Abreu, D., Parker, T. W., Noether, C. D., Steadman, H. J., & Case, B. (2017). Revising the paradigm for jail diversion for people with mental and substance use disorders: Intercept 0. *Behavioral Sciences & the Law*, 35(5-6), 380-395. <https://doi.org/10.1002/bsl.2300>
- Adelman, J. (2003). *Study in Blue and Grey, Police Interventions with People with Mental Illness: A Review of Challenges and Responses*. <https://cmha.bc.ca/wp-content/uploads/2016/07/policereport.pdf>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5)* (5 ed.). American Psychiatric Association. <https://books.google.ca/books?id=jQIwCgAAQBAJ>
- American Psychiatric Association. (2018). *What is mental illness?* <https://www.psychiatry.org/patients-families/what-is-mental-illness>
- Baillargeon, J., Binswanger, I. A., Penn, J. V., Williams, B. A., & Murray, O. J. (2009). Psychiatric Disorders and Repeat Incarcerations: The Revolving Prison Door. *American Journal of Psychiatry*, 166(1), 103-109. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2008.08030416>
- Banks, S. M., Pandiani, J. A., & Boyd, M. M. (2009). Measuring Criminalization/Diversion of Adults with Serious Mental Illness. *Best Practice in Mental Health*, 5(2), 62-70.
- Barker, S., Barron, N., McFarland, B. H., & Bigelow, D. A. (1994). A community ability scale for chronically mentally ill consumers: Part I. Reliability and validity. *Community Mental Health Journal*, 30(4), 363-383. <https://doi.org/10.1007/BF02207489>
- Barratt, E. S. (1994). Impulsiveness and aggression. In J. Monahan & H. J. Steadman (Eds.), *Violence and mental disorder: Developments in risk assessment*. (pp. 61-79). The University of Chicago Press.
- Barzman, D. H., DelBello, M. P., Fleck, D. E., Lehmkuhl, H., & Strakowski, S. M. (2007). Rates, types, and psychosocial correlates of legal charges in adolescents with newly diagnosed bipolar disorder. *Bipolar Disorders*, 9(4), 339-344. <https://doi.org/10.1111/j.1399-5618.2007.00423.x>

- Batastini, A. B., Bolanos, A. D., & Morgan, R. D. (2014). Attitudes toward hiring applicants with mental illness and criminal justice involvement: The impact of education and experience. *International Journal of Law and Psychiatry*, 37(5), 524-533. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2014.02.025>
- Batastini, A. B., Bolaños, A. D., Morgan, R. D., & Mitchell, S. M. (2017). Bias in Hiring Applicants With Mental Illness and Criminal Justice Involvement: A Follow-Up Study With Employers. *Criminal Justice and Behavior*, 44(6), 777-795. <https://doi.org/10.1177/0093854817693663>
- Beaudette, J. N., & Stewart, L. A. (2016). National Prevalence of Mental Disorders among Incoming Canadian Male Offenders. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, 61(10), 624-632. <https://doi.org/10.1177/0706743716639929>
- Becker, H. S. (1963). *Outsiders: Studies in the sociology of deviance*. Free Press Glencoe.
- Belghazi, D., Moussaoui, D., & Kadri, N. (2014). Spécificités épidémiologiques, cliniques et culturelles des patients hospitalisés au centre psychiatrique universitaire Ibn-Rochd de Casablanca. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2013.07.008>
- Bittner, E. (1967). Police Discretion in Emergency Apprehension of Mentally Ill Persons. *Social Problems*, 14(3), 278-292. <https://doi.org/10.2307/799150>
- Blitz, C. L., Wolff, N., & Shi, J. (2008). Physical victimization in prison: The role of mental illness. *International Journal of Law and Psychiatry*, 31(5), 385-393. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2008.08.005>
- Bo, S., Abu-Akel, A., Kongerslev, M., & Simonsen, E. (2021). Predictors of criminal offending in a clinical sample of patients diagnosed with schizophrenia: A 6-year follow-up study. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 12(3), 216-227. <https://doi.org/10.1037/per0000401>
- Bonovitz, J. C., & Bonovitz, J. S. (1981). Diversion of the mentally ill into the criminal justice system: The police intervention perspective. *The American Journal of Psychiatry*, 138(7), 973-976. <https://doi.org/10.1176/ajp.138.7.973>
- Borum, R., Swanson, J., Swartz, M., & Hiday, V. (1997). Substance Abuse, Violent Behavior, and Police Encounters among Persons with Severe Mental Disorder. *Journal of Contemporary Criminal Justice*, 13(3), 236-250. <https://doi.org/10.1177/1043986297013003004>

- Boyce, J., Rotenberg, C., & Karam, M. (2015). *Mental health and contact with police in Canada, 2012* (Juristat, Issue. https://www150.statcan.gc.ca/n1/en/pub/85-002-x/2015001/article/14176-eng.pdf?st=z7mQ_mff)
- Bratina, M. P. (2017). *Forensic Mental Health*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315677460>
- Brattie, K., Solecki, A., & Morton Bourgon, K. E. (2013). *Les caractéristiques de la détention et de la mise en liberté par la police et par le tribunal: données tirées de l'étude de l'efficacité du système de justice*. http://publications.gc.ca/collections/collection_2018/jus/J4-65-2013-fra.pdf
- Brekke, J. S., Prindle, C., Bae, S. W., & Long, J. D. (2001). Risks for Individuals With Schizophrenia Who Are Living in the Community. *Psychiatric Services*, 52(10), 1358-1366. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.52.10.1358>
- Brooks, R. A. (2007). Psychiatrists' Opinions About Involuntary Civil Commitment: Results of a National Survey. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law Online*, 35(2), 219. <http://jaapl.org/content/35/2/219.abstract>
- Brown, R. A. (2005). Black, white, and unequal: Examining situational determinants of arrest decisions from police–suspect encounters. *Criminal Justice Studies*, 18(1), 51-68. <https://doi.org/10.1080/14786010500071121>
- Bruce, M., Cobb, D., Clisby, H., Ndegwa, D., & Hodgins, S. (2014). Violence and crime among male inpatients with severe mental illness: Attempting to explain ethnic differences. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology: The International Journal for Research in Social and Genetic Epidemiology and Mental Health Services*, 49(4), 549-558. <https://doi.org/10.1007/s00127-013-0760-5>
- Canadian Mental Health Association British Columbia Division. (2005). Mental illness and police fact sheets. https://cmha.bc.ca/wp-content/uploads/2016/07/policesheets_all.pdf
- Cardinal, C., & Laberge, D. (1999). Le système policier et les services de santé mentale. *Santé mentale au Québec*, 24(1), 199-220. <https://doi.org/10.7202/031592ar>
- Castellow, J., Kloos, B., & Townley, G. (2015). Previous Homelessness as a Risk Factor for Recovery from Serious Mental Illnesses. *Community Mental Health Journal*, 51(6), 674-684. <https://doi.org/10.1007/s10597-014-9805-9>

