

Université de Montréal

Les pratiques d'intervention policières auprès des personnes en crise ou atteintes de troubles mentaux : le cas des agents de réponse en intervention de crise du Service de police de la Ville de Montréal

Par  
Michaëlle Ravary

École de criminologie  
Faculté des arts et sciences

Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures et postdoctorales en vue de l'obtention du grade de Maître ès sciences (M.Sc.) en criminologie

Mars 2016

© Michaëlle Ravary, 2016

Université de Montréal

Faculté des études supérieures et postdoctorales

Ce mémoire intitulé

Les pratiques d'intervention policières auprès des personnes en crise ou atteintes de troubles mentaux : le cas des agents de réponse en intervention de crise du Service de police de la Ville de Montréal

présenté par

Michaëlle Ravary

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Denis Lafortune  
président-rapporteur

Rémi Boivin  
directeur de recherche

Chloé Leclerc  
membre du jury

## Résumé

Cette recherche porte sur les pratiques d'intervention des agents de réponse en intervention de crise (RIC), de leur partenaire fixe et des agents en attente de la formation du Service de police de la Ville de Montréal (SPVM) auprès des personnes en crise ou atteintes de troubles mentaux. Les agents RIC sont des patrouilleurs de première ligne qui ont reçu une formation complète sur les principes d'intervention en contexte de crise ou de santé mentale. Ce modèle de réponse spécialisée est une solution proactive qui a pour but d'améliorer l'action policière en situation de crise et de veiller à une meilleure prise en charge de ces personnes par les ressources institutionnelles.

La désinstitutionnalisation des soins et des services psychiatriques a eu pour effet une augmentation du nombre de personnes atteintes de troubles mentaux dans la communauté. Par conséquent, cet accroissement a engendré des rapports plus fréquents entre les services policiers et cette clientèle. Les interventions en contexte de crise ou de santé mentale sont particulières et complexes, de même qu'elles requièrent un niveau supérieur de compréhension des crises humaines. Les autorités policières ont admis que ces interventions représentent une part significative de leur travail et que la formation policière traditionnelle ne les prépare pas suffisamment pour intervenir adéquatement auprès de cette population.

En réponse à ces considérations et dans l'objectif d'améliorer leur capacité d'agir, les forces policières se sont dotées de modèles de réponse policière spécialisée en intervention de crise. L'approche la plus répandue est l'équipe d'intervention de crise (« *crisis intervention team* » ou « *CIT* »), aussi appelée le modèle de Memphis. Il existe plusieurs variantes de ce modèle, mais les composantes principales, c'est-à-dire la formation avancée et la consolidation d'un partenariat avec le système de santé demeurent dans l'ensemble de ces structures.

L'objectif de cette recherche consiste à sonder les perceptions des agents RIC, de leur partenaire fixe et des agents en attente de la formation afin de comprendre et de contraster leurs visions et leurs pratiques d'intervention en contexte de crise ou de santé mentale. Chaque groupe a apporté des précisions intéressantes.

Nous avons conduit 12 entrevues qualitatives avec des policiers du SPVM. De façon générale, les participants rapportent que leurs pratiques d'intervention auprès des personnes en crise ou atteintes de troubles mentaux sont davantage ancrées dans une perspective de relation d'aide. Ils mentionnent également que la communication, l'écoute et la confiance doivent être privilégiées avant tout autre stratégie dans les situations qui les permettent et que la force doit être employée seulement lorsqu'elle est nécessaire, c'est-à-dire lorsque leur sécurité ou celle d'autrui est en péril ou lorsque la communication n'est pas possible. Puis, ils admettent que le recours à l'expertise des intervenants en santé mentale permet une analyse plus approfondie de la situation et de l'état mental de la personne visée par l'intervention. D'autre part, en ce qui concerne les limites de la formation policière traditionnelle, les candidats ont soulevé qu'il y a un manque de connaissances en matière de santé mentale ainsi qu'une difficulté associée à l'évaluation de l'état de la personne et du besoin de transport ont été soulevés. Sur le plan des

apprentissages, les agents RIC disent avoir une compréhension plus globale de la problématique de santé mentale, de meilleures habiletés communicationnelles, une analyse plus approfondie de la situation, de plus grandes connaissances juridiques, une compréhension du fonctionnement des services hospitaliers ainsi qu'une appréciation particulière pour le partage de savoirs et les principes d'endiguement. Ils font part également de l'importance des rapports pour documenter l'évolution de l'état mental d'une personne et ils ajoutent que la dimension temporelle joue un rôle clé dans la résolution définitive de la problématique. Au sujet des partenaires, ils évoquent des retombées similaires. Toutefois, à la suite de la formation, ils reconnaissent davantage l'importance de leur rôle dans la sécurité de leur partenaire et ils y accordent dorénavant une attention marquée lors de ces interventions. Enfin, les agents non formés formulent des attentes relatives au développement d'outils et de compétences, ce qui leur sera rendu dans la formation RIC. Globalement, les agents RIC et les partenaires interviewés ont modifié leurs pratiques pour les arrimer avec la philosophie des interventions en contexte de crise ou de santé mentale. Ils ont également davantage confiance en leurs capacités et habiletés d'intervention auprès des personnes en crise ou atteintes de troubles mentaux grâce aux connaissances acquises dans la formation.

**Mots-clés** : intervention policière en contexte de crise – personnes atteintes de troubles mentaux – agent de réponse en intervention de crise (RIC) – Service de police de la Ville de Montréal (SPVM)

## Abstract

This research focuses on police responses provided by the RIC officers of the Service de police de la Ville de Montréal (SPVM) with people in crisis or suffering from a mental disorder. The RIC agents are frontline patrol officers who have received complete training on the principles of intervention in times of crisis. This specialized response model is a proactive alternative that aims to improve police action in crisis situations and to ensure a better management of this population by the institutional resources.

Deinstitutionalization of care and psychiatric services has led to an increased number of people with mental disorders in the community. Therefore, this increase has resulted in more frequent interactions between the police and this type of clientele. Interventions in times of crisis are unique and complex and require a higher level of understanding of human crises. The police have admitted that these interventions represent a significant part of their work and that traditional police training did not prepare them sufficiently to respond appropriately.

In response to these considerations and in order to improve their abilities, the police forces equipped themselves with police response models specialized in crisis intervention. The most common approach is the crisis intervention team (*CIT*), also called the Memphis model. There are several variations of this model, but the main components are advanced training and consolidation of a partnership with the health system which both remain in all of these structures.

The objective of this research is to explore the perceptions of the RIC officers, their partner and the officers waiting for training in order to better understand and contrast their visions and practices in a crisis or mental health context.

We conducted 12 qualitative interviews with officers from SPVM. Overall, participants report that their interventions with people in crisis or with mental disorders are more rooted in a perspective of counselling. They also mention that communication, listening and trust must be privileged above all other techniques in situations that allow them. Furthermore, force should be used only when needed, that is, when their safety or the safety of others is at risk. They also admit that the participation of mental health workers enables a deeper analysis of the situation or the mental state of the person targeted by the intervention. Secondly, in regards to the limits of traditional police training, the candidates have raised that there is a lack of knowledge in the field of mental health and a difficulty in assessing the mental state of the person as well as the needs for transportation. Thirdly, the RIC officers say that they have a better understanding of mental health issues, enhanced communication skills, a deeper analysis of the situation, a greater legal knowledge, an understanding of the operation of hospital services and a particular appreciation for the sharing of knowledge and the principle of containment. They also expressed the importance of the reports to document the evolution of the mental state of a person and they add that the time dimension plays a key role in the final resolution of the issue. As for the partners, they discuss similar benefits. However, after training, they recognize even more the importance of their role in the security of their partner and therefore, they pay more attention during these interventions.

Finally, non-trained agents formulate expectations concerning the development of tools and skills, which will be addressed in their training. Overall, the RIC agents and their partners changed their practices to align them with the philosophy of crisis intervention. They also have more confidence in their abilities and skills to intervene with people in crisis or suffering from mental disorders from the knowledge acquired in training.

**Keywords:** police intervention in crisis situation – people with mental illness – crisis intervention response agent – Service de police de la Ville de Montréal (SPVM)

## Table des matières

<b>RÉSUMÉ .....</b>	<b>I</b>
<b>ABSTRACT.....</b>	<b>III</b>
<b>TABLE DES MATIÈRES.....</b>	<b>V</b>
<b>LISTE DES FIGURES ET TABLEAUX .....</b>	<b>VII</b>
<b>LISTE DES ABRÉVIATIONS ET SIGLES .....</b>	<b>VIII</b>
<b>REMERCIEMENTS .....</b>	<b>IX</b>
<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>1</b>
<b>RECENSION DES ÉCRITS .....</b>	<b>7</b>
<b>L'AMPLEUR DE LA PROBLÉMATIQUE .....</b>	<b>8</b>
La formation policière canadienne.....	8
Les connaissances sur les interactions entre les policiers et les personnes en crise ou atteintes de troubles mentaux.....	11
Les définitions et caractéristiques associées au contexte de l'intervention policière en situation de crise.....	17
<b>LES MODÈLES DE RÉPONSE POLICIÈRE SPÉCIALISÉE EN INTERVENTION DE CRISE.....</b>	<b>20</b>
Le modèle de Memphis.....	22
Le modèle australien et les initiatives européennes .....	28
Les modèles canadiens.....	30
Le modèle montréalais.....	32
L'impact des formations en intervention de crise sur les pratiques policières .....	39
<b>LA PROBLÉMATIQUE DE RECHERCHE .....</b>	<b>41</b>
<b>MÉTHODOLOGIE .....</b>	<b>43</b>
<b>OBJECTIFS DE RECHERCHE .....</b>	<b>44</b>
Les objectifs spécifiques de recherche.....	44
<b>DÉMARCHE MÉTHODOLOGIQUE PRIVILÉGIÉE .....</b>	<b>45</b>
La méthodologie qualitative.....	45
Le recours à l'entretien de type qualitatif : justification .....	45
<b>CONSIGNES ET STRATÉGIES DE RECRUTEMENT .....</b>	<b>47</b>
<b>CRITÈRES ET TECHNIQUES D'ÉCHANTILLONNAGE.....</b>	<b>48</b>
La fiche signalétique .....	48
Le profil des répondants.....	49
<b>CONDUITE DES ENTRETIENS.....</b>	<b>50</b>
<b>STRATÉGIES D'ANALYSE .....</b>	<b>52</b>
L'analyse thématique .....	53
<b>LIMITES DE LA DÉMARCHE MÉTHODOLOGIQUE.....</b>	<b>55</b>

<b>RÉSULTATS ET DISCUSSION .....</b>	<b>57</b>
<b>PRATIQUES D'INTERVENTION POLICIÈRE À L'ÉGARD DES PERSONNES EN CRISE OU</b>	
<b>ATTEINTES DE TROUBLES MENTAUX.....</b>	<b>58</b>
Les pratiques d'intervention générales.....	59
Remarques générales sur le déroulement et la fréquence des interventions .....	68
La mentalité des « vieilles polices » .....	73
<b>LIMITES DE LA FORMATION POLICIÈRE TRADITIONNELLE .....</b>	<b>76</b>
Le manque de connaissances .....	76
Les difficultés associées à l'évaluation de l'état mental de la personne et du besoin de transport .....	77
<b>SYNTHÈSE DES PERCEPTIONS DES POLICIERS À L'ÉGARD DE LA FORMATION RIC.....</b>	<b>78</b>
Les apprentissages et les limites de la formation en intervention de crise : ce que les agents RIC en disent .....	78
Les retombées indirectes de la formation en intervention de crise : ce que les partenaires en disent.....	87
Les attentes à l'égard de la formation en intervention de crise : ce que les agents non formés en disent .....	91
 <b>CONCLUSION .....</b>	 <b>96</b>
<b>LIMITES ET PISTES DE RECHERCHE .....</b>	<b>106</b>
 <b>ANNEXES .....</b>	 <b>108</b>
<b>ANNEXE 1.....</b>	<b>109</b>
<b>ANNEXE 2.....</b>	<b>110</b>
<b>ANNEXE 3.....</b>	<b>111</b>
<b>ANNEXE 4.....</b>	<b>112</b>
<b>ANNEXE 5.....</b>	<b>113</b>
 <b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>	 <b>115</b>



## Liste des figures et tableaux

Figure 1: Pyramide de l'état mental et du continuum d'intervention .....	37
Tableau 1: Caractéristiques des répondants.....	50

## Liste des abréviations et sigles

CIT	<i>CRISIS INTERVENTION TEAM</i>
CSSS	CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX
EMRII	ÉQUIPE MOBILE DE RÉFÉRENCE ET D'INTERVENTION EN ITINÉRANCE
ÉSUP	ÉQUIPE DE SOUTIEN AUX URGENCES PSYCHOSOCIALES
GTI	GROUPE TACTIQUE D'INTERVENTION
LOI P-38.001	LOI SUR LA PROTECTION DES PERSONNES DONT L'ÉTAT MENTAL PRÉSENTE UN DANGER POUR ELLES-MÊMES OU POUR AUTRUI
PDQ	POSTE DE QUARTIER
RIC	RÉPONSE EN INTERVENTION DE CRISE
SPVM	SERVICE DE POLICE DE LA VILLE DE MONTRÉAL
SQ	SÛRETÉ DU QUÉBEC
UPS-J	ÉQUIPE D'URGENCE PSYCHOSOCIALE-JUSTICE

## Remerciements

Je tiens à remercier tout d'abord mon directeur de recherche, Rémi Boivin, qui a su se rendre disponible en cas de besoin tout au long de cette aventure. Merci d'avoir eu un intérêt pour mon sujet et de m'avoir offert tes contacts professionnels afin que ce projet voit le jour. Merci pour la confiance et la liberté accordée.

Je veux également remercier les policiers qui ont généreusement alloué de leur temps pour participer à mon étude. Votre ouverture ainsi que votre honnêteté ont donné lieu à des données riches et empreintes de la réalité policière parfois difficile à saisir.

Merci à Isabelle Billette, conseillère à la section recherche et planification du Service de police de la Ville de Montréal, pour ses précieux conseils. Tu as toujours été disponible lorsque j'avais des questionnements et tu as démontré une curiosité ainsi qu'une grande ouverture pour toutes mes idées.

Un énorme merci à Pascal Poirier, coordonnateur du projet RIC, qui a vu le potentiel de mon projet et qui n'a jamais hésité à m'accueillir parmi son équipe. C'est grâce à ta volonté de voir ma recherche avancer que j'ai réussi à solliciter la participation des policiers. Tu m'as trimbalée dans ton auto-patrouille, tu m'as invitée à participer à des rétroactions et tu m'as encouragée à suivre la formation en intervention de crise. Sache que toutes ces initiatives de ta part ont grandement contribué au succès de ma recherche.

Enfin, mille mercis à ma famille, ma belle-famille, Rox, mes amis de crimino et mes petites bêtes. Vous m'avez encouragée, soutenue, conseillée et divertie depuis le début de mes études universitaires. Je ne serai jamais assez reconnaissante pour votre appui éternel. Et merci tout spécialement à Simon qui a cru en mes capacités à réaliser ce projet qui a trop souvent paru interminable. Merci de me supporter – de m'endurer, avouons-le – depuis les neuf dernières années. L'accomplissement de ce mémoire marque la fin de mon long parcours universitaire et le début de nouveaux projets. Je vous aime.

Finalement, je tiens à remercier l'École de criminologie pour son soutien financier. La bourse de rédaction octroyée m'a permis de me consacrer pleinement à la réalisation de ce mémoire.

À tous, je vous souhaite bonne lecture et j'espère que mes efforts seront à la hauteur de vos attentes.

Mika

---

---

## **INTRODUCTION**

---

La formation policière traditionnelle prépare les aspirants policiers à intervenir dans une grande variété de contextes dont les enjeux sont complexes et diversifiés. Dans le cadre de leur travail, les policiers<sup>12</sup> sont quotidiennement confrontés à des situations de crise impliquant parfois des personnes atteintes de troubles mentaux. Les circonstances de ces interventions sont variées; il s'agit généralement de porter assistance, quelle que soit la façon, à une personne en crise ou atteinte de troubles mentaux et de répondre à des appels de citoyens inquiets des comportements parfois incommodants de ces personnes (Cotton et Coleman, 2008).

L'intervention en contexte de crise est une problématique qui requiert un niveau supérieur de compréhension et de jugement des crises humaines (Teplin et Pruett, 1992, cités dans Bonfine, Ritter et Munetz, 2014). Les interactions entre les policiers et cette clientèle retiennent particulièrement l'attention du public pour plusieurs raisons, notamment lorsque l'usage de la force et leur pouvoir discrétionnaire sont en jeu. L'efficacité de ces interventions est fréquemment remise en doute, si bien que ces questionnements ont mené à une modification des pratiques et des opérations policières traditionnelles dans plusieurs corps policiers à travers le monde (Chappell et O'Brien, 2014). Il est vrai, d'une part, que les débats sociaux provoqués par les méthodes employées à l'égard des personnes en crise ou atteintes de troubles mentaux, parfois controversées, sont à l'origine de ces changements. Toutefois, il y a également une volonté des autorités policières de développer des modes d'intervention spécifiques afin de veiller à l'intégrité physique des agents et des personnes mentalement perturbées ou en état de crise (Billette et Arruda, 2013). Néanmoins, il importe de mentionner que la majorité des rapports entre ces deux groupes se solde avec succès, sans blessures, usage de la force, ni arrestations (Coleman et Cotton, 2010a). Malheureusement, les quelques interactions qui se terminent tragiquement reçoivent une attention médiatique disproportionnée, donnant ainsi l'impression à la population que les interventions policières auprès de cette clientèle sont

---

<sup>1</sup> Le genre masculin est employé tout au long du manuscrit sans discrimination et a pour but unique d'alléger le texte.

<sup>2</sup> Les termes « policier » et « agent » seront utilisés comme synonymes dans le cadre de cette recherche.

fréquemment de nature violente et sans considération de la complexité des crises humaines (Cotton et Coleman, 2008 ; Morabito et coll., 2012).

Les interventions policières auprès des personnes en crise ou atteintes de troubles mentaux existent depuis plusieurs décennies (Bittner, 1967 ; Deane, Steadman, Borum, Veysey et Morrissey, 1999 ; Steadman, Deane, Borum et Morrissey, 2000 ; Engel et Silver, 2001). Dès l'ère de la désinstitutionnalisation des soins et des services psychiatriques vers la fin des années 1960, il y a eu une augmentation importante de la fréquence des contacts entre les policiers et les personnes atteintes de troubles mentaux et, par le fait même, une crainte grandissante quant aux résultats de ces interactions (Cordner, 2006 ; Coleman et Cotton, 2010a ; Canada, Angell et Watson, 2012). Les personnes qui autrefois étaient institutionnalisées se sont désormais retrouvées dans la communauté sans l'encadrement ni les soins nécessaires. Ce faisant, les policiers ont dû adapter rapidement leurs interventions aux besoins spécifiques de cette clientèle croissante.

Les interactions avec cette clientèle sont complexes et parfois imprévisibles. Parallèlement, les défis que représentent ces interventions sont multiples : d'une part, cette clientèle ne répond pas bien aux tactiques policières traditionnelles et, d'autre part, les outils traditionnels mis à la disposition des policiers pour intervenir adéquatement et de façon sécuritaire sont limités (Engel et Silver, 2001 ; Reuland, Schwarzfeld et Draper, 2009). Ainsi, l'augmentation des interactions entre ces deux groupes et, par conséquent, la nécessité d'apporter une réponse proactive auprès de ces personnes ont mené à une révision des pratiques d'intervention policière.

Aux États-Unis, depuis la fin des années 1980, un débat animé a lieu sur la place publique concernant les pratiques d'intervention policière auprès des personnes en crise ou atteintes de troubles mentaux. Les premières équipes spécialisées en intervention de crise ont été créées à Memphis, dans l'État du Tennessee, dans le but d'améliorer la prise en charge de ces personnes par le biais d'un partenariat étroit entre le système de justice et le système de santé (Steadman et coll., 2000 ; Cross et coll., 2014). L'implantation d'un modèle de réponse policière spécialisée est entre autres le résultat d'un incident ayant impliqué la mort d'un jeune homme aux prises avec un problème de santé mentale (Dupont et Cochran, 2000 ; Cross et coll., 2014).

L'apparition de ces équipes coïncidait également avec le besoin pressant de réviser les pratiques policières auprès de cette clientèle (Canada et coll., 2012). Ces équipes spécialisées, appelées « *crisis intervention team* » (*CIT*), sont mandatées pour intervenir en situation de crise. Cette approche policière allie le système de justice et le système de santé afin d'offrir un meilleur soutien aux personnes en crise ou atteintes de troubles mentaux, en créant de solides partenariats entre les autorités policières, les professionnels de la santé et la communauté (Ellis, 2014). Le but ultime de ces équipes consiste à réduire les risques de blessures et de rediriger cette clientèle vers les ressources appropriées tout en les détournant du système de justice (Watson et coll., 2010).

Depuis son implantation aux États-Unis, les retombées pratiques des *CIT* ont fait l'objet de nombreux écrits. La documentation émergente sur le sujet nous renseigne sur la pertinence d'étudier les effets de cette approche innovatrice. Les études américaines sur le sujet suggèrent de façon générale que les agents *CIT* ont une meilleure compréhension de la santé mentale (Hanafi, Bahora, Demir et Compton, 2008), ils considèrent plus d'options au cours d'une intervention (Canada et coll., 2012) et ils recourent moins à la force (Morabito et coll., 2012). La recherche de Compton et de ses collaborateurs (2006) sur les apports de la formation en intervention de crise sur les connaissances, les attitudes et les stigmas liés à la schizophrénie a révélé qu'au terme de la formation *CIT* les agents ont témoigné avoir une meilleure attitude à l'égard de l'agressivité des personnes atteintes de schizophrénie, une meilleure connaissance de cette maladie et une moins grande distance sociale envers ces individus. Ces auteurs, ainsi que plusieurs autres par ailleurs, suggèrent qu'une formation en matière de santé mentale pour les policiers a la capacité de modifier les croyances sur la santé mentale et pourrait, par le fait même, réduire la stigmatisation envers les personnes atteintes de schizophrénie (Compton, Esterberg, McGee, Kotwicki et Oliva, 2006 ; Canada, Angell et Watson, 2010). Aujourd'hui, le programme *CIT* est largement implanté dans plusieurs villes à travers les États-Unis. Il y a également d'autres initiatives policières en matière de santé mentale au Canada, en Australie et en Europe.

Sur la scène montréalaise, les interventions policières auprès des personnes en crise ou atteintes de troubles mentaux représentent environ 3,2 % des appels logés au service, ce qui cumule

33 000 appels annuellement, soit 90 appels par jour (Charette, Crocker et Billette, 2011). En 2013, après plus de 10 années où intervenants et policiers du SPVM se sont démenés pour mettre sur pied une formation avancée en intervention de crise, le service a lancé le premier plan d'action stratégique en matière de santé mentale, dont l'objectif principal consistait en une amélioration continue des pratiques policières à l'égard des personnes en crise ou atteintes de troubles mentaux. Le plan d'action prévoyait entre autres le déploiement d'agents de réponse en intervention de crise, communément appelés « agent RIC » (Billette et Arruda, 2013). En vigueur depuis octobre 2013, 175 policiers volontaires à travers les 33 postes de quartier (PDQ) étaient visés par le projet RIC. Inspirée par le modèle de Memphis, cette formation de 40 heures est consacrée à l'approfondissement des notions en santé mentale, en droit et en techniques stratégiques et opérationnelles ainsi qu'à la réalisation de scénarios d'intervention basés sur des jeux de rôle. En pratique, les agents RIC sont appelés à intervenir auprès de personnes en crise ou atteintes de troubles mentaux en vue de désamorcer les situations et ils agissent également à titre de personnes-ressources en offrant un support opérationnel auprès de leurs pairs. En dehors de ces appels, ils accomplissent leurs tâches habituelles; ils ne sont donc pas détachés de leurs fonctions comme c'est le cas pour d'autres unités spécialisées, tel que le groupe tactique d'intervention (GTI) (Billette et Arruda, 2013).

Enfin, la revue de littérature fait état d'un manque de recherche empirique sur le modèle *CIT* et ce, malgré son adhésion par plusieurs corps policiers à travers le monde (Bahora, Hanafi, Chien et Compton, 2008 ; Compton, Bahora, Watson et Oliva, 2008 ; Compton et Chien, 2008 ; Cotton et Coleman, 2010 ; Canada et coll., 2012 ; Heilbrun et coll., 2012 ; Cross et coll., 2014). De plus, il y a actuellement peu d'études qualitatives portant sur les modèles de réponse policière spécialisée en intervention de crise qui ont tenté d'examiner les perceptions de différents groupes de policiers dans le but de comprendre et contraster les visions et les façons de faire de chacun. Nous sommes donc d'avis qu'il est pertinent de se questionner sur le nouveau modèle montréalais afin de comprendre les pratiques d'intervention en contexte de crise ou de santé mentale et les retombées sur le travail des policiers.

Notre projet de recherche vise donc à sonder les perceptions des agents RIC, de leur partenaire fixe, c'est-à-dire l'agent avec qui il ou elle patrouille régulièrement et des agents en attente de



la formation<sup>3</sup> dans l'objectif de comprendre et de contraster leurs visions et leurs pratiques d'intervention en contexte de crise ou de santé mentale. Pour ce faire, nous décrirons les pratiques d'intervention générales auprès des personnes en crise ou atteintes de troubles mentaux. Ensuite, nous précisons les limites de la formation policière traditionnelle. Puis, nous dégagerons les apprentissages, les limites et les retombées de la formation en intervention de crise ainsi que les attentes à l'égard de celle-ci.

Il nous a semblé pertinent d'explorer les perceptions de ces trois groupes, car chacun a le potentiel d'apporter des précisions différentes. Pour leur part, les agents RIC seront en mesure de nous renseigner sur les apprentissages et les limites de la formation RIC. La perception des partenaires fixes est également intéressante puisque, selon le principe de contagion, nous pourrions obtenir des précisions sur les retombées indirectes de la formation. Enfin, les agents non formés pourront nous décrire leurs attentes à l'égard de la formation RIC. Il sera possible à travers les discours des agents RIC et de leur partenaire de comprendre les changements perçus dans leurs pratiques.

Pour mener à bien cette recherche et répondre à ces objectifs, le premier segment du mémoire est consacré à l'état des connaissances sur les interventions en contexte de crise. Il énonce également la problématique de recherche. Le deuxième chapitre présente la démarche méthodologique employée, les sources de données et la stratégie analytique. Le troisième chapitre met de l'avant les résultats obtenus par les entrevues qualitatives ainsi que la discussion qui s'ensuit. Enfin, en guise de conclusion, la dernière section présente le bilan de notre étude, les limites de celle-ci ainsi que quelques recommandations pour des avenues futures de recherche.

---

<sup>3</sup> Les appellations « agents en attente de la formation » et « agents non formés » seront utilisées comme synonymes.

---

---

## **RECENSION DES ÉCRITS**

---

---

## **L'AMPLEUR DE LA PROBLÉMATIQUE**

Dans leur pratique, les policiers ont toujours composé avec des situations impliquant des personnes en crise ou atteintes de troubles mentaux. Par ailleurs, selon le Service de police de la Ville de Montréal (2014b), les interventions policières auprès de cette clientèle sont plus fréquentes de même qu'elles prennent jusqu'à deux fois plus de temps que celles avec la population générale. L'augmentation des interactions entre ces deux groupes a conduit les organisations policières à travers le monde à réviser leurs façons de faire. De nouvelles méthodes d'intervention ont donc été développées afin d'améliorer la capacité d'agir des policiers et offrir un meilleur soutien aux personnes en crise ou atteintes de troubles mentaux (Cross et coll., 2014). Lorsque, à la suite d'un incident, un coroner ou un chef de police dépose un rapport, la recommandation la plus souvent invoquée est celle de la formation des agents (Cotton et Coleman, 2008). Ceci dit, une préparation adéquate des policiers, à la fois adaptée à la complexité de ces interventions, est essentielle pour garantir leur sécurité ainsi que celle des personnes impliquées et des citoyens. Cette préparation s'amorce d'abord par la formation des aspirants policiers et policiers (Coleman et Cotton, 2010a).

### **La formation policière canadienne**

La formation policière de base offerte dans les écoles de police est spécifique tout en étant très large. Au terme de leur parcours scolaire, les aspirants policiers seront désormais aptes à intervenir dans toutes les éventualités possibles. En ce qui concerne les interventions en contexte de crise ou de santé mentale, elles représentent un court segment du contenu enseigné dans ces écoles. Par ailleurs, le corpus pédagogique consacré aux problématiques policières concernant la santé mentale diffère sensiblement d'une école de police à l'autre.

Cotton et Coleman (2008) ont réalisé un sondage auprès de 13 écoles de police canadiennes dans l'objectif de déterminer le matériel pédagogique consacré aux questions de santé mentale dispensé dans ces établissements. Ils ont trouvé que toutes les écoles de police canadiennes abordaient les principes des interventions policières en contexte de crise ou de santé mentale. Toutefois, ils ont souligné une importante variation quant au nombre d'heures consacré à cet

enseignement et à la façon dont les connaissances sont transmises. En effet, le temps alloué variait d'une heure à 30 heures. Selon ces auteurs, ces nombres d'heures sont suffisants pour sensibiliser les aspirants policiers à cette problématique, mais ils ne le sont pas pour amorcer un changement durable dans leurs attitudes personnelles. Puis, ils ajoutent que la matière devrait être transmise par l'intermédiaire de cours magistraux, de scénarios d'intervention, de jeux de rôles, de vidéos ainsi que de séminaires avec des professionnels du secteur de la santé et des personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale. Chacune de ces méthodes d'enseignement a la capacité de bonifier les apprentissages des aspirants policiers.

Au Québec, la formation policière est particulière et elle se différencie des autres écoles de police canadienne puisqu'elle est centralisée, c'est-à-dire que tous les étudiants, une fois avoir complété le programme collégial en techniques policières, doivent réussir la formation initiale en patrouille-gendarmerie offerte exclusivement par l'École nationale de police du Québec (ENPQ).

Dans la formation collégiale, le contenu concernant les problématiques de santé mentale est habituellement abordé dans les cours qui enseignent différentes techniques d'intervention en situation de crise et d'interactions avec des clientèles spécifiques. Il est toutefois difficile de connaître l'exactitude de la matière ainsi que le nombre d'heures alloué à son enseignement, n'ayant pas accès au contenu détaillé de chacun des cours offerts dans ce programme. Or, il existe au Québec un comité d'évaluation de l'enseignement collégial dont l'un des mandats consiste à assurer la cohérence dans le contenu dispensé à travers les cégeps et collèges.

À l'ENPQ, plus précisément, l'enseignement est réparti sur 15 semaines consécutives. Il est basé sur une stratégie dite expérientielle, c'est-à-dire qui s'appuie sur le développement des compétences par le biais de l'expérience. C'est donc une approche qui met de l'avant à la fois la théorie et l'assimilation dans l'action. Concernant la matière qui aborde les interventions en

contexte de crise, le corps professoral, en partenariat avec les services de police québécois, a développé un webdocumentaire<sup>4</sup> pédagogique destiné aux aspirants policiers et aux policiers.

