

Université de Montréal

**Une évaluation de l'effet du modèle d'intervention
policière du Service de police de Laval (SPL) sur la prise
en charge des personnes présentant un risque suicidaire**

par David Brisebois

École de criminologie
Faculté des arts et des sciences

Travail dirigé présenté
en vue de l'obtention du grade de maîtrise ès science (M. Sc.)
en criminologie
option sécurité intérieure

décembre, 2019

© David Brisebois, 2019

Résumé

Contexte et objectifs. En février 2016, un protocole d'intervention est entré en vigueur au Service de police de Laval (SPL) pour intervenir de façon plus adéquate auprès des personnes présentant un risque suicidaire. Ce protocole prévoit une intervention conjointe des policiers et des intervenants sociaux embauchés au sein de la Division urgence sociale du SPL. Lorsque les policiers se retrouvent devant une personne présentant un risque suicidaire, ces derniers doivent téléphoner à un intervenant de la DUS. Ce dernier évalue le risque suicidaire, puis suggère une suite à l'intervention, par exemple la prise en charge de la personne par une ressource communautaire. Au besoin, l'intervenant se rend sur les lieux pour offrir de l'aide psychosociale immédiate à la personne, et le policier assure le volet sécuritaire de l'intervention. L'objectif du présent projet de recherche est d'évaluer l'effet du protocole sur le déroulement et le dénouement de l'intervention policière et, plus précisément, sur six indicateurs : (1) transport à l'hôpital ; (2) référence ou placement dans une ressource communautaire ; (3) prise en charge par une tierce personne (p. ex : partenaire de vie, famille ou ami.e) ; (4) arrestation ; (5) recours à la Loi P-38.001 ; (6) usage de la force.

Méthodologie. Des données ont été colligées sur 381 interventions policières réalisées auprès de personnes présentant un risque suicidaire. Les observations du groupe témoin ont été recueillies à partir de rapports d'événements policiers informatisés (n=130) pour la période précédant la mise en place du protocole (1^{er} février 2014 au 31 janvier 2016). Les observations du groupe expérimental proviennent de sommaires d'événements classifiés dans la base de données informatisée de la DUS sous la problématique « risque suicidaire » (n=251) pour la période suivant la mise en place du protocole (1^{er} février 2016 au 31 janvier 2018). Afin d'obtenir des groupes équivalents, les observations des groupes témoin et expérimental ont été appariées sur la base du score de propension. Par la suite, un effet moyen du traitement (EMT) — soit le protocole — a été calculé.

Résultats. Les résultats démontrent que le protocole d'intervention permet d'assurer une prise en charge plus adaptée des personnes présentant un risque suicidaire et de diminuer la pression sur le système de santé. Le protocole a permis de réduire fortement le transport à l'hôpital (EMT= -0,79 ; p≤ 0,01) et de réduire le recours à la Loi P-38 (EMT= -0,11 ; p≤ 0,05). L'effet

du protocole s'est également fait sentir sur l'augmentation de la référence et du placement dans une ressource communautaire (EMT= 0,36 ; $p \leq 0,01$) ainsi que sur la prise en charge par une tierce personne (EMT= 0,57 ; $p \leq 0,01$). Le protocole n'a pas eu d'effet significatif sur l'arrestation ni sur l'usage de la force. Ces deux derniers événements étaient plutôt rares.

Conclusion. Les résultats de la présente étude démontrent que la mise en place du protocole permet une prise en charge rapide des personnes présentant un risque suicidaire par les ressources communautaires. Le transport à l'hôpital peut ainsi être évité, ce qui diminue la pression sur le système de santé. D'autres études sont toutefois nécessaires pour bien comprendre le déroulement des interventions et en estimer les coûts et les bénéfices.