- Charette, Y., Crocker, A. G., & Billette, I. (2011). The Judicious Judicial Dispositions Juggle: Characteristics of Police Interventions Involving People with a Mental Illness. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 56(11), 677-685. <https://doi.org/10.1177/070674371105601106>
- Charette, Y., Crocker, A. G., & Billette, I. (2014). Police encounters involving citizens with mental illness: use of resources and outcomes. *Psychiatric Services*, 65(4), 511-516. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201300053>
- Clark, L. (2007). Landlord attitudes toward renting to released offenders. *Federal Probation*, 71(1), 20-30.
- Comité de la santé mentale du Québec. (1998). Annexe 1 : 35 ans de désinstitutionnalisation au Québec, 1961-1996. In H. Dorvil & H. Guttman (Eds.), *Défis de la reconfiguration des services de santé mentale pour une réponse efficace et efficiente aux besoins des personnes atteintes de troubles mentaux graves*. Ministère de la santé et des services sociaux. http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/1997/97_155a1.pdf
- Compton, M. T., Bakeman, R., Broussard, B., Hankerson-Dyson, D., Husbands, L., Krishan, S., Stewart-Hutto, T., D'Orio, B. M., Oliva, J. R., Thompson, N. J., & Watson, A. C. (2014). The Police-Based Crisis Intervention Team (CIT) Model: II. Effects on Level of Force and Resolution, Referral, and Arrest. *Psychiatric Services*, 65(4), 523-529. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201300108>
- Conrad, K. J., Yagelka, J. R., Matters, M. D., Rich, A. R., Williams, V., & Buchanan, M. (2001). Reliability and Validity of a Modified Colorado Symptom Index in a National Homeless Sample. *Mental Health Services Research*, 3(3), 141-153. <https://doi.org/10.1023/A:1011571531303>
- Constantine, R., Andel, R., Petrila, J., Becker, M., Robst, J., Teague, G., Boaz, T., & Howe, A. (2010). Characteristics and Experiences of Adults With a Serious Mental Illness Who Were Involved in the Criminal Justice System. *Psychiatric Services*, 61(5), 451-457. <https://doi.org/10.1176/ps.2010.61.5.451>
- Constantine, R. J., Robst, J., Andel, R., & Teague, G. (2012). The impact of mental health services on arrests of offenders with a serious mental illness. *Law and Human Behavior*, 36(3), 170-176. <https://doi.org/10.1037/h0093952>
- Crisanti, A. S., & Love, E. J. (2002). From one legal system to another?: An examination of the relationship between involuntary hospitalization and arrest. *International Journal of Law and Psychiatry*, 25(6), 581-597. [https://doi.org/10.1016/S0160-2527\(02\)00123-1](https://doi.org/10.1016/S0160-2527(02)00123-1)

- Daff, E., & Thomas, S. D. M. (2014). Bipolar disorder and criminal offending: a data linkage study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 49(12), 1985-1991. <https://doi.org/10.1007/s00127-014-0882-4>
- Davis, K. C. (1969). *Discretionary Justice: A Preliminary Inquiry*. Louisiana State University Press. <https://books.google.ca/books?id=-dZzQgAACAAJ>
- Dessureault, D., Côté, G., & Lesage, A. (2000). Impact of First Contacts With the Criminal Justice or Mental Health Systems on the Subsequent Orientation of Mentally Disordered Persons Toward Either System. *International Journal of Law and Psychiatry*, 23(1), 79-90. [https://doi.org/10.1016/S0160-2527\(99\)00035-7](https://doi.org/10.1016/S0160-2527(99)00035-7)
- Dewa, C. S., Loong, D., Trujillo, A., & Bonato, S. (2018). Evidence for the effectiveness of police-based pre-booking diversion programs in decriminalizing mental illness: A systematic literature review. *PLOS ONE*, 13(6), Article e0199368. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0199368>
- Directeur des poursuites criminelles et pénales. (2019). *Les origines et les fondements de l'institution du DPCP*. http://www.dpcp.gouv.qc.ca/ressources/pdf/publications/2019/01111_Les_origines_et_les_fondements_institution_du_DPCP.pdf
- Dong, M., Anda, R. F., Felitti, V. J., Dube, S. R., Williamson, D. F., Thompson, T. J., Loo, C. M., & Giles, W. H. (2004). The interrelatedness of multiple forms of childhood abuse, neglect, and household dysfunction. *Child Abuse & Neglect*, 28(7), 771-784. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2004.01.008>
- Doré, M. (1987). La désinstitutionnalisation au Québec. *Santé mentale au Québec*, 12(2), 144-157. <https://doi.org/10.7202/030407ar>
- Edalati, H., & Nicholls, T. L. (2019). Childhood Maltreatment and the Risk for Criminal Justice Involvement and Victimization Among Homeless Individuals: A Systematic Review. *Trauma, Violence, & Abuse*, 20(3), 315-330. <https://doi.org/10.1177/1524838017708783>
- Edalati, H., Nicholls, T. L., Crocker, A. G., Roy, L., Somers, J. M., & Patterson, M. L. (2017). Adverse Childhood Experiences and the Risk of Criminal Justice Involvement and Victimization Among Homeless Adults With Mental Illness. *Psychiatric Services*, 68(12), 1288-1295. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201600330>