Dans ce documentaire, des policiers, des experts (psychiatre, urgentologue, intervenant en santé mentale et criminologue) et des personnes atteintes de troubles mentaux enseignent les meilleures pratiques en contexte de crise. Il est composé de quatre sections et de neuf sous-sections dont la durée de chacune est d'environ 10 minutes. La première partie est consacrée à la définition des états de crise et aux rôles des policiers dans ce contexte, aux stratégies pour établir le contact, à l'évaluation des risques de danger et à la communication comme outil pour désamorcer la crise. La deuxième partie traite plus spécifiquement des interventions auprès des personnes en crise atteintes de troubles mentaux. Dans cette section, les auteurs expliquent les règles de base pour une intervention sécuritaire et efficace auprès de personnes présentant des délires ou des hallucinations, les stratégies pour désamorcer une crise suicidaire et les stratégies d'intervention qui fonctionnent le mieux auprès de six types de troubles mentaux majeurs : la schizophrénie, le trouble bipolaire, le trouble de la personnalité limite, le trouble délirant, la dépression majeure et le délirium agité. Dans la troisième section, les pouvoirs et les devoirs des policiers auprès de cette clientèle sont expliqués. Puis, en guise de conclusion, la quatrième partie est consacrée aux meilleurs conseils des experts ayant commenté tout au long du webdocumentaire. Chaque section est suivie de capsules où les experts, les policiers et les personnes atteintes de troubles mentaux partagent leur expérience et détaillent certaines stratégies. Cet outil pédagogique n'a pas servi pour évaluer l'efficacité de la formation en intervention de crise. Il est principalement utilisé pour accompagner la formation initiale de gendarmerie-patrouille et est également diffusé dans les corps policiers à des fins d'apprentissage (École nationale de police du Québec, 2013).

---

<sup>4</sup> Ce webdocumentaire est uniquement utilisé dans un contexte de formation. Il n'est donc pas accessible au grand public. Nous avons obtenu les autorisations nécessaires pour le visionnement afin de pouvoir brièvement commenter son contenu dans ce manuscrit.

Enfin, les nombreux écrits sur les interventions policières en contexte de crise ou de santé mentale ont suggéré qu'en raison d'un manque de formation dans ce champ d'intervention, les forces policières ont dû réviser leurs approches pour s'adapter aux particularités que présentent ces types d'interactions (Dupont et Cochran, 2000 ; Cotton et Coleman, 2008 ; Reuland et Schwarzfeld, 2008 ; Coleman et Cotton, 2010a, 2014). De plus, il y a un consensus sur le fait qu'il y a, depuis plusieurs années, une augmentation du nombre d'interactions policières avec des personnes en crise ou atteintes de troubles mentaux et que cet accroissement est en partie attribuable à la désinstitutionnalisation des soins et des services psychiatriques (Green, 1997 ; Cordner, 2006 ; Chappell et O'Brien, 2014 ; Ellis, 2014). Le recours à un modèle de réponse policière spécialisée en intervention de crise est une solution efficace pour atténuer les répercussions de ce phénomène.

### **Les connaissances sur les interactions entre les policiers et les personnes en crise ou atteintes de troubles mentaux**

Le mandat principal des services de police est d'assurer la sécurité, de maintenir l'ordre et de promouvoir la paix tout en traduisant les criminels en justice (St-Yves et Collins, 2011). Toutefois, le travail des policiers a subi des changements afin de s'ajuster à l'évolution constante des populations desservies. Par conséquent, leurs interventions sont devenues de plus en plus diversifiées, complexes et risquées. L'augmentation des interactions entre les agents et les personnes en crise ou atteintes de troubles mentaux a apporté par le fait même son lot de pouvoirs décisionnels qui, autrefois, n'étaient pas autant mis en application qu'aujourd'hui. Ceci a donc mené les autorités policières à devoir repenser leurs façons de faire ainsi que leur approche à l'endroit de cette clientèle, ce qui a eu pour conséquence une évolution dans la philosophie des interventions.

À cet effet, la perspective de l'intervention auprès des personnes en crise ou atteintes de troubles mentaux en est une, la plupart du temps, de protection et de soins, et rarement répressive. Ces interventions sont davantage orientées vers la communication et la reddition pacifique et volontaire (Collins et St-Yves, 2011a). De ce fait, le devoir d'intervention des policiers est très différent : ils ont le mandat de protéger la vie et de garantir la sécurité. Il est évident, toutefois,

que dans les cas où une personne en crise ou atteinte de troubles mentaux a commis une infraction sérieuse, la philosophie de l'intervention sera différente.

Afin de déterminer l'ampleur qu'ont ces interventions sur le travail des policiers, il importe d'abord de se questionner sur la fréquence et la nature de ces interactions. À cet effet, Brink et ses collègues (2011) ont réalisé une étude en Colombie-Britannique pour le compte de la Commission de la santé mentale du Canada sur les interactions entre ces deux groupes afin de mieux comprendre la fréquence, la nature et les circonstances de celles-ci. Pour mener à bien leur recherche, les chercheurs ont effectué des sondages, des entrevues et des groupes de discussion auprès de personnes ayant un vécu de maladie mentale afin de connaître leurs perceptions sur leurs interactions avec les policiers. Les auteurs ont également mené une large recension des écrits présentant plusieurs études canadiennes, américaines, européennes et australiennes qui se sont penchées sur la question. Les informations présentées ci-dessus reflètent quelques résultats de leur analyse documentaire. Seules les données pertinentes pour notre revue de littérature seront soutirées.

#### *La fréquence et la nature des interactions*

À l'exception des professionnels œuvrant dans le réseau de la santé, les policiers représentent les intervenants qui ont le plus grand nombre de contacts immédiats avec les personnes atteintes de maladies mentales (Borum, Deane, Steadman et Morrissey, 1998 ; Steadman et coll., 2000). Au Canada, Cotton et Coleman (2010) soutiennent qu'environ 6 % des interactions policières impliquent une personne en crise ou atteinte de troubles mentaux alors que Borum et ses collaborateurs (1998) ainsi que Engel et Silver (2001) ont respectivement rapporté que 7 % et 6 % des interactions policières mettent en cause cette clientèle aux États-Unis. Les forces policières reconnaissent et admettent actuellement que les interventions auprès de cette clientèle occupent une part significative de leur travail (Teller, Munetz, Gil et Ritter, 2006 ; Chappell et O'Brien, 2014)

Dans la revue de littérature, il y a quatre façons de documenter la fréquence des interactions entre ces deux groupes : l'étude du taux d'arrestation, l'étude des rôles des services de police dans l'orientation vers les ressources institutionnelles et dans l'admission en établissements

psychiatriques et l'étude des appels répondus par les policiers impliquant des personnes en crise ou atteintes de troubles mentaux (Brink et coll., 2011).

Le taux d'arrestation nous renseigne sur les interventions policières mettant en cause une personne atteinte de troubles mentaux à qui un comportement incriminant a été reproché. Selon les conclusions de l'étude réalisée par Brink et ses collaborateurs (2011), deux personnes sur cinq qui présentent une maladie mentale ont déjà fait l'objet d'une arrestation au cours de leur vie. Toutefois, les résultats des études à ce propos varient considérablement, allant de 11 % à 63 % de ces personnes. Cette variation peut être expliquée par le fait qu'une petite proportion des personnes atteintes de troubles mentaux fait l'objet de multiples arrestations.

Une autre étude canadienne sur la fréquence des interactions entre le service de police de l'Ontario et les personnes atteintes de troubles mentaux suggère que cette clientèle est plus fréquemment sujette à des arrestations multiples, comparativement à la population générale (Hartford, Heslop, Shift et Hoch, 2005). En effet, ces auteurs ont trouvé que les personnes atteintes de troubles mentaux sont trois fois plus enclines à interagir avec les services policiers et qu'ils sont deux fois plus souvent impliqués dans une deuxième intervention que la population générale. Ces auteurs avancent qu'un plus grand nombre d'interactions pourrait se traduire par un taux d'arrestation plus élevé de cette clientèle, en raison de la volonté des policiers de régler la situation de façon expéditive pour ne plus avoir à intervenir pour le même problème.

D'autre part, la fréquence des contacts entre les policiers et les personnes atteintes de troubles mentaux peut aussi être documentée par les études sur les rôles des services de police dans l'orientation vers les ressources institutionnelles et dans l'admission en établissements psychiatriques. À cet effet, selon les constats de l'étude de Brink et ses collaborateurs (2011), de façon générale, 30 % des interventions policières ont mené à une référence vers une ressource de soins. Puis, selon ces mêmes conclusions, un patient sur sept admis dans un hôpital psychiatrique résulte d'un transport effectué par les policiers. Comparativement avec les admissions suivant une recommandation d'un autre intervenant, celles évoquées par les policiers comportent généralement un niveau de violence plus élevé. Puis, parmi les personnes



transportées par les agents en urgence psychiatrique, 73 % avaient un diagnostic de maladie mentale grave.

Les études sur les appels répondus par les policiers impliquant des personnes en crise ou atteintes de troubles mentaux peuvent également nous renseigner sur la fréquence des interactions entre ces deux groupes. Dans le bilan de l'étude de Brink et coll. (2011), approximativement 5 % des appels logés au service de police concernent cette clientèle. Quant à eux, Coleman et Cotton (2010b) ont trouvé des données différentes à cet effet; elles se chiffrent entre 7 % et 30 %. Selon ces auteurs, cette différence importante est attribuable à la difficulté associée au ciblage ou au codage des appels de cette nature.

Les types, les caractéristiques et les résultats des interactions sont également des indicateurs qui permettent de documenter la nature des contacts entre les policiers et les personnes atteintes de troubles mentaux. En ce qui concerne les types d'interactions, les résultats présentés dans l'étude de Brink et ses collaborateurs (2011) suggèrent que 40 % des rapports entre les policiers et cette clientèle sont associés à la commission d'un crime mineur non violent. Puis, ces auteurs rapportent aussi que 40 % des contacts n'ont aucun lien avec la perpétration d'un acte criminel. Enfin, les données de cette étude révèlent que de façon générale, le recours à la force lors des interventions policières impliquant une personne atteinte de troubles mentaux est relativement faible. Ce constat est conforme à l'étude américaine de Adams (2004), cité dans Morabito et coll. (2012) sur l'emploi de la force, qui suggère que la force est utilisée dans moins de 1 % des interventions auprès de cette clientèle. Néanmoins, il s'avère qu'elle est surreprésentée dans les interactions policières où un pistolet à impulsions électriques est en cause ainsi que dans celles ayant entraîné un décès de la personne visée par l'intervention (Brink et coll., 2011).

Au Canada, les interventions policières ayant conduit à un décès sont rares. Coleman et Cotton (2005) rapportent qu'entre 1992 et 2002, il y a eu 11 événements où la mort d'une personne mentalement perturbée est survenue à la suite d'une intervention policière (Cotton et Coleman, 2005, cités dans Cotton et Coleman, 2010).

Enfin, il est admis dans la revue de littérature sur le sujet qu'il y ait eu une augmentation de la fréquence des interactions entre les policiers et les personnes en crise ou atteintes de troubles mentaux (Green, 1997 ; Cordner, 2006 ; Chappell et O'Brien, 2014 ; Ellis, 2014). Certains facteurs ont contribué de façon importante à cet accroissement, particulièrement le phénomène de la désinstitutionnalisation des soins et des services psychiatriques au tournant des années 1960.

### *La désinstitutionnalisation des soins et des services psychiatriques*

Le phénomène de désinstitutionnalisation des soins et des services psychiatriques est apparu au Canada vers la fin des années 1960 (Otero, Landreville, Morin et Thomas, 2005). Les services de la santé et les services sociaux ont subi une importante restructuration institutionnelle ce qui a eu de grandes répercussions sur les personnes atteintes de troubles mentaux, leurs proches et tous les intervenants impliqués dans cette transformation. Dans l'ère de la réorganisation administrative, il y a eu une reclassification des populations concernées, une redéfinition des mandats des intervenants, une reformulation des expertises et une adaptation des cadres normatifs (Otero et coll., 2005). Ce phénomène, apparu dans plusieurs sociétés occidentales, a fait l'objet de plusieurs études et ses effets, notamment sur le travail des policiers, sont largement documentés (Teplin, 1984 ; Dorvil, Guttman, Ricard et Villeneuve, 1997 ; Lecomte, 1997 ; Cordner, 2006 ; Fisher, Silver et Wolff, 2006 ; Morabito, 2007). Par ailleurs, un segment de la documentation sur les interventions auprès des personnes atteintes de troubles mentaux suggère que l'augmentation de la fréquence des contacts entre les policiers et cette clientèle est entre autres le résultat du processus de désinstitutionnalisation des soins et des services psychiatriques (Green, 1997 ; Cordner, 2006 ; Chappell et O'Brien, 2014 ; Ellis, 2014).

Au Québec, le processus de désinstitutionnalisation s'est amorcé vers 1965 à la suite du dépôt du rapport Bédard sur la réforme du système psychiatrique. Ce virage ambulatoire se voulait une « *réorganisation des services ainsi qu'une redistribution des ressources financières et humaines à l'intérieur du réseau de la santé et des services sociaux* » (Dorvil et coll., 1997: 111). Ce mouvement a entraîné de nombreux changements, notamment en ce qui concerne les lois et les pratiques dans le secteur de la santé mentale, ce qui a mené subséquemment à la fermeture subite de lits dans les hôpitaux psychiatriques. Dès lors, l'idéologie de

l'institutionnalisation des personnes mentalement perturbées s'est soudainement transformée et les services communautaires, à ce moment désignés pour assurer un soutien continu entre les hôpitaux psychiatriques et la communauté, ont eu une grande difficulté à s'adapter à la rapidité des changements et au grand besoin que cela nécessitait (Lecomte, 1997 ; Cordner, 2006). Ultimement, ceci a entraîné un grand nombre de personnes atteintes de troubles mentaux à être laissés à elles-mêmes dans la communauté. Par le fait même, cette réforme a aussi engendré une augmentation des personnes en situation d'itinérance, un recours plus accru au système judiciaire pour des problématiques de santé mentale et une saturation des urgences dans les hôpitaux qui font face au phénomène de la porte tournante, c'est-à-dire aux sorties hâtives et aux réadmissions aussitôt (Lecomte, 1997). Enfin, certains auteurs considèrent que le processus de désinstitutionnalisation, bien qu'il ait eu comme bienfaits de démystifier la maladie mentale et une évolution dans les traitements, est un grand échec du système de santé (Dorvil et coll., 1997 ; Cordner, 2006).

Pour les services de police, ceci a eu comme conséquence une adaptation de leur travail et de leur façon d'intervenir. Confrontés à cette nouvelle réalité, ils ont dû plus fréquemment gérer des situations impliquant des personnes atteintes de troubles mentaux, sans avoir nécessairement les habiletés ni les connaissances pour intervenir adéquatement. À une certaine époque, les policiers se sont même désignés comme des « psychiatres de rue » (« *street corner psychiatrist* »), en raison de leur rôle dorénavant requis dans l'assistance de cette clientèle (Teplin et Pruett, 1992, cités dans Chappell et O'Brien, 2014). Toutefois, ceci s'est aussi traduit en une plus grande criminalisation de cette clientèle. Compte tenu de l'absence du soutien des services communautaires et de la limitation des options, la judiciarisation de cette clientèle était parfois la seule option envisageable (Cordner, 2006). Selon Teplin (1984), les obstacles bureaucratiques et légaux liés aux références en santé mentale pourraient aussi encourager les policiers à favoriser le système de justice aux dépens du système de santé, ce qui entraînerait par le fait même une plus grande criminalisation de cette clientèle.

Enfin, Cordner (2006) suggère que la médicalisation des personnes atteintes de troubles mentaux et la privatisation des organismes de soutien en santé mentale ont également contribué à l'augmentation des interactions entre les policiers et cette clientèle. Parallèlement au

processus de désinstitutionnalisation des soins et des services psychiatriques, les traitements psychothérapeutiques autrefois administrés en établissement ont cédé leur place aux médicaments traditionnels. Or, cette pratique entraîne son lot de difficultés, notamment à l'égard du contrôle de la prise de médicaments des patients qui ne sont désormais plus institutionnalisés. Par exemple, les policiers peuvent être appelés à intervenir auprès d'une personne en crise en raison d'une mauvaise prise de médication ou encore pour prescrire une ordonnance de traitement de la cour.

D'autre part, le phénomène de privatisation des organismes communautaires y joue également un rôle dans la fréquence des contacts. Bien que les réseaux de soutien communautaire travaillent de leur mieux avec les ressources disponibles, elles peuvent parfois s'avérer inefficaces en raison de déficits budgétaires ou encore de personnel non qualifié. Conséquemment, ceci a comme effet une mauvaise administration des soins pour ces personnes ainsi qu'une utilisation inadéquate des ressources policières (Cordner, 2006 ; Cotton et Coleman, 2010).

### **Les définitions et caractéristiques associées au contexte de l'intervention policière en situation de crise**

#### « Maladie mentale »

Avant de définir les états de crise, il importe de préciser ce qu'est la maladie mentale. Selon l'Agence de la santé publique du Canada (2015),

*« les maladies mentales sont caractérisées par des altérations de la pensée, de l'humeur ou du comportement associées à un état de détresse et à un dysfonctionnement marqués. Elles découlent d'interactions complexes de facteurs biologiques, psychosociaux, économiques et génétiques. Les maladies mentales peuvent toucher les personnes de tout âge, mais elles apparaissent souvent à l'adolescence ou au début de l'âge adulte. Il existe de nombreux types de maladies mentales, qui prennent la forme d'épisodes uniques de courte durée jusqu'aux troubles chroniques, leurs symptômes se distribuent sur un continuum de gravité, et les troubles sous-cliniques sont fréquents. » (Agence de la santé publique du Canada, 2015).*

« Personne en crise »

Bien qu'une crise soit la plupart du temps provoquée par un élément déclencheur précis, certaines personnes sont plus à risque de vivre une situation de crise. La maladie mentale, l'inaptitude d'utiliser les ressources autour de soi telles que la famille et les amis ainsi que la difficulté d'apprendre de ses expériences passées sont toutes des caractéristiques que l'on peut retrouver chez une personne plus susceptible de vivre une situation de crise. De plus, il existe une multitude d'évènements pouvant provoquer un état de crise transitoire tels que le décès d'un être cher, le changement de carrière ou encore un divorce (Greenstone et Levinton, 2002). Ce qui importe de retenir, c'est qu'une situation de crise peut être vécue par une personne perturbée par un trouble mental (crise de santé mentale), tout comme elle peut être expérimentée par un individu qui ne présente pas de trouble mental, mais qui souffre d'une crise temporaire dû à un stress important dans sa vie.

Selon Greenstone et Levinton (2002), une crise se construit comme suit :

*“A crisis occurs when **unusual stress temporarily** renders an individual unable to direct life effectively. As the stress mounts and the usual coping mechanisms provide neither relief nor remedy, the person often experiences extreme feelings of grief, hostility, helplessness, hopelessness, and alienation from self, family and society. Stress can be a reaction to a **single event** or to **several events occurring simultaneously or serially.**”* (Greenstone et Levinton, 2002: 1)

La notion de temporalité est importante dans la définition d'une crise. Elle fait référence au fait qu'une situation de crise est souvent le résultat d'un grand stress temporaire qui peut se manifester selon différents degrés d'intensité en fonction du niveau et du type de crise. L'état mental est donc perturbé par cette crise transitoire et peut le demeurer pendant une période donnée, selon la gravité de la crise et la capacité de l'individu à récupérer de cet état (Greenstone et Levinton, 2002). La crise a tout de même une durée de vie limitée, allant d'environ une minute à une heure. À cet effet, de nombreux facteurs peuvent faire varier la durée de la crise tels que l'intensité des émotions et la consommation de drogues ou d'alcool (École nationale de police du Québec, 2013). Les mécanismes d'adaptation sont également perturbés par cet état

de crise passager, ce qui, à ce moment, rend l'individu incapable de contrôler adéquatement ses émotions et ses réactions.

Selon St-Yves et Veyrat (2011), il existe trois phases classiques que franchira une personne en situation de crise. D'abord, il y a la phase aigüe de la crise. Elle est généralement caractérisée par l'envahissement très intense des émotions. Ensuite, c'est la phase de la résolution de problème où la personne, grâce aux stratégies de communication et de négociation mises en pratique par les policiers, devient plus rationnelle. À cette étape, ils tentent ensemble de trouver une solution au problème à l'origine de la crise. Puis, la dernière phase est celle de l'acceptation et de la résignation. L'objectif de toutes interventions en situation de crise consiste à les rendre les plus efficaces et humaines possibles tout en respectant le rythme de la crise.

Dans un autre ordre d'idées, en ce qui concerne les attitudes et les comportements appropriés des policiers dans une intervention en contexte de crise, à tout moment, celui qui tente de désamorcer une crise doit avoir une attitude non menaçante et il doit demeurer calme, ferme et attentif. Ce faisant, il cherche à établir par l'écoute active et la communication un lien de confiance dans le but de diminuer l'intensité des émotions et, ultimement, d'amener la personne vers la reddition passive (St-Yves et Veyrat, 2011). Une fois ce contact établi, la négociation doit être privilégiée aux dépens de l'emploi de la force; la perspective de l'intervention doit donc être orientée vers la résolution de la crise par des intermédiaires pacifiques (Collins et St-Yves, 2011a). Par ailleurs, dans le modèle national de l'emploi de la force, après la présence policière, la communication constitue la deuxième considération tactique dans le continuum d'intervention. Ce modèle a été conçu de façon à réduire au minimum le recours à la force, quel que soit le moyen. Il est donc important avant d'entreprendre quelconques contraintes physiques de prendre le temps nécessaire pour établir une bonne communication. Généralement, elle met fin à la crise (Service de police de la Ville de Montréal, 2014b).

Toutefois, selon l'intensité de la crise, l'urgence d'intervenir est tellement grande que la communication n'est même pas considérée comme stratégie pour désamorcer la situation. À ce moment, les policiers déterminent la réponse à apporter le plus rapidement possible pour éviter d'enivrer la crise et de causer de graves blessures. De ce fait, ils seront parfois contraints à

utiliser la force pour se défendre ou pour protéger la personne en crise ou une autre personne impliquée. Aussi, les policiers peuvent faire appel à des équipes spécialisées qui disposent d'équipements et d'outils adaptés pour intervenir dans des situations urgentes et hautement risquées, notamment dans des cas impliquant une prise d'otage, une personne barricadée ou une personne en présence d'une arme létale (Service de police de la Ville de Montréal, 2014b).

Enfin, la complexité que revêtent les interventions en situation de crise et, par le fait même, le manque de formation dans cette perspective ont mené les forces policières à développer des modèles de réponse spécialisée pour améliorer leurs habiletés et accroître leur pouvoir d'agir. Dans la section suivante, différents modèles seront décrits. Il s'agit donc de la première initiative policière en matière de santé mentale, autrement appelée le modèle de Memphis, du modèle australien, des initiatives européennes en la matière, des différents modèles canadiens et du modèle montréalais.

### **LES MODÈLES DE RÉPONSE POLICIÈRE SPÉCIALISÉE EN INTERVENTION DE CRISE**

Les principes des interventions en contexte de crise ont pris de l'ampleur avec l'arrivée des stratégies de négociation vers les années 1970. Schlossberg (1974) est l'un des premiers spécialistes à s'être intéressé aux négociations des policiers dans une intervention. Il a démontré que la compréhension des personnes atteintes de troubles mentaux est l'une des assises de la négociation de crise (McMains et Mullins, 2006; cités dans Collins et St-Yves, 2011a). Par ailleurs, les stratégies de négociation sont survenues à la suite des événements de Munich, en 1972, où la prise d'otage par des terroristes arabes a entraîné la mort de 11 athlètes de l'équipe olympique d'Israël. (Greenstone et Levinton, 2002).

Autrefois, les interventions en contexte de crise, notamment les prises d'otages, se soldaient par l'usage de la force (Bahn (2003), cité dans St-Yves et Veyrat, 2011). La force, employée dans une perspective « d'action-réaction », représentait l'ultimatum qui mettait généralement fin à la crise. Or, il y avait un taux important de blessures des policiers et des personnes impliquées dans ces interventions. Le danger que revêtaient ces interactions et, par le fait même, les

blessures qui en découlaient sont en partie à l'origine du changement graduel dans la philosophie des interventions policières en contexte de crise (St-Yves et Veyrat, 2011).

À la différence des équipes d'intervention détachées de leurs fonctions de patrouilleur, l'objectif d'avoir une réponse policière spécialisée en intervention de crise consiste à déployer des agents de première ligne aptes à se déplacer rapidement et d'apporter une réponse ciblée. Selon Michaud, St-Yves et Guay (2008), 25 % des situations de crise sont résolues par les premiers intervenants avant l'arrivée des structures spécialisées.

Les principes de négociation propres aux structures spécialisées ont toutefois été transposés dans les modèles de réponse policière spécialisée. Les modèles actuels de négociation (le modèle TINA, le *Behavioral Change Stairway Model* (BCSM), le *Structured Tactical Engagement Process* (STEPS) et la Stratégie d'intervention et de négociation de crise selon le rythme observé (SINCRO)) ont tous en commun les éléments essentiels dans une intervention en situation de crise : l'écoute, l'empathie et l'élaboration d'un rapport (St-Yves et Veyrat, 2011). Ces composantes se retrouvent également dans les modèles de réponse policière spécialisée.

Concrètement, les modèles de réponse policière spécialisée ont pour but d'améliorer la sécurité de toutes les personnes impliquées, d'accroître l'accès aux ressources de soins pour les personnes en crise ou atteintes de troubles mentaux, de réduire la fréquence de leurs interactions avec le système de justice et de réduire certains coûts liés à cette problématique, défrayés par les services de police (Reuland et coll., 2009).

Parmi les réponses policières spécialisées en intervention de crise, le modèle le plus analysé dans la documentation à ce sujet est sans doute les équipes d'intervention de crise (« *crisis intervention team* »), aussi appelé le modèle de Memphis. Depuis son implantation vers la fin des années 1980, la structure de son programme a été reproduite dans plusieurs grandes villes à travers le monde.



## **Le modèle de Memphis**

Implanté à Memphis dans l'État du Tennessee en 1988, le modèle *CIT* a été développé à la suite d'un incident ayant impliqué la mort de Joseph Dewayne Robinson, un homme âgé de 27 ans aux prises avec un problème de santé mentale qui, au moment d'une intervention policière, avait menacé les agents avec un couteau. L'intervention s'est soldée rapidement par huit coups de feu. Cet événement a mené à de grandes dénonciations au sein des citoyens selon lesquelles la formation policière traditionnelle comporte des limites en ce qui a trait aux interventions en contexte de crise ou de santé mentale. En réponse à ces revendications et aux recommandations relatives au manque de formation des agents, le département de police de Memphis, conjointement avec d'autres partenaires issus du secteur de la santé, ont développé dès lors un modèle de réponse pour intervenir de façon plus efficace et humaine auprès de la clientèle en santé mentale (Dupont et Cochran, 2000). Aujourd'hui, il existe plus de 400 programmes *CIT* à travers les États-Unis (Watson, Morabito, Draine et Ottati, 2008).

Dans la revue de littérature sur les *CIT*, les auteurs ne s'accordent pas tous sur la définition exacte des éléments essentiels du modèle. Néanmoins, deux composantes fondamentales requises pour le fonctionnement d'un tel modèle de réponse ont été identifiées : la formation avancée et le partenariat entre les services de police et les services de santé. Certains auteurs suggèrent que le développement parallèle de ces deux organisations provoquera ultimement des changements dans les attitudes, les habiletés et les connaissances des agents ainsi que des changements subséquents dans les comportements (Cross et coll., 2014).

Il existe quatre objectifs fondamentaux de l'approche *CIT* : le besoin d'une formation avancée, la nécessité d'apporter une réponse immédiate, l'amélioration de la sécurité des policiers et des personnes impliquées dans l'intervention et l'augmentation des références vers les soins appropriés. Les objectifs se détaillent de la façon suivante :

- formation avancée : recours à des agents avec une expérience pertinente sur le terrain; volontaires; 40 heures de formation qui comprend des scénarios de désescalade de crise; séances de rétroactions avec moniteurs et professionnels de la santé; cours magistraux qui incluent des notions de santé mentale et des questions juridiques;

- apporter une réponse immédiate : avoir des policiers de première ligne qui répondent aux appels d'urgence logés au service de police;
- sécurité des policiers et des personnes impliquées dans l'intervention : intégration d'agents avec des fonctions supérieures dans les rétroactions pour lier les principes relatifs à la sécurité aux habiletés des policiers à désamorcer une crise en écartant l'usage de la force;
- références vers les soins appropriés : changement dans les attitudes et les comportements relativement aux références vers les soins adéquats tant chez les policiers que les professionnels de la santé. (Dupont et Cochran, 2000).

Dans les autres modèles, les éléments essentiels de l'approche de Memphis sont généralement présents. C'est plutôt la structure qui peut varier de façon à l'adapter aux réalités des services de police qui développent ce modèle. Borum et ses collaborateurs (1998) ont identifié deux autres modèles qui se diffèrent quelque peu. Le premier modèle est basé sur une réponse spécialisée en santé mentale (« *police-based specialized mental health response* »). Dans cette approche, des professionnels du secteur de la santé sont employés par les services de police. Ils ont pour mandat de fournir sur scène ou par communication téléphonique des conseils relatifs aux problématiques de santé mentale. Le deuxième modèle (« *mental-health-based specialized mental health response* ») se base sur un partenariat entre les services de police et les services de santé. Des échanges d'informations sont fréquemment effectués mais les organisations sont indépendantes les unes des autres.

### Synthèse des études portant sur les CIT

Compton et ses collaborateurs (2008) ont réalisé une revue de littérature sur les recherches empiriques portant sur les CIT. Ces auteurs ont signalé qu'il existe des lacunes dans les études qui s'intéressent à ce modèle. Ils ont révélé entre autres que le support empirique sur l'efficacité perçue des CIT demeure encore très limité. Selon ces auteurs, ce manque est attribuable à des biais méthodologiques tels que des échantillons trop petits, une absence de groupe de comparaison ou des barèmes de recherches peu rigoureux.

Ils ont recensé 12 recherches empiriques sur les CIT et ont proposé de les trier en trois catégories : celles qui s'intéressent aux effets de la formation sur les agents, celles qui

examinent les résultats des appels suscitant une réponse spécialisée en intervention de crise et celles qui analysent le modèle *CIT* comme un outil pour détourner les personnes atteintes de troubles mentaux des prisons vers les services de soins.

Cross et ses collaborateurs (2014) ont rapporté des constatations similaires au regard du nombre limité de recherches empiriques sur l'efficacité des *CIT*. Ces auteurs ont proposé d'analyser des études qui se sont intéressées aux résultats de la formation liés aux apprentissages et aux comportements des agents. À cet effet, ils ont voulu vérifier si les changements dans les attitudes et les habiletés des policiers se traduisent en des changements de comportements et déterminer les effets du partenariat entre le système de justice et le système de santé sur les comportements des policiers. Ces deux avenues n'ont pas fréquemment été l'objet de recherches empiriques, ce qui est considéré par ces auteurs comme une lacune majeure dans la revue de littérature actuelle sur les *CIT*.

Heilbrun et ses collaborateurs (2012) ont quant à eux réalisé une revue de littérature sur les alternatives communautaires pour les personnes atteintes de troubles mentaux impliquées avec le système de justice. Un segment de leur revue est consacré aux études empiriques ayant comme objet les interactions entre les policiers et cette clientèle. Ils ont recensé eux aussi 12 recherches empiriques et les ont catégorisées de la façon suivante : les caractéristiques et les connaissances des agents formés en intervention de crise, les caractéristiques des personnes qui ont été détournées du système judiciaire et les résultats liés à l'efficacité des réponses policières spécialisées.

À la lumière de ces revues de littérature, nous proposons donc, dans cette courte synthèse, de citer quelques-unes de ces recherches dont les conclusions sont pertinentes pour notre recension des écrits.

#### *Attitudes, connaissances et préparation*

Hanafi et ses collaborateurs (2008) ont évalué l'efficacité de la formation *CIT* sur les agents de la ville d'Atlanta, en Géorgie, par l'intermédiaire de groupes de discussion. Ils ont conduit quatre séances d'entretiens avec 25 agents formés et leur ont demandé de discuter de leurs

expériences d'interventions auprès de personnes atteintes de troubles mentaux ainsi que de leurs attitudes et leurs opinions à cet effet. Ils ont procédé à une analyse thématique de chaque enregistrement des groupes de discussion.