Mots-clés : Police, risque suicidaire, santé mentale, usage de la force, hospitalisation, réponse conjointe

Abstract

Context and objectives. The “Service de Police de Laval” (SPL) introduced a new protocol in February 2016 to improve police response among people considered at risk for suicide. This protocol provides a co-response from a police officer and social workers hired from “Division Urgence Sociale” (DUS). According to the protocol, police officers must contact a social worker when intervening in suicide-related situations. The social worker assesses the person’s suicide risk and makes recommendations about the case management (e.g. refer to community resources, stay home with a friend or family members, transport to the hospital). When necessary, the worker also assists on the scene to offer immediate psychosocial support to the individual, while police officers provide a safe and secure environment. The objective of this research is to assess the effect of the protocol on six outcomes: (1) transport to the hospital; (2) referral to or use of community resources; (3) stay in his/her natural environment with a third-party (e.g. partner, family member, or friend); (4) arrest; (5) enforcement of Act P-38.001; (6) use of force.

Methodology. To assess the effect of this protocol, a method known as propensity score matching was used to reproduce conditions of a randomized control trial. Data were collected from 381 police interventions with suicidal people. Observations in the control group observations were collected from police reports (n=130) for the period prior to the implementation of the protocol (February 1st, 2014 to January 31, 2016). The data for the experimental group came from event summaries classified in the DUS computerized database (n=251) for the period following the implementation of the protocol (February 1st, 2016 to January 31, 2018). Propensity score matching techniques were used to obtain balanced control and treatment groups. Subsequently, an average treatment effect (ATE) — i.e. the effect of the protocol — was calculated.

Results. The results show that the protocol improves the management of suicidal people and reduces the pressure on the healthcare system. The protocol was associated with significant decreases in hospital transports (ATE= -0.79; $p \leq 0.01$) as well as in the enforcement of the Act P-38 (ATE= -0.11; $p \leq 0.05$). The effect of the protocol also led to a significant increase in referrals to and use of community resources (ATE= 0.36; $p \leq 0.01$). Individuals treated with the

protocol were also more likely to stay with third-party caregivers (ATE= 0.57; $p \leq 0.01$). The protocol had no significant effect on police arrests and the use of force.

Conclusion. Results demonstrate that the implementation of a protocol involving a co-response by police officers and social workers among people at suicide risk improves their management, especially through a timely referral to community resources. The protocol permitted to reduce transportations to the hospital, hence reducing pressure on the healthcare system. Further studies are however needed to fully understand processes involved within interventions and to estimate their costs and benefits.

Keywords: Police, suicide risk, mental health, use of force, hospitalization, co-response
police-mental health program

Table des matières

RÉSUMÉ	I
ABSTRACT	III
TABLE DES MATIÈRES	V
LISTE DES TABLEAUX	VII
LISTE DES SIGLES	VIII
REMERCIEMENTS	X
INTRODUCTION	1
CHAPITRE 1 : RECENSION DES ÉCRITS	3
1.1 DÉSINSTITUTIONNALISATION	3
1.2 PERSONNES DONT L'ÉTAT MENTAL EST PERTURBÉ (PEMP) ET CONTACTS AVEC LA POLICE	4
1.3 MODÈLES D'INTERVENTION POLICIÈRE AUPRÈS DES PEMP	6
1.3.1 <i>Équipes d'intervention en situation de crise (EISC) ou Crisis Intervention Team (CIT)</i>	7
1.3.2 <i>Équipes mixtes</i>	8
1.3.3 <i>Centres d'appels</i>	10
1.4 ÉVALUATION DES MODÈLES D'INTERVENTION POLICIÈRE AUPRÈS DES PEMP	11
1.4.1 <i>Évaluation des équipes d'intervention en situation de crise (EISC) ou Crisis Intervention Team (CIT)</i>	11
1.4.2 <i>Évaluation des équipes mixtes et des centres d'appels</i>	14
1.4.3 <i>Limite des études évaluatives</i>	18
1.5 PROBLÉMATIQUE ET CAS À L'ÉTUDE	19
1.5.1 <i>La présente étude : le protocole mis en place par le SPL</i>	20
CHAPITRE 2 — MÉTHODOLOGIE	24
2.1 SOURCES DES DONNÉES.....	24
2.1.1 <i>Groupe expérimental</i>	24
2.1.2 <i>Groupe témoin</i>	25