- Edalati, H., Nicholls, T. L., Schütz, C. G., Somers, J. M., Distasio, J., Aubry, T., & Crocker, A. G. (2020). Examining the Relationships between Cumulative Childhood Adversity and the Risk of Criminal Justice Involvement and Victimization among Homeless Adults with Mental Illnesses after Receiving Housing First Intervention. *Canadian Journal of Psychiatry*, 65(6), 409-417. <https://doi.org/10.1177/0706743720902616>
- Éditeur officiel du Québec. (1997). P-38.001- Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui. <http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=5&file=1997C75F.PDF>
- Eriksson, Å., Romelsjö, A., Stenbacka, M., & Tengström, A. (2011). Early risk factors for criminal offending in schizophrenia: a 35-year longitudinal cohort study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 46(9), 925-932. <https://doi.org/10.1007/s00127-010-0262-7>
- Evans, D. N., & Porter, J. R. (2015). Criminal history and landlord rental decisions: a New York quasi-experimental study. *Journal of Experimental Criminology*, 11(1), 21-42. <https://doi.org/10.1007/s11292-014-9217-4>
- Fazel, S., & Seewald, K. (2012). Severe mental illness in 33 588 prisoners worldwide: Systematic review and meta-regression analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 200(5), 364-373. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.111.096370>
- Gilbert, A. R., Moser, L. L., Van Dorn, R. A., Swanson, J. W., Wilder, C. M., Robbins, P. C., Keator, K. J., Steadman, H. J., & Swartz, M. S. (2010). Reductions in Arrest Under Assisted Outpatient Treatment in New York. *Psychiatric Services*, 61(10), 996-999. <https://doi.org/10.1176/ps.2010.61.10.996>
- Godfredson, J. W., Thomas, S. D., Ogloff, J. R., & Luebbers, S. (2011). Police perceptions of their encounters with individuals experiencing mental illness: A Victorian survey. *Journal of Criminology*, 44(2), 180-195. <https://doi.org/10.1177/0004865811405138>
- Goldstein, H. (1977). *Policing a Free Society*. Ballinger Publishing Company. <https://books.google.ca/books?id=wN8PAQAAMAAJ>
- Gonzalez, J. M. R., & Connell, N. M. (2014). Mental Health of Prisoners: Identifying Barriers to Mental Health Treatment and Medication Continuity. *American Journal of Public Health*, 104(12), 2328-2333. <https://doi.org/10.2105/ajph.2014.302043>

- Goodman, L. A., Dutton, M. A., & Harris, M. (1997). The relationship between violence dimensions and symptom severity among homeless, mentally ill women. *Journal of Traumatic Stress, 10*(1), 51-70. <https://doi.org/10.1002/jts.2490100106>
- Graz, C., Etschel, E., Schoech, H., & Soyka, M. (2009). Criminal behaviour and violent crimes in former inpatients with affective disorder. *J Affect Disord, 117*(1-2), 98-103. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2008.12.007>
- Green, T. M. (1997). Police as Frontline Mental Health Workers: The Decision to Arrest or Refer to Mental Health Agencies. *International Journal of Law and Psychiatry, 20*(4), 469-486. [https://doi.org/10.1016/S0160-2527\(97\)00011-3](https://doi.org/10.1016/S0160-2527(97)00011-3)
- Greenberg, G., Rosenheck, R. A., Erickson, S. K., Desai, R. A., Stefanovics, E. A., Swartz, M., Keefe, R. S. E., McEvoy, J., Scott Stroup, T., & Other, C. I. (2011). Criminal Justice System Involvement Among People with Schizophrenia. *Community Mental Health Journal, 47*(6), 727-736. <https://doi.org/10.1007/s10597-010-9362-9>
- Grenier, G., & Fleury, M.-J. (2012). *État de situation sur la santé mentale au Québec et réponse du système de santé et de services sociaux*. Gouvernement du Québec Commissaire à la santé et au bien-être.
- Griffiths, C. T. (2018). *Canadian Criminal Justice: A Primer* (6 ed.). Nelson Education Limited. <https://books.google.ca/books?id=uBwQtAEACAAJ>
- Haney, C. (2017). “Madness” and penal confinement: Some observations on mental illness and prison pain. *Punishment & Society, 19*(3), 310-326. <https://doi.org/10.1177/1462474517705389>
- Hartford, K., Carey, R., & Mendonca, J. (2006). Pre-arrest diversion of people with mental illness: literature review and international survey. *Behavioral Sciences & the Law, 24*(6), 845-856. <https://doi.org/10.1002/bsl.738>
- Hawthorne, W. B., Folsom, D. P., Sommerfeld, D. H., Lanouette, N. M., Lewis, M., Aarons, G. A., Conklin, R. M., Solorzano, E., Lindamer, L. A., & Jeste, D. V. (2012). Incarceration Among Adults Who Are in the Public Mental Health System: Rates, Risk Factors, and Short-Term Outcomes. *Psychiatric Services, 63*(1), 26-32. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201000505>
- Heilbrun, K., DeMatteo, D., Yasuhara, K., Brooks-Holliday, S., Shah, S., King, C., Dicarolo, A. B., Hamilton, D., & Laduke, C. (2012). Community-Based Alternatives for Justice-Involved

Individuals with Severe Mental Illness: Review of the Relevant Research. *Criminal Justice and Behavior*, 39(4), 351-419. <https://doi.org/10.1177/0093854811432421>

Hensel, J. M., Casiano, H., Chartier, M. J., Ekuma, O., MacWilliam, L., Mota, N., McDougall, C., & Bolton, J. M. (2020). Prevalence of mental disorders among all justice-involved: A population-level study in Canada. *International Journal of Law and Psychiatry*, 68, 101523. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2019.101523>

Hiday, V. A., & Burns, P. J. (2009). Mental Illness and the Criminal Justice System. In T. L. Scheid & T. N. Brown (Eds.), *A Handbook for the Study of Mental Health: Social Contexts, Theories, and Systems* (2 ed., pp. 478-498). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511984945.029>

Hilbe, J. M. (2016). *Practical Guide to Logistic Regression*. CRC Press.