Deux constats principaux ont émergé de leur analyse : l'accroissement des connaissances et de la sensibilisation en ce qui a trait à la maladie mentale ainsi que l'application des habiletés acquises. Selon ces auteurs, une plus grande connaissance des signes, des symptômes et des causes de la maladie mentale entraîne par conséquent une plus grande capacité à reconnaître et à apporter une réponse adéquate à une personne en crise. Puis, elle contribue également à une réduction de la stigmatisation et des stéréotypes de ces personnes, à une plus grande empathie envers ces personnes et leurs proches, à une plus grande patience ainsi qu'à une réduction des arrestations et, par le fait même, à une augmentation des références en santé mentale.

Le deuxième constat fait référence à la plus grande capacité des agents à utiliser les compétences et les techniques enseignées dans la formation *CIT* lors des interventions auprès de cette clientèle. Les participants ont témoigné avoir, dans l'ensemble, de meilleures interactions grâce aux techniques de communication et de désescalade. Plus précisément, ils ont rapporté avoir une plus grande facilité à mettre ces personnes à l'aise ainsi qu'une plus grande capacité à réduire l'imprévisibilité de la crise et les risques de blessures. Sommes toutes, ils ont tous admis qu'il y avait une amélioration marquée dans la conduite des interventions auprès des personnes en crise ou atteintes de troubles mentaux lorsqu'un agent *CIT* était présent sur la scène.

#### *Transport vers les soins appropriés*

Teller et ses collaborateurs (2006) ont étudié la répartition des appels logés au service de police de la ville d'Akron en Ohio avant et après l'implantation de la formation *CIT* afin d'évaluer ses effets sur les résultats des appels. Ils ont analysé les registres d'appels deux ans avant et quatre ans après la mise en œuvre d'une équipe spécialisée en intervention de crise, c'est-à-dire de mai 1998 à avril 2004. Ils ont utilisé les données après l'implantation pour comparer les pratiques entre les agents formés et ceux sans formation.

Ils ont trouvé que depuis l'implantation, il y a eu une augmentation du nombre et de la proportion d'appels logés au service de police impliquant une personne en crise ou atteinte de troubles mentaux. Toutefois, selon les auteurs, cet accroissement peut être attribuable à deux facteurs : les répartiteurs sont possiblement plus conscients et mieux préparés pour évaluer ces types d'appels et les personnes qui appellent le service de répartition sont plus enclines à reconnaître le besoin d'une intervention en contexte de crise puisqu'ils ont une meilleure connaissance du programme *CIT*.

Les résultats de leur étude ont indiqué que le taux relatif au transport vers un service d'urgence en psychiatrie a augmenté depuis la mise en œuvre de la formation (59,4 % contre 25,8 %). Selon ces auteurs, cette augmentation est expliquée par le fait que les agents formés considèrent qu'une prise en charge médicale immédiate pourrait permettre de prévenir des urgences ultérieures. Aussi, lorsque comparés aux agents sans formation, les agents *CIT* sont plus susceptibles de transporter une personne atteinte de troubles mentaux vers les soins appropriés depuis l'implantation de la formation, ce qui correspond à 48,7 % des agents formés contre 38,9 % des agents non formés qui effectuent des transports. Selon Teller et ses collaborateurs (2006), cette différence pourrait être le résultat d'une meilleure connaissance des symptômes de la maladie mentale ainsi que des options de traitement enseignées dans la formation. Dans l'étude de Hanafi et coll. (2008), les auteurs ont également trouvé que les agents formés en intervention de crise effectuaient plus de transports vers des ressources institutionnelles que leurs confrères sans formation.

Bref, il importe de mentionner que ces recherches indiquent pour la plupart un biais de sélection dans leur étude quant au caractère volontaire des policiers formés en intervention de crise. À cet effet, il est possible que, en raison de l'intérêt pour la problématique, les échantillons des agents formés ne soient pas représentatifs de la population à l'étude. En dépit de ce biais, les tenants du programme *CIT* soutiennent néanmoins que la participation volontaire des agents est l'une des plus importantes caractéristiques associées au succès de cette approche. Une certaine réserve est tout de même de mise quant à l'appréciation de ces conclusions (Cross et coll., 2014).

Enfin, la revue de littérature sur les *CIT* indique aussi que les agents formés rapportent être mieux préparés pour intervenir auprès des personnes en crise ou atteintes de troubles mentaux et mieux outillés quant aux démarches à entreprendre, comparativement aux agents sans formation (Borum et coll., 1998). Puis, d'autres constats sont également soulevés dans la documentation sur les interventions en contexte de crise : les interventions des agents *CIT* se soldent moins fréquemment par des transports involontaires (Compton et coll., 2008), une plus grande accessibilité vers les services de soins (Watson et coll., 2010) et un plus bas taux d'arrestation de ces personnes dans les postes de police qui disposent d'une réponse spécialisée, lorsque comparés à ceux n'en ayant pas (Steadman et coll., 2000).

#### *Les enjeux organisationnels liés à l'implantation d'un modèle de réponse policière spécialisée en intervention de crise*

L'étroite collaboration que nécessitent les services de police et les services de santé entraîne des défis. Ils ne sont pas insurmontables, mais ils peuvent toutefois occasionner des barrières dans la prise en charge des personnes atteintes de troubles mentaux.

D'abord, le contexte d'intervention auprès de cette clientèle fait interagir conjointement plusieurs professionnels travaillant dans différentes sphères : infirmiers, médecins, intervenants en santé mentale, policiers, ambulanciers, avocats et proches de la personne. Bien que cette alliance vise les intérêts fondamentaux de la personne, elle peut provoquer des divergences dans les opinions et les pratiques ce qui peut entraîner par conséquent un ralentissement dans l'évaluation médicale (Otero et coll., 2005). De plus, la prise en charge de ces personnes par les ressources institutionnelles nécessite également un travail rigoureux tant de la part des policiers que des médecins en ce qui a trait particulièrement aux informations collatérales essentielles pour compléter l'évaluation médicale et psychiatrique. Les observations et les actions du policier préalablement à l'admission en établissement pourront compléter l'évaluation du médecin. Cette étape, parfois bâclée et même négligée, peut provoquer un retour hâtif de la personne en communauté. Ceci n'est pas souhaitable ni pour la personne elle-même puisqu'elle ne bénéficie pas de soins ni pour les policiers puisqu'ils risquent d'intervenir lors d'une deuxième occasion impliquant le même problème non résolu (Reuland et coll., 2009).

De part et d'autre, bien que l'objectif principal soit une meilleure gestion de ces personnes, les attentes et les résultats respectifs de ces deux organisations relativement à l'implantation d'un modèle de réponse spécialisée en intervention de crise sont tout de même différents. Pour les forces policières, la formation représente la création d'une expertise au sein de son organisation. Pour le système de santé, cela requiert une prise en charge complète et sans condition préalable, c'est-à-dire sans considération d'aucun facteur externe à la maladie mentale qui pourrait rendre le patient inadmissible. L'intoxication, les retards mentaux et la démence sont des exemples de conditions qui verront une personne transportée par un policier se faire refuser l'accès aux soins dans un centre hospitalier. Cette problématique entraîne une recherche plus approfondie de la part du policier pour trouver la ressource institutionnelle adéquate et cette lacune entraîne, par le fait même, un conflit au sujet de la responsabilité de cette personne. Dès lors, le policier a le choix de garder sous sa responsabilité la personne jusqu'à ce qu'il trouve la bonne ressource ou de résoudre le problème de façon expéditive en la transportant à un centre de détention (Dupont et Cochran, 2000). Enfin, les buts qui découlent de ce partenariat peuvent également être différents pour les deux organisations. À cet effet, l'intérêt des services policiers vise davantage l'amélioration de la sécurité lors des interventions alors que les services de santé se soucient davantage de réduire les arrestations excessives des personnes atteintes de troubles mentaux (Teller et coll., 2006).

Enfin, à quelques différences près, les forces policières australiennes et européennes ont elles aussi développé des modèles de réponse en contexte de crise et des stratégies afin d'accroître leur capacité d'agir auprès des personnes en crise ou atteintes de troubles mentaux.

### **Le modèle australien et les initiatives européennes**

Pour des raisons similaires que les autres pays qui se sont dotés d'un modèle de réponse policière spécialisée en intervention de crise, les autorités policières de l'État de la Nouvelle-Galles du Sud, en Australie, ont eux aussi développé, en 2008, des équipes d'intervention en santé mentale (« *mental health intervention team* »). L'implantation visait quatre objectifs principaux : réduire les risques de blessures des policiers et des personnes en crise ou atteintes de troubles mentaux pendant les interventions, sensibiliser les policiers aux risques encourus lors d'interventions et améliorer les stratégies pour les réduire, favoriser la collaboration avec

le gouvernement et les services communautaires dans la réponse et la gestion de ces personnes et réduire la durée des interventions avant le transport des policiers vers les ressources institutionnelles. Ces équipes d'intervention en santé mentale ont servi de premier modèle de réponse policière spécialisée en Australie. Elles ont aussi été inspirées par la stratégie *CIT*.

Herrington et Pope (2014) ont mené une étude sur le succès des quatre objectifs principaux du modèle australien. Les données utilisées, recensées auprès de trois postes de police locaux entre janvier 2008 et décembre 2009, provenaient de rapports d'événements policiers, de registres d'appels, de questionnaires évaluant l'impact de la formation, de sondages destinés aux policiers et aux personnes atteintes de troubles mentaux déterminant les habitudes de chacun et d'entretiens à tendance semi-directive avec des informateurs clés du projet, c'est-à-dire des policiers formés et sans formation ainsi que des professionnels du secteur de la santé. Les auteurs ont trouvé, d'une part, que la majorité des policiers formés ont témoigné avoir changé leur approche lors des interventions en contexte de crise ou santé mentale à la suite de la formation. Les participants ont également indiqué qu'ils avaient une plus grande confiance et plus d'empathie dans leurs interactions. Enfin, les auteurs suggèrent que ceci est attribuable à l'utilisation de techniques de désescalade qui, d'ailleurs, ont été soulignées par les participants comme étant une meilleure stratégie de gestion que l'emploi de la force.

En Europe, peu d'études ont été conduites sur les procédures policières lors des interventions auprès de personnes atteintes de troubles mentaux (Moore, 2013). Les recherches disponibles à ce jour ont été principalement produites au Royaume-Uni.

Au Royaume-Uni, il existe deux documents législatifs qui précisent les rôles des policiers dans la gestion des personnes atteintes de troubles mentaux. Il s'agit du « *Police and Criminal Evidence Act (PACE) 1984* » et du « *Mental Health Act 1983* ». Ces documents octroient respectivement le droit au policier de transporter dans un « lieu sûr » une personne soupçonnée avoir une maladie mentale et de la garder à cet endroit jusqu'à 72 heures (Moore, 2013).

Des organismes du secteur de la santé mentale ont implanté des programmes « anti-stigma » dont l'objectif consiste à sensibiliser la population au sujet de la discrimination envers les



personnes atteintes de troubles mentaux. Ces campagnes ont conduit les policiers à travailler étroitement avec cette clientèle, ce qui a eu pour conséquence un changement dans leur attitude générale eu égard à la maladie mentale (Pinfold et coll. (2005), cités dans Moore, 2013).

Puis, dans l'optique de détourner les personnes atteintes de troubles mentaux du système judiciaire, des autorités policières britanniques ont mis sur pied un « service de diversion ». Ce modèle est caractérisé par le recours à du personnel infirmier spécialisé en soins psychiatriques pour favoriser l'identification précoce de maladies mentales graves. Ce type d'approche est actuellement mis en place à Londres et à Birmingham, en Angleterre. Son succès a été démontré par le partenariat existant entre les services de police et le système de santé de ces villes (James, 1999, cité dans Moore, 2013). Il y a des initiatives similaires en Écosse et en Irlande du Nord.

Enfin, devant les mêmes considérations relativement au besoin d'améliorer la réponse policière envers les personnes en crise ou atteintes de troubles mentaux, les services de police canadiens ont eux aussi développé des modèles adaptés à leurs besoins.

### **Les modèles canadiens**

Dans la documentation canadienne sur les réponses policières spécialisées en intervention de crise, Cotton et Coleman (2010) ont identifié cinq modèles.

Le premier modèle est celui des agents désignés en santé mentale (« *designated mental health officer* »). La tâche principale de ces agents est d'effectuer la liaison entre les services de police et le système de santé. Ils agissent également à titre de soutien auprès des autres intervenants de première ligne. Ils offrent un suivi avec les personnes en crise ou atteintes de troubles mentaux qui ont des contacts récurrents avec les policiers. Puis, ces agents peuvent même contribuer à l'élaboration de politiques pour leur organisation en ce qui a trait aux problématiques de santé mentale qui rejoignent les services de police (Cotton et Coleman, 2010).

Le deuxième modèle est celui des équipes mobiles de crise (« *mobile crisis teams* »). Les services de police et les intervenants en santé mentale forment une équipe et répondent

ensemble aux appels impliquant une personne en crise ou atteinte de troubles mentaux. L'intervenant évalue l'état mental de la personne et oriente au besoin vers les ressources appropriées tandis que l'agent assure la sécurité de l'intervention et veille à l'application de la loi. Dans certains cas, l'équipe peut également offrir un service de suivi. Selon les auteurs, c'est probablement l'approche la plus répandue au Canada. C'est le cas des grandes villes telles que Toronto, Ottawa, Vancouver, Edmonton, Hamilton et Halifax (Cotton et Coleman, 2010). À Montréal, ce type de modèle est similaire à celui de l'Équipe de Soutien aux Urgences Psychosociales (ÉSUP).

Puis, le troisième modèle est celui de la réponse policière globale avancée (« *comprehensive advanced police response* »). Les forces policières qui utilisent ce modèle ont offert une formation avancée en matière de santé mentale à tous les policiers de leur organisation. Dès lors, tous les policiers formés interviennent auprès des personnes en crise ou atteintes de troubles mentaux selon les principes de cette approche. C'est un modèle qui s'avère très coûteux, mais à la fois efficace pour les plus petits secteurs où les services de santé sont plus éloignés. Le service de police de la ville de Toronto, bien qu'il desserve une très grande métropole, s'est aussi doté de ce modèle de réponse (Cotton et Coleman, 2010).

La quatrième approche est celle de la réponse séquentielle (« *sequential response model* »). Ce type de réponse est utilisé dans les secteurs où les services de santé sont disponibles, mais le nombre d'appels logé au service de police ne justifie pas l'emploi d'un modèle de réponse dédié à temps plein. Ainsi, les services de police développent des ententes avec le système de santé relativement à la prise en charge des personnes en crise ou atteintes de troubles mentaux lorsqu'ils sont transportés en établissement hospitalier (Cotton et Coleman, 2010).

Le cinquième et dernier modèle canadien est l'équipe d'intervention de crise (« *crisis intervention team* »), précédemment citée. Dominante aux États-Unis, cette approche est moins courante au Canada. Néanmoins, les services de police de la ville de Toronto et de Vancouver se sont aussi dotés de cette réponse policière. Par ailleurs, à Vancouver, la formation en intervention de crise a été étendue à d'autres groupes d'intervenants (ambulanciers, personnel hospitalier, agents correctionnels et répartiteurs) afin d'améliorer l'action de toutes les

personnes qui interviennent régulièrement auprès de la clientèle en santé mentale (Cotton et Coleman, 2010). Au Québec, les équipes d'intervention spécialisée de la Sûreté du Québec (SQ) ainsi que la réponse en intervention de crise du Service de police de la Ville de Montréal s'inscrivent également dans ce modèle.

### **Le modèle montréalais**

#### *Le partenariat avec l'Urgence psychosociale-Justice*

Dès 1986, des initiatives en matière de santé mentale ont été mises en branle au sein du SPVM. Puis, en 1996, le modèle de l'Urgence psychosociale-Justice (UPS-J) a été développé. Il avait pour objectif initial de réduire la judiciarisation et, par le fait même, l'incarcération des personnes atteintes de troubles mentaux et d'encourager la prise en charge vers les ressources appropriées (Otero et coll., 2005). L'UPS-J est une équipe multidisciplinaire composée d'intervenants du Centre de santé et de services sociaux Jeanne-Mance (CSSS) dont le rôle principal est d'offrir ses services d'intervention à la cour et dans la communauté auprès de tous les PDQ répartis sur le territoire de Montréal. Lors des interventions policières auprès des personnes en crise ou atteintes de troubles mentaux, ils prêtent assistance aux policiers dans l'évaluation du niveau de dangerosité de l'état mental. Ils peuvent également être sollicités par les patrouilleurs pour les aider à désamorcer une situation de crise et guider les personnes vers les ressources adéquates. En plus d'offrir une expertise en santé mentale aux policiers de Montréal, leur service permet aussi de réduire les difficultés administratives, notamment en ce qui concerne l'obtention des ordonnances de traitement ou d'évaluation.

Les actions de l'équipe UPS-J se résument à l'intervention sur scène, la liaison avec d'autres intervenants ou centres communautaires, le « back up » au cas où la situation se détériore, les références ou conseils et l'échange d'information (Otero et coll., 2005). Otero et ses collaborateurs (2005) ont conduit une étude une année après l'implantation de la *Loi P-38.001* par l'équipe UPS-J. Ils ont étudié les interventions policières du SPVM ayant requis la présence d'intervenants de l'UPS-J ainsi que les différentes actions de ces derniers. Selon leur recherche, l'intervention sur scène demandée par les policiers correspond à 44,6 % des actions de l'équipe UPS-J et les risques suicidaires représentent 51,1 % des appels ayant requis un déplacement des

intervenants. Puis, dans 50,2 % des appels par les policiers impliquant une personne en crise ou atteinte de troubles mentaux, il y avait des antécédents psychiatriques et dans 48,3 % des appels il y avait des antécédents de toxicomanie. La documentation sur le sujet suggère que ces facteurs accentuent la difficulté associée à l'évaluation de la situation et, par le fait même, sont parmi les motifs les plus fréquemment invoqués pour faire appel aux intervenants en santé mentale (Borum, 2000).

Au regard de leurs obligations professionnelles, l'équipe UPS-J a la charge d'appliquer l'article 8 de la loi P-38.001 à l'égard d'une personne dont l'état mental présente un danger grave et immédiat pour elle-même ou pour autrui. En vertu de cette loi, les policiers peuvent amener contre son gré une personne vers la ressource appropriée à la demande de l'intervenant d'un service d'aide en situation de crise qui estime que l'état mental de cette personne, au moment de l'intervention, présente les critères d'un danger grave et immédiat (*Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui*). Cette loi civile octroie le droit à l'intervenant de « forcer » le transport d'une personne dont l'état mental est jugé dangereux dans l'immédiat par celui-ci. Dans ce cas, le policier agit à titre d'accompagnateur. Lorsqu'un agent consigne le transport d'une personne dont l'état mental présente un danger grave et immédiat en l'absence de son consentement ou à la demande d'un proche il agit en vertu de la Common Law (Service de police de la Ville de Montréal, 2014b). Cette distinction est importante, car, bien que les pouvoirs octroyés et les justifications subséquentes sont similaires, la loi en vertu de laquelle les policiers exercent leur pouvoir n'est pas la même.

#### *Les autres initiatives en matière de santé mentale du SPVM*

Dans le but d'améliorer ses ressources auprès des personnes en situation d'itinérance, le SPVM a mis sur pied, en 2009, un service de deuxième ligne composé de policiers et d'intervenants du CSSS Jeanne-Mance. La clientèle en situation d'itinérance concernée par le mandat des équipes mobiles de référence et d'intervention en itinérance (EMRII) est celle qui est impliquée de façon répétitive dans diverses interventions policières. Leurs tâches principales consistent à trouver des pistes de solutions pour l'ensemble des besoins de cette clientèle ainsi qu'à favoriser et à maintenir leur prise en charge auprès des services de la santé.

Les policiers travaillant dans ces équipes mobiles sont détachés de leurs fonctions habituelles en tant que patrouilleur. Ils agissent à titre de conseillers auprès des autres agents pour toute question relative à l'intervention policière auprès de personnes en situation d'itinérance. EMRII tient également à jour un registre d'informations qui peut servir aux agents RIC lors d'intervention en situation de crise impliquant une personne en situation d'itinérance (Service de police de la Ville de Montréal, 2014a).

Quant à elle, l'Équipe de soutien aux urgences psychosociales (ÉSUP) a été implantée au sein du SPVM en 2012. Contrairement à EMRII, ÉSUP est un service de première ligne alliant un policier et un intervenant du CSSS Jeanne-Mance qui forment une équipe mixte pour intervenir conjointement auprès de personnes en crise ou atteintes de troubles mentaux. Ils sont sollicités par les policiers afin de les assister lors d'appels concernant une problématique en santé mentale, une fois les lieux sécurisés. Le policier assure le respect des principes de sécurité alors que l'intervenant se charge d'évaluer l'état de santé mentale. De concert, l'équipe décide ensuite, en considérant les meilleures avenues, quelle est la réponse à apporter.

Ils détiennent eux aussi une banque de données des personnes ayant, par le passé, fait l'objet d'interventions, ce qui peut servir aux autres intervenants. Enfin, ÉSUP intervient fréquemment en soutien aux agents RIC soit directement sur la scène ou par correspondances téléphoniques (Service de police de la Ville de Montréal, 2014c).

#### *Les agents de réponse en intervention de crise (RIC)*

Inspirées par les initiatives existantes des pratiques policières en contexte de crise, les autorités policières montréalaises ont mis sur pied en 2013 une formation avancée destinée aux patrouilleurs de première ligne dans le but d'améliorer leurs approches et leurs réponses envers les personnes en crise ou atteintes de troubles mentaux. Des policiers volontaires ont été sollicités afin de participer à cette formation de 40 heures réparties sur cinq jours consécutifs. Le projet visait initialement 175 policiers, ce qui correspond à un policier par équipe de travail par PDQ; chaque PDQ a environ cinq à six équipes. Au terme de la formation, les agents sont formés pour apporter une réponse en intervention de crise, ce qui consiste, en pratique, à intervenir auprès d'une personne en crise ou atteinte de troubles mentaux, en vue de désamorcer

la situation de façon sécuritaire, à trouver une solution immédiate et durable au problème et à orienter vers les ressources appropriées. Ils ont également un rôle de support opérationnel et de coaching auprès des autres patrouilleurs (Service de police de la Ville de Montréal, 2014b).

En ce qui concerne la formation RIC, le contenu diffusé ainsi que les modalités d'enseignement ont été inspirés par la structure existante du programme *CIT*. L'apprentissage de notions spécifiques en matière de santé mentale, l'emploi de moniteurs crédibles responsables de la formation, l'utilisation de scénarios d'intervention basés sur des jeux de rôles, les retours d'expérience avec des experts en santé mentale ainsi que les témoignages des personnes atteintes de troubles mentaux sont autant de composantes de la structure pédagogique du programme *CIT* qui ont prouvé leur efficacité du point de vue de l'enseignement. Ces éléments, bien qu'adaptés à la réalité montréalaise, ont été transposés à la formation RIC dans le souci de poursuivre ce qui est implanté dans plusieurs états des États-Unis et qui a démontré un grand succès à ce jour.

Au regard du contenu transmis plus précisément, la première journée de formation s'amorce avec une présentation des moniteurs, une introduction sur les grandes caractéristiques des maladies mentales et quelques exercices d'identification de celles-ci. Les aspects juridiques et les principes d'intervention auprès de personnes en crise ou atteintes de troubles mentaux sont abordés au cours de la deuxième journée. La troisième journée de formation traite des notions et des scénarios d'endiguement. Au cours de cette séance, les agents apprennent à établir un périmètre sécuritaire autour de la scène d'intervention et limiter les possibilités de fuite. Puis, à la quatrième journée, les agents réalisent des scénarios d'intervention en contexte de crise grave et de crise aigüe. Ces deux journées sont accompagnées des moniteurs responsables du GTI. Enfin, en guise de conclusion, le retour d'expérience avec les experts et les témoignages avec les personnes atteintes de troubles mentaux sont réalisés à la dernière journée de formation. Au terme de leur formation, un brassard avec l'identification « RIC » est remis aux patrouilleurs, qu'ils sont tenus de porter avec leur uniforme afin d'être rapidement identifiables auprès de la population et de leurs collègues (Service de police de la Ville de Montréal, 2014b).

Sur la route, les agents RIC peuvent être répartis sur des appels qualifiés « prioritaire 1 » et « prioritaire 2 », c'est-à-dire des appels impliquant des personnes en crise grave ou en crise aiguë. De plus, ils peuvent répondre directement à des appels qu'ils reçoivent à l'intérieur de leur territoire et ils peuvent également se mettre en coopération sur un appel de cette nature où d'autres agents ont déjà été demandés. Puis, afin d'être reconnus par la répartition, les agents RIC ont une identification précise qui doit être utilisée lorsqu'ils sont en service (Service de police de la Ville de Montréal, 2014b).

### *Des définitions selon le SPVM*

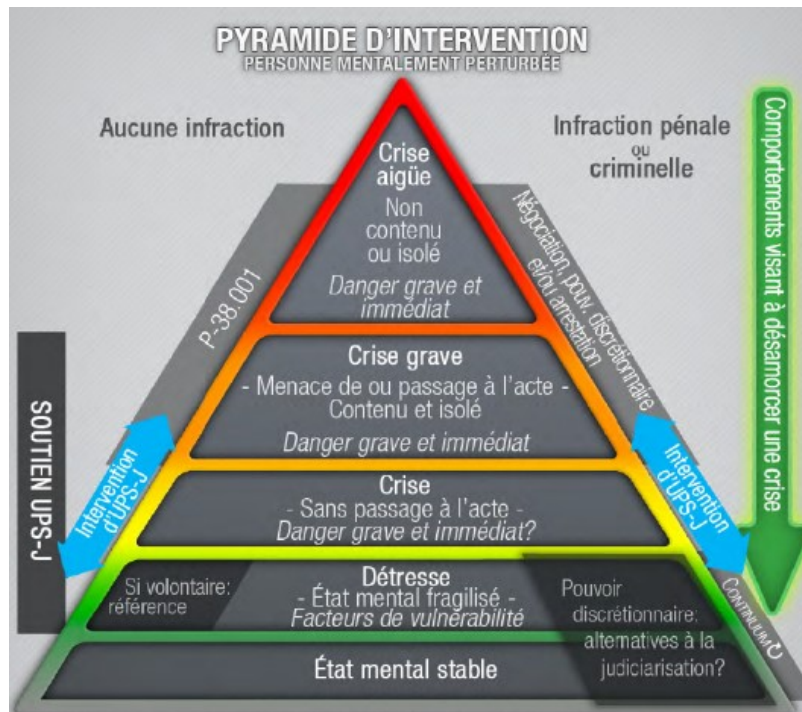
#### *« Personne mentalement perturbée ou en crise »*

Dans le souci de définir les interventions policières en contexte de crise ou de santé mentale, le SPVM a opté pour la désignation « personne mentalement perturbée ou en crise » pour décrire la clientèle impliquée dans cette définition (Billette et Arruda, 2013). Cette terminologie permet une application plus étendue et ne comprend pas le point de vue d'un diagnostic médical. Le SPVM retient tout de même dans sa définition un classement des états des personnes mentalement perturbées (en détresse – état mental fragilisé et en crise) ainsi que des niveaux (crise, crise grave et crise aiguë). Les variations associées au niveau de la crise et au contexte de l'intervention ainsi que la perturbation à court, moyen et long terme de l'état mental sont également incluses dans la définition proposée par le SPVM (Billette et Arruda, 2013).

#### *Niveaux de crise : la pyramide d'intervention*

Dans le cadre de l'implantation des agents RIC, le SPVM a développé une pyramide qui présente le continuum d'intervention auprès d'une personne en crise. Elle sert de guide pour aider les policiers à déceler les phases d'une crise lorsqu'ils interviennent dans ce contexte. L'ultime but de cette approche consiste à désamorcer la situation afin d'amener la personne à se calmer et à coopérer, l'objectif poursuivi étant la reddition passive. La figure 1 présente ce modèle.

Figure 1: Pyramide de l'état mental et du continuum d'intervention



De façon générale, l'approche privilégiée dans une intervention policière en contexte de crise va se structurer en fonction de la situation (type et niveau de la crise) et des risques qui y sont associés. Néanmoins, il existe des principes généraux relatifs à toute intervention. Il s'agit de la localisation, l'isolement, la maîtrise (contenir), l'évacuation et la reddition. En contexte de crise, ces principes doivent être appliqués de façon rigoureuse et exécutés rapidement afin d'éviter que la crise ne s'aggrave. L'état d'une personne dont l'équilibre mental est perturbé dû à un événement ponctuel ou un trouble mental peut escalader à tout moment du niveau « détresse » au niveau « crise aiguë », et ce, très rapidement (Service de police de la Ville de Montréal, 2014b).

Au regard de la pyramide d'intervention, le passage de la détresse à la crise sans passage à l'acte peut être accentué par des facteurs de vulnérabilité ou des facteurs aggravants. Dans son analyse de la situation, le policier doit déterminer s'il y a une escalade ou une dégradation de l'état de la personne et si celui-ci est statique ou dynamique, c'est-à-dire s'il est susceptible de se détériorer ou non. Il évalue également les facteurs sous-jacents à la perturbation de l'état de la



personne et tente de déterminer s'il y a un danger grave et immédiat pour elle-même ou pour autrui au moment de l'intervention. Pour ce faire, l'agent doit établir un bon contact avec la personne afin d'obtenir des informations sur l'évènement à l'origine de la crise. De même, l'agent vérifie si la personne a un bon filet social et il peut aussi proposer des ressources de soutien appropriées (Service de police de la Ville de Montréal, 2014b). Ce faisant, le policier privilégie la relation d'aide ce qui favorisera la collaboration de la personne pour la suite de l'intervention (École nationale de police du Québec, 2013).

C'est également à ce moment au cours de l'intervention que le policier peut faire appel à l'équipe UPS-J pour l'aider à évaluer la dangerosité de l'état mental de la personne. L'évaluation doit être dynamique parce que le risque évolue continuellement au cours d'une intervention; il peut s'amplifier tout comme il peut s'estomper. Les intervenants sur la scène doivent donc être attentifs aux signes de cette évolution (Service de police de la Ville de Montréal, 2014b). Puis, les étapes de la prise de contact doivent toujours être réalisées en considération d'une distance sécuritaire, écart qui permet aux policiers d'avoir un temps de réaction en cas de gestes menaçants (École nationale de police du Québec, 2013).

À la phase de la crise grave, l'état mental de la personne présente un danger grave et immédiat en raison de l'intensité de la crise. Il y a également une réelle menace de passage à l'acte. De ce point de vue, le policier doit s'assurer que la personne est contenue et isolée, c'est-à-dire qu'elle n'est pas en présence d'une tierce personne et qu'il n'y a aucune sortie possible. De cette façon, les issues sont contrôlées et l'agent peut entreprendre pacifiquement la reddition de la personne. C'est au cours de cette étape que les principes d'endigement entrent en jeu. Les policiers tenteront de désamorcer la crise dans la « zone tolérée ». En raison du risque associé à ce niveau de crise, en dehors de cette limite, les policiers prendront les mesures nécessaires pour calmer la situation (Service de police de la Ville de Montréal, 2014b).

Puis, au sommet de la pyramide, il y a la phase de la crise aiguë. Elle aussi est caractérisée par une réelle menace de passage à l'acte, mais la personne n'est pas contenue ni isolée, c'est-à-dire qu'elle a accès à une tierce personne dont la vie peut être en grand danger et les points de fuite ne sont pas contrôlés. À ce niveau de crise, la personne est complètement désorganisée et

elle peut commettre des gestes imprévisibles qui risquent de mettre sa propre sécurité ainsi que celle des policiers et du public en péril. L'urgence d'intervention à ce niveau de crise nécessite parfois une action immédiate, c'est-à-dire « toute action jugée nécessaire et prise sans délai afin d'éviter à une personne de subir des lésions corporelles graves ou la mort » (Service de police de la Ville de Montréal, 2014b). Dans ce cas, les principes d'endiguement sont écartés. Les interventions en contexte de suicide (suicide, suicide de hautes structures et suicide par procuration ou « *suicide-by-cop* ») peuvent parfois nécessiter cette urgence d'agir en raison du grand risque de blessures (Collins et St-Yves, 2011b). Dans ces situations, les agents RIC doivent prendre les mesures nécessaires en fonction de l'urgence d'agir. Ils peuvent également faire appel au GTI, si la situation le permet.

Enfin, il importe de mentionner qu'il n'y a aucune définition précise du « danger grave et immédiat » qui pourtant est un concept déterminant dans le déroulement et la finalité de ces interventions. Il existe tout de même certains éléments essentiels pour estimer le danger. Dans son évaluation de la situation, le policier doit tenir compte du caractère sérieux et important du danger et des risques réels susceptibles de causer un préjudice corporel ou des dommages matériels envers la personne elle-même ou envers autrui. Ces risques doivent être rapprochés dans le temps et doivent nécessiter une urgence d'intervention. Cette appréciation du danger grave et immédiat de l'état mental et les risques de mort imminents peuvent justifier un transport à un centre hospitalier contre le gré d'une personne (Service de police de la Ville de Montréal, 2014b). Les policiers jouissent d'une grande latitude dans leurs interventions, il est donc très important que cette évaluation soit réalisée justement pour ne pas priver à tort une personne de sa liberté.

En somme, la ville de Montréal fait maintenant partie des grandes métropoles qui se sont dotées d'une réponse policière spécialisée en intervention de crise pour améliorer l'action des agents à l'égard de la clientèle en santé mentale.

### **L'impact des formations en intervention de crise sur les pratiques policières**

Rappelons que la réussite d'un modèle de réponse policière spécialisée en intervention de crise tel que le *CIT* nécessite une formation avancée pour les policiers, un partenariat bien établi entre

les organisations policières et le système de santé, une définition claire et précise des rôles de chacun, une application du modèle adapté à la communauté desservie ainsi qu'une étroite collaboration avec les services communautaires en santé mentale (Reuland, 2004 ; Wilcox, 2015).

Toutefois, l'implantation de nouvelles méthodes d'intervention apporte son lot de défis pour l'organisation, particulièrement parce qu'elle implique une modification des comportements et des attitudes. Ceci dit, la mise en œuvre d'un modèle de réponse policière spécialisée peut faire face à des obstacles tels que la résistance de certains membres de l'organisation (Watson et coll., 2008 ; Wilcox, 2015). Selon Dupont et Cochran (2000) et Compton et Chien (2008), cette résistance peut être associée au fait que cette approche s'oppose à la police traditionnelle, alors que selon Reuland (2004), elle peut être le résultat d'une pression exercée par la direction de réviser les pratiques d'intervention en contexte de crise ou de santé mentale. Suivant cette même auteure, il y a une résistance plus marquée des membres lorsque de tels changements sont exigés par la direction, à l'opposé de ceux initiés par les policiers eux-mêmes. C'est entre autres pourquoi la participation volontaire des policiers est un des objectifs fondamentaux du modèle *CIT*. En effet, la résistance serait moins importante si les policiers s'encourageaient mutuellement à s'engager volontairement. Par ailleurs, ceux qui le font sont plus coopératifs, motivés et qualifiés que ceux dont l'affectation leur a été imposée. (Reuland, 2004 ; Watson et coll., 2008 ; Bonfine et coll., 2014 ; Compton et coll., 2014 ; Ellis, 2014).

En ce qui concerne le Service de police de la Ville de Montréal, les raisons ayant motivé l'implantation d'un modèle de réponse policière spécialisée en intervention de crise sont multiples. D'une part, les policiers et les professionnels du milieu s'intéressent depuis longtemps à la problématique de santé mentale, particulièrement à la façon dont ils peuvent améliorer la réponse auprès de cette clientèle. En s'imprégnant de ce qui existe déjà en la matière, ils ont soumis à la direction des modèles de réponse policière spécialisée de sorte à augmenter leur capacité d'agir lors de ces interventions. Combinée aux pressions sociales et politiques, une nouvelle stratégie d'intervention policière a été mise en branle par les gestionnaires et leurs partenaires impliqués dans le dossier (Billette, 2016). Bien que les fondements de la formation RIC aient été inspirés par le modèle de Memphis, les dirigeants du

SPVM ont tout de même émis leurs propres exigences, telles que le nombre de policiers visés par le projet. Ainsi, la majorité des patrouilleurs se sont portés volontaires pour devenir agent RIC, toutefois, d'autres ont été directement assignés par leur supérieur afin de répondre aux demandes de la direction. L'initiative RIC, comme plusieurs changements dans les milieux pratiques par ailleurs, n'a pas échappé aux obstacles liés à l'implantation : résistance des membres et remise en doute de la nécessité et de l'efficacité de l'approche.

La formation RIC nécessite une adaptation des attitudes et des comportements des policiers envers la clientèle en santé mentale. Les agents RIC doivent faire preuve d'une plus grande ouverture, écoute, flexibilité et patience. Lors d'une intervention en contexte de crise, ils doivent également adapter leur comportement à la situation, par exemple, éviter les mouvements brusques ou encore éviter de hausser le ton (Service de police de la Ville de Montréal, 2014b). Par ailleurs, plusieurs auteurs ont révélé que les attitudes et les croyances des policiers ont une grande influence sur les interactions avec les personnes en crise ou atteintes de troubles mentaux (Dupont et Cochran, 2000 ; Cross et coll., 2014 ; Ellis, 2014).

Enfin, il est attendu que pour certains agents, particulièrement ceux qui ont un intérêt pour la problématique, adhèrent plus facilement au modèle puisqu'ils mettraient déjà en pratique les principes d'intervention préconisés par la formation RIC. À l'inverse, il est également prévu que pour d'autres ce soit une véritable mise en application de nouvelles connaissances et de pratiques d'intervention, notamment en ce qui a trait à la gestion de la situation, la loi, le transport et les références en santé mentale. Des mises à jour de la formation sont préparées annuellement et des séances de rétroaction sont organisées tous les trimestres par les coordonnateurs du projet RIC, afin de faire le point sur les réussites et les obstacles vécus par les agents RIC (Service de police de la Ville de Montréal, 2014b).

## **LA PROBLÉMATIQUE DE RECHERCHE**

La recension des écrits sur les interventions policières en contexte de crise ou de santé mentale nous a permis de cerner l'ampleur de la problématique. La documentation sur les *CIT* nous a

démontré la pertinence d'étudier les apports d'une telle formation sur les pratiques d'intervention policière et sur les résultats qui en découlent.

D'autre part, peu de recherches qualitatives portant sur les modèles de réponse policière spécialisée en intervention de crise ont tenté d'approfondir les perceptions de différents groupes de policiers sur leurs pratiques dans le but de comprendre et de contraster les visions et les façons de faire de chacun. Ceci nous a donc menés à nous questionner entre autres sur les pratiques d'intervention à l'égard de cette clientèle. Ces interrogations nous permettront de guider notre recherche.

Quelles sont les pratiques d'intervention générales des policiers dans un contexte de crise ou de santé mentale? Les méthodes d'intervention sont-elles les mêmes qu'avec la population générale? Quelles sont les stratégies utilisées auprès d'une personne en crise ou atteinte de troubles mentaux? Quelles sont les limites de la formation policière traditionnelle en ce qui a trait aux interventions avec cette clientèle? Quels sont les apprentissages de la formation RIC? Les limites? Les attentes? Les pratiques d'intervention des agents ont-elles changé depuis la formation RIC? Voilà bon nombre de questions sur lesquelles nous allons nous pencher pour tenter d'apporter des éléments de réponse à notre recherche.

Notre démarche de recherche s'inscrit dans une perspective phénoménologique. Cette approche retient ses fondements dans la théorie de l'interactionnisme symbolique, l'un des modèles du paradigme de la sociologie compréhensive. Sommairement, les tenants de ces courants s'intéressent à la signification qu'une personne donne à ses pratiques et à leurs représentations ainsi qu'à l'action qui se fonde à partir de ce sens (LeBreton, 2012). Dans cette conception, l'une des bases de la phénoménologie correspond, selon van Manen (1997), cité dans Ellefsen (2013), à la description et l'interprétation des significations associées à l'expérience vécue par une personne. De fait, puisque l'objectif consiste à sonder des perceptions, nous avons adopté cette perspective. Par le biais de leur expérience vécue lors des interventions auprès des personnes en crise ou atteintes de troubles mentaux, nous espérons comprendre comment les policiers perçoivent leurs pratiques dans ces interactions par le biais du sens qu'ils donnent à leurs pratiques.

---

---

## **MÉTHODOLOGIE**

---

---

Ce chapitre est consacré à la méthodologie retenue pour répondre à nos objectifs de recherche. Il présente les objectifs de recherche, la démarche méthodologique préconisée, la méthode de collecte de données, la stratégie d'analyse et les limites de l'approche.

## **OBJECTIFS DE RECHERCHE**

De façon générale, l'objectif de la présente étude consiste à sonder les perceptions des agents RIC, de leur partenaire fixe et des agents en attente de la formation dans l'objectif de comprendre et de contraster leurs visions et leurs pratiques d'intervention en contexte de crise ou de santé mentale. Dans le cadre de notre recherche, c'est par l'entremise de l'analyse du discours des participants, recueillis dans les entretiens à tendance semi-directive, que nous pourrions apporter des réponses à nos interrogations. Ce sera donc la perception des agents interviewés qui sera reflétée dans notre analyse.

Spécifions qu'aux fins de cette recherche, le terme « pratique », tel que défini dans le dictionnaire Le Robert ("Pratique," 1996), renvoie à la définition suivante : « manière habituelle d'agir, propre à une personne ou à un groupe ». Dans le cadre de la présente recherche, le concept « pratique d'intervention » réfère donc aux conduites, aux actions et aux coutumes personnelles des policiers lors des interventions auprès de personnes en crise ou atteintes de troubles mentaux.

### **Les objectifs spécifiques de recherche**

Afin de répondre à notre objectif de recherche, nous avons formulé trois objectifs spécifiques. Dans un premier temps, nous décrirons les pratiques d'intervention générales, le déroulement et la fréquence des rencontres. Dans un deuxième temps, nous préciserons les limites de la formation policière traditionnelle. Dans troisième temps, nous dégagerons les apprentissages et les limites de la formation RIC (agent RIC) ainsi que les retombées indirectes (partenaire) et les attentes à l'égard de celle-ci (agents non formés). Enfin, nous comprendrons les changements perçus dans les pratiques des agents RIC et de leur partenaire à travers leur discours respectif.

## **DÉMARCHE MÉTHODOLOGIQUE PRIVILÉGIÉE**

### **La méthodologie qualitative**

Nous avons préconisé la démarche méthodologique qualitative, car elle permet de répondre à notre objet d'étude. Selon Pires (1997), la recherche qualitative se distingue entre autres « *par sa capacité de décrire en profondeur plusieurs aspects importants de la vie sociale relevant de la culture et de l'expérience vécue étant donné, justement, sa capacité de permettre au chercheur de rendre compte du point de vue de l'intérieur* » (Pires, 1997: 52). Autrement dit, l'approche qualitative permet d'accéder à la réalité telle qu'elle est vécue par l'acteur et au sens que ce dernier donne à ses expériences (Poupart, 1997).

Comme notre étude se veut à la fois descriptive et exploratoire, la méthodologie qualitative va permettre d'approfondir la description et l'analyse des comportements, des représentations, des attitudes, des valeurs, des perceptions et des opinions des agents ainsi que leur expérience à l'égard de leurs pratiques d'intervention auprès des personnes en crise ou atteintes de troubles mentaux. Ces composantes que l'on souhaite décrire sont des dimensions que seule l'approche qualitative rend possibles d'appréhender. La nature de ces données est une spécificité de la démarche qualitative (Deslauriers et Kérisit, 1997 ; Poupart, 1997). Puis, la description de ces éléments sera rendue possible à son tour par le biais d'entretiens de type qualitatif.

### **Le recours à l'entretien de type qualitatif : justification**

Nous avons opté pour l'emploi d'entretiens de type qualitatif comme méthode de collecte de données dans notre recherche.

L'entretien de type qualitatif met l'accent sur le discours des participants. En revanche, le discours représente les pensées du sujet qui, à leur tour, sont le reflet de ses comportements sociaux (Blanchet et Gotman, 2014). L'entretien a comme objectif de connaître le point de vue de la personne interviewée et par le fait même, cherche à mettre en avant-plan son expérience telle qu'elle est vécue par cette dernière (Blanchet et Gotman, 2014). Blanchet et Gotman (2014) ont souligné que « l'enquête par entretien est ainsi particulièrement pertinente lorsque que l'on veut analyser le sens que les acteurs donnent à leurs pratiques, aux événements dont



ils ont pu être les témoins actifs » (Blanchet et Gotman, 2014: 24). Dans l'objectif de justifier le recours à l'entretien de type qualitatif, Poupart (1997), quant à lui, a repris cet argument de type épistémologique :

*« L'usage des méthodes qualitatives et de l'entretien en particulier a été vu, et l'est toujours, comme un moyen pour rendre compte du point de vue des acteurs sociaux et d'en tenir compte pour comprendre et interpréter leurs réalités. Les conduites sociales ne pourraient être comprises ni être expliquées en dehors de la perspective des acteurs sociaux. L'entretien serait ainsi indispensable, non seulement comme méthode pour appréhender l'expérience des autres, mais également comme outil permettant d'éclairer leurs conduites, dans la mesure où ces conduites ne peuvent s'interpréter qu'en considération de la perspective même des acteurs, c'est-à-dire du sens qu'eux-mêmes confèrent à leurs actions. » (Poupart, 1997: 175).*

Ainsi, en considération de cette position, l'entretien de type qualitatif se prête très bien à notre démarche méthodologique puisque l'objectif de la recherche consiste à sonder des perceptions. Par le biais des entretiens, il sera donc possible d'avoir accès aux perceptions, aux opinions et aux expériences en fonction de l'interprétation que donnent les policiers du SPVM de leurs interventions auprès de cette clientèle.

Au regard de nos objectifs de recherche, nous avons choisi de conduire des entretiens à tendance semi-directive, où la personne interviewée répond à la fois à des questions précises et vastes dans le but de nous renseigner sur ses pratiques personnelles. Le chercheur veut s'informer et vérifier des aspects spécifiques établis préalablement par des thèmes ou des concepts tirés de la documentation sur la matière. Le sujet est alors prédéterminé à l'avance et, par l'intermédiaire des réponses du répondant, le chercheur souhaite approfondir l'objet de sa recherche (Aktouf, 1987). Ce type d'entretien est particulièrement efficace pour rendre compte du point de vue des acteurs sur des sujets précis que tente de décrire en profondeur le chercheur (Poupart, 1997).

Enfin, il existe deux façons de déterminer la validité des instruments de collecte de données. D'abord, l'outil de collecte sélectionné doit permettre au chercheur d'obtenir les informations désirées et de contribuer à ce que ces dernières soient les plus précises et complètes possible.

Puis, l'utilisation de l'instrument doit être efficace et rentable relativement au temps, au coût et à l'accessibilité (Zelditch, 1962 ; Deslauriers et Kérisit, 1997). Le recours à l'entretien qualitatif dans le cadre de notre projet de recherche a satisfait ces deux conditions de validité des outils de collecte de données.

## **CONSIGNES ET STRATÉGIES DE RECRUTEMENT**

Après l'obtention des autorisations nécessaires du SPVM pour réaliser les entrevues<sup>5</sup>, nous avons assisté à une rencontre avec les personnes impliquées dans la mise en œuvre du projet RIC. Cette rencontre a été l'opportunité d'expliquer notre recherche et ainsi établir un contact avec ces personnes ressources. Puis, nous avons également participé à des séances de rétroaction avec des agents RIC, à une journée de patrouille ainsi qu'à la semaine complète de la formation en intervention de crise. Bien que nous ayons agi à titre d'observateurs, cette formation a été très enrichissante sur le plan des apprentissages et connaissances en matière d'intervention en contexte de crise.

En considération des groupes ciblés par notre étude, nous avons présélectionné les candidats à partir d'une liste fournie par le coordonnateur du projet, laquelle regroupait tous les agents RIC ainsi que ceux en attente de la formation (n = 89). La lettre que nous avons rédigée a été envoyée aux agents ciblés par le courrier interne du SPVM afin de faciliter et maximiser l'accessibilité aux participants potentiels (annexe 1). Elle présentait le but et les objectifs de la recherche ainsi que le profil des candidats recherchés. Pour joindre les partenaires fixes des agents RIC, nous avons utilisé la même méthode. La prise de rendez-vous s'est effectuée avec les retours de courriel ou par téléphone. Par la suite, nous avons construit une plage horaire tout en respectant les disponibilités des policiers et les critères de réalisation des entretiens (un entretien par jour, entretien individuel).

---

<sup>5</sup> À défaut d'éviter les répétitions excessives, les termes « entrevue » et « entretien » sont utilisés comme synonymes pour décrire l'outil de collecte de données privilégié dans notre étude.

Un total de 11 entretiens a été réalisé auprès des trois groupes durant la période de novembre à décembre 2014 : des agents RIC formés dans la première cohorte d'agents (automne 2013), leur partenaire fixe et des agents en attente de la formation (formés dans les semaines suivant les entrevues). La majorité des répondants (huit sur 12) ont répondu volontairement à notre invitation, alors que les quatre autres participants ont été sollicités par le coordonnateur de l'initiative RIC, après avoir pris connaissance du projet.

### **CRITÈRES ET TECHNIQUES D'ÉCHANTILLONNAGE**

Pour la constitution de notre échantillon, nous avons utilisé les stratégies d'homogénéisation et de diversification (annexe 2). L'échantillon par homogénéisation représente un groupe de personnes relativement homogène (Pires, 1997). Le critère d'homogénéisation est la fonction d'agent de première ligne et le critère de diversification interne est le statut, dans lequel il y a trois sous-critères : agent RIC, partenaire fixe d'un agent RIC et agent en attente de la formation. Celui-ci nous permet de catégoriser les policiers à l'étude. Puis, nous avons quatre critères de diversification externe : genre (homme; femme), nombre d'années d'expérience de patrouille (moins de 10 ans; plus de 10 ans), expérience antérieure auprès de personnes en crise ou atteintes de troubles mentaux (oui; non) et type de formation (formation RIC; en attente de la formation ou sans formation). Ces quatre critères rendent compte de la diversité de la population à l'étude (Pires, 1997).

### **La fiche signalétique**

La fiche signalétique présente les variables sociodémographiques et stratégiques de notre échantillon (annexe 3). Les variables sociodémographiques permettent de dresser un portrait des participants (genre, âge, origine ethnique et lieu de résidence) et les variables stratégiques sont conçues en fonction de l'objet d'étude (emploi occupé au moment de l'entrevue, lieu de travail, nombre d'années d'expérience en tant que patrouilleur, nombre approximatif d'interventions auprès de personnes en crise ou atteintes de troubles mentaux, scolarité et formation professionnelle).

## **Le profil des répondants**

Au total, nous avons recruté 12 participants : quatre agents RIC, trois partenaires fixes et cinq agents en attente de la formation. Parmi ceux-ci, il y avait cinq femmes et sept hommes. Ils étaient tous caucasiens. Les participants étaient âgés de 29 et 42 ans, la moyenne d'âge étant de 34 ans. La moitié des candidats résidait sur le territoire de Montréal alors que l'autre moitié habitait en banlieue de Montréal (Rive-Sud et Rive-Nord).

Tous les participants recrutés étaient des patrouilleurs de première ligne et deux candidats parmi ceux-ci avaient en plus des tâches reliées à la fonction supérieure (lorsque le sergent de leur équipe respective est absent). En ce qui concerne la répartition des territoires desservis par nos répondants, la majorité de ceux-ci couvrait des quartiers au centre de Montréal (7) alors que les autres secteurs se retrouvaient dans l'ouest (1), le nord (3) et le sud (1) de la région métropolitaine. Sept agents avaient moins de 10 années d'expérience de patrouille et cinq agents avaient plus de 10 années d'expérience sur le terrain, la moyenne étant de 11 années. Tous les participants avaient une expérience antérieure dans un contexte d'intervention auprès de personnes en crise ou atteintes de troubles mentaux, celle-ci variant d'une intervention par quart de travail à une par semaine, selon le secteur desservi. Puis, huit participants avaient poursuivi des études universitaires avant ou pendant le service, notamment en criminologie, en droit et en enquête policière (baccalauréat et certificat) et ils ont tous suivi des formations à l'interne pertinentes aux interventions en contexte de crise (enquête, défense et tireur actif). Le tableau 1 présente les caractéristiques des répondants en fonction du statut, du prénom fictif et du nombre d'années d'expérience de patrouille.

Tableau 1: Caractéristiques des répondants

Statut	Prénom fictif	Nombre d'années d'expérience de patrouille
Agent RIC	Jeanne	8 ½ années
	Marie	8 années
	Marc	20 années
	Luc	8 années
Partenaire fixe	Nicolas	6 années
	Félix	21 années
	Manon	16 années
En attente de la formation	Lucie	2 ½ années
	Noémie	9 ½ années
	Hugo	8 années
	Thomas	8 années
	Jules	14 années

### CONDUITE DES ENTRETIENS

Les entretiens se sont déroulés individuellement, à l'exception d'un seul, où l'agent RIC et sa partenaire n'ont pas pu se libérer pour deux heures consécutives faute de temps, ce qui nous a contraints à réaliser une entrevue de groupe. Toutes les rencontres se sont tenues sur le lieu de travail respectif de chacun des policiers (PDQ), pendant leur quart de travail, afin de faciliter le déroulement et inciter les agents à participer. L'ensemble des entrevues a eu lieu dans des bureaux fermés ou des salles de conférences privées pour échanger dans un climat confidentiel. Tous les agents rencontrés ont consenti à l'enregistrement audio. Celui-ci a été réalisé à l'aide d'un enregistreur vocal numérique. L'utilisation de cet appareil augmente significativement la fiabilité des enregistrements et, par conséquent, du discours des participants. Par ailleurs, il est davantage utile avec le type d'entretien que nous avons sélectionné : plus la liberté accordée au discours de l'interviewé est grande, plus l'enregistreur s'avère un choix judicieux. Par contre, cet outil peut également créer des malaises chez les répondants et ainsi favoriser une fermeture (Aktouf, 1987).

Les entrevues s'amorçaient par la présentation de l'intervieweur ainsi que les objectifs de la recherche et de toutes les modalités qui accompagnent le projet. Cette étape est cruciale pour instaurer un climat de confiance et pour faciliter les échanges par la suite (Aktouf, 1987). Une

fois l'introduction terminée et les questions de l'interviewé adressées, l'entretien commençait. Les interviews étaient soutenues par une grille d'entrevue préalablement préparée par la chercheuse qui présentait les objectifs et les sous-objectifs de recherche ainsi que les questions pertinentes (annexe 4). Différentes grilles d'entrevue ont été élaborées pour cadrer avec chacun des trois groupes. La discussion s'amorçait avec une consigne de départ (*pouvez-vous me parler du rôle et du travail des policiers auprès des personnes mentalement perturbées ou en crise?*), puis celle-ci était ensuite redirigée avec les questions subséquentes ou avec les réponses des participants. Le recours au guide d'entretien est certes très utile dans la conduite des entretiens ainsi que dans l'analyse des données; c'est un support fiable qui permet de dégager des tendances et des connexions dans les entretiens (Beaud et Weber, 2010). Toutefois, une utilisation trop étroite de la grille pourrait limiter la richesse des propos du répondant (Aktouf, 1987). Enfin, la grille d'entrevue servait également de support pour la prise de notes au cours de la rencontre.

Les questions étaient divisées en trois volets en fonction des objectifs de recherche. D'abord, la première série de questions était centrée sur les pratiques d'intervention générales auprès des personnes en crise ou atteintes de troubles mentaux et elle concernait les trois groupes à l'étude (*comment caractérisez-vous vos rencontres avec une personne en crise ou atteinte de troubles mentaux?*). Nous cherchions aussi à connaître le déroulement et la fréquence des rencontres (*dans votre pratique, à quelle fréquence êtes-vous en contact cette clientèle? De façon générale, comment se déroulent vos interactions avec cette clientèle? Quelles sont les issues possibles de vos rencontres?*). Dans un deuxième temps, les questions étaient focalisées sur les limites de la formation policière traditionnelle et elles ont également été posées à tous les candidats (*quelles sont les limites de la formation traditionnelle en ce qui a trait aux interventions en contexte de crise ou de santé mentale?*). Dans un troisième temps, nous les avons invités à parler des apprentissages, des limites, des retombées possibles de la formation RIC ainsi que des attentes à l'égard de celle-ci. Dans ce volet, différentes questions étaient posées aux trois groupes, de façon à mettre en valeur la diversité des perceptions. Par exemple, nous avons demandé aux agents RIC de discuter des principaux apprentissages de la formation sur le plan de l'intervention en contexte de crise ou de santé mentale (*quels sont les principaux apprentissages de la formation et comment ceux-ci modifient-ils aujourd'hui votre travail auprès des personnes*

*en crise ou atteintes de troubles mentaux?*). Nous avons posé aux partenaires fixes des questions sur les retombées indirectes de la formation et sur la façon dont leur travail auprès des personnes en crise ou atteintes de troubles mentaux a évolué à la suite de la formation RIC (*quelles sont les retombées de la formation sur votre travail auprès de cette clientèle et comment décrieriez-vous les changements dans vos pratiques d'intervention?*). Puis, nous avons invité les agents non formés à parler de leurs attentes envers la formation en intervention de crise (*quelles sont vos attentes envers la formation RIC?*). Les questions ont permis de donner un fil conducteur à la discussion tout en laissant une place centrale au discours du participant. Toutes les questions étaient ouvertes et elles ne suggéraient aucune réponse ni supposition afin d'offrir la plus grande latitude au répondant. La formulation de celles-ci a permis d'obtenir des renseignements sur la manière dont procèdent les policiers lors des interventions impliquant cette clientèle (*de façon générale, comment décrieriez-vous vos pratiques d'intervention en contexte de crise ou de santé mentale?*) et sur les raisons qui justifient leurs choix (*quels sont les enjeux de l'utilisation de la force envers cette clientèle?*).

Puis, nous avons également utilisé des stratégies d'écoute et d'intervention telles que l'écoute active, la reformulation, la relance et la récupération. Ce sont autant de techniques d'entrevue qui contribuent à un meilleur échange entre l'interviewé et l'intervieweur et qui accroissent, par le fait même, la richesse des données (Aktouf, 1987 ; Blanchet et Gotman, 2014).

Enfin, la durée moyenne des entrevues était d'une heure. Les répondants ont pris connaissance du formulaire de consentement (annexe 5) au début de l'entrevue et ils ont rempli la fiche signalétique une fois la rencontre terminée. Ils ont tous signé deux copies du formulaire de consentement et ils en ont conservé un exemplaire.

## **STRATÉGIES D'ANALYSE**

À l'étape de l'analyse, le chercheur tente de trouver un sens à son matériel tout en déterminant comment celui-ci permet d'obtenir des réponses à ses questions établies au départ (Deslauriers et Kérisit, 1997). Nous avons donc réalisé une analyse partielle dès les premiers entretiens complétés. Pour ce faire, nous avons utilisé une méthode élaborée par Beaud et Weber (2010)

qui proposent trois étapes essentielles préalables à l'analyse approfondie du matériel : 1) écrire, noter et transcrire tous les entretiens ainsi que les impressions qui les accompagnent; 2) effectuer une lecture critique des entretiens afin de rendre compte de la relation entre le document et le contexte dans lequel il a été produit; 3) procéder à un classement des principaux éléments retenus. La méthode proposée par ces deux chercheurs a été élaborée dans le cadre de recherches ethnographiques (discipline qui s'intéresse à l'étude des coutumes d'une population). Certes, cette démarche se prêtait très bien à la première phase de l'analyse de nos données.

Au sujet de nos données, tous les entretiens ont de nouveau été écoutés, immédiatement après leur réalisation, et une prise de note systématique a accompagné chaque écoute. Par la suite, les deux premiers entretiens ont été retranscrits de façon intégrale en verbatim et des lectures dites flottantes ont été réalisées immédiatement, de façon à s'approprier rapidement le matériel (Baribeau, 2009). Ce faisant, nous avons repéré, en aval, des concepts et des thèmes dans les discours des participants qui nous ont permis d'établir une grille d'analyse sommaire, dans l'objectif d'entreprendre l'analyse thématique de tous les entretiens. De plus, en amorçant l'analyse rapidement, nous avons anticipé la saturation empirique, puisque nous avons rapidement identifié une redondance dans le matériel disponible.

### **L'analyse thématique**

Nous avons choisi l'analyse thématique comme modèle analytique pour l'interprétation de nos données tirées des entretiens. Selon Paillé et Mucchielli (2012), ce type d'analyse s'avère un bon outil pour une étude de nature descriptive, comme c'est entre autres le cas pour notre recherche.

L'analyse thématique est une forme d'analyse de contenu qui nécessite de découper de façon transversale tout le matériel obtenu à partir de l'entretien (Blanchet et Gotman, 2014). L'objectif de cette analyse consiste à transposer le contenu des entretiens en un certain nombre de thèmes significatifs. Ce travail doit toujours être réalisé en considération de la problématique de recherche. Il y a trois étapes à l'analyse thématique : le repérage, le regroupement et l'examen discursif des thèmes (Paillé et Mucchielli, 2012). Puis, elle a deux fonctions



principales : repérer et documenter. À l'étape du repérage, le chercheur cerne tous les thèmes à travers les entretiens tout en tenant compte des objectifs de recherche. La deuxième étape, quant à elle, consiste à établir des parallèles entre les thèmes et à faire ressortir les divergences ou les oppositions entre ceux-ci. De cette façon, il est possible de mettre en relation les thèmes et de déterminer la nature de leur lien : répétition, recoupage, contradiction, complémentarité (Paillé et Mucchielli, 2012). Puis, tout comme la conduite des entrevues, l'analyse a été soutenue par une grille d'analyse qui s'est construite conjointement avec l'élaboration des thèmes repérés à travers chaque verbatim. La grille d'analyse est composée de rubriques thématiques dans lesquelles s'insèrent les thèmes et les spécifications de chacun.

En cours d'analyse, chaque entretien a d'abord été divisé en trois sections. Elles renvoient aux trois objectifs spécifiques de la recherche. Nous avons d'abord réalisé des lectures répétées de tous les verbatims. Ensuite, nous les avons transposés dans le logiciel d'analyse de données qualitatives *NVivo 10*. À l'aide de ce programme, dans un premier temps, nous avons codé les propos les plus pertinents, soit ceux qui permettaient d'apporter des éléments de réponses à nos interrogations. L'objectif de cette étape est de mettre en valeur les propos saillants tirés de chacun des entretiens et de trier ceux dont l'apport est moins important pour notre recherche. Ensuite, nous avons classé les données en thématiques et nous avons créé des encodages matriciels afin de déterminer les tendances et les associations à travers celles-ci. Puis, nous avons étudié les résultats produits par l'encodage des données. Ces étapes peuvent représenter une lourde tâche pour le chercheur, lorsque réalisées manuellement. L'utilisation d'un logiciel d'analyse s'avère donc une méthode à la fois simple et très efficace qui respecte les exigences de rigueur de la recherche (Bazeley et Richards, 2000).

Puis, l'analyse doit être également réalisée parallèlement en considération de certains autres éléments. Elle doit d'abord tenir compte de la problématique et de la recension des écrits. Elle doit également intégrer les éléments du contexte de production des données (Deslauriers et Kérisit, 1997). Par exemple, puisque les policiers représentent la population à l'étude, nous devons considérer des éléments tels que le caractère réservé et confidentiel soulevé par le métier, et par conséquent, le fait que certains propos seront volontairement tenus sous silence.

Enfin, l'intégration de tous ces éléments permettra d'enrichir le matériel recueilli et facilitera par la suite l'interprétation des données.

### **LIMITES DE LA DÉMARCHE MÉTHODOLOGIQUE**

Notre recherche comporte certaines limites qui méritent d'être soulignées.