Hoch, J. S., Hartford, K., Heslop, L., & Stitt, L. (2009). Mental illness and police interactions in a mid-sized canadian city: what the data do and do not say. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 28(1), 49-66. <https://doi.org/10.7870/cjcmh-2009-0005>

Hochstedler, E. (1987). Twice-Cursed?: The Mentally Disordered Criminal Defendant. *Criminal Justice and Behavior*, 14(3), 251-267. <https://doi.org/10.1177/0093854887014003001>

Hodgins, S. (1995). Major mental disorder and crime: An overview. *Psychology, Crime & Law*, 2(1), 5-17. <https://doi.org/10.1080/10683169508409761>

Hodgins, S., Calem, M., Shimel, R., Williams, A., Harleston, D., Morgan, C., Dazzan, P., Fearon, P., Morgan, K., Lappin, J., Zanelli, J., Reichenberg, A., & Jones, P. (2011). Criminal offending and distinguishing features of offenders among persons experiencing a first episode of psychosis. *Early Interv Psychiatry*, 5(1), 15-23. <https://doi.org/10.1111/j.1751-7893.2010.00256.x>

Hodgins, S., Mednick, S. A., Brennan, P. A., Schulsinger, F., & Engberg, M. (1996). Mental Disorder and Crime: Evidence From a Danish Birth Cohort. *Archives of General Psychiatry*, 53(6), 489-496. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1996.01830060031004>

Hollander, J. A. (2001). Vulnerability and dangerousness: The Construction of Gender through Conversation about Violence. *Gender & Society*, 15(1), 83-109. <https://doi.org/10.1177/089124301015001005>

- Jacobs, P., Moffatt, J., Dewa, C. S., Nguyen, T., Zhang, T., & Lesage, A. (2016). Mental health services costs within the Alberta criminal justice system. *International Journal of Law and Psychiatry*, 47, 102-108. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2016.04.008>
- Klein, G. C. (2010). Negotiating the Fate of People with Mental Illness: The Police and the Hospital Emergency Room. *Journal of Police Crisis Negotiations*, 10(1-2), 205-219. <https://doi.org/10.1080/15332581003800121>
- Kochel, T. R., Wilson, D. B., & Mastrofski, S. D. (2011). Effect of suspect race on officers' arrest decisions. *Criminology*, 49(2), 473-512. <https://doi.org/10.1111/j.1745-9125.2011.00230.x>
- Koziarski, J., O'Connor, C., & 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*, 1-19. <https://doi.org/10.1080/15614263.2020.1786689>
- Krishan, S., Bakeman, R., Broussard, B., Cristofaro, S. L., Hankerson-Dyson, D., Husbands, L., Watson, A. C., & Compton, M. T. (2014). The influence of neighborhood characteristics on police officers' encounters with persons suspected to have a serious mental illness. *International Journal of Law and Psychiatry*, 37(4), 359-369. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2014.02.006>
- LaGrange, T. C. (2003). The Role of Police Education in Handling Cases of Mental Disorder. *Criminal Justice Review*, 28(1), 88-112. <https://doi.org/10.1177/073401680302800106>
- Lamb, H. R., & Weinberger, L. E. (2020). Deinstitutionalization and other factors in the criminalization of persons with serious mental illness and how it is being addressed. *CMS Spectrums*, 25(2), 173-180. <https://doi.org/10.1017/S1092852919001524>
- Latulippe, M., Leclair, M., Charette, Y., Roy, L., & Crocker, A. G. (in preparation). To arrest or not to arrest: a systematic review of police interventions with persons with mental illness. *Criminal Justice and Behavior*.
- Leal, D., Galanter, M., Dermatis, H., & Westreich, L. (1999). Correlates of Protracted Homelessness in a Sample of Dually Diagnosed Psychiatric Inpatients. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 16(2), 143-147. [https://doi.org/10.1016/S0740-5472\(98\)00021-X](https://doi.org/10.1016/S0740-5472(98)00021-X)
- Lewis, K., & Burd-Sharps, S. (2010). *A century appart*. American Human Development Project of the Social Science Research Council. http://ssrc-static.s3.amazonaws.com/moa/A_Century_Apart.pdf

- Liberati, A., Altman, D. G., Tetzlaff, J., Mulrow, C., Gøtzsche, P. C., Ioannidis, J. P. A., Clarke, M., Devereaux, P. J., Kleijnen, J., & Moher, D. (2009). The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate healthcare interventions: explanation and elaboration. *BMJ*, 339, b2700. <https://doi.org/10.1136/bmj.b2700>
- Link, B. G., & Stueve, A. (1994). Psychotic symptoms and the violent/illegal behavior of mental patients compared to community controls. In *Violence and mental disorder: Developments in risk assessment* (pp. 137-159). University of Chicago Press.
- Livingston, J. D. (2016). Contact Between Police and People With Mental Disorders: A Review of Rates. *Psychiatric Services*, 67(8), 850-857. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201500312>
- Long, J. S. (1997). *Regression Models for Categorical and Limited Dependent Variables*. SAGE Publications.
- Lord, V. B., Bjerregaard, B., Blevins, K. R., & Whisman, H. (2011). Factors Influencing the Responses of Crisis Intervention Team–Certified Law Enforcement Officers. *Police Quarterly*, 14(4), 388-406. <https://doi.org/10.1177/1098611111423743>
- Lurigio, A. J. (2011). People With Serious Mental Illness in the Criminal Justice System: Causes, Consequences, and Correctives. *The Prison Journal*, 91(3_suppl), 66S-86S. <https://doi.org/10.1177/0032885511415226>
- Lurigio, A. J. (2013). Forty years after Abramson: Beliefs about the criminalization of people with serious mental illnesses. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 57(7), 763-765. <https://doi.org/10.1177/0306624X13490142>
- MacLin, M. K., & Herrera, V. (2006). The criminal stereotype. *North American Journal of Psychology*, 8(2), 197-208.
- Marion-Veyron, R., Lambert, M., Cotton, S. M., Schimmelmann, B. G., Gravier, B., McGorry, P. D., & Conus, P. (2015). History of offending behavior in first episode psychosis patients: A marker of specific clinical needs and a call for early detection strategies among young offenders. *Schizophrenia Research*, 161(2), 163-168. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2014.09.078>
- Mastrofski, S. D., Worden, R. E., & Snipes, J. B. (1995a). Law enforcement in a tim of community policing. *Criminology*, 33(4), 539-563. <https://doi.org/10.1111/j.1745-9125.1995.tb01189.x>