La première limite concerne la constitution d'une partie de l'échantillon. En effet, quatre répondants ont été sollicités directement par le coordonnateur du projet RIC afin de participer aux entretiens. Bien qu'ils aient accepté ultimement de collaborer volontairement, leur participation a tout de même été encouragée par une personne influente. Il est donc possible que ceci ait créé un biais de désirabilité sociale dans la conduite des entretiens dans la mesure où les participants, souhaitant « plaire » à autrui, offrent des explications en se basant intuitivement sur la réponse qu'attend l'intervieweur (Aktouf, 1987).

Ensuite, sans que ce soit intentionnel, un segment de notre échantillon, c'est-à-dire les partenaires fixes des agents RIC, est constitué d'un « échantillon par boule de neige » (Pires, 1997: 72). En effet, trois des quatre agents RIC qui ont collaboré à notre projet ont approché directement leur partenaire fixe respectif afin de participer à l'étude. Aucun d'entre eux n'a donc été recruté par la méthode privilégiée au départ, à savoir la convocation par courriel. La technique « boule de neige » a certainement facilité l'accès à ce groupe visé par notre projet. Toutefois, elle a aussi créé une limite dans notre étude puisqu'il est possible que les duos partagent des visions similaires et que leurs stratégies d'intervention soient semblables. Ceci limite donc quelque peu l'étendue de notre matériel.

Puis, la plupart des interviews ont été fixés de manière à ce qu'il n'y en ait pas plus d'un par jour, à l'exception de ceux où les partenaires fixes participaient également, pour des raisons d'accessibilité. Toutefois, l'entrevue de groupe qui a eu lieu avec les deux derniers participants de l'étude constitue un biais dans notre étude. En plus d'avoir des pratiques professionnelles similaires, une contamination s'est produite en cours d'entrevue puisque les deux policiers se sont appuyés et influencés dans leurs propos. Une fois de plus, ceci restreint quelque peu la portée du matériel potentiel.

Enfin, il importe de mentionner que les résultats obtenus par le biais des entrevues conduites auprès des policiers reflètent les perceptions et les opinions d'un petit nombre de policiers. Ceci dit, dans l'objectif d'évaluer jusqu'à quel point ils sont le reflet de l'ensemble de cette population, d'autres méthodes de recherche seraient nécessaires.

---

---

## **RÉSULTATS ET DISCUSSION**

---

---

Ce chapitre présente les données que nous avons recueillies au moyen des entrevues avec les policiers, au cours desquelles ils ont partagé leurs perceptions et leurs opinions à l'égard de leurs pratiques d'intervention en contexte de crise ou de santé mentale.

Par souci d'harmoniser les résultats de notre analyse avec l'ensemble du travail, nous avons choisi de les présenter selon les objectifs spécifiques de recherche. Nous commencerons donc par la présentation des pratiques d'intervention générales des policiers à l'égard des personnes en crise ou atteintes de troubles mentaux. Ensuite, nous décrirons les limites de la formation policière traditionnelle. Nous terminerons en exposant les apprentissages, les limites et les retombées indirectes de la formation RIC ainsi que les attentes à l'égard de celle-ci. Les deux premières sections, c'est-à-dire les pratiques d'intervention générales et les limites de la formation policière traditionnelle seront présentées selon les thèmes exploités dans les entrevues. Le troisième segment concernant les apprentissages, les limites, les retombées indirectes et les attentes sera présenté selon les trois groupes à l'étude de façon à bien rendre compte de la diversité des perceptions au sein des participants.

### **PRATIQUES D'INTERVENTION POLICIÈRE À L'ÉGARD DES PERSONNES EN CRISE OU ATTEINTES DE TROUBLES MENTAUX**

Pour amorcer la discussion, nous avons demandé à tous les participants quelles étaient leurs pratiques d'intervention générales auprès des personnes en crise ou atteintes de troubles mentaux. Nous avons interrogé les agents RIC et leur partenaire sur leurs pratiques après la formation et, bien entendu, les agents non formés ont été questionnés sur leurs pratiques actuelles au moment de l'entrevue, c'est-à-dire avant la formation. La pertinence de discuter de celles-ci tient au fait de comprendre le contexte dans lequel ces interventions se produisent. Nous souhaitons savoir quelles sont les pratiques générales des policiers interviewés dans ces types d'intervention. Ont-ils des pratiques d'intervention différentes qu'avec la population générale? Ont-ils des stratégies particulières? Comment se déroulent ces interventions? À quelle fréquence interviennent-ils auprès de cette clientèle? L'emploi de la force est-il plus fréquent, moins fréquent? Comment est-elle employée et dans quelle mesure? Ce sont toutes des questions sur lesquelles nous nous sommes penchées afin d'obtenir des précisions sur les pratiques d'intervention générales.

## Les pratiques d'intervention générales

« Il y a plusieurs stratégies qu'on peut employer pour calmer une personne en crise, il suffit de trouver celle qui va fonctionner. » (Lucie)

Nous avons d'abord demandé aux participants de décrire leurs pratiques d'intervention générales auprès des personnes en crise ou atteintes de troubles mentaux. Trois thèmes ont découlé de nos analyses : la relation d'aide par l'écoute, la communication et la confiance, l'emploi de la force et le partenariat avec l'équipe UPS-J et l'ÉSUP.

### La relation d'aide : écoute, communication et confiance

En cours d'analyse, nous avons constaté que plusieurs participants évoquent le thème de la relation d'aide. Une attention particulière est portée sur l'écoute, la communication et la confiance :

*Ben, j'te dirais ultimement c'est naturellement une relation d'aide avec ces gens-là. Il faut que tu les travailles, tranquillement, il faut que tu gagnes leur confiance et pour pouvoir les amener, de la façon la plus, je te dirais, paisible pis sécuritaire possible. C'est de les convaincre de faire ce qu'on demande. Parce que ces interventions-là sont ben différentes qu'avec les citoyens, si je peux dire, « normaux ». Quand la marde à pogne, il faut que tu sois prêt à intervenir différemment, il faut que tu sois prêt à prendre plus de temps, à parler plus pour trouver le problème et la solution qui va avec (Marc, RIC, 20 années d'expérience de patrouille).*

*Tu dois trouver le bon piton, la chose qui va les désamorcer. Des fois, tu vas chercher longtemps pis sortir complètement du sujet pis à un moment donné oups, là tu viens d'établir un lien avec lui. Le but c'est d'avoir sa confiance donc on parle de tout et de rien. Mais ça prend plus de temps aussi, il faut être patient (Marie, RIC, 8 années d'expérience de patrouille).*

*Ce n'est pas de la manipulation, mais tu vas aller chercher des liens communs, avec les liens communs, tu vas être capable d'aller chercher le calme (Nicolas, partenaire, 6 années d'expérience de patrouille).*

*En relation d'aide, que ça soit santé mentale ou en crise, plus tu vas rétrécir la distance, plus c'est facile de communiquer. On va*

*prendre le temps de se mettre en petit bonhomme, le contact se fait beaucoup plus facilement, on est à la même hauteur (Noémie, en attente de la formation, 9 ½ années d'expérience de patrouille).*

D'autre part, les éléments clés pour réussir une intervention en contexte de crise ou de santé mentale sont la construction d'un lien de confiance qui s'établit à l'aide de l'écoute et de la communication. Ce rapport facilite la suite de l'intervention. À cet effet, selon Collins et St-Yves (2011a), il y a deux composantes primordiales pour désamorcer une crise et, par le fait même, assurer le bon déroulement de l'intervention : la construction d'un rapport et la communication. Les citations suivantes démontrent l'importance accordée à ces techniques par les agents interviewés :

*On doit toujours commencer par parler, si c'est possible, et aussi écouter ce que la personne a à nous dire. Tu essayes de comprendre ce qui le fâche (Marie, RIC, 8 années d'expérience de patrouille).*

*La verbalisation, c'est la clé dans ce qu'on fait, c'est primordial, c'est le pilier de nos interventions en santé mentale (Lucie, en attente de la formation, 2 ½ années d'expérience de patrouille).*

*On essaie d'établir une communication, c'est le principe de base (Jules, en attente de la formation, 14 années d'expérience de patrouille).*

*Je pose des questions ouvertes, je veux qu'il me donne une réponse en ses mots. Pas de prendre la réponse dans ma question. Écouter la personne, ça fonctionne relativement bien, habituellement là déjà en partant quand on l'écoute, ils ont l'impression en les écoutant qu'ils ont un certain pouvoir d'agir. Ça calme la situation, puis on essaye de trouver un consensus. C'est de donner l'impression à la personne qu'elle a un rôle puis un pouvoir de décision sur sa situation puis sur les démarches ultérieures. C'est un petit peu les amener par eux-mêmes à apprendre, à interpréter qu'ils ont un pouvoir sur le déroulement de l'intervention. Règle générale, on établit un lien et ça se passe bien. Avec l'expérience, dialoguer c'est plus long, mais en bout de ligne ça en vaut plus la peine (Hugo, en attente de la formation, 8 années d'expérience de patrouille).*

Puis, le ton et les mots employés sont aussi importants dans les interactions policières avec cette clientèle :

*Il faut être très calme et très doux, parler doucement et être à l'écoute de leur problème, ça, c'est ce qui fonctionne souvent le mieux (Marie, RIC, 8 années d'expérience de patrouille).*

*L'expérience me fait dire que quand tu cries après le monde, ça ne marche pas. Il faut écouter, garder un ton de voix smooth, neutre, pis tu ne changes pas d'intonation. Il ne faut pas l'infantiliser non plus. Il faut essayer d'avoir de la compassion pis de l'empathie, traiter cette personne-là comme si c'était un membre de ta famille (Marc, RIC, 20 années d'expérience de patrouille).*

*Je pense qu'en général là-dessus, les policiers sont quand même conscients que de crier et brusquer les choses ça ne donnera rien de plus (Noémie, en attente de la formation, 9 ½ années d'expérience de patrouille).*

Certains auteurs ont documenté le rôle de la communication dans une situation de crise. Selon Wargo (1990), cité dans Collins et St-Yves (2011a), la communication est considérée comme un instrument puissant dans les interventions en contexte de crise ou de santé mentale et, si la situation le permet, elle représente l'outil le plus efficace pour désamorcer la crise. Il précise qu'une utilisation adéquate de celle-ci inclut aussi une inflexion de la voix, un ton et un rythme appropriés.

Aussi, selon Ellis (2014), une attitude négative entretenue par un policier à l'égard d'une personne en crise ou atteinte de troubles mentaux entraîne des difficultés en ce qui a trait à l'utilisation des techniques de communication pour désamorcer la situation, ce qui occasionne, par le fait même, un plus grand usage de la force ainsi qu'un plus grand nombre de transports.

Enfin, les policiers ajoutent également que leur travail auprès des personnes en crise ou atteintes de troubles mentaux consiste à donner un coup de main, désamorcer la crise pour les amener vers un plateau neutre, les protéger d'eux-mêmes ou des autres, éviter les blessures, comprendre la dynamique et évaluer la problématique sans entrer dans le délire et sans porter de jugement,



trouver une solution sur place et encadrer et accompagner en s'assurant qu'il y ait une prise en charge du problème par la famille, par une ressource ou par la personne elle-même.

En somme, nous comprenons par l'entremise de ces passages que la communication, l'écoute et la confiance, tous les trois à la base de la relation d'aide, sont gages de réussite de l'intervention. Elles sont des pratiques d'intervention privilégiées par les policiers interviewés dans un contexte de crise ou de santé mentale. La communication doit être employée avec diligence dans l'objectif de faire descendre la tension occasionnée par la crise. Enfin, en raffinant leurs habiletés communicationnelles à l'égard de cette clientèle, ils augmentent leur chance que le dénouement de l'intervention soit positif et ils repoussent le moment de recourir à la force pour désamorcer la crise.

### L'emploi de la force

L'emploi de la force est un thème fréquemment cité par les agents interviewés. Il se dégage une tendance dans les discours selon laquelle, en contexte de crise ou de santé mentale, la force ne soit pas la meilleure stratégie d'intervention et que les personnes en crise ou atteintes de troubles mentaux réagissent négativement à celle-ci :

*Ils réagissent très mal. Très mal. Ces gens-là ne comprennent pas. Ils se sentent pris et ils over react. Ces gens-là nous lancent des cris à l'aide. Ce n'est jamais des bonnes réactions. Et l'emploi de la force ce n'est jamais le meilleur outil (Marie, RIC, 8 années d'expérience de patrouille).*

*Ils réagissent mal et ils n'aiment pas ça, ça les perturbe encore plus, sauf quand c'est annoncé (Jeanne, RIC, 8 ½ années d'expérience de patrouille).*

*J'ai rarement eu à employer la force, mais quand je l'ai fait ça n'a jamais aidé la situation. Parfois même, la force ne fait qu'escalader la situation (Thomas, en attente de la formation, 8 années d'expérience de patrouille).*

*Ils vont crier beaucoup. Ils vont offrir une résistance, mais souvent ça va être une résistance défensive. Ils vont nous repousser, mais ne chercheront pas nécessairement à nous frapper. Mais tu vois*

*qu'ils n'aiment vraiment pas ça quand on utilise la force contre eux (Noémie, en attente de la formation, 9 ½ années d'expérience de patrouille).*

Nous constatons toutefois que les agents RIC et leur partenaire font davantage de remarques sur leurs motivations à utiliser la force contre une personne en crise ou atteinte de troubles mentaux ainsi que sur les conséquences de celle-ci. Nous remarquons qu'ils considèrent davantage cette option lorsqu'il y a une menace imminente et donc, lorsque leur sécurité ou celle d'autrui est en jeu :

*Ce qui justifie l'emploi de la force, c'est une menace directe pour la personne elle-même et le policier. Le policier ne va pas mettre sa vie en danger. Si la personne met la vie du policier ou celle d'une autre personne, il y a de bonnes chances que le policier emploie la force envers elle (Jeanne, RIC, 8 ½ années d'expérience de patrouille).*

*Parfois, ils sont imprévisibles et dangereux. Ils ne veulent pas nécessairement nous blesser, mais ils vont créer un danger, parce qu'ils veulent mourir. On doit agir en fonction du danger et de la menace qu'ils représentent (Marie, RIC, 8 années d'expérience de patrouille).*

*C'est très rare que la personne veuille nous faire du mal directement. Mais des fois, on ne sait pas de quoi elle est capable, il faut prendre nos distances, nos précautions (Félix, partenaire, 21 années d'expérience de patrouille).*

Ces citations concordent avec les résultats avancés dans l'étude de Kaminski, DiGiovanni et Downs (2004) qui soutiennent que les policiers se sentent moins à l'aise dans leurs interactions avec cette clientèle en raison de l'imprévisibilité perçue des comportements, laquelle est causée par une altération du jugement. Morabito et ses collaborateurs (2012) se sont également intéressés aux facteurs qui influencent l'emploi de la force. Ils ont trouvé que la résistance physique ou des comportements résistants sont davantage des facteurs qui peuvent motiver les policiers à utiliser la force.

Ceci dit, les agents RIC reconnaissent tout de même qu'ils ont le devoir d'entreprendre les mesures appropriées dans les situations qui le nécessitent, telles qu'un transport vers un centre hospitalier ou encore un centre de détention :

*Il faut assurer notre rôle de policier aussi. Si on a des accusations à porter ou des mesures coercitives à prendre, on se doit de les prendre, mais ce n'est pas facile avec cette clientèle-là (Marc, RIC, 20 années d'expérience de patrouille).*

*Il y en a, malheureusement, que t'auras pas le choix d'employer la force, qui a rien à faire pour les déconnecter. Parfois, il faut forcer le transport, mais il faut les éléments pour le faire. Ça nous tente pas toujours (Marie, RIC, 8 années d'expérience de patrouille).*

*La judiciarisation est parfois une porte d'entrée vers les services, un levier pour encourager les soins, même si on reconnaît que la prison n'est pas leur place (Luc, RIC, 8 années d'expérience de patrouille).*

Puis, les agents RIC admettent que, bien que l'emploi de la force soit justifié dans certaines situations, il y a un réel obstacle à l'utilisation de mesures restrictives envers une personne en crise ou atteinte de troubles mentaux. Il s'avère en effet que les interventions où la force a été employée occasionnent des séquelles :

*La personne qui subit une intervention physique avec une arme intermédiaire ou une contrainte physique, peu importe si elle est connectée à la réalité ou pas, elle va se souvenir que la dernière intervention policière elle a souffert. Les interventions suivantes sont encore plus dures. La façon qu'ils se font traiter, c'est souvent ça qui laisse des traces (Luc, RIC, 8 années d'expérience de patrouille).*

*Ça leur fait perdre confiance en la police. La dernière intervention policière comment elle s'est passée, si elle a été négative, tu dois rattraper l'intervention d'avant et la situation d'aujourd'hui (Jeanne, RIC, 8 ½ années d'expérience de patrouille).*

Marc réitère en soulignant que le recours à la force peut aussi ralentir toutes les démarches subséquentes soutenues par la communication.

Les agents en attente de la formation, quant à eux, font davantage part de leurs limites communicationnelles lors des interventions en contexte de crise ou de santé mentale. Selon eux, elles déterminent le moment où ils recourent à la force :

*Je pense que de toute façon, à un certain moment donné, la force va toujours être une option, parce qu'il y a des limites à la communication. Si on n'est pas capable de façon vocale, ben à un moment donné il va falloir contrôler la personne que ça soit juste en la menottant pour la placer dans notre véhicule (Jules, en attente de la formation, 14 années d'expérience de patrouille).*

*À un moment donné je veux ben, mais j'ai des limites moi aussi. Si je n'arrive pas à communiquer comme il le faut avec la personne, ben je n'aurais pas le choix d'utiliser un peu de contrainte si je veux calmer la situation (Lucie, en attente de la formation, 2 ½ années d'expérience de patrouille).*

*Personnellement, je n'utilise pas souvent la force contre une personne en détresse. Mais si je suis pour le faire, c'est parce que je ne suis pas capable d'avoir son attention, elle ne veut pas m'écouter, je ne suis pas capable de lui parler et la calmer. Ça tourne en rond, on essaye d'autres stratégies pis ça marche pas (Thomas, en attente de la formation, 8 années d'expérience).*

Ces citations sont intéressantes, car nous constatons qu'il y a des différences entre les groupes en ce qui a trait à l'utilisation de la force. Nous remarquons que les agents non formés sont plus enclins à utiliser la force lorsque la communication est difficile alors que les agents RIC et leur partenaire y recourent davantage pour des raisons de sécurité. Il importe tout de même de souligner que certains policiers mentionnent utiliser rarement la force dans un contexte de crise ou de santé mentale. À cet effet, Adams (2004), cité dans Morabito et coll. (2012), soutient que l'usage de la force est relativement rare lors des interventions auprès des personnes en crise ou atteintes de troubles mentaux, celui-ci étant employé dans environ 1 % des cas. Puis, cet auteur ajoute également que la force employée prend généralement la forme d'une contrainte physique et que cette mesure se situe dans une partie du continuum où les armes sont rarement déployées.

Enfin, dans l'analyse des discours sur les pratiques d'intervention générales, nous remarquons également que les participants mentionnent faire appel à l'expertise des intervenants en santé mentale lors de leurs interventions en contexte de crise ou de santé mentale.

### Le partenariat avec l'équipe UPS-J et l'ÉSUP

De façon générale, les participants sont favorables au recours des intervenants en santé mentale de l'équipe UPS-J et de l'ÉSUP; ils y voient l'utilité et les bénéfices de leur mandat. Ils les considèrent comme une option supplémentaire lors des interventions auprès de la clientèle en santé mentale et comme un moyen de générer de l'information au sujet de ces personnes :

*Il ne faut surtout pas les laisser tomber parce que c'est eux qui assurent les suivis par la suite, pis ça nous fait quand même une marque d'information. Il rajoute des informations, les informations s'accumulent. Il y a beaucoup d'information à UPS-J et dans les centres sociaux comme ça que nous on n'a pas, donc c'est très important de les appeler (Marie, RIC, 8 années d'expérience de patrouille).*

*Je pense que c'est la base. Sans l'UPS-J, ça ne pourrait pas fonctionner là. Ça prend ce monde-là qui ont un autre minding, peut-être pas policier. Nous régulièrement, on appelle UPS-J, que ça soit pour avoir de l'information par la banque de données ou se faire filer des affaires, des interventions qui ont déjà été faites. Ils se déplacent sur nos interventions et ils ont une ouverture sur d'autres choses (Félix, partenaire, 21 années d'expérience de patrouille).*

*Il y a un continuum d'échange d'information avec l'UPS-J. Avec ces informations-là, on est capable de voir si on mobilise souvent des ressources pour la même personne (Nicolas, partenaire, 6 années d'expérience de patrouille).*

*En côtoyant l'UPS-J, on obtient des trucs, on échange, ils nous donnent des conseils. Aussi, pour moi, l'objectif d'utiliser ces ressources-là c'est d'éviter des déplacements dans le futur. S'il y a une bonne prise en charge faite par l'UPS-J, le nombre de déplacements pour la même personne va diminuer, et ça, c'est un accomplissement en soi (Hugo, en attente de la formation, 8 années d'expérience de patrouille).*

Puis, il s'avère également que le partenariat avec l'équipe UPS-J permet d'enlever une certaine charge de travail aux policiers lorsqu'ils interviennent auprès d'une personne en crise ou atteinte de troubles mentaux, comme le soulignent Hugo et Thomas :

*La prise en charge par les intervenants, ça fait que ça nous dégage, ça nous enlève une charge de travail. Ce sont des problèmes complexes qui demandent de l'énergie et du temps que les patrouilleurs n'ont pas, tu comprends. Je n'ai pas assez de temps. Le temps ne me permet pas d'assurer des suivis. L'UPS-J oui (Hugo, en attente de la formation, 8 années d'expérience de patrouille).*

*Tous les services qui apportent des soins à ces personnes-là, on parle des communautés, des CLSC, des centres de crises, les centres d'intox, les centres de répit, ils sont beaucoup plus outillés que nous. Ils vont prendre en charge la personne et donc nous ça nous libère, il y a plus de policiers sur la route et une personne de plus qui est référée ou placée. C'est winner (Thomas, en attente de la formation, 8 années d'expérience de patrouille).*

Certains participants mentionnent aussi l'ÉSUP comme une seconde option d'intervention. Ils font part de leur appréciation envers le soutien offert par cette équipe :

*L'UPS-J et l'ÉSUP c'est très pratique, très très pratique. Et je dirais que l'ÉSUP a une petite coche de plus que l'UPS-J dans le sens que tu as un policier tout le temps avec l'intervenant, ils ont les deux visions. La différence entre les deux quand on est capable, on va toujours demander l'ÉSUP. Leur temps de réponse est normalement beaucoup plus rapide que l'UPS-J. Aussi, l'ÉSUP vont nous libérer plus vite que l'UPS-J parce qu'il y a un policier sur les lieux. S'il n'y a pas de dangerosité, on arrête ça là pis ils vont faire l'accompagnement. Ça permet de se libérer pour d'autres appels plus rapidement et de récupérer les effectifs (Noémie, en attente de la formation, 9 ½ années d'expérience de patrouille).*

*Je fais appel à l'ÉSUP quand je suis capable de communiquer avec la personne, mais que je ne suis pas certain, je suis dans une zone grise. C'est vraiment là que ces services-là vont, quand je suis mal pris (Jules, en attente de la formation, 14 années d'expérience de patrouille).*

Toutefois, au moment des entrevues, ce n'était pas tous les agents qui connaissaient la différence entre les deux équipes. Hugo mentionne ceci : « *UPS-J, ça fait longtemps que ça existe, mais ÉSUP c'est relativement nouveau. Je ne serai pas en mesure de te dire c'est quoi la différence entre les deux.* » (Hugo, en attente de la formation, 8 années d'expérience de patrouille). Les agents non formés apprendront au cours de la formation RIC les mandats respectifs de ces équipes.

Bref, nous retenons de ces propos que les policiers perçoivent les équipes UPS-J et ÉSUP comme étant pertinentes et faisant partie intégrante de leur travail auprès des personnes en crise ou atteintes de troubles mentaux. Ils accordent une grande importance à l'échange d'information et ils sont reconnaissants envers la prise en charge réalisée par les intervenants. C'est un soutien qui leur donne une vision différente et qui leur offre une approche plus axée sur la résolution de problèmes. Nous ferons un lien dans une partie subséquente entre le partenariat avec ces ressources et les limites de la formation policière traditionnelle.

### **Remarques générales sur le déroulement et la fréquence des interventions**

« *C'est comme des cycles, on les revoit tout le temps.* » (Thomas)

#### *Le déroulement des interventions*

De façon générale, les participants révèlent qu'un appel associé à une problématique de santé mentale peut provenir de la personne elle-même, d'un proche, d'un voisin ou d'un passant. Le motif de l'appel concerne généralement une impuissance ou un refus de gérer la crise ainsi qu'une inquiétude à l'égard d'un comportement jugé dérangeant par les autres :

*Ils sont l'objet de plusieurs inquiétudes de la part des citoyens*  
(Marc, RIC, 20 années d'expérience de patrouille).

*Leur comportement est dérangeant envers d'autres, donc ce sont les gens autour qui nous appellent, parce que c'est quelqu'un qui est dérangeant sur la rue ou dans un logement* (Jules, en attente de la formation, 14 années d'expérience de patrouille).

D'autre part, les policiers interviewés indiquent que chaque intervention est différente en soi : la nature de l'appel, la personne, le problème, la réaction, le comportement n'est jamais pareil. Ils insistent également sur le fait que la façon d'aborder l'intervention au départ va dépendre essentiellement des informations disponibles lors de l'appel, telles que le motif d'intervention et puis une fois arrivé sur les lieux, du contact, du niveau d'urgence et de l'état de la personne.

Il s'avère que ces éléments ont tous une influence directe sur l'interaction entre le policier et la personne en crise ou atteinte de troubles mentaux. L'intervention est donc toujours adaptée et orientée en fonction de ces éléments que doivent assimiler rapidement les policiers de façon à avoir une meilleure compréhension et un jugement adéquat de la situation dès les premiers rapports avec la personne. Les passages suivants rappellent cette représentation :

*Ça dépend du genre d'intervention. Notre intervention, notre mentalité va complètement changer d'une personne à l'autre, tout dépendant de la maladie qu'on a (Marie, RIC, 8 années d'expérience de patrouille).*

*Ça dépend un peu de ce qu'on va avoir comme style d'appels qui va décider aussi comment intervenir. T'adaptes ton intervention en fonction des informations que t'as (Noémie, en attente de la formation, 9 ½ années d'expérience de patrouille).*

*Ça dépend de la grosseur de l'intervention. On va changer notre vision et notre approche en regard du contexte, si la personne est barricadée ou si elle a un couteau, notre déplacement va être différent (Hugo, en attente de la formation, 8 années d'expérience de patrouille).*

Enfin, d'autres facteurs tels que la personnalité du policier, ses expériences antérieures et son intérêt envers la problématique en santé mentale sont susceptibles de modifier le déroulement d'une intervention :

*Ça dépend vraiment de la personnalité et du jugement du policier et aussi de son intérêt à dealer avec cette clientèle-là (Marie, RIC, 8 années d'expérience de patrouille).*



*Ça dépend de chaque policier, de son background, de son expérience, de sa connaissance. C'est à partir de l'analyse de la situation, de l'analyse que toi t'en fais, de ton expérience (Marc, RIC, 20 années d'expérience de patrouille).*

*Il n'y a aucun critère qui définit quoi faire exactement quand telle situation arrive. Chaque policier est différent, background vécu, expériences différentes, donc intervient différemment et voit les situations différemment (Manon, partenaire, 16 années d'expérience de patrouille).*

*C'est aussi une question de la personnalité du policier. L'intervention peut changer, la réponse peut être différente selon la personnalité du policier (Nicolas, partenaire, 6 années d'expérience de patrouille).*

*Pis même, je dirais, tout le monde est humain, une mauvaise journée peut-être que je vais être moins patient peut-être qu'une autre journée où je vais peut-être moins travailler fort ou être moins peut-être réceptif ou à l'écoute des détails qui vont faire en sorte que certaines affaires vont m'échapper tout dépendamment comment ma journée va (Hugo, en attente de la formation, 8 années d'expérience de patrouille).*

### La fréquence des interventions

Puis, nous avons demandé aux participants de nous renseigner sur la fréquence de ces interventions.

Spontanément, les agents interviewés soutiennent qu'ils ont l'impression que les interventions en contexte de crise ou de santé mentale ont augmenté au cours des dernières années. Ce nombre varie toutefois : tous les jours, un appel par jour, un appel par quart de travail, un appel sur deux, trois jours par semaine, toutes les semaines :

*Dans mon secteur, c'est assez fréquent. J'te dirais que c'est au moins un appel par jour (Jeanne, RIC, 8 ½ années d'expérience de patrouille).*

*C'est criant, c'est quasiment un appel sur deux. À Montréal, on a vraiment beaucoup de personnes avec des problèmes de santé mentale (Marie, RIC, 8 années d'expérience de patrouille).*

*Ça va faire dix ans que je suis au service, ça l'a monté, c'est incroyable le nombre d'appels qu'on peut avoir en santé mentale (Noémie, en attente de la formation, 9 ½ années d'expérience de patrouille).*

*Nous on travaille dans un PDQ où il y en a quand même beaucoup. J'ai envie de dire que c'est un moins un par quart de travail (Félix, partenaire, 21 années d'expérience de patrouille).*

Il est à noter que cette observation est uniquement basée sur leur interprétation en fonction de leur expérience auprès des personnes en crise ou atteintes de troubles mentaux et en aucun cas n'ont-ils mentionné des statistiques réelles qui soutenaient leurs affirmations.

Nous remarquons, selon les propos exprimés par les policiers, qu'il y a une difficulté relativement à l'évaluation exacte du nombre de contacts entre le service de police et les personnes en crise ou atteintes de troubles mentaux, bien qu'il n'est pas attendu qu'ils soient en mesure d'estimer avec justesse la prévalence. Ceci pourrait être attribuable à la complexité associée au ciblage des appels de cette nature. Des constats similaires ont été faits dans des études canadiennes et américaines (Borum et coll., 1998 ; Engel et Silver, 2001 ; Coleman et Cotton, 2010a ; Brink et coll., 2011). Les deux passages suivants rappellent cette difficulté à quantifier les interventions en contexte de crise ou de santé mentale :

*Heureusement qu'on a des ressources parce qu'on dirait qu'il y en a de plus en plus et des fois, on ne sait pas quoi faire avec ces gens-là. Ça représente un appel sur trois et des fois tu arrives sur un appel pis finalement ça finit que c'est un appel de santé mentale (Manon, partenaire, 16 années d'expérience de patrouille).*

*Ça arrive souvent, des fois ce sont des appels de bruits et tu te rends compte que la personne a sûrement besoin d'aide (Nicolas, partenaire, 6 années d'expérience de patrouille).*

Dans leurs remarques au sujet de l'augmentation des contacts, Thomas, Jeanne et Marc rapportent que la fréquence des interactions se traduit aussi par une répétition du travail auprès des mêmes personnes :

*C'est un travail répétitif avec les mêmes personnes parce qu'il n'y a pas de prise en charge (Jeanne, RIC, 8 ½ années d'expérience de patrouille).*

*Ce sont des gens qui vont créer beaucoup de travail pour nous, c'est-à-dire qu'on va être l'objet de plusieurs appels (Marc, RIC, 20 années d'expérience de patrouille).*

*Je dirais que la clientèle se sépare en trois quarts répétitifs, et un quart ponctuel. Trois quarts répétitifs, là on parle de toutes les raisons possibles : santé mentale, santé physique, abus de substances, problèmes de famille. Donc c'est récurrent, c'est cyclique et les ponctuels, ben ça peut être un événement traumatique dans leur vie ou un mélange de situations qui fait qu'on atteint le fond pis que là on fait une crise (Thomas, en attente de la formation, 8 années d'expérience de patrouille).*

Ces passages recourent les données de l'étude de Hartford et coll. (2005) qui suggère que les personnes atteintes de troubles mentaux sont trois fois plus souvent impliquées dans une intervention policière de même qu'elles sont deux fois plus enclines à faire l'objet d'une deuxième intervention que la population générale.

Enfin, selon Hugo, d'autres facteurs sont à l'origine de la variation dans la fréquence des contacts tels que le secteur desservi et les saisons : « *On a l'hôpital Douglas dans notre secteur donc il y a beaucoup de personnes avec des problèmes de santé mentale.* », « *Quand il commence à faire froid on les voit moins, mais l'été on les voit, ils sont tous dehors, ils se promènent, ils sont toujours dehors.* » (Hugo, en attente de la formation, 8 années d'expérience de patrouille).

Dans un autre ordre d'idées, les policiers plus expérimentés font un parallèle avec les façons de faire des « vieilles polices » et ils les comparent avec les pratiques actuelles. Ces segments sont très pertinents puisqu'ils démontrent un changement de mentalité à la suite de la formation.

## **La mentalité des « vieilles polices »**

*« Avant, on rentrait dans le tas, la personne était en crise il fallait la calmer. Ce n'était pas juste moi, c'était généralisé. » (Manon)*

Dans leur description des pratiques d'intervention générales, les « vieilles polices » expliquent comment se déroulaient les interventions auprès des personnes en crise ou atteintes de troubles mentaux autrefois et quelle était leur mentalité par rapport à cette problématique. Certaines remarques sont faites à l'égard des policiers d'une génération plus ancienne, moins conscientisés à la problématique de santé mentale alors que d'autres concernent les pratiques personnelles des policiers, avant la formation en intervention de crise :

*Au départ, c'était vraiment un rôle d'accompagnement à l'hôpital par le transport forcé. Notre mandat, c'était vraiment quand qu'on avait à faire avec des personnes avec des troubles mentaux, souvent c'est en état de crise, puis, peu importe si la crise était grave, immédiate, si y avait un danger éminent, c'était on ne sait pas quoi faire avec, il a un problème de santé mentale, on s'en va à l'hôpital, c'était pas mal l'équation qui était faite à ce moment-là. Les interventions tu ne passais pas deux heures à essayer de référer quelqu'un. Non, c'était on s'en va à l'hôpital, on va le régler le problème. On n'aura plus de problème. On l'aura pu dans les pattes, il va être à l'hôpital. Jusqu'à temps qu'on s'aperçoive qu'on n'était même pas sorti du parking de l'hôpital qui était déjà ressorti lui avant nous autres (Manon, partenaire, 16 années d'expérience de patrouille).*

*Nous autres, on est un peu pantouflard. On est ancré dans nos habitudes, pis on fait nos petites affaires, les appels se sont toujours réglés de même, pis on va continuer à les régler de même, mais là c'est ça être plus proactif [en faisant référence aux principes d'intervention de crise] (Félix, partenaire, 21 années d'expérience de patrouille).*

*On avait tendance à vouloir régler ça toujours vite, rapide, next, on a plein d'appels (Marie, RIC, 8 années d'expérience de patrouille).*

Ils racontent que, peu importe le type de crise auquel ils étaient confrontés, c'est-à-dire une personne suicidaire ou une personne en crise de santé mentale, dès qu'elle évoquait les « mots

magiques », un transport vers un centre hospitalier était effectué. L'évaluation du danger grave et immédiat était parfois même inexistante :

*Parce que traditionnellement parlant, ce qu'on faisait c'est qu'à partir du moment que les mots magiques étaient dits, ben la boîte jaune et on s'en va à l'hôpital (Marc, RIC, 20 années d'expérience de patrouille).*

*On avait tendance à en transporter neuf sur 10, alors qu'un sur 10 devait être transporté là, parce que ça ne répond jamais vraiment aux critères de danger grave imminent. Les critères, c'était flou, on se fiait à ce qu'on a toujours fait. Avant, on ne savait pas vraiment comment appliquer un transport. Aussitôt qu'on pensait qu'il y avait un danger, il y avait un transport, mais le danger étant mal évalué. Les connaissances n'étaient pas vraiment bonnes (Marie, RIC, 8 années d'expérience de patrouille).*

*La minute qu'une personne disait écoute, moi j'ai des idées suicidaires, ben c'était comme un déclic, dans l'ambulance, et tu t'en vas à l'hôpital. 24 heures après il était ressorti et il tenait les mêmes propos (Félix, partenaire, 21 années d'expérience de patrouille).*

*L'utilisation du terme P-38 était utilisée partout pour n'importe quelle situation. Ah c'est une P-38, alors que ce n'est pas des P-38, mais le monde prononçait le mot « idées suicidaires » ou j'ai les « idées noires » pis c'était comme « ah, ah ». C'était comme on arrivait là pis on espérait que le mot magique soit prononcé pour qu'on envoie ça à l'hôpital. Ou l'inverse s'appliquait aussi. Si tu n'avais pas envie d'aller à l'hôpital, tu espérais qu'il ne prononce pas ces mots-là, même si tu savais qu'il n'allait pas bien (Manon, partenaire, 16 années d'expérience de patrouille).*

*Avant tout, ce qu'on avait c'était la P-38. Aussitôt qu'on pensait que quelqu'un était un danger pour elle-même et les autres dans l'immédiat, ben on forçait un transport à l'hôpital (Jules, en attente de la formation, 14 années d'expérience de patrouille).*

Puis, ils expriment également que les ressources avec une expertise en santé mentale n'étaient pas connues ni fréquemment utilisées par les policiers de l'époque :

*Je me souviens des policiers qui avaient 5-7-8 ans de date au moment où moi j'suis rentré, ça disait, mais non t'appelles pas eux autres, on va régler ça 333, c'est une vieille expression pour dire on va régler ça par nous-mêmes. Pas d'intervenant. On va l'envoyer à l'hôpital, pas de rapport (Luc, RIC, 8 années d'expérience de patrouille).*

*Au niveau des ressources, il n'y avait pas grand-chose et on ne les connaissait pas. Ce n'était pas parlé non plus (Manon, partenaire, 16 années d'expérience de patrouille).*

En somme, nous retenons de ces propos qu'autrefois, plusieurs erreurs étaient commises à l'égard de l'évaluation du danger grave et immédiat de l'état d'une personne ainsi que des critères nécessaires pour le transport. Ces erreurs étaient le résultat d'un jugement et d'une interprétation faussée en raison d'un manque de connaissances et de formation en la matière. Également, le peu de ressources disponibles et l'absence d'intérêt en regard de leur utilisation ont entraîné une mauvaise application du transport ainsi qu'en un recours abusif des hôpitaux pour la prise en charge de ces personnes.

Ces citations, particulièrement, démontrent à la fois un changement associé à l'évolution des mandats du SPVM et un changement de mentalité à la suite de la formation. Les policiers plus expérimentés sont d'une part davantage conscientisés à cette problématique parce qu'une partie significative de leur travail consiste à intervenir auprès de la clientèle en santé mentale. D'autre part, la formation RIC a permis de mettre en valeur l'importance de réviser les méthodes d'intervention dans un contexte de crise ou de santé mentale. De plus, elle a apporté un éclairage sur des notions telles que les critères du danger grave et immédiat, les ressources en santé mentale disponibles et la loi. Ces apprentissages permettent dorénavant aux policiers d'ajuster leurs pratiques et de mieux comprendre leurs droits et devoirs à l'endroit de cette clientèle. Nous comprendrons davantage ces changements dans les parties subséquentes des résultats.

Ceci nous amène donc à discuter du deuxième objectif spécifique, soit celui de décrire les limites de la formation policière traditionnelle.

## LIMITES DE LA FORMATION POLICIÈRE TRADITIONNELLE

Pour apporter des éléments de réponse au regard de cet objectif, nous avons invité tous les policiers à parler des limites de la formation policière traditionnelle qui restreignent leur travail auprès des personnes en crises ou atteintes de troubles mentaux. Deux limites sont ressorties de nos analyses : le manque de connaissances et les difficultés associées à l'évaluation de l'état mental de la personne et du besoin de transport.

### Le manque de connaissances

« *La formation traditionnelle ne nous donne pas tous les outils pour intervenir avec une personne en détresse.* » (Noémie)

En effet, certains participants font part d'un manque de connaissances dans la formation policière traditionnelle en ce qui concerne les interventions en contexte de crise ou de santé mentale. Ils ajoutent également que les outils dits traditionnels sont mal adaptés :

*De façon générale, il y a vraiment une méconnaissance. Moi-même, je l'avais avant cette méconnaissance-là, manque de formation en santé mentale, manque de formation au niveau de ce pouvoir et devoir-là qu'on a en matière de la loi, la P-38, nos pouvoirs qu'on a déjà sans la loi P-38. On ne sait pas trop comment interagir avec ça. C'est comme on a... il nous demande d'être pleins de rôles en même temps, mais on n'est pas psychologue, on ne connaissait pas ça, donc on se débrouillait avec qu'est-ce qu'on avait sur le top (Marie, RIC, 8 années d'expérience de patrouille).*

*Des fois on dirait qu'il nous manque des outils parce que l'entraînement classique manque au niveau des personnes en crises ou qui sont dans un état mental différent. Eux autres, leur perception de qu'est-ce qui passe n'est pas nécessairement la même qu'une personne normale, ce qui fait que quand on interagit de manière classique avec eux autres, on n'a pas les résultats escomptés, et parce qu'on n'a pas nos résultats escomptés, ben nous on continue au niveau 2, 3 et 4 [en faisant référence à l'usage de la force] (Thomas, en attente de la formation, 8 années d'expérience de patrouille).*

Dans la revue de littérature, Engel et Silver (2001), Cotton et Coleman (2008) et Reuland et ses collaborateurs (2009) ont eux aussi soulevé les enjeux liés à la formation et aux pratiques

traditionnelles des policiers, notamment en ce qui a trait au fait qu'elles sont mal adaptées à ces types d'interventions. Enfin, Noémie et Hugo, tous les deux en attente de la formation, font également mention du manque de formation et d'outils : « *On n'a pas la formation nécessairement qui est donnée pointue à ce niveau-là, ni les outils.* », « *Je n'ai pas l'impression que nous avons tous les outils nécessaires.* » (Noémie, en attente de la formation, 9 ½ années d'expérience de patrouille et Hugo, en attente de la formation, 8 années d'expérience de patrouille).

### **Les difficultés associées à l'évaluation de l'état mental de la personne et du besoin de transport**

*« Notre formation manque au niveau de l'évaluation de l'état mental d'une personne perturbée. »*  
(Jules)

D'autres agents soulignent leur limite pour analyser la situation et déterminer le danger grave et immédiat de l'état mental de la personne en crise. À cet effet, ils rappellent l'importance du recours aux intervenants en santé mentale pour réaliser une analyse plus complète de la dangerosité et déterminer le besoin associé au transport :

*L'UPS-J sont très outillés et souvent ils connaissent les personnes. Ils connaissent leur maladie. C'est le meilleur partenariat. Avant que je sois RIC, ma compréhension de la situation était parfois pas la bonne* (Jeanne, RIC, 8 ½ années d'expérience de patrouille).

*Les professionnels vont aller un peu plus loin. Ils sont capables d'aller un peu plus loin dans l'analyse que moi j'ai pas comme connaissance. La vision de l'affaire est bien différente entre l'intervenant et le policier. Parfois, mon appréciation du danger grave et immédiat n'est pas la même que celle de l'intervenant. Ils sont plus habiletés que moi pour analyser ça* (Jules, en attente de la formation, 14 années d'expérience de patrouille).

[En racontant une de ses interactions avec une personne en crise]  
*Ils l'ont questionné davantage avec des questions très précises qui justement, quelque chose que moi je n'avais pas, cette connaissance, et ça leur a permis de dire oui, il y a un problème, mais il n'y a pas d'urgence à le transporter tout de suite* (Jules, en attente de la formation, 14 années d'expérience de patrouille).



Cette analyse effectuée par les intervenants en santé mentale est souhaitée et reconnue par les policiers. Nicolas et Marie mentionnent également que l'expertise des intervenants est utile dans l'évaluation à la fois de l'état mental et du besoin associé au transport : « *Parfois, l'avis des intervenants est bon pour savoir s'il est nécessaire de transporter ou non.* », « *Parfois, c'est difficile d'évaluer si la personne a réellement besoin d'être transportée, c'est là qu'on peut faire appel à l'UPS-J.* » (Nicolas, partenaire, 6 années d'expérience de patrouille et Marie, RIC, 8 années d'expérience de patrouille). Nous remarquons donc que les policiers sont parfois ambivalents en regard de la nécessité de transporter une personne vers les ressources institutionnelles et, de ce fait, ils considèrent que l'avis des intervenants est indispensable pour les aider à prendre la décision la plus appropriée. Ceci a aussi été remarqué dans un segment de la documentation (Arruda, 2010).

Dans la troisième et dernière section, nous ferons un résumé des apprentissages, des limites et des retombées indirectes de la formation en intervention de crise ainsi que des attentes à l'égard de celle-ci.

## **SYNTHÈSE DES PERCEPTIONS DES POLICIERS À L'ÉGARD DE LA FORMATION RIC**

Nous avons demandé aux agents RIC de discuter des apprentissages et des limites de la formation. Les apprentissages décrits servent également à documenter les changements perçus dans les pratiques.

### **Les apprentissages et les limites de la formation en intervention de crise : ce que les agents RIC en disent**

« *Le point culminant, ç'a été la formation RIC.* » (Marc)

#### *Les apprentissages*

Dans l'analyse des discours des agents RIC, nous constatons que la formation a eu une grande influence sur leur façon d'intervenir. Les agents rapportent plusieurs contributions qu'ils intègrent dorénavant dans leurs interventions en contexte de crise ou de santé mentale. Les principaux apprentissages concernent les habiletés communicationnelles, l'analyse de la situation, les connaissances juridiques, le fonctionnement des services hospitaliers, la

documentation des interventions, le partage de savoirs, les principes de sécurité et l'utilisation judicieuse du temps. Les passages suivants illustrent quelques-uns de ces apprentissages :

*Tu développes des outils de communication. Tu apprends à donner des explications claires et directives et tu apprends à expliquer le déroulement de l'intervention pour que la personne ait un meilleur sentiment de confiance. On ne faisait pas ça avant. Aussi, on a accès à l'expertise des experts, ce qui nous aide à déterminer à quel type de personnalité on a affaire. C'est dans ton sentiment après tes interventions. Il est meilleur depuis que j'interviens avec les principes de RIC selon moi. Les personnes sont mieux prises en charge, je suis plus à l'aise avec ça (Jeanne, RIC 8 ½ années d'expérience de patrouille).*

*J'ai une meilleure analyse parce que je regarde plusieurs facteurs. Je pousse plus loin mon analyse. Je vais plus loin dans mes questionnements. Je me permets d'aller plus loin avant d'impliquer un autre groupe d'intervenants, c'est-à-dire avant de faire venir l'UPS-J, je vais avoir posé les questions qui sont nécessaires de poser, je vais avoir vérifié les informations qui ont besoin d'être vérifiées alors que, avant, c'est pas que je ne voulais pas le faire, mais j'étais peut-être moins connaissant de ça. J'ai une meilleure compréhension de la loi et une meilleure compréhension de mon rôle. Que ce soit au niveau opérationnel, au niveau psychologique, juridique, j'ai appris sur tous les points de vue. La connaissance juridique va faire en sorte que tu vas prendre plus le temps d'analyser la situation. Et quand tu as besoin de faire appliquer la P-38 ou pour exécuter une décision de la Commission des examens des troubles mentaux, tu n'as pas besoin de mandat d'entrée pour aller là, c'est une notion juridique que la formation RIC met au clair (Marc, RIC, 20 années d'expérience de patrouille).*

A sujet de la communication, nous avons remarqué, dans la section concernant les pratiques d'intervention générales, que la plupart des agents interviewés accordent une importance marquée à la communication lors des interactions avec des personnes en crise ou atteintes de troubles mentaux. Toutefois, les agents RIC, quant à eux, font part d'habiletés communicationnelles bonifiées par la formation. En effet, ils ont une communication persuasive, ils donnent des explications claires et directives, ils utilisent des mots simples, ils questionnent davantage, ils font de l'écoute active et ils respectent le rythme de la personne. Ce sont toutes des techniques de communication mises en valeur dans la formation.

Luc et Marie précisent également que la formation RIC met l'accent sur l'importance de documenter les interventions pour observer l'évolution de l'état d'une personne :

*En documentant, tu es capable de voir la gradation ou la détérioration de l'état de la personne. Avec les rapports, tu es capable de dire à la personne que tu connais son histoire même si c'est la première fois que tu la vois. Ton intervention va donc changer et tu peux plus facilement créer un lien de confiance. On documente dans le rapport et dans le système informatique dans nos auto-patrouilles pour laisser le plus de traces possible. Aujourd'hui, on documente beaucoup plus qu'avant. Avant on repartait à zéro à chaque fois parce qu'on ne documentait pas (Luc, RIC, 8 années d'expérience de patrouille).*

*L'importance du rapport complet et exact c'est aussi parce que les patients savent quoi dire aux médecins pour sortir rapidement de l'hôpital. En ayant le rapport policier, le médecin peut avoir notre version des faits. Ça vient compléter les infos sur l'évolution de l'état de la personne (Marie, RIC, 8 années d'expérience de patrouille).*

D'autre part, Luc ajoute que la documentation est aussi importante pour justifier le transport vers un centre hospitalier. Les rapports permettent aux policiers de savoir combien de transports ont été effectués pour la même personne et quels étaient les motifs. Ce faisant, ils sont davantage en mesure d'observer l'évolution de l'état de la personne avec des indices saillants :

*Chaque intervention doit être documentée pour ne pas qu'il y ait des transports pour rien et que la personne soit référée (Luc, RIC, 8 années d'expérience de patrouille).*

Puis, Marc et Marie affirment que la formation met en évidence le fonctionnement des services hospitaliers et l'importance de rendre accessibles les rapports policiers :

*La formation RIC a mise en lumière comment ça se passe du côté hospitalier. Je comprends mieux la dynamique et mon rôle là-dedans (Marc, RIC, 20 années d'expérience de patrouille).*

*Dans la formation, on rencontre des médecins et des intervenants, je comprends mieux maintenant leur côté et les raisons pourquoi*

*des fois les patients sont relâchés quelques heures après leur arrivée (Marie, RIC, 8 années d'expérience de patrouille).*

Notre participation à la formation en intervention de crise nous permet de confirmer ces propos. Une demi-journée est consacrée au fonctionnement des services d'urgence, à l'évaluation médicale et psychiatrique, à l'importance des informations collatérales et aux lois en vigueur concernant l'ordonnance d'examen psychiatrique et de traitement ainsi que les gardes préventives et en établissement. Ces informations permettent aux policiers de comprendre les actions posées par d'autres intervenants et la dynamique des autres services d'aide. Par le fait même, ils peuvent arrimer leurs pratiques d'intervention tout en respectant les mandats et pouvoirs de chacun.

Les agents RIC soulèvent aussi que la formation encourage fortement le partage de connaissances auprès de leur partenaire, et même de leur équipe. Ils ont appris que le principe de contagion était très important afin que tous interviennent selon des principes similaires :

*J'ai transmis ce que j'avais fait à la formation. J'ai dit à mon partenaire qu'on aurait une petite adaptation à faire, mais que ça serait pour le mieux et que nos interventions vont être meilleures avec ce que j'avais appris (Marie, RIC, 8 années d'expérience de patrouille).*

*J'ai un rôle de coaching auprès de mon partenaire, je vais aux rétroactions aussi, mais je le fais juste avec mon partenaire. C'est dans mon auto que ça se passe, avec mon partenaire. C'est pour ça qu'il doit y avoir une ouverture entre coéquipiers pour qu'on soit sur la même longueur d'onde et que sur les interventions on soit d'accord sur les démarches à faire (Jeanne, RIC, 8 ½ années d'expérience de patrouille).*

*Quand j'ai fini ma formation, j'ai tout de suite mis sur la table avec ma partenaire comment allait se passer les interventions avec ce monde-là à partir de maintenant. Ça n'a pas été long qu'elle travaillait comme moi. Le but, c'est de contaminer ma partenaire et assez que ma partenaire va contaminer d'autre monde aussi (Luc, RIC, 8 années d'expérience de patrouille).*

*On fait beaucoup de sensibilisation sur notre équipe. Tu prêches par l'exemple. Tu fais des bonnes interventions, ça augmente la crédibilité auprès de tes pairs. Le mot se passe, les agents se réfèrent à l'agent RIC. C'est comme ça que la contamination se fait. Notre équipe est vraiment contaminée. Quand on va sur des interventions avec les autres policiers de notre équipe on s'en rend compte en les écoutant parler (Luc, RIC, 8 années d'expérience de patrouille).*

Puis, les agents RIC soulignent un apprentissage qui les a particulièrement marqués. Il s'agit des principes d'endiguement. Les scénarios d'intervention ont permis aux agents RIC d'une part, d'apprendre ces principes, d'autre part, de comprendre l'importance de la sécurité lors des interventions en contexte de crise ou de santé mentale. Les notions d'endiguement, autrefois uniquement enseignées au GTI, ont été ajoutées en cours de route au cursus de la formation RIC. Les moniteurs ont jugé pertinents d'apprendre aux agents RIC des principes tactiques tels que le rapport temps-distance (la distance entre le suspect et le policier est sécuritaire au-delà de 21 pieds) et la règle du 1 + 1 (évaluer le suspect ou l'arme comme s'il y en avait deux c'est-à-dire un suspect est égal à deux suspects, une arme est égale à deux armes). Ces apprentissages leur ont permis de se conscientiser sur l'importance de leur sécurité ainsi que celle de leur partenaire dans ces interventions :

*Ce que la formation RIC a amené ce sont les principes tactiques liés à l'endiguement. Je sais maintenant comment mieux sécuriser les lieux et faire venir les unités spécialisées aux bons moments. Après la formation, j'ai eu une réelle prise de conscience sur ma sécurité et celle de ma partenaire. Avec le temps, je me suis conscientisé au fait d'utiliser le temps à notre avantage pour minimiser les risques. Si tu précipites une action et la personne meurt, non seulement tu es imputable, mais tu vis avec ça sur ta conscience pour le reste de ta vie. On doit se conscientiser à ça. Et même chose pour ton partenaire, tu ne voudrais pas que ça lui arrive non plus (Luc, RIC, 8 années d'expérience de patrouille).*

*Les deux jours avec le GTI qu'on a appris l'endiguement ont été vraiment pertinents. J'ai appris beaucoup avec les simulations d'intervention. Ça démontrait vraiment que c'est ma sécurité et celle de mon partenaire avant tout (Jeanne, RIC, 8 ½ années d'expérience de patrouille).*

À travers l'analyse du discours des agents RIC, nous constatons également qu'ils soulignent l'importance du temps dans les interventions en contexte de crise ou de santé mentale. Ils rapportent que la formation met en lumière l'influence du temps sur la qualité de l'intervention.

À cet effet, St-Yves et Veyrat (2011) ont souligné l'importance du temps dans les négociations en contexte de crise. Selon ces auteurs, la dimension temporelle permet au policier d'établir un rapport avec le sujet : « *Le temps permet d'établir un rapport avec la personne en détresse, de réduire l'anxiété et, par conséquent, d'induire un comportement plus rationnel chez elle.* » (St-Yves et Veyrat, 2011: 47). C'est cette même induction qui conduira ultimement à une reddition pacifique de la personne en crise. Ils renforcent en disant que le temps est toujours du côté des négociateurs et qu'il permet de perfectionner la stratégie d'intervention, d'analyser les changements dans le comportement, de déterminer les questions à poser et de solliciter les experts. Cette stratégie s'inscrit dans la première phase de l'approche SINCRO, précédemment cité dans les modèles de réponse policière spécialisée, dont le but consiste à établir et maintenir un contact avec la personne en crise par l'écoute active et le temps. Ces deux méthodes permettront la transition vers la deuxième et la troisième phase, c'est-à-dire la résolution du problème et la reddition (St-Yves et Veyrat, 2011). Le temps, utilisé pour amener la personne à un état plus calme et moins émotif, est un outil que les agents RIC considèrent précieux.

Les agents RIC admettent d'abord que les interventions menées par un agent formé en intervention de crise sont généralement plus longues :

*C'est plus long les interventions RIC parce qu'elles doivent être réglées de fond en comble et de la meilleure façon possible (Jeanne, RIC, 8 ½ années d'expérience de patrouille).*

*Une intervention RIC, ça peut prendre 3-4 heures. Ça peut être très long, mais c'est pour essayer de trouver la bonne façon, le bon piton, la bonne chose (Marie, RIC, 8 années d'expérience de patrouille).*

Ces passages recourent un segment de la revue de littérature sur la durée des interventions en contexte de crise. En effet, Canada et ses collaborateurs (2012) ont conduit une étude qualitative sur l'impact de la formation *CIT*. Ils ont entre autres trouvé que les agents formés en

intervention de crise s'accordaient le temps nécessaire pour terminer de façon appropriée ces appels et que, par le fait même, il y avait davantage de cas résolus sur scène que de cas transportés vers les services hospitaliers. Teller et ses collaborateurs (2006) ont trouvé, quant à eux, que les agents *CIT* rapportaient que prendre le temps nécessaire pour mieux référer et, conséquemment, régler le problème pouvait prévenir des urgences ultérieures.

Puis, les agents RIC remarquent une relation entre le temps et les interventions multiples pour la même personne ou pour le même problème. En effet, ils mentionnent que prendre le temps nécessaire va ultimement mener à une résolution plus efficace du problème, voire une résolution complète. Ceci est un élément qui les motive à approfondir davantage les interventions pour gagner du temps en bout de ligne:

*Tu t'en vas là-bas et au pire tu passes 2-3 heures avec pour aller au bout de l'intervention, mais tu vas sauver plus de temps en faisant ton 2-3 heures là que d'en faire comme 15 appels de 15 minutes. La personne va se sentir plus prise en charge aussi (Marie, RIC, 8 années d'expérience de patrouille).*

*La personne doit aller mieux à la fin de l'intervention. On a un rôle de protection, on doit s'assurer que tout se passe bien après une fois les policiers partis. Notre travail doit être complet pour ne pas revenir (Marc, RIC, 20 années d'expérience de patrouille).*

En somme, selon les dires des agents RIC, la formation apporte son lot d'avantages : meilleures habiletés communicationnelles, analyse de la situation approfondie, meilleures connaissances juridiques, plus grande compréhension du fonctionnement des services hospitaliers, importance de la documentation dans l'évolution de l'état mental d'une personne en crise et nécessité du partage de connaissances avec leur partenaire. Globalement, ils ont davantage confiance en leurs capacités et habiletés d'intervention auprès des personnes en crise ou atteintes de troubles grâce aux connaissances acquises dans la formation, ce qui correspond à de nombreux écrits qui ont examiné les retombées de la formation *CIT* sur les agents (Compton et Chien, 2008 ; Hanafi et coll., 2008 ; Ritter, Teller, Munetz et Bonfine, 2010 ; Canada et coll., 2012 ; Compton et coll., 2014). Puis, ils font également part de leur appréciation à l'égard des nouvelles connaissances acquises sur les notions d'endiguement ainsi que les principes de sécurité et ils

mentionnent que le temps représente une dimension très importante dans ces interventions. Les agents RIC prennent davantage de temps pour régler efficacement la situation depuis la formation. Ils reconnaissent que même s'il représente à la fois une contrainte exercée par le rendement, le temps a une influence considérable dans la résolution définitive des problèmes à l'origine des appels. Cette prise de conscience est davantage ancrée dans les pratiques depuis l'implantation de la formation. Enfin, nous remarquons que ces apprentissages pointent vers un changement dans les pratiques des agents RIC. Questionner davantage la personne, analyser en profondeur la situation, partager leurs savoirs avec leur partenaire et leur équipe, prendre le temps de transmettre leur rapport d'intervention aux services hospitaliers, porter une plus grande attention à leur sécurité ainsi qu'à celle de leur partenaire et prendre le temps nécessaire pour régler de façon efficace l'intervention sont tous des pratiques que les agents RIC ont nouvellement intégrées à leur stratégie d'intervention ou ont modifiées à la suite de la formation.

Nous avons ensuite invité les agents RIC à discuter des limites de la formation en intervention de crise.

### Les limites

Bien qu'elles soient beaucoup moins importantes que les apprentissages, la formation RIC possède tout de même quelques limites. Elles concernent principalement les pouvoirs et les capacités d'intervention des policiers.

Luc mentionne que sa formation en intervention de crise l'incite à vouloir aider un plus grand nombre de personnes dans le besoin :

*L'effet pervers de la formation, c'est que tu veux aider tout le monde, mais il faut que tu apprennes à responsabiliser les intervenants et les gens qui appellent. Le monde appelle la police pour se déresponsabiliser. On le remarque souvent avec les ordonnances de traitement. Je peux montrer à la famille comment faire, mais je ne vais pas le faire pour eux (Luc, RIC, 8 années d'expérience de patrouille).*



Jeanne, quant à elle, exprime qu'il y a tout de même de limites à ses actions en tant qu'agente RIC :

*Pour ma part, je suis bien contente d'avoir suivi la formation RIC et je pense que mes connaissances se sont améliorées. Mais je ne dirais pas que je suis spécialisée en santé mentale parce j'ai suivi une formation. La formation c'est une base de plus, mais je pense quand même qu'il y a des limites à ce qu'on peut faire avec ça. On n'est pas des psychologues, on n'est pas spécialisé en santé mentale, on est des répondants en intervention de crise (Jeanne, RIC, 8 ½ années d'expérience de patrouille).*

Puis, Marc souligne que la formation pourrait davantage développer les connaissances au sujet des différents troubles mentaux :

*J'ai appris beaucoup durant la formation. Mais j'aurais aimé peut-être que la formation nous montre un peu plus les différents troubles mentaux. Je comprends que c'est plus axé sur la sécurité dans les interventions, mais moi j'aurais aimé qu'on me montre, OK quand tu fais affaire avec tel problème, ben c'est ce type de personnalité là ou tel comportement ça ressemble à tel trouble mental. Peut-être que je devrais aller suivre un cours à l'université pour ça [rires] (Marc, RIC, 20 années d'expérience de patrouille).*

Enfin, Marie explique qu'il y a une méconnaissance des intervenants des autres services d'aide par rapport au travail des agents RIC et que, à cet effet, les autres intervenants devraient avoir une meilleure connaissance de leur mandat :

*Ok, le brassard fait rire les autres patrouilleurs. Mais le but du brassard c'est qu'on soit facilement identifiable sur le terrain. Ça me fait penser à quelque chose. Je pense que les responsables de la formation devraient aller montrer aux ambulanciers et au personnel des CH c'est quoi les agents RIC comme ça ils sauraient plus qui on est et c'est quoi le travail qu'on fait auprès des personnes en détresse. Je trouve qu'il y a un manque à ce niveau-là. On ne se fait pas toujours bien accueillir par le personnel hospitalier. J'ai l'impression parfois qu'ils ont une réticence à prendre nos informations ou à nous rencontrer (Marie, RIC, 8 années d'expérience de patrouille).*

Il va sans dire que ces limites ne sont pas insurmontables. Un des objectifs des mises à jour annuelles est justement de communiquer les lacunes aux responsables du projet afin que ceux-ci puissent faire des recommandations pour réviser la formation.

Dans la prochaine section, les partenaires des agents RIC expliquent les retombées indirectes de la formation en intervention de crise sur leur travail.

### **Les retombées indirectes de la formation en intervention de crise : ce que les partenaires en disent**

« *Ça me colle dessus. Même quand mon partenaire n'est pas là.* » (Manon)

Nous avons invité les partenaires à expliquer les retombées indirectes de la formation. De façon générale, ils citent des apprentissages similaires aux agents RIC. En effet, les partenaires font part de l'importance de la communication, du partage de connaissances, de la documentation et du temps. Toutefois, ils font des remarques intéressantes sur leur rôle dans la sécurité de leur partenaire.