- Mastroski, S. D., Worden, R. E., & Snipes, J. B. (1995b). Law enforcement in a time of community policing. *Criminology*, 33(4), 539-563. <https://doi.org/10.1111/j.1745-9125.1995.tb01189.x>
- Maxwell, A. (2017). Adult criminal court statistics in Canada, 2014/2015. *Juristat*(Catalogue no.85-002-X). Retrieved 2 mars 2019, from <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/85-002-x/2017001/article/14699-eng.htm>
- McCabe, P. J., Christopher, P. P., Pinals, D. A., & Fisher, W. H. (2013). Predictors of criminal justice involvement in severe mania. *Journal of Affective Disorders*, 149(1-3), 367-374. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.02.015>
- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., & Altman, D. G. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *BMJ*, 339, b2535. <https://doi.org/10.1136/bmj.b2535>
- Monahan, J. (1992). "A Terror to Their Neighbors": Beliefs About Mental Disorder and Violence in Historical and Cultural Perspective. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law Online*, 20(2), 191-195. <http://www.jaapl.org/content/20/2/191.abstract>
- Monahan, J., Caldeira, C., & Friedlander, H. D. (1979). Police and the mentally ill: A comparison of committed and arrested persons. *International Journal of Law and Psychiatry*, 2(4), 509-518. [https://doi.org/10.1016/0160-2527\(79\)90022-0](https://doi.org/10.1016/0160-2527(79)90022-0)
- Montgomery, A. E., Fargo, J. D., Kane, V., & Culhane, D. P. (2014). Development and Validation of an Instrument to Assess Imminent Risk of Homelessness among Veterans. *Public Health Reports*, 129(5), 428-436. <https://doi.org/10.1177/003335491412900506>
- Mood, C. (2010). Logistic regression: Why we cannot do what we think we can do, and what we can do about it. *European sociological review*, 26(1), 67-82.
- Moore, K. E., Milam, K. C., Folk, J. B., & Tangney, J. P. (2018). Self-stigma among criminal offenders: Risk and protective factors. *Stigma and Health*, 3(3), 241-252. <https://doi.org/10.1037/sah0000092>
- Moore, T. H. M., Zammit, S., Lingford-Hughes, A., Barnes, T. R. E., Jones, P. B., Burke, M., & Lewis, G. (2007). Cannabis use and risk of psychotic or affective mental health outcomes: a systematic review. *The Lancet*, 370(9584), 319-328. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61162-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61162-3)

- Munetz, M. R., & Griffin, P. A. (2006). Use of the Sequential Intercept Model as an Approach to Decriminalization of People With Serious Mental Illness. *Psychiatric Services*, 57(4), 544-549. <https://doi.org/10.1176/ps.2006.57.4.544>
- Munkner, R., Haastrup, S., Joergensen, T., & Kramp, P. (2003). The temporal relationship between schizophrenia and crime. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38(7), 347-353. <https://doi.org/10.1007/s00127-003-0650-3>
- Munkner, R., Haastrup, S., Jørgensen, T., Andreasen, A. H., & Kramp, P. (2003). Taking cognizance of mental illness in schizophrenics and its association with crime and substance-related diagnoses. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 107(2), 111-117. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2003.02122.x>
- Nickels, E. L. (2007). A note on the status of discretion in police research. *Journal of Criminal Justice*, 35(5), 570-578. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jcrimjus.2007.07.009>
- Novak, K. J., & Engel, R. S. (2005). Disentangling the influence of suspects' demeanor and mental disorder on arrest. *Policing: An International Journal*, 28(3), 493-512. <https://doi.org/doi:10.1108/13639510510614573>
- O'Reilly, R. L., & Gray, J. E. (2014). Canada's mental health legislation. *International psychiatry : bulletin of the Board of International Affairs of the Royal College of Psychiatrists*, 11(3), 65-67. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31507766>
- Perez, A., Leifman, S., & Estrada, A. (2003). Reversing the Criminalization of Mental Illness. *Crime & Delinquency*, 49(1), 62-78. <https://doi.org/10.1177/0011128702239236>
- Pogrebin, M. R. (1986). Police responses for mental health assistance. *Psychiatric Quarterly*, 58(1), 66-73. <https://doi.org/10.1007/BF01064041>
- Pogrebin, M. R., & Poole, E. D. (1987). Deinstitutionalization and increased arrest rates among the mentally disordered. *Journal of Psychiatry & Law*, 15(1), 117-127.
- Prince, J. D., Akincigil, A., & Bromet, E. (2007). Incarceration rates of persons with first-admission psychosis. *Psychiatric Services*, 58(9), 1173-1180. <https://doi.org/10.1176/ps.2007.58.9.1173>
- Prins, S. J., Skeem, J. L., Mauro, C., & Link, B. G. (2015). Criminogenic factors, psychotic symptoms, and incident arrests among people with serious mental illnesses under intensive outpatient treatment. *Law and Human Behavior*, 39(2), 177-188. <https://doi.org/10.1037/lhb0000104>

- Pull, C. B. (2014). DSM-5 et CIM-11. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 172(8), 677-680. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2014.08.016>
- Rafla-Yuan, E., Chhabra, D. K., & Mensah, M. O. (2021). Decoupling Crisis Response from Policing — A Step Toward Equitable Psychiatric Emergency Services. *The New England Journal of Medicine*, 384(18), 1769-1773. <https://doi.org/10.1056/NEJMms2035710>
- Ramsay, C. E., Goulding, S. M., Broussard, B., Cristofaro, S. L., Abedi, G. R., & Compton, M. T. (2011). Prevalence and psychosocial correlates of prior incarcerations in an urban, predominantly African-American sample of hospitalized patients with first-episode psychosis. *The journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 39(1), 57-64.
- Ramsay Wan, C., Broussard, B., Haggard, P., & Compton, M. T. (2014). Criminal Justice Settings as Possible Sites for Early Detection of Psychotic Disorders and Reducing Treatment Delay. *Psychiatric Services*, 65(6), 758-764. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201300206>
- Reuland, M., Schwarzfeld, M., & Draper, L. (2009). *Law Enforcement Responses to People with Mental Illnesses: A Guide to Research-Informed Policy and Practice*. Council of State Governments Justice Center. https://www.nccpsafety.org/assets/files/library/LE_Responses_to_Mental_Illnesses_-_Policy_and_Practice.pdf
- Richter, M. Y. (2010). *Police response to persons with mental illness by census tract characteristics* (Publication Number 3448053) [Doctoral dissertation, Sam Houston State University]. Sociological Abstracts. Ann Arbor. <https://search.proquest.com/dissertations-theses/police-response-persons-with-mental-illness/docview/859201956/se-2?accountid=12543>
- Roy, L., Abdel-Baki, A., Bérubé, F.-A., Crocker, A., de Benedictis, L., Dostie, M., Latimer, E., & Roy, M.-a. (submitted). Housing trajectories and the risk of homelessness among new mental health service users: Protocol for the AMONT study. *Early Interv Psychiatry*.
- Roy, L., Crocker, A. G., Nicholls, T. L., Latimer, E., Gozdzik, A., O'Campo, P., & Rae, J. (2016). Profiles of criminal justice system involvement of mentally ill homeless adults. *International Journal of Law and Psychiatry*, 45, 75-88. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2016.02.013>
- Roy, L., Crocker, A. G., Nicholls, T. L., Latimer, E. A., & Reyes Ayllon, A. (2014). Criminal Behavior and Victimization Among Homeless Individuals With Severe Mental Illness: A Systematic Review. *Psychiatric Services*, 65(6), 739-750. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201200515>