Nicolas et Manon soulignent une contribution générale de la formation sur leur façon de travailler auprès de la clientèle en santé mentale :

*La formation va faire en sorte que les gens vont plus préconiser justement la parole et plus l'empathie, du moins une espèce de manipulation positive. La formation a montré à ma partenaire et à moi par défaut qu'il faut parler avec les gens, faire en sorte que les citoyens qui ont des problématiques de santé mentale vont comprendre que quand tu travailles avec la police, c'est correct, ça va bien, tu es là pour les aider. Ça fait aussi que tout le monde va travailler dans le même chemin (Nicolas, partenaire, 6 années d'expérience de patrouille).*

*Ça fait un an qu'on travaille ensemble et on ne s'est jamais battu en un an pis on est à Montréal-Nord pis ça brasse dans ce secteur-là. On explique très clairement ce qui va se passer avec des directives très claires, ce qu'on faisait beaucoup moins avant (Manon, partenaire, 16 années d'expérience de patrouille).*

En ce qui concerne le partage de connaissances, selon Manon, la formation RIC a le potentiel d'accroître les capacités d'intervention des autres collègues également :

*Dans la formation RIC, ils suggèrent, et même fortement, aux patrouilleurs d'aller propager la bonne nouvelle [rires]. Non, pour vrai, ils recommandent qu'après la formation, le RIC montre à son équipe ce qu'il a appris. Après, c'est de contaminer pour que les autres sachent quelles sont les ressources et une bonne connaissance de la loi. On envoie des courriels à nos coéquipiers avec des photos d'un tel pour dire c'est lui si vous tombez sur lui appelez l'UPS-J, ils vont le prendre en charge (Manon, partenaire, 16 années d'expérience de patrouille).*

Selon cette candidate, le principe de contagion est nécessaire afin qu'un plus grand nombre de policiers puissent jouir des apprentissages de la formation et, conséquemment, qu'un plus grand nombre de policiers interviennent dorénavant selon les principes des interventions en contexte de crise.

Au sujet de la documentation des interventions, Félix, pour sa part, rapporte qu'elle est importante pour avoir une continuité dans les interventions subséquentes alors que Manon soutient son utilité en ce qui a trait aux justifications des démarches entreprises :

*C'est important de documenter ce qu'on a fait et de rendre ça accessible aux autres. Si jamais on n'est pas là, mais au moins ils vont pouvoir continuer ce qui a été fait dans le bon chemin. Il va y avoir une continuité dans l'intervention (Félix, partenaire, 21 années d'expérience de patrouille).*

*Il faut documenter pour justifier nos actions dans les rapports. On écrit qu'on a épluché les différentes options, qu'on a essayé de parler et de convaincre de ne pas nous faire utiliser nos armes intermédiaires (Manon, partenaire, 16 années d'expérience de patrouille).*

Manon ajoute que la documentation sert également à évaluer la progression ou la régression de l'état mental d'une personne :

*Le concept de gradation dans le temps c'est très important parce que ça va te donner de bons indices. [La participante donne un exemple] : Si la personne parle toute seule lors de la deuxième intervention, mais elle ne le faisait pas la première fois qu'on est intervenu, ben là on voit une dégradation de l'état de la personne. Et l'inverse est aussi applicable. C'est en documentant qu'on va voir la gradation ou la dégradation de son état (Manon, partenaire, 16 années d'expérience de patrouille).*

Puis, Manon fait également un lien intéressant entre la documentation et la sécurité des policiers. En effet, elle rapporte que les interventions doivent être bien détaillées dans les rapports afin que tous les agents qui interviendront auprès de la même personne par la suite aient connaissance des informations recueillies antérieurement sur son état de santé :

*On documente aussi pour la sécurité des autres policiers. Si on va sur un appel de bruit, mais finalement ça adonne que la personne est schizophrène et que parfois elle ne prend pas ses médicaments ben c'est pertinent de savoir avant d'intervenir auprès d'elle qu'elle est peut-être plus imprévisible aujourd'hui parce qu'elle n'a pas pris ses pilules (Manon, partenaire, 16 années d'expérience de patrouille).*

Enfin, la documentation est une importante tâche du travail policier et les partenaires reconnaissent son utilité dans les démarches associées à l'intervention. Cet apprentissage est une force de la formation.

Puis, les trois partenaires interviewés soulignent que la formation met en lumière l'importance du temps dans ces interventions. Félix et Manon décrivent que le temps a une influence sur la qualité et la fréquence des interventions alors que Nicolas mentionne prendre plus de temps dans l'objectif de ne pas mettre sa sécurité en péril :

*L'utilisation du temps en notre faveur. La formation a amené la mentalité de prendre le temps pour ne plus y retourner ou y retourner moins souvent, régler l'appel comme il le faut, le référer comme il le faut. Si je réussis à résoudre le problème comme il le faut. Je le résous de façon définitive. On n'a plus de problème. C'est de prendre le temps, si on voit qu'on n'a pas assez d'éléments pour forcer un transport et que la personne aurait quand même besoin d'un suivi ou quelque chose. On doit prendre le temps d'aller*

*chercher les outils. Il y a-tu moyen d'avoir UPS-J qui vient évaluer si on n'a aucun élément pour forcer* (Manon, partenaire, 16 années d'expérience de patrouille).

*Le but c'est d'éviter qu'on soit obligé de revenir tout le temps* (Félix, partenaire, 21 années d'expérience de patrouille).

*S'il n'y a aucune menace, aucun danger, on va attendre et on va prendre le temps. Je ne vais pas mettre ma sécurité en danger parce que je suis pressé de terminer l'intervention* (Nicolas, partenaire, 6 années d'expérience de patrouille).

Enfin, les trois partenaires rapportent un apport considérable de la formation, c'est-à-dire la compréhension de leur rôle dans la sécurité de leur partenaire. En effet, bien qu'ils considèrent la sécurité des policiers comme ayant toujours été un aspect très important lors des interventions en contexte de crise ou de santé mentale, les partenaires y portent davantage attention depuis la formation :

*Ma manière d'intervenir a vraiment changé. Même si la personne est vraiment en crise, on va garder une distance, on va attendre qu'elle décompense et on va s'approcher une fois qu'elle sera calmée. C'est ma responsabilité, si c'est mon partenaire qui intervient, c'est ma responsabilité d'assurer sa sécurité. Je suis toujours son backup, je lui donne l'information des autres intervenants, je regarde son périmètre, sa distance, je lui dis quand il n'est plus sécuritaire, quand il faut qu'il recule. Je sais ce que j'ai à faire* (Manon, partenaire, 16 années d'expérience de patrouille).

*Quand on va sur des appels vulnérables, c'est souvent Marie qui intervient en premier parce qu'elle est RIC. On a établi que ma job, c'était de la garder safe. On faisait ça avant RIC, mais j'te dirais que maintenant je suis plus alerte, parce ma partenaire parle plus pour essayer de trouver une solution [rires]* (Nicolas, partenaire, 6 années d'expérience de patrouille).

*C'est d'établir une stratégie avec ton partenaire. Je pense que c'est le rôle du partenaire comme moi de veiller à la sécurité de l'agent RIC qui va peut-être se mettre plus vulnérable. C'est ça mon rôle quand mon partenaire intervient auprès d'une personne en crise* (Félix, partenaire, 21 années d'expérience de patrouille).

En somme, ces extraits démontrent que les apprentissages de la formation vont au-delà des agents formés en intervention de crise; les partenaires bénéficient également, de façon indirecte, des retombées. Les partenaires subissent aussi un changement dans leurs pratiques des suites de la formation. Dorénavant, similairement aux agents RIC, ils préconisent davantage la communication, partagent les connaissances acquises avec les autres collègues, documentent de façon plus approfondie les interventions, utilisent le temps en leur faveur et accordent une attention minutieuse à la sécurité de l'intervention et, particulièrement, à celle de leur partenaire. Par ailleurs, les résultats de l'étude conduite par Canada et coll. (2012) sur l'impact du programme *CIT* suggèrent que cette formation a la capacité de modifier non seulement les pratiques des agents formés, mais aussi celles des leurs partenaires, grâce à la diffusion que font les agents formés.

En guise de conclusion, nous discuterons des attentes formulées par les agents non formés à l'égard de la formation en intervention de crise.

### **Les attentes à l'égard de la formation en intervention de crise : ce que les agents non formés en disent**

« *J'espère apprendre de nouveaux outils qui vont me permettre d'être plus performant.* » (Hugo)

Nous avons demandé aux agents non formés de parler de leurs attentes envers la formation. Ils témoignent principalement d'attentes axées sur le développement d'outils et de compétences :

*Ça va venir nous donner des outils qu'on ne pense pas à aller chercher pour augmenter nos capacités à intervenir. C'est bon des nouvelles ressources. Je le prends comme un step de plus dans ma carrière, je le mets dans mon background (Lucie, en attente de la formation, 2 ½ années d'expérience de patrouille).*

*J'espère apprendre des connaissances à savoir quel genre de personnes à qui j'ai affaire. J'espère apprendre comment mieux tailler mon intervention avec les bonnes séquences. Et j'espère aussi pouvoir comprendre le jargon du langage des soins, pas juste policier (Thomas, en attente de la formation, 8 années d'expérience de patrouille).*

*J'imagine que les connaissances vont être meilleures. Une meilleure connaissance des définitions et des mots scientifiques. Le plus important pour moi ça va être de nuancer les interventions, avoir une meilleure analyse de la situation pour pouvoir prendre une décision éclairée, sans avoir à attendre après les services d'UPS-J. Je m'attends à être un outil supplémentaire, à place que ce soit UPS-j ou ÉSUP, ça va peut-être être moi, RIC. Peut-être qu'avec RIC, j'vais avoir d'autres outils de communications pour réussir à calmer la personne, peut-être la contrôler, en ayant les bons mots, les bonnes approches, peut-être que ça va me permettre de retarder le contrôle physique, l'emploi de la force. Je pense qu'avec le temps, les agents qui sont formés vont faire leur preuve sur le terrain. Si des agents font affaire à une personne en crise, ils vont peut-être dire approchez-moi agent RIC. Avant, c'était l'intervention, mais là, on a d'autres outils qu'on peut emmener qui sont peut-être plus proches et faciles (Jules, en attente de la formation, 14 années d'expérience de patrouille).*

*J'ai entendu dire qu'il y avait de l'endiguement. Moi c'est un peu ça qui m'a motivé à y aller. Je savais que c'est ce qui se fait au GTI. J'ai voulu en savoir plus sur ça pis en même temps, j'me suis dit que ça faisait du sens qu'ils nous apprennent ça en intervention de crise (Hugo, en attente de la formation, 8 années d'expérience de patrouille).*

*Il y a déjà quelques RIC dans mon secteur, donc j'ai déjà assisté à des interventions avec eux, j'ai vu un peu comment ils s'y prenaient au niveau de la communication. Pour ça, ça va. En formation, j'espère qu'on va apprendre à mieux évaluer le risque, mieux évaluer la situation au complet finalement et aussi au niveau du transport, savoir quand transporter ou pas (Noémie, en attente de la formation, 9 ½ années d'expérience de patrouille).*

Les agents non formés énoncent également quelques attentes au regard de leur responsabilité auprès de leur partenaire ou de leur équipe de travail à la suite de la formation :

*Je suis déjà agent d'information sur mon équipe, donc c'est sûr que je m'attends à devoir diffuser aux autres les connaissances pertinentes que j'aurai apprises en formation (Hugo, en attente de la formation, 8 années d'expérience de patrouille).*

*Je vais faire un topo de ce que j'ai appris avec mon partenaire, mais je ne me sens pas à l'aise de le faire avec toutes les équipes*

*de mon poste. Je n'ai pas beaucoup de date pis je suis dans un poste avec beaucoup de vieilles polices. Je ne vais pas dire que j'en connais plus que la police de 20 ans parce que je vais en avoir moins vu (Lucie, en attente de la formation, 2 ½ années d'expérience de patrouille).*

*Je m'attends aussi à avoir à faire de la diffusion pour que tout le monde puisse s'améliorer au lieu de faire comme dans le mode classique de police qu'on garde la connaissance dans notre petit patelin à nous autres (Thomas, en attente de la formation, 8 années d'expérience de patrouille).*

*Mon partenaire a pas beaucoup de date pi lui y'a super hâte parce que moi je l'ai préparé. J pense qu'il faut que le partenaire soit prêt à ça aussi parce que notre travail va changer un peu. Je m'attends à devoir faire un petit briefing sur c'était quoi la formation, qu'est-ce qui nous ont dit, comment moi je risque d'intervenir ou ce qu'on risque de modifier sur la façon qu'on avait d'intervenir pour qu'il comprenne aussi. Ça va être essentiellement du coaching (Noémie, en attente de la formation, 9 ½ années d'expérience de patrouille).*

*Ça pourrait être à l'occasion d'un rassemblement que je fais une petite présentation de qu'est-ce qui peuvent s'attendre de moi en tant qu'agent RIC. Je pourrai leur dire bon bien voici que ce peut faire pour vous sur le terrain, voici ce que ça m'a apporté (Jules, en attente de la formation, 14 années d'expérience de patrouille).*

Puis, plus spécifiquement, nous avons invité les agents non formés à exprimer leurs attentes à l'égard de la réduction des appels et des blessures grâce à la formation. Il n'y a pas de consensus au fait qu'une formation en intervention de crise pourrait réduire les appels et les opinions sont plutôt négatives à cet effet :

*Je ne pense pas que les appels vont réduire. C'est vraiment un problème complexe de société (Hugo, en attente de la formation, 8 années d'expérience de patrouille).*

*Je ne pense pas qu'il va y avoir un impact sur la réduction du nombre d'appels (Lucie, en attente de la formation, 2 ½ années d'expérience de patrouille).*



*J'aimerais ça voir dans le futur le nombre d'appels diminuer. Mais moi je vois plus au niveau des appels que les appels se terminent mieux, mieux pour les policiers, mieux pour la personne selon où il a de besoin d'être (Thomas, en attente de la formation, 8 années d'expérience de patrouille).*

*Je ne pense pas que ça va diminuer le nombre de fois que cette personne-là va appeler, je vais le voir, mais je ne pense pas que ça soit vers ça que c'est orienter la formation (Jules, en attente de la formation, 14 années d'expérience de patrouille).*

*Ça va être un travail de longue haleine, mais je pense que oui, ça va avoir une répercussion positive. Avec ÉSUP qui nous aide, les agents RIC qui en font une partie, UPS-J qui fait un suivi, je pense que tout ça mis en concert ensemble, oui à la longue. Ça va être sur du 5 à 10 ans que le service va être capable de l'évaluer (Noémie, en attente de la formation, 9 ½ années d'expérience de patrouille).*

D'autre part, en ce qui concerne la réduction des blessures, les propos des agents non formés sont plus favorables en ce sens :

*Je pense que oui. RIC va me donner d'autres outils, des outils de négociation et de verbalisation pour essayer de plus facilement convaincre des personnes perturbées de nous suivre plutôt que nous les forcer, en utilisant la force (Lucie, en attente de la formation, 2 ½ années d'expérience de patrouille).*

*Peut-être qu'avec RIC je vais avoir d'autres outils de communication pour réussir à faire calmer la personne, peut-être la contrôler, en ayant les bons mots, les bonnes approches, peut-être que ça va me permettre de retarder le contrôle physique, l'emploi de la force (Jules, en attente de la formation, 14 années d'expérience de patrouille).*

*Je pense que oui parce que RIC ça va nous donner des techniques pour intervenir, une façon différente d'évaluer la menace, d'évaluer le risque que ça soit pour notre propre sécurité ou celle de la personne (Noémie, en attente de la formation, 9 ½ années d'expérience de patrouille).*

À ce sujet, Dupont, Cochran et Bush (1999) cités dans Dupont et Cochran (2000), ont examiné si la formation *CIT* réduisait le taux de blessures des policiers lors des interventions en contexte de crise. Pour ce faire, ils ont évalué le taux de blessures des agents lors des appels impliquant une personne en crise trois années avant et après l'implantation de la formation. Ils ont trouvé que le taux avant la mise en œuvre du programme se situait à .035 blessures associées aux interventions en contexte de crise par 1000 évènements alors que le taux après était de .007 par 1000 évènements. Toutefois, ces données ne sont pas actuelles et cette facette de l'intervention mériterait certainement que l'on s'y attarde davantage. Selon Cross et ses collaborateurs (2014), il existe encore à ce jour peu d'études qui ont tenté de vérifier si la formation *CIT* était associée à la réduction des blessures des policiers et des personnes impliquées dans l'intervention.

Enfin, bien que les attentes des agents non formés par rapport à la réduction du nombre d'appels et de blessures grâce à la formation RIC soient divergentes, il n'en demeure pas moins qu'ils considèrent néanmoins une diminution des appels comme étant une possibilité et ils admettent qu'une réduction des blessures pourrait être observée à long terme.

En guise de conclusion, nous allons clore la discussion sur les résultats et faire le point sur l'ensemble de notre recherche.

---

---

## **CONCLUSION**

---

Rappelons que notre recherche consistait à sonder les perceptions des agents RIC, de leur partenaire fixe et des agents en attente de la formation afin de comprendre et de contraster leurs visions et leurs pratiques d'intervention en contexte de crise ou de santé mentale.

Plus précisément, nous souhaitions décrire, dans un premier temps, les pratiques d'intervention générales auprès des personnes en crise ou atteintes de troubles mentaux. Puis, dans un deuxième temps, nous désirions préciser les limites de la formation policière traditionnelle. Enfin, dans un troisième temps, nous voulions dégager les apprentissages, les limites et les retombées de la formation en intervention de crise ainsi que les attentes à l'égard de celle-ci. Pour ce faire, nous avons privilégié une approche qualitative dans l'objectif d'explorer en profondeur la réalité des sujets, selon le sens qu'ils accordent à leur expérience (Poupart, 1997).

Les écrits sur les modèles de réponse policière spécialisée, tels que ceux qui se sont intéressés au modèle *CIT*, sont de plus en plus nombreux, en raison d'un intérêt grandissant pour la problématique au cours des dernières années. Ces recherches ont fréquemment souligné les avantages de cette approche sur les résultats des interventions en contexte de crise ou de santé mentale. De fait, la revue de littérature disponible démontre la pertinence d'étudier les retombées sur les pratiques des policiers. Les auteurs qui ont exploré la perception des agents comme objet d'étude dans une démarche qualitative se sont notamment penchés sur la perception de l'impact du programme *CIT* sur le niveau de confiance des habiletés des policiers (Bonfine et coll., 2014) ainsi que sur la perception des policiers à l'égard des réponses spécialisées et traditionnelles (Sellers, Sullivan, Veysey et Shane, 2005).

Plusieurs auteurs s'accordent sur le fait qu'il y ait eu une augmentation importante de la fréquence des interactions entre les policiers et les personnes atteintes de troubles mentaux au cours des dernières décennies (Cordner, 2006 ; Coleman et Cotton, 2010b ; Canada et coll., 2012). En effet, dès l'ère de la désinstitutionnalisation des soins et des services psychiatriques vers la fin des années 1960, les personnes autrefois institutionnalisées se sont retrouvées parmi la population générale dépourvues de ressources et d'encadrement ce qui, par conséquent, a occasionné des rapports plus fréquents avec les policiers.

Par ailleurs, il a souvent été souligné dans la documentation que les interventions en contexte de crise ou de santé mentale sont particulières et complexes et requièrent à la fois un niveau supérieur de compréhension des crises humaines (Teplin et Pruett, 1992 ; cités dans Bonfine et coll., 2014). Les instances policières ont admis que ces interventions représentaient une part significative de leur travail et que la formation policière traditionnelle de même que les outils mis à leur disposition pour intervenir de façon conséquente sont limités (Engel et Silver, 2001 ; Teller et coll., 2006 ; Compton et Chien, 2008 ; Chappell et O'Brien, 2014).

En considération de ces enjeux et dans l'intérêt d'améliorer leur capacité d'agir, plusieurs forces policières à travers le monde se sont dotées de réponses spécialisées. L'approche la plus répandue et la plus documentée par le fait même est sans doute l'équipe d'intervention de crise (« *crisis intervention team* »), aussi appelée le modèle de Memphis (Cotton et Coleman, 2010). L'objectif de cette formation est d'améliorer la prise en charge des personnes par le biais d'un partenariat bien établi entre les systèmes de justice et de santé. Ces équipes sont mandatées pour intervenir en situation de crise. Concrètement, elles ont pour but d'améliorer la sécurité des interventions, d'accroître l'accès aux services de soins, de réduire la fréquence des interactions avec le système de justice et de réduire certains coûts associés à cette problématique, défrayés par les services de police (Reuland et coll., 2009).

Le SPVM s'est aussi doté d'un modèle de réponse policière spécialisée, inspiré par l'initiative *CIT*. Dès octobre 2013, les agents en réponse en intervention de crise ont fait leur arrivée sur la scène montréalaise. En pratique, ils sont appelés à intervenir auprès de personnes en crise ou atteintes de troubles mentaux en vue de désamorcer les situations et ils agissent également à titre de personnes-ressources en offrant un soutien opérationnel à leurs collègues. Il nous a semblé pertinent de se questionner sur l'initiative RIC afin de mieux comprendre les pratiques d'intervention auprès de cette clientèle et les retombées sur le travail des policiers du SPVM.

D'autre part, peu de recherches portant sur les modèles de réponse policière spécialisée en intervention de crise ont tenté d'approfondir, dans une démarche qualitative employant des entretiens à tendance semi-directive, les perceptions de différents groupes d'agents sur leurs

pratiques dans le but de contraster les visions et les façons de faire de chacun. Ceci nous a donc menés à nous interroger sur cette problématique.

Nous avons conduit des 12 entrevues à tendance semi-directives auprès d'agents du SPVM dans l'objectif de recueillir leurs perceptions, leurs opinions et leurs représentations des interventions auprès des personnes en crise ou atteintes de troubles mentaux ainsi que leurs expériences lors des interactions avec cette clientèle. Les entrevues nous ont permis d'obtenir des informations très riches et empreintes du milieu policier parfois difficile à saisir d'un point de vue externe.

En ce qui concerne la contribution générale de notre étude, nous avons sondé trois groupes de policiers avec des expertises différentes dans l'objectif de comprendre et de contraster leurs visions et leurs pratiques d'intervention en contexte de crise ou de santé mentale, ce qui n'avait pas été réalisé jusqu'à ce jour sous cet angle. Chaque groupe avait le potentiel d'apporter des précisions différentes, ce qui est intéressant du point de vue qualitatif. Notre projet de recherche a permis entre autres de faire le point sur les apprentissages, les limites et les retombées indirectes de la formation en intervention de crise ainsi que les attentes à l'égard de celle-ci.

Dans un premier temps, nous avons dégagé les pratiques d'intervention générales des policiers à l'étude auprès des personnes en crise ou atteintes de troubles mentaux. L'objectif de décrire ces pratiques était de mettre en lumière le contexte dans lequel ces interventions se produisent. Nous avons circonscrit trois thèmes à la suite de l'analyse des discours : la relation d'aide, l'emploi de la force et le partenariat avec l'équipe UPS-J et l'ÉSUP. Les participants ont d'abord rapporté que leurs pratiques d'intervention dans un contexte de crise ou de santé mentale sont davantage ancrées dans une perspective de relation d'aide. Ils ont fait part de techniques d'écoute et de communication ainsi que de liens de confiance comme éléments clés pour réussir ces interventions. Puis, les agents ont souligné que la communication repousse le moment de recourir à la force, ce qu'ils jugent comme une option gagnante.

À cet effet, nous avons remarqué que les participants considèrent l'usage de la force comme n'étant pas la meilleure stratégie d'intervention auprès des personnes en crise ou atteinte de troubles mentaux et que la réaction de celles-ci à cet égard est souvent négative. Il y a toutefois,

selon les agents RIC, certaines situations qui les motivent davantage à utiliser la force, notamment lorsque la sécurité de la personne ou d'autrui est en péril. Néanmoins, ils ont souligné que l'emploi de la force avait des conséquences sur les interventions et les démarches ultérieures. Les agents en attente de la formation, quant à eux, ont révélé que leurs limites communicationnelles justifient davantage leur motivation à employer la force. Nous constatons une différence voulant que les agents RIC et les agents non formés aient des motifs différents en ce qui a trait au moment où ils recourent à la force dans un contexte de crise ou de santé mentale.

Les policiers interviewés ont aussi mentionné le recours aux intervenants en santé mentale comme étant une pratique d'intervention générale. Ils ont admis être favorables à l'égard de ces ressources. Ils les considèrent comme une option supplémentaire et comme un moyen de générer de l'information. C'est un soutien qui leur donne une vision différente de l'intervention et qui leur offre une approche plus axée sur la résolution de problèmes. Puis, les participants ont aussi soutenu que le partenariat avec les intervenants d'UPS-J et d'ÉSUP permet d'enlever une charge de travail, ce dont ils sont grandement reconnaissants.

Cela dit, la description des pratiques d'intervention générales est intéressante puisqu'elle met en valeur des façons de faire spécifiques à la clientèle en santé mentale. De ce fait, nous sommes à même de constater des particularités dans les interventions en contexte de crise ou de santé mentale telles que la relation d'aide et le recours aux intervenants. Ces spécificités justifient davantage le besoin d'avoir une réponse policière ciblée.

Puis, les participants ont émis des remarques générales sur le déroulement et la fréquence des interventions. De façon générale, ils ont fait part d'une fréquence relativement élevée d'interactions entre les agents et les personnes en crise ou atteintes de troubles mentaux. Puis, ils ont admis qu'elle se traduit aussi par une répétition du travail auprès des mêmes personnes. Les policiers interviewés ont également souligné plusieurs facteurs pouvant faire varier le déroulement des interventions, tels que, le contact, le niveau d'urgence, l'état de la personne ainsi que la personnalité, l'expérience et l'intérêt des policiers.

La fréquence et le déroulement des interventions sont pertinents, car ils nous donnent un aperçu sur la récurrence des interactions entre les policiers et les personnes en crise ou atteintes de troubles mentaux. Ces données nous permettent de comprendre que les interventions auprès de cette clientèle ont une part significative dans le travail des policiers et que chacune d'entre elles est différente. Elles justifient également l'utilité d'avoir une réponse policière spécialisée.

En cours d'analyse, nous avons constaté que les policiers plus expérimentés ont commenté les pratiques d'intervention et la mentalité des agents à l'époque par rapport à cette problématique. Ils ont expliqué que peu importe le type de crise auquel ils faisaient face, dès qu'une personne évoquait des propos suicidaires, un transport vers un centre hospitalier était effectué. L'évaluation du danger et de la nécessité de transporter n'était pas fréquemment réalisée. Ils ont également raconté que les ressources en santé mentale n'étaient pas connues ni utilisées. Ces propos relatés par les « vieilles polices » ont démontré une grande lacune dans les techniques policières dites traditionnelles. Ces passages rappellent un changement associé à l'évolution des mandats du SPVM et un changement de mentalité à la suite de la formation. D'une part, les policiers plus expérimentés sont davantage conscientisés à cette problématique, car ils sont plus fréquemment confrontés à cette clientèle dans leur travail quotidien. D'autre part, les connaissances mises en valeur par la formation RIC, notamment en ce qui a trait aux critères du danger grave et immédiat, aux ressources disponibles et aux lois, permettent dorénavant aux agents d'adapter leurs pratiques d'intervention aux spécificités de la clientèle en santé mentale. Cette adaptation en soi est un changement de mentalité occasionné par la formation en intervention de crise.

Dans un deuxième temps, nous avons décrit les limites de la formation policière traditionnelle qui restreignent le travail auprès des personnes en crise ou atteintes de troubles mentaux. Nous avons soulevé deux limites principales dans le discours des candidats. De manière générale, ils ont admis que la formation traditionnelle avait des lacunes sur le plan des connaissances en matière de santé mentale et que les outils étaient mal adaptés aux interventions en contexte de crise. Puis, les policiers ont également souligné leur limite relativement à l'évaluation du danger grave et immédiat de l'état mental de la personne en crise. De ce fait, ils ont rappelé



l'importance du rôle des intervenants en santé mentale pour réaliser une analyse plus complète de la dangerosité et déterminer le besoin associé au transport.

Par ailleurs, en ayant connaissance des limites de la formation traditionnelle en ce qui a trait aux interventions en contexte de crise ou de santé mentale, les écoles de police et les formateurs à l'interne des services de police seraient davantage en mesure de cibler les besoins en la matière et adapter leur matériel en fonction de ceux-ci pour mieux préparer les agents.

Dans un troisième temps, nous avons fait une synthèse des perceptions des policiers à l'égard de la formation RIC. Nous avons invité les trois groupes à discuter de points spécifiques : les agents RIC ont décrit les apprentissages et les limites de la formation, les partenaires ont expliqué les retombées indirectes et les agents non formés ont fait part de leurs attentes à l'égard de la formation.

D'abord, les agents RIC ont soulevé plusieurs contributions de la formation qu'ils mettent dorénavant en pratique, notamment une compréhension plus globale de la problématique de santé mentale, de meilleures habiletés communicationnelles, une analyse plus approfondie de la situation, de plus grandes connaissances juridiques, une compréhension du fonctionnement des services hospitaliers ainsi qu'une attention particulière pour le partage de savoirs et les principes d'endiguement. Ils ont également reconnu l'importance de la documentation dans l'évolution de l'état mental d'une personne. Puis, à travers nos analyses, nous avons constaté que la formation met en lumière l'importance du rôle du temps dans la conduite de ces interventions. En effet, selon les agents RIC, la dimension temporelle est un aspect déterminant dans la résolution définitive de la problématique. Bref, les apprentissages décrits par les agents RIC démontrent un changement dans leurs pratiques. Aussi, les idées centrales de la formation que nous avons observées lors de notre participation se retrouvent dans leur discours. Ainsi, nous constatons que les notions enseignées dans la formation sont concrètement mises en application sur le terrain. Puis, les agents RIC ont souligné certaines limites de la formation; elles concernent principalement leur pouvoir et leurs capacités d'intervention.

Les partenaires, quant à eux, ont fait part des retombées indirectes de la formation en intervention de crise sur leur travail. De manière générale, ils ont cité des apports similaires aux apprentissages des agents RIC. En effet, les partenaires ont eux aussi expliqué l'importance de la communication, du partage de connaissances, de la documentation et du temps. Toutefois, ils ont fait des remarques particulières sur leur rôle dans la sécurité de leur partenaire. Ils ont admis que leur partenaire RIC peut se rendre plus vulnérable lors des interventions en contexte de crise ou de santé mentale. À cet effet, les partenaires des agents RIC portent davantage attention à cet enjeu depuis la formation. Ils ont souligné à cet égard un changement dans leurs pratiques d'intervention.

Compte tenu de ce qui précède, chacun de ces apprentissages acquis dans la formation RIC ou de façon indirecte a le potentiel d'améliorer la réponse policière et les capacités d'agir des agents. Par exemple, les habiletés communicationnelles peuvent repousser le recours à la force, l'analyse plus approfondie de la situation peut réduire le nombre de transports forcés, la documentation peut permettre de voir une progression ou une régression de l'état mental d'une personne et les principes d'endiguement peuvent diminuer le nombre de blessures. Nous remarquons que ces apprentissages, maintenant bien ancrés dans les pratiques, augmentent la confiance des agents envers leurs habiletés d'intervention et, par le fait même, le résultat des interactions est davantage positif.

Enfin, nous avons également recueilli les attentes des policiers non formés à l'égard de la formation. Ils ont principalement témoigné d'attentes relatives au développement d'outils et de compétences ainsi qu'à leur responsabilité au sujet du partage de connaissances avec leur partenaire et les autres collègues. Puis, nous leur avons demandé plus spécifiquement quelles étaient leurs attentes à l'égard de la réduction des appels et des blessures grâce à la formation en intervention de crise. À cet effet, les perceptions tendent à être discordantes. Il n'y a pas d'accord sur le fait qu'une formation en intervention de crise pourrait réduire les appels impliquant une personne en crise ou atteinte de troubles mentaux. Toutefois, concernant les blessures, certains agents non formés s'accordent pour dire qu'une réduction des blessures lors des interventions pourrait être observée à long terme.

Notre participation à la semaine de formation nous permet de confirmer que les attentes des agents non formés seront adressées. D'une part, ils auront connaissance des grandes caractéristiques des maladies mentales ainsi que des aspects juridiques et des principes d'intervention. De plus, ils apprendront les principes d'endiguement et les mettront en pratique lors de scénarios. Ils feront également la rencontre d'intervenants et de professionnels du réseau de la santé ainsi que de personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale, ce qui leur permettra de comprendre la dynamique d'un autre point de vue. D'autre part, les moniteurs de la formation mettront l'accent sur d'autres aspects tels que la pertinence du partage des connaissances auprès de son partenaire et des autres collègues ainsi que l'importance de faire connaître son savoir.

En somme, à la lumière de nos résultats, nous soutenons que la formation RIC du SPVM est un succès, d'une part, parce qu'elle a apporté un lot d'apprentissages et de retombées indirectes, d'autre part, parce qu'elle a amorcé un changement de mentalité et, par conséquent, un changement dans les pratiques d'intervention en contexte de crise ou de santé mentale des agents interviewés. Bien que notre échantillon de recherche soit petit, nous croyons que la formation a le potentiel de modifier les pratiques d'un plus grand nombre de policiers lorsqu'elle aura établi sa viabilité auprès de tous les policiers du service.

Afin que l'implantation d'une réponse policière spécialisée en intervention de crise soit une réussite et que le programme soit viable, les quatre objectifs fondamentaux de l'approche *CIT* doivent être bien ancrés dans le nouveau modèle. À travers notre recherche, nous avons constaté que chacun de ces objectifs a été adapté aux réalités du SPVM.

D'abord, la formation avancée ciblait des agents volontaires avec une certaine expérience de patrouille sur le terrain. Parmi les candidats interviewés, tous les agents RIC s'étaient engagés volontairement alors que quatre parmi les agents non formés l'étaient, ce qui représente huit personnes sur neuf dont la participation à la formation était volontaire. Tous les candidats volontaires ont rapporté avoir un intérêt particulier pour cette problématique. Cette composante est très importante selon les principes de l'approche *CIT*, car elle permet d'avoir des agents engagés qui ont une volonté à travailler avec la clientèle en santé mentale. Bien qu'elle soit

indispensable au modèle, la participation volontaire peut toutefois représenter un biais de sélection des candidats dans les études. En effet, les agents désirant suivre la formation ont cette clientèle à cœur et donc, vont naturellement approfondir et modifier leur démarche d'intervention.

Ensuite, en regard de la nécessité d'apporter une réponse immédiate, le SPVM a déployé des policiers de première ligne toujours disposés à répondre aux appels de cette nature. Aussi, le service a élaboré des codes spécifiques pour identifier les agents RIC de façon à répondre plus rapidement à ces types d'appels. Puis, en ce qui concerne le troisième objectif fondamental du modèle *CIT*, c'est-à-dire l'amélioration de la sécurité des policiers et des personnes impliquées dans l'intervention, le service a mis de l'avant des techniques de communication et des principes de sécurité, tels que l'endiguement afin d'améliorer les habiletés des policiers à désamorcer une crise et de retarder le recours à la force. Par ailleurs, le service a jugé approprié d'enseigner les principes d'endiguement à tous les patrouilleurs du SPVM prochainement. Enfin, par l'entremise de la formation, le SPVM a renforcé les références vers les soins appropriés en mettant en lumière les différents services disponibles dans le but de détourner les personnes en crise ou atteintes de troubles mentaux du système judiciaire.

Sur le plan de la formation, le SPVM a proposé un curriculum qui intègre à la fois des cours magistraux, des jeux de rôles, des exercices d'apprentissage, des scénarios d'intervention ainsi que des séminaires avec des professionnels du secteur de la santé et des personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale. De plus, comme le suggère l'approche *CIT*, le service a sélectionné des formateurs crédibles qui ont intérêt marqué pour la problématique et une expérience pertinente en matière de santé mentale. Le choix des moniteurs est très important dans la mesure où il a un grand impact sur le transfert de connaissances et d'apprentissages. Ces composantes en sont d'autres qui contribuent grandement au succès de la formation RIC.

Bref, la formation en intervention de crise du SPVM véhicule des valeurs qui prônent le changement, ce qui est plutôt difficile dans le milieu policier. Dans un tout, elle est dorénavant une réponse policière locale qui s'inscrit dans une philosophie de prise en charge et de résolution de problèmes.

## LIMITES ET PISTES DE RECHERCHE

Notre étude comporte certaines limites qui méritent d'être soulignées. D'abord, tel que nous l'avons soulevés dans le chapitre décrivant la méthodologie, les résultats obtenus dans le cadre de cette recherche par le biais des entrevues auprès de policiers du SPVM ne reflètent que les perceptions et les opinions de ce petit nombre d'agents. Ceci dit, d'autres méthodes de recherche seraient nécessaires afin d'évaluer à quel point ces résultats sont le reflet de l'ensemble de cette population. Puis, forcément, une seconde limite réside dans le fait que notre recherche a été conduite une année après la mise en œuvre de la formation. Ce faisant, il est possible que ces pratiques d'intervention continuent de progresser pour s'adapter à l'évolution constante des populations desservies et que nos résultats, en raison de la courte durée qui sépare l'implantation et notre étude, permettent uniquement de rendre compte des changements à court terme.

Enfin, cette recherche nous a permis de mieux comprendre les visions et les pratiques d'intervention en contexte de crise ou de santé mentale des policiers du SPVM. Il serait pertinent de poursuivre la recherche sur ces pratiques puisque c'est une problématique en constante évolution. Par exemple, dans une approche quantitative, les rapports d'évènement policiers pourraient s'avérer un choix judicieux pour déterminer s'il existe une différence entre les agents RIC et les agents sans formation dans les démarches entreprises au cours d'une intervention ainsi que les résultats qui en découlent. Les résultats obtenus dans le cadre de notre recherche pourraient venir compléter cette étude. De même, il serait pertinent de vérifier, dans une perspective à long terme, si la formation RIC a des effets sur le déplacement des policiers, autrement dit sur la réponse policière, ainsi que sur la prise en charge des personnes en crise ou atteintes de troubles mentaux. Il serait intéressant d'examiner s'il y a un lien entre une meilleure prise en charge de ces personnes et une diminution du nombre d'appels logés au SPVM et, par le fait même, une réduction des déplacements des policiers. À cet égard, il serait également pertinent de vérifier si le recours à des agents formés en intervention de crise entraînerait une diminution des coûts encourus par le SPVM associés aux déplacements réduits des policiers.

Tout compte fait, au regard de ce que les participants ont relaté, nous concluons que du temps sera requis afin que les agents RIC démontrent la viabilité du programme. Par leur qualité d'intervention, leurs connaissances et leur soutien, ils arriveront à créer une ouverture à l'égard de ce modèle d'intervention. Quoi qu'il en soit, les perceptions et les opinions recueillies au moyen des entrevues sont, dans l'ensemble, favorables à l'application des principes d'intervention de crise. De plus, la documentation sur les *CIT* a maintes fois avancé des résultats positifs associés à ce modèle de réponse policière spécialisée. La formation RIC du SPVM s'inscrit dorénavant dans les initiatives policières innovatrices qui souhaitent avoir une réponse policière proactive, une méthodologie de travail adaptée et une plus grande capacité d'agir de ses agents.

---

---

## ANNEXES

---

## Annexe 1

Bonjour,

Je suis étudiante à la maîtrise en criminologie à l'Université de Montréal. Mon projet de mémoire porte sur les agents RIC du Service de police de la Ville de Montréal.

Je vous sollicite pour participer à un entretien d'environ une heure au cours duquel vous êtes convié à parler de votre expérience lors des interventions impliquant des personnes en crise ou atteintes de troubles mentaux. L'entretien se tiendra sur votre lieu de travail pendant les heures de travail.

Je dois rencontrer trois groupes d'agents patrouilleurs avant la fin décembre 2014 :

- des agents RIC ayant reçu la formation à l'automne 2013 ou à l'hiver 2014;
- des partenaires fixes d'agents RIC;
- des agents patrouilleurs en attente de la formation inscrits dans la 2e ou la 3e cohorte de l'automne 2014.

L'objectif général de mon projet consiste à sonder les perceptions des agents RIC, de leur partenaire fixe et des agents en attente de la formation dans l'objectif de comprendre et de contraster leurs visions et leurs pratiques d'interventions en contexte de crise ou de santé mentale.

Toutes les données recueillies dans le cadre de cette recherche demeureront confidentielles et anonymes. Seules les personnes autorisées c'est-à-dire la chercheuse et le directeur de mémoire auront accès aux enregistrements, aux notes prises en cours d'entretien ainsi qu'aux verbatim de ces entretiens. J'ai de plus obtenu toutes les autorisations nécessaires du SPVM pour vous rencontrer.

Pour fixer un rendez-vous, veuillez communiquer avec moi.

Merci de votre collaboration.

Michaëlle Ravary

██  
██



## Annexe 2

### RÉPARTITION DE L'ÉCHANTILLON

<b>Critère d'homogénéisation</b>	Agent de première ligne		
<b>Diversification interne</b>	Statut	Agent RIC	4
		Partenaire fixe d'un agent RIC	3
		Agent en attente de la formation	5
<b>Diversification externe</b>	Genre	Homme	7
		Femme	5
	Nombre d'années d'expérience de patrouille	Moins de 10 ans	7
		Plus de 10 ans	5
	Expérience antérieure auprès de personnes en crise ou atteintes de troubles mentaux	a) Oui	12
		b) Aucune	0
	Type de formation	a) Formation RIC	4
		b) En attente de la formation ou sans formation	8

## Annexe 3

### FICHE SIGNALÉTIQUE DES PARTICIPANTS

Numéro de l'entrevue :

Participant :

<b>Variables sociodémographiques</b>	
Dresser un portrait sociodémographique des répondants Anonymat préservé	
Genre	
Âge	
Origine ethnique	
Lieu de résidence	

<b>Variables stratégiques</b>	
Relatives à l'objet d'étude	
Emploi occupé actuellement	
Lieu (PDQ)	
Section/escouade (s'il y a lieu)	
Années d'expérience en tant qu'agent policier	
Nombre d'interventions auprès de personnes mentalement perturbées ou en crise (approximatif jour/semaine)	
Trajectoire professionnelle (rangs supérieurs)	
Scolarité	
Formation professionnelle (à l'interne)	

## **Annexe 4**

### **GRILLE D'ENTREVUE**

#### **OBJECTIF GÉNÉRAL DE RECHERCHE**

Sonder les perceptions des agents RIC, de leur partenaire fixe et des agents en attente de la formation dans l'objectif de comprendre et de contraster leurs visions et leurs pratiques d'intervention en contexte de crise ou de santé mentale.

#### **OBJECTIFS SPÉCIFIQUES**

- 1. DÉCRIRE LES PRATIQUES D'INTERVENTION POLICIÈRE À L'ÉGARD DES PCATM**
  - Décrire les pratiques d'intervention générales, le déroulement et la fréquence
- 2. PRÉCISER LES LIMITES DE LA FORMATION POLICIÈRE TRADITIONNELLE**
  - Tous les agents interviewés : décrire les limites et comment celles-ci restreignent leur travail auprès des PCATM
- 3. SYNTHÉTISER LES PERCEPTIONS DES POLICIERS À L'ÉGARD DE LA FORMATION RIC**
  - Agent RIC : décrire les apprentissages et les limites de la formation RIC + changements perçus dans leurs pratiques
  - Partenaire : illustrer les retombées indirectes de la formation + changements perçus dans leurs pratiques
  - Agent en attente de la formation : établir les attentes à l'égard de la formation en intervention de crise

#### **ÉLÉMENTS DU CONTEXTE D'ENTRETIEN**

- Numéro de l'entrevue :
- Nom et prénom du participant :
- Fonction et durée de la fonction :
- Date et heure de l'entrevue :
- Lieu de l'entrevue (PDQ) :
- Durée de l'entrevue :

#### **QUESTION DE DÉPART**

*Pourriez-vous me parler du rôle et du travail des policiers auprès des personnes en crise ou atteintes de troubles mentaux?*

## Annexe 5

### FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

**Titre de la recherche :** *Les pratiques d'intervention policières auprès de personnes en crise ou atteintes de troubles mentaux : le cas des agents de réponse en intervention de crise (RIC) du Service de police de la Ville de Montréal*

**Chercheuse :** Michaëlle Ravary, étudiante à la maîtrise, École de Criminologie, Université de Montréal

**Directeur de recherche :** Rémi Boivin, professeur adjoint, École de Criminologie, Université de Montréal

#### A) RENSEIGNEMENTS AUX PARTICIPANTS

##### 1. Objectifs de la recherche

Ce projet de recherche vise à sonder les perceptions des agents RIC, de leur partenaire fixe et des agents en attente de la formation dans l'objectif de comprendre et de contraster leurs visions et leurs pratiques d'intervention en contexte de crise ou de santé mentale.

##### 2. Participation à la recherche

Votre participation à ce projet consiste à rencontrer l'agent de recherche pour une entrevue d'environ une heure où vous discuterez des pratiques policières en ce qui a trait aux interventions auprès des personnes en crise ou atteintes de troubles mentaux. Cette entrevue sera enregistrée, avec votre autorisation, sur support audio afin d'en faciliter la transcription. Cette rencontre se tiendra dans les bureaux du SPVM, à un moment de votre choix, convenu avec l'agent de recherche.

##### 3. Confidentialité et diffusion des informations

Les renseignements personnels que vous nous donnerez demeureront confidentiels. Chaque participant à la recherche se verra attribuer un prénom fictif et seules la chercheuse principale et/ou la personne mandatée à cet effet auront la liste des participants et des prénoms fictifs qui leur auront été attribués. De plus, les données seront conservées dans un classeur sous clé situé dans un bureau fermé et, le cas échéant, dans un fichier électronique protégé par un code d'accès. Aucune information permettant de vous identifier d'une façon ou d'une autre ne sera publiée. Les enregistrements seront transcrits et seront détruits sept ans après la fin du projet; seules les données ne permettant pas de vous identifier pourront être conservées après cette date, le temps nécessaire à leur utilisation dans le cadre de cette recherche.

##### 4. Avantages et inconvénients

En participant à cette recherche, vous pourrez contribuer à une meilleure compréhension des pratiques policières en ce qui concerne les interventions auprès des personnes en crise ou atteintes de troubles mentaux. En raison du lieu où se déroulent les entrevues, votre participation au projet de recherche pourrait être connue de vos pairs. De plus, il est possible que certaines

questions puissent raviver des souvenirs liés à une expérience désagréable. Vous pourrez à tout moment refuser de répondre à une question ou même mettre fin à l'entrevue.

### 5. Droit de retrait

Votre participation à ce projet est entièrement volontaire. Vous êtes libre de vous retirer en tout temps, sur simple avis verbal, sans préjudice et sans devoir justifier votre décision. Si vous décidez de vous retirer de la recherche après l'entrevue, vous pouvez communiquer avec les chercheurs, au numéro de téléphone indiqué ci-dessous. À votre demande, les renseignements qui auront été recueillis jusqu'au moment de votre retrait pourront aussi être détruits.

### 6. Indemnité

Aucune compensation financière ne sera versée pour votre participation à la présente recherche.

## B) CONSENTEMENT

Je déclare avoir pris connaissance des informations ci-dessus, avoir obtenu les réponses à mes questions sur ma participation à la recherche et comprendre le but, la nature, les avantages, les risques et les inconvénients de cette recherche.

Après réflexion, je consens librement à prendre part à cette recherche. Je sais que je peux me retirer en tout temps sans préjudice et sans devoir justifier ma décision.

	Oui	Non
Je consens à ce que l'entrevue soit enregistrée :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Signature : _____	Date : _____	
Nom : _____	Prénom : _____	

Je déclare avoir expliqué le but, la nature, les avantages, les risques et les inconvénients de l'étude et avoir répondu au meilleur de ma connaissance aux questions posées.

Signature du chercheur : _____	Date : _____
Nom : _____	Prénom : _____

Pour toute question relative à l'étude, ou pour vous retirer de la recherche, veuillez communiquer avec Michaëlle Ravary, étudiante à la maîtrise en criminologie, au numéro de téléphone [REDACTED] ou à l'adresse courriel [REDACTED].

Toute plainte relative à votre participation à cette recherche peut être adressée à l'ombudsman de l'Université de Montréal au numéro de téléphone [REDACTED] ou à l'adresse courriel [REDACTED] (l'ombudsman accepte les appels à frais virés).

---

---

## **BIBLIOGRAPHIE**

---

- Agence de la santé publique du Canada. (2015). Rapport du système canadien de surveillance des maladies chroniques : les maladies mentales au Canada, 2015 (pp. 1-45). Ottawa: Agence de la santé publique du Canada.
- Aktouf, O. (1987). *Méthodologie des sciences sociales et approche qualitative des organisations. Une introduction à la démarche classique et une critique*. Montréal: Les Presses de l'Université du Québec.
- Arruda, M. (2010). L'intervention auprès des personnes ayant un problème de santé mentale: répercussions sur le travail des policiers. In Intersection (Ed.), *Bulletin d'information et de liaison sur la police de type communautaire* (pp. 9-10). Québec: Ministère de la sécurité publique.
- Bahora, M., Hanafi, S., Chien, V. H. et Compton, M. T. (2008). Preliminary Evidence of Effects of Crisis Intervention Team Training on Self-Efficacy and Social Distance. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 35(3), 159-167.
- Baribeau, C. (2009). Analyse des données des entretiens de groupe. *Recherches qualitatives*, 28(1), 133-148.
- Bazeley, P. et Richards, L. (2000). *The Nvivo Qualitative Project Book*. London, England: SAGE Publications, Ltd.
- Beaud, S. et Weber, F. (2010). *Guide d'enquête de terrain : produire et analyser des données ethnographiques* (4e ed.). Paris: La Découverte.
- Billette, I. (2016). [Implantation de la formation RIC].
- Billette, I. et Arruda, M. (2013). L'intervention policière auprès de personnes mentalement perturbées ou en crise : Plan d'action stratégique en matière de santé mentale 2013-2015 (pp. 1-22). Montréal: Service de police de la Ville de Montréal.
- Bittner, E. (1967). Police Discretion in Emergency Apprehension of Mentally Ill Persons. *Social Problems*, 14(3), 278-292.
- Blanchet, A. et Gotman, A. (2014). *L'enquête et ses méthodes : l'entretien* (2e édition ed.). Paris: Armand Colin.
- Bonfine, N., Ritter, C. et Munetz, M. R. (2014). Police officer perceptions of the impact of Crisis Intervention Team (CIT) programs. *International Journal of Law and Psychiatry*, 37(4), 341-350.
- Borum, R. (2000). Improving high risk encounters between people with mental illness and police. *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 28(3), 332-337.
- Borum, R., Deane, M. W., Steadman, H. J. et Morrissey, J. (1998). Police Perspectives on Responding to Mentally Ill People in Crisis : Perceptions of Program Effectiveness. *Behavioral Sciences and the Law*, 16, 393-405.
- Brink, J., Livingston, J., Desmarais, S., Greaves, C., Michala, E., Verdun-Jones, S., Maxwell, V., Parent, R. et Weaver, C. (2011). Étude portant sur les perceptions des personnes atteintes de maladie mentale à l'égard de la police et sur leurs interactions avec elle. Calgary, Alberta: Commission de la santé mentale du Canada.
- Canada, K. E., Angell, B. et Watson, A. C. (2010). Crisis Intervention Teams in Chicago : Successes on the Ground. *Journal of Police Crisis Negotiations*, 10(1-2), 86-100.
- Canada, K. E., Angell, B. et Watson, A. C. (2012). Intervening at the Entry Point : Differences in How CIT Trained and Non-CIT Trained Officers Describe Responding to Mental Health-Related Calls. *Community Mental Health Journal*, 48(6), 746-755.

- Chappell, D. et O'Brien, A. (2014). Police responses to persons with a mental illness : International perspectives. *International Journal of Law and Psychiatry*, 37(4), 321-324.
- Charette, Y., Crocker, A. G. et 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.
- Coleman, T. G. et Cotton, D. H. (2010a). Interactions de la police avec les personnes atteintes de maladies mentales : éducation des policiers au sein de l'environnement contemporain des forces policières. Canada: Commission de la santé mentale du Canada.
- Coleman, T. G. et Cotton, D. H. (2010b). Reducing Risk and Improving Outcomes of Police Interactions with People with Mental Illness. *Journal of Police Crisis Negotiations*, 10(1-2), 39-57.
- Coleman, T. G. et Cotton, D. H. (2014). TEMPO : Guide sur les interactions entre les policiers et les personnes aux prises avec un trouble mental (pp. 1-8). Ottawa: Commission de la santé mentale du Canada.
- Collins, P. et St-Yves, M. (2011a). L'intervention policière auprès des personnes mentalement perturbées *Psychologie de l'intervention policière en situation de crise* (pp. 149-174). Cowansville: Éditions Yvon Blais.
- Collins, P. et St-Yves, M. (2011b). L'intervention policière auprès des personnes suicidaire. Dans M. St-Yves et P. Collins (Eds.), *Psychologie de l'intervention policière en situation de crise* (pp. 121-148). Cowansville: Édition Yvon Blais.
- Compton, M. T., Bahora, M., Watson, A. C. et Oliva, J. R. (2008). A comprehensive Review of Extant Research on Crisis Intervention Team (CIT) Programs. *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 36(1), 47-55.
- Compton, M. T., Bakeman, R., Broussard, B., Hankerson-Dyson, D., Husbands, L., Krishan, S., Stewart-Hutto, T., D'Orion, B. M., Oliva, J. R., Thompson, N. J. et Watson, A. C. (2014). The Police-Based Crisis Intervention Team (CIT) Model : I. Effects on Officers' Knowledge, Attitudes, and Skills. *Psychiatric Services*, 65(4), 517-522.
- Compton, M. T. et Chien, V. H. (2008). Factors Related to Knowledge Retention After Crisis Intervention Team Training for Police Officers. *Psychiatric Services*, 59(9), 1049-1051.
- Compton, M. T., Esterberg, M. L., McGee, R., Kotwicki, R. J. et Oliva, J. R. (2006). Crisis Intervention Team Training : Changes in Knowledge, Attitudes, and Stigma Related to Schizophrenia. *Psychiatric Services*, 57(8), 1199-1202.
- Cordner, G. (2006). *People with Mental Illness*. (40). United States of America: Office of Community Oriented Policing Services.
- Cotton, D. et Coleman, T. G. (2008). Study of Police Academy Training and Education for New Police Officers Related to Working with People with Mental Illness. Canada: The Mental Health and the Law Advisory Committee of the Mental Health Commission of Canada.
- Cotton, D. et Coleman, T. G. (2010). Canadian police agencies and their interactions with persons with a mental illness : a systems approach. *Police Practice and Research: An International Journal*, 11(4), 301-314.
- Cross, A. B., Mulvey, E. P., Schubert, C. A., Griffin, P. A., Filone, S., Winckworth-Prejsnar, K., DeMatteo, D. et Heilbrun, K. (2014). An Agenda for Advancing Research on Crisis Intervention Teams for Mental Health Emergencies. *Psychiatric Services*, 65(4), 530-536.



- Deane, M. W., Steadman, H. J., Borum, R., Veysey, B. M. et Morrissey, J. P. (1999). Emerging partnerships between mental health and law enforcement. *Psychiatric Services*, 50(1), 99-101.
- Deslauriers, J.-P. et Kérisit, M. (1997). Le devis de recherche qualitative. Dans J.-P. D. J. Poupart, L. Groulx, A. Laperrière, R. Mayers et A. Pires (Ed.), *La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques* (pp. 85-111). Montréal: Gaétan Morin.
- Dorvil, H., Guttman, H. A., Ricard, N. et Villeneuve, A. (1997). *Défis de la reconfiguration des services de santé mentale : Pour une réponse efficace et efficiente aux besoins des personnes atteintes de troubles mentaux graves*. Québec: Gouvernement du Québec.
- Dupont, R. et Cochran, S. (2000). Police Response to Mental Health Emergencies-Barriers to Change. *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 28, 338-344.
- École nationale de police du Québec (Producteur), J. Letarte (Productrice déléguée) et J.-P. Maher (Réalisateur). (2013). *Vulnérable: Intervention policière auprès d'une personne en crise* [Webdocumentaire]. Québec: Issula Films.
- Ellefsen, E. (2013). La santé-dans-la-maladie : un nouveau modèle pour comprendre l'expérience universelle de la maladie chronique. *Recherches qualitatives*, 15, 132-146.
- Ellis, H. A. (2014). Effects of a Crisis Intervention Team (CIT) Training Program Upon Police Officers Before and After Crisis Intervention Team Training. *Archives of Psychiatric Nursing*, 28(1), 10-16.
- Engel, R. S. et Silver, E. (2001). Policing Mentally Disordered Suspects : A Reexamination of the Criminalization Hypothesis. *Criminology*, 39(2), 225-252.
- Fisher, W. H., Silver, E. et Wolff, N. (2006). Beyond criminalization : toward a criminologically informed framework for mental health policy and services research. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 33(5), 544-557.
- 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.
- Greenstone, J. et Levinton, S. (2002). *Elements of Crisis Intervention : Crisis and How to Respond to Them* (2 ed.). California: Brooks-Cole, Cengage Learning.
- Hanafî, S., Bahora, M., Demir, B. N. et Compton, M. T. (2008). Incorporating Crisis Intervention Team (CIT) Knowledge and Skills into the Daily Work of Police Officers : A Focus Group Study. *Community Mental Health Journal*, 44(6), 427-432.
- Hartford, K., Heslop, L., Shift, L. et Hoch, J. S. (2005). Design of an algorithm to identify persons with mental illness in a police administrative database. *International Journal of Law and Psychiatry*, 28(1), 1-11.
- Heilbrun, K., Dematteo, D., Vasuhara, K., Brooks-Holliday, S., Shah, S., King, C., Dicarilo, A. B., Hamilton, D. et 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.
- Herrington, V. et Pope, R. (2014). The impact of police training in mental health : an example from Australia. *Policing and Society*, 24(5), 501-522.
- Kaminski, R. J., DiGiovanni, C. et Downs, R. (2004). The Use of Force Between the Police and Persons with Impaired Judgment. *Police Quarterly*, 7(3), 311-338.
- LeBreton, D. (2012). *L'interactionnisme symbolique* (2 ed.). Paris: Presses universitaires de France.

- Lecomte, Y. (1997). De la dynamique des politiques de désinstitutionnalisation au Québec. *Santé mentale au Québec*, 22(2), 7-24.
- Michaud, P., St-Yves, M. et Guay, J.-P. (2008). Analyse descriptive des situations de prise d'otages et de barricade au Québec. *Revue Internationale de Criminologie et de Police Technique et Scientifique*, 61, 133-150.
- Moore, R. (2013). European Police and Persons with Mental Illnesses : A Review of the Contemporary Literature. Dans D. Chappell (Ed.), *Policing and the Mentally Ill : International Perspectives* (pp. 39-61). New York: CRC Press Taylor & Francis Group.
- Morabito, M. S. (2007). Horizons of context : Understanding the police decision to arrest people with mental illness. *Psychiatric Services*, 58(12), 1582-1587.
- Morabito, M. S., Kerr, A. N., Watson, A., Draine, J., Ottati, V. et Angell, B. (2012). Crisis Intervention Teams and People With Mental Illness : Exploring the Factors That Influence the Use of Force. *Crime & Delinquency*, 58(1), 57-77.
- Otero, M., Landreville, P., Morin, D. et Thomas, G. (2005). À la recherche de la dangérosité "mentale" : Stratégies d'intervention et profils de populations dans le contexte de l'implantation de la *Loi P-38.001* par l'UPS-J. Montréal: L'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal.
- Paillé, P. et Mucchielli, A. (2012). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (3e ed.). Paris: Armand Colin.
- Pires, A. P. (1997). Échantillonnage et recherche qualitative : essai théorique et méthodologique. Dans J.-P. D. J. Poupart, L. Groulx, A. Laperrière, R. Mayers et A. Pires (Ed.), *La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques* (pp. 113-169). Montréal: Gaétan Morin.
- Poupart, J. (1997). L'entretien de type qualitatif : considérations épistémologiques, théoriques et méthodologiques. Dans J.-P. D. J. Poupart, L. Groulx, A. Laperrière, R. Mayers et A. Pires (Ed.), *La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques* (pp. 173-209). Montréal: Gaétan Morin.
- Pratique. (1996). Paris: Dictionnaires Le Robert.
- Reuland, M. (2004). *A Guide to Implementing Police-Based Diversion Programs for People with Mental Illness*. Delmar, NY: Technical Assistance and Policy Analysis Center for Jail Diversion.
- Reuland, M. et Schwarzfeld, M. (2008). *Improving Responses to People with Mental Illnesses Strategies for Effective Law Enforcement Training*. New-York: Council of State Governments Justice Center.
- Reuland, M., Schwarzfeld, M. et Draper, L. (2009). *Law Enforcement Responses to People with Mental Illnesses : A Guide to Research-Informed Policy and Practice*. New York: Council of State Governments Justice Center.
- Ritter, C., Teller, J. L. S., Munetz, M. R. et Bonfine, N. (2010). Crisis Intervention Team (CIT) Training : Selection Effects and Long-Term Changes in Perceptions of Mental Illness and Community Preparedness. *Journal of Police Crisis Negotiation*, 10, 133-152.
- Sellers, C. L., Sullivan, C. J., Veysey, B. M. et Shane, J. M. (2005). Responding to Persons with Mental Illnesses: Police Perspectives on Specialized and Traditional Practices. *Behavioral Sciences and the Law*, 23(5), 647-657.
- Service de police de la Ville de Montréal. (2014a). Itinérance - EMRII. *Qui fait quoi?* Répéré le 15 juin 2015, à <http://www.spvm.qc.ca/fr/Pages/Decouvrir-le-SPVM/Qui-fait-quoi/Itinerance--EMRII>

- Service de police de la Ville de Montréal. (2014b). *Manuel du participant Réponse en intervention de crise*. Service de police de la Ville de Montréal. Montréal.
- Service de police de la Ville de Montréal. (2014c). Urgences psychosociales - ÉSUP. *Qui fait quoi?* Répéré le 15 juin 2015, à <http://www.spvm.qc.ca/fr/Pages/Decouvrir-le-SPVM/Qui-fait-quoi/Urgences-psychosociales--ESUP>
- St-Yves, M. et Collins, P. (2011). *Psychologie de l'intervention policière en situation de crise*. Cowansville: Éditions Yvon Blais.
- St-Yves, M. et Veyrat, J.-P. (2011). Les modèles de négociation en situation de crise. Dans M. St-Yves et P. Collins (Eds.), *Psychologie de l'intervention policière en situation de crise* (pp. 25-55). Cowansville: Éditions Yvon Blais.
- Steadman, H. J., Deane, M. W., Borum, R. et Morrissey, J. P. (2000). Comparing Outcomes of Major Models of Police Responses to Mental Health Emergencies. *Psychiatric Services*, 51(5), 645-649.
- Teller, J. L. S., Munetz, M. R., Gil, K. M. et Ritter, C. (2006). Crisis Intervention Team Training for Police Officers Responding to Mental Disturbance Calls. *Psychiatric Services*, 57(2), 232-237.
- Teplin, L. A. (1984). Criminalizing Mental Disorder : The Comparative Arrest Rate of the Mentally Ill. *American Psychological Association*, 39(7), 794-803.
- Watson, A. C., Morabito, M. S., Draine, J. et Ottati, V. (2008). Improving police response to persons with mental illness : A multi-level conceptualization of CIT. *International Journal of Law and Psychiatry*, 31(4), 359-368.
- Watson, A. C., Ottati, V. C., Morabito, M., Draine, J., Kerr, A. N. et 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.
- Wilcox, N. (2015). The Importance of Mental Health Training in Law Enforcement. *FBI Law Enforcement Bulletin*. Répéré le 18 février 2016, à <https://leb.fbi.gov/2015/july/the-importance-of-mental-health-training-in-law-enforcement>
- Zelditch, M. (1962). Some methodological Problems of Field Studies. *American Journal of Sociology*, 67(5), 566-576.