- Ruibyte, L., Viduoliene, E., & Balseviciene, B. (2016). Perception of criminals: what stereotypes hold future law enforcement officers? *Society, integration, education. Proceedings of the International Scientific Conference, 1*, 515-523.
- Saya, A., Brugnoli, C., Piazzini, G., Liberato, D., Di Ciaccia, G., Niolu, C., & Siracusano, A. (2019). Criteria, Procedures, and Future Prospects of Involuntary Treatment in Psychiatry Around the World: A Narrative Review. *Frontiers in psychiatry, 10*, 271-271. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00271>
- Schnittker, J., Massoglia, M., & Uggen, C. (2012). Out and Down: Incarceration and Psychiatric Disorders. *Journal of Health and Social Behavior, 53*(4), 448-464. <https://doi.org/10.1177/0022146512453928>
- Schulenberg, J. L. (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. <https://doi.org/10.1177/0093854815606762>
- Schumann, C., Asmal, L., Chiliza, B., & Emsley, R. (2017). Prevalence and clinical correlates of police contact prior to a first diagnosis of schizophrenia. *Criminal Behaviour and Mental Health, 27*(1), 27-39. <https://doi.org/10.1002/cbm.1975>
- Schwartz, R. C., Kautzman-East, M., Macey, P., & Chopko, B. A. (2015). Biopsychosocial predictors of legal problems among psychotic persons: Implications for law enforcement and criminal justice. *Applied Psychology in Criminal Justice, 11*(2), 63-74.
- Scott, R. L. (2000). Evaluation of a Mobile Crisis Program: Effectiveness, Efficiency, and Consumer Satisfaction. *Psychiatric Services, 51*(9), 1153-1156. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.51.9.1153>
- Sealy, P., & Whitehead, P. C. (2004). Forty Years of Deinstitutionalization of Psychiatric Services in Canada: An Empirical Assessment. *The Canadian Journal of Psychiatry, 49*(4), 249-257. <https://doi.org/10.1177/070674370404900405>
- Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., Hergueta, T., Baker, R., & Dunbar, G. C. (1998). The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry, 59 Suppl 20*, 22-33.

- Sherman, L. W. (1980). Causes of Police Behavior: the Current State of Quantitative Research. *Journal of Research in Crime and Delinquency*, 17(1), 69-100. <https://doi.org/10.1177/002242788001700106>
- Sirotych, F. (2009). The criminal justice outcomes of jail diversion programs for persons with mental illness: a review of the evidence. *J Am Acad Psychiatry Law*, 37(4), 461-472.
- Skeem, J. L., Manchak, S., & Peterson, J. K. (2011). Correctional policy for offenders with mental illness: Creating a new paradigm for recidivism reduction. *Law and Human Behavior*, 35(2), 110-126. <https://doi.org/10.1007/s10979-010-9223-7>
- Standing Committee on Public Safety and National Security. (2014). *Economics of Policing: Report of the Standing Committee on Public Safety and National Security*. House of Commons Canada.
- Statistique Canada. (2013). *Tableau 13-10-0465-01: Indicateurs de la santé mentale*. <https://www150.statcan.gc.ca/t1/tb11/fr/tv.action?pid=1310046501&pickMembers%5B0%5D=1.1&pickMembers%5B1%5D=2.1&pickMembers%5B2%5D=3.2>
- Steadman, H. J., Barbera, S. S., & Dennis, D. L. (1994). A National Survey of Jail Diversion Programs for Mentally Ill Detainees. *Psychiatric Services*, 45(11), 1109-1113. <https://doi.org/10.1176/ps.45.11.1109>
- Steadman, H. J., Deane, M. W., Borum, R., & Morrissey, J. P. (2000). Comparing Outcomes of Major Models of Police Responses to Mental Health Emergencies. *Psychiatric Services*, 51(5), 645-649. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.51.5.645>
- Steadman, H. J., Osher, F. C., Robbins, P. C., Case, B., & Samuels, S. (2009). Prevalence of Serious Mental Illness Among Jail Inmates. *Psychiatric Services*, 60(6), 761-765. <https://doi.org/10.1176/ps.2009.60.6.761>
- Stevens, H., Agerbo, E., Dean, K., Nordentoft, M., Nielsen, P. R., & Mortensen, P. B. (2012). Offending prior to first psychiatric contact: a population-based register study. *Psychological Medicine*, 42(12), 2673-2684. <https://doi.org/10.1017/S0033291712000815>
- Strong, H. R. (1983). Civil Commitment: A Review of Traditional Arrangements in the Provision of Involuntary Hospitalization of the Mentally III. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 28(4), 307-313. <https://doi.org/10.1177/070674378302800415>

- Sugie, N. F., & Turney, K. (2017). Beyond Incarceration: Criminal Justice Contact and Mental Health. *American Sociological Review*, 82(4), 719-743. <https://doi.org/10.1177/0003122417713188>
- Swartz, J. A., & Lurigio, A. J. (2007). Serious Mental Illness and Arrest: The Generalized Mediating Effect of Substance Use. *Crime & Delinquency*, 53(4), 581-604. <https://doi.org/10.1177/0011128706288054>
- Taheri, S. A. (2016). Do Crisis Intervention Teams Reduce Arrests and Improve Officer Safety? A Systematic Review and Meta-Analysis. *Criminal Justice Policy Review*, 27(1), 76-96. <https://doi.org/10.1177/0887403414556289>
- Teller, J. L. S., Munetz, M. R., Gil, K. M., & Ritter, C. (2006). Crisis Intervention Team Training for Police Officers Responding to Mental Disturbance Calls. *Psychiatric Services*, 57(2), 232-237. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.57.2.232>
- Teplin, L. A. (1984). Criminalizing mental disorder: The comparative arrest rate of the mentally ill. *American Psychologist*, 39(7), 794-803. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.39.7.794>
- Teplin, L. A. (1985). The criminality of the mentally ill: A dangerous misconception. *The American Journal of Psychiatry*, 142(5), 593-599. <https://doi.org/10.1176/ajp.142.5.593>
- Teplin, L. A. (2000). Keeping the Peace: Police Discretion and Mentally Ill Persons. *National Institute of Justice Journal*, 244, 8-15. <https://www.ncjrs.gov/pdffiles1/jr000244c.pdf>
- Teplin, L. A., & Pruett, N. S. (1992). Police as streetcorner psychiatrist: Managing the mentally ill. *International Journal of Law and Psychiatry*, 15(2), 139-156. [https://doi.org/10.1016/0160-2527\(92\)90010-X](https://doi.org/10.1016/0160-2527(92)90010-X)
- Testa, M., & West, S. G. (2010). Civil commitment in the United States. *Psychiatry (Edgmont (Pa. : Township))*, 7(10), 30-40. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3392176/>
- Torrey, E. F., Kennard, A. D., Eslinger, D., Lamb, R., & Pavle, J. (2010). *More mentally ill persons are in jails and prisons than hospitals: A survey of the states*. Treatment Advocacy Center and National Sheriffs Association. https://knox.oh.networkofcare.org/library/final_jails_v_hospitals_study.pdf
- Tsai, J., Bond, G. R., Salyers, M. P., Godfrey, J. L., & Davis, K. E. (2010). Housing Preferences and Choices Among Adults with Mental Illness and Substance Use Disorders: A Qualitative Study. *Community Mental Health Journal*, 46(4), 381-388. <https://doi.org/10.1007/s10597-009-9268-6>

- Tyuse, S. W., Cooper-Sadlo, S., & Underwood, S. E. (2017). Descriptive study of older adults encountered by crisis intervention team (CIT) law enforcement officers. *Journal of Women & Aging, 29*(4), 281-293. <https://doi.org/10.1080/08952841.2016.1174513>
- Van Dorn, R. A., Andel, R., Boaz, T. L., Desmarais, S. L., Chandler, K., Becker, M. A., & Howe, A. (2011). Risk of arrest in persons with schizophrenia and bipolar disorder in a Florida Medicaid program: the role of atypical antipsychotics, conventional neuroleptics, and routine outpatient behavioral health services. *J Clin Psychiatry, 72*(4), 502-508. <https://doi.org/10.4088/JCP.10m06618>
- Van Dorn, R. A., Desmarais, S. L., Petrila, J., Haynes, D., & Singh, J. P. (2013). Effects of Outpatient Treatment on Risk of Arrest of Adults With Serious Mental Illness and Associated Costs. *Psychiatric Services, 64*(9), 856-862. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201200406>
- Watson, A., Hanrahan, P., Luchins, D., & Lurigio, A. (2001). Mental Health Courts and the Complex Issue of Mentally Ill Offenders. *Psychiatric Services, 52*(4), 477-481. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.52.4.477>
- Watson, A. C., Compton, M. T., & Draine, J. N. (2017). The crisis intervention team (CIT) model: An evidence-based policing practice? *Behavioral Sciences & the Law, 35*(5-6), 431-441. <https://doi.org/10.1002/bsl.2304>
- Watson, A. C., Corrigan, P. W., & Ottati, V. (2004). Police Responses to Persons With Mental Illness: Does the Label Matter? *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law, 32*(4), 378-385.
- Watson, A. C., Ottati, V. C., Draine, J., & Morabito, M. (2011). CIT in context: The impact of mental health resource availability and district saturation on call dispositions. *International Journal of Law and Psychiatry, 34*(4), 287-294. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2011.07.008>
- Watson, A. C., Ottati, V. C., Morabito, M., Draine, J., Kerr, A. N., & Angell, B. (2010). Outcomes of Police Contacts with Persons with Mental Illness: The impact of CIT. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research, 37*(4), 302-317. <https://doi.org/10.1007/s10488-009-0236-9>
- Wenzel, S. L., Bakhtiar, L., Caskey, N. H., Hardie, E., Redford, C., Sadler, N., & Gelberg, L. (1996). Dually diagnosed homeless veterans in residential treatment: service needs and service use. *J Nerv Ment Dis, 184*(7), 441-444. <https://doi.org/10.1097/00005053-199607000-00010>

- White, M. C., Chafetz, L., Collins-Bride, G., & Nickens, J. (2006). History of arrest, incarceration and victimization in community-based severely mentally ill. *Journal of Community Health, 31*(2), 123-135. <https://doi.org/10.1007/s10900-005-9005-1>
- Wilson, A. B., Barrenger, S. L., Brusilovskiy, E., Draine, J., & Salzer, M. S. (2017). Community Participation Among Individuals with Serious Mental Illnesses Leaving Jail. *Journal of Psychosocial Rehabilitation and Mental Health, 4*(1), 45-51. <https://doi.org/10.1007/s40737-016-0074-5>
- Wolff, N., Diamond, R. J., & Helminiak, T. W. (1997). A new look at an old issue: People with mental illness and the law enforcement system. *The journal of mental health administration, 24*(2), 152-165. <https://doi.org/10.1007/bf02898510>
- Wood, J. D., & Watson, A. C. (2017). Improving police interventions during mental health-related encounters: past, present and future. *Policing and Society, 27*(3), 289-299. <https://doi.org/10.1080/10439463.2016.1219734>
- World Health Organization. (2017). *Helping people with severe mental disorders live longer and healthier lives: Policy brief*. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259575/WHO-MSD-MER-17.7-eng.pdf?sequence=1>
- World Health Organization. (2018). *International classification of diseases for mortality and morbidity statistics (11th Revision)*. <https://icd.who.int/browse11/1-m/en>
- World Health Organization. (2019). *International statistical classification of diseases and related health problems (11 ed.)*. <https://icd.who.int/>
- Zdanowicz, M. (2001). A sheriff's role in arresting the mental illness crisis. *Sheriff, 53*(3), 38-40. <https://proxy.library.mcgill.ca/login?url=https://search.proquest.com/docview/199428351?accountid=12339>

ANNEXE I

Tableaux synthèse des résultats de la revue systématique

Summary of quantitative results

	Compton et al. (2014)	Godfredson et al. (2011)	(Green, 1997)	Krishan et al. (2014)	LaGrange (2003)			Lord et al. (2011)		Monahan et al. (1979)	Richter (2010)	Scott (2000)	Steadman et al. (2000)	(Teller et al., 2006)	Tyuse et al. (2017)		(Watson et al., 2011) and Watson et al. (2010)		Wolff et al. (1997)	
Analyses	Logistic regressions	Canonical correlation	Logistic regressions	Multi-level analysis	Chi-square	Logistic regression	Chi-square	Multinomial regression #1	Multinomial regression #2	Chi-square	Logistic regression	Chi-square	Chi-square	ANOVA	Not available	ANCOVA	Regression model #1	Regression model #2	Chi-square	
Persons with mental illness' reported characteristics - Clinical																				
Danger to others	---	---	---	---	---	(+)	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
Dangerous to themselves	---	---	---	---	---	(ns)	---	---	---	(-)	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
Gravely disabled (e.g. incoherent, disoriented)	---	---	---	---	---	---	---	---	---	(-)	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
Inability to take care of self	---	---	---	---	---	(ns)	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
Chronic substance abuse	---	---	---	---	---	(ns)	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	(+)	(+)	---
Under the influence of drugs or alcohol	---	---	---	---	---	(+)	---	---	(ns)	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
Persons with mental illness' reported characteristics - Criminality																				

Criminal history	---	---	(+)	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
Persons with mental illness' reported characteristics - Sociodemographic																			
African American	---	---	---	---	(ns)	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	(+)
Age	---	---	---	---	---	---	---	(ns)	---	---	---	---	---	(ns)	---	---	---	---	---
Ethnicity	---	---	---	---	---	---	---	---	(ns)	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
Male gender	---	---	---	---	(ns)	---	---	(+)	(ns)	---	---	---	---	---	---	---	(+)	(ns)	---
Not Caucasian	---	---	---	---	---	---	---	(+)	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
Police officers' characteristics																			
African American	---	---	---	---	(ns)	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
Age	---	---	---	---	(ns)	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	(ns)	(ns)	---
Caucasian	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	(ns)	(ns)	---
Crime-control oriented	---	---	---	---	(ns)	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
Crisis Intervention Team training	(-)	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	(ns)	---	(ns)	(ns)	(ns)	---
District of the police officer	---	---	---	---	(+)	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	(ns)	(ns)	---
Familiar with at least one person in his/her personal life (self, family, close friend) who has mental illness	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	(ns)	(ns)	---
Familiar with civil commitment procedures	---	---	---	---	(ns)	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
Familiar with police department's referral procedure for handling persons with mental illness	---	---	---	---	(ns)	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
Familiar with symptoms of mental illness	---	---	---	---	(ns)	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
High school or some college education rather than university education	---	---	---	(+)	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Knowledge regarding mental illness is derived from “on-the-job” training as well as personal experience	---	(+)	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
Male gender	---	---	---	---	(ns)	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
Positive view of mental health services for resolving mental health related calls	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	(ns)	(ns)	---	---
Service oriented	---	---	---	---	-	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
Some college education rather than high school education	---	---	---	---	(ns)	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
University education rather than high school education	---	---	---	---	(ns)	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
Years of experience as a police officer	---	---	(-)	---	(ns)	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
Situational characteristics																			
Complainant requested a specific outcome to the encounter	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	(ns)	(ns)	---
First contact with the police department	---	---	---	---	---	---	---	(-)	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
Person with mental illness had, displayed, or used any type of weapon during police encounter	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	(ns)	(ns)	---
Person with mental illness injured during police encounter	---	---	---	---	---	---	---	(ns)	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
Person with mental illness resisted during police encounter	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	(ns)	(ns)	---
Misdemeanor offense committed	---	---	(+)	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
Neighborhood characteristics	---	---	---	(ns)	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

(income index, stability index, immigration index)																				
Police officer injured while encounter with person with mental illness	---	---	---	---	---	---	---	---	(+)	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
Psychiatric emergency cases handled by the mobile crisis team rather than by regular police procedures	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	(ns)	---	---	---	---	---	---	---	---	---
Relative availability of mental health resources in the district (low versus high)	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	(ns)	---	---	---	---
Percentage of personnel that are CIT trained in the district (low versus high)	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	(ns)	---	---	---	---
Social disorganization of the census tract in with the police encounter occur	---	---	---	---	---	---	---	---	---	(ns)	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
Source of information collected to determine if the subject of the police encounter have a mental illness is the police officer	---	(+)	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
Source of information collected to determine if the subject of the police encounter have a mental illness is the concerned subject of the encounter	---	(-)	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
Other																				

Implementation of a Crisis Intervention Team program	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	(ns)	---	---	---	---
Site (Birmingham – Alabama, Memphis – Tennessee, or Knoxville – Tennessee)	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	(ns)	---	---	---	---
Size of the law enforcement agency ¹²	---	---	---	---	---	---	(ns)	---	(ns)	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
Time since a CIT program was initiated in the country (2006, 2007, 2008, 2009, 2010)	---	---	---	---	---	---	---	(ns)	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---
Police officer is CIT trained and person with mental illness resisted during police encounter	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	(ns)	---
Police officer is CIT trained and person with mental illness had, displayed, or used any type of weapon during police encounter	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	(ns)	---
Police officer is CIT trained and is familiar with at least one person in his/her personal life (self, family, close friend) who has mental illness	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	(ns)	---
Police officer is CIT trained and has a positive view of mental health services for resolving mental health related calls	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	(ns)	---

(+): positively associated; (-): negatively associated; (ns): no significant association

¹²Small (equal or less than 50 officers) vs large (more than 50 officers)

Summary of qualitative results

	Monahan et al. (1979)	Schulenberg (2016)	Teplin & Pruett (1992)
Persons with mental illness – Clinical characteristics	The person with mental illness doesn't meet civil commitment criteria (+)	Person with mental illness is intoxicated (+)	<ul style="list-style-type: none"> ● Substance abuse (+) ● Symptoms aren't severe enough for the person to be hospitalized, but he or she shows very disruptive behavior (+)
Persons with mental illness – Criminality	Police officers' perception of persons with mental illness' lack intent to commit a crime or a need for hospitalization rather than incarceration (+)		Person is too dangerous for the hospital or has pending criminal charges (+)
Persons with mental illness – Sociodemographic		Person with mental illness is homeless (+)	
Police officers' characteristics	Police officers' perception that to commit persons with mental illness is not part of their job (+)		

(+): factor perceived by police officers to increase arrest probabilities