2.1.3 Stratégie de codification	27
2.2 OPÉRATIONNALISATION DES VARIABLES	27
2.2.1 Variable indépendante	28
2.2.2 Variables dépendantes	28
2.2.3 Variables de contrôle	30
2.3 STRATÉGIE ANALYTIQUE	32
CHAPITRE 3 — RÉSULTATS	36
3.1 ANALYSE DESCRIPTIVE	36
3.2 ANALYSE BIVARIÉE	38
3.3 ANALYSE MULTIVARIÉE	39
CHAPITRE 4 : DISCUSSION	45
4.1 PRINCIPAUX CONSTATS	46
4.2 UTILITÉ ET PERTINENCE DE LA DIVISION URGENCE SOCIALE (DUS)	52
CONCLUSION	56
BIBLIOGRAPHIE	59
ANNEXE 1 : GRILLE D’ESTIMATION DU RISQUE SUICIDAIRE UTILISÉE PAR LA DUS	I
ANNEXE 2 : GRILLE DE CODIFICATION UTILISÉE POUR LA COLLECTE DE DONNÉES	II

Liste des tableaux

Tableau 1. Statistiques descriptives des variables à l'étude	37
Tableau 2. Distribution des résultats de l'intervention dans les groupes témoin et expérimental	38
Tableau 3. Probabilité de faire l'objet d'une intervention de la DUS en fonction des cinq variables de contrôle	40
Tableau 4. Effet moyen du protocole (EMT) sur les variables liées au résultat de l'intervention	42

Liste des sigles

BS : Biais standardisé

CIT: Crisis Intervention Team

DUS : Division urgence sociale

EISC : Équipe d'intervention en situation de crise

ÉMIP : Équipe mobile d'intervention sociale

EMT : Effet moyen du traitement

ÉSUP : Équipe de soutien aux urgence psychosociales

L.E.A.D : Law Enforcement Assisted Diversion

P.E.C.H : Programme d'encadrement clinique et d'hébergement

PEMP : Personne dont l'état mental est perturbé

REI : Rapport d'événement informatisé

SP : Score de propension

SPL : Service de police de Laval

SPS : Service de police de Sherbrooke

SPVM : Service de police de Montréal

TAQ : Tribunal administratif du Québec

UPS-J : Urgence psychosociale-justice

*« Ceux qui luttent n'ont pas de garantie de réussir,
mais ceux qui ne luttent pas ont déjà perdu. »*

- Bertolt Brecht

Remerciements

Si cela n'avait été d'Étienne Blais, mon directeur de recherche, ce travail dirigé n'aurait jamais vu le jour, ni même abouti. C'est lui qui m'a proposé le sujet de recherche et, surtout, qui m'a appuyé et aidé tout au long de mon parcours. Merci infiniment.

Je tiens aussi à remercier Martin Métivier, chef de la Division urgence sociale (DUS) du Service de police de Laval (SPL), pour sa grande motivation envers le projet. C'est grâce à son soutien et à son dévouement que j'ai pu avoir accès aux données de la Division et, surtout, persévérer malgré les embûches, dont la longue collecte de données. Merci par ailleurs à toute l'équipe de la Division urgence sociale, qui m'a si bien accueilli.

Un merci spécial également à Manon Tremblay, responsable de l'Analyse stratégique et tactique de la Division du Renseignement du SPL, pour sa collaboration et le temps qu'elle a investi dans ce projet.

Finalement, merci à mes ami(e)s, incluant ceux et celles que j'ai côtoyés à l'université, ainsi qu'à ma famille, qui m'ont permis de ne pas me décourager et, surtout, de briser la solitude que peut apporter la période de rédaction aux cycles supérieurs. Vous saurez vous reconnaître, je n'en ai aucun doute.

Introduction

Depuis le processus de désinstitutionnalisation ayant eu cours lors des cinq dernières décennies (Dorvil, 2005 ; Lesage, 2015), les policiers ont été confrontés plus fréquemment à des personnes dont l'état mental est perturbé (PEMP) (Cotton et Coleman, 2010 ; Wilson-Bates, 2008). Ces personnes sont généralement plus difficiles à approcher (Lamb, Shaner, Elliott, DeCuir et Foltz, 1995), ce qui implique des risques de blessures plus élevés pour les PEMP et pour les policiers ainsi qu'un risque plus grand d'usage de la force envers cette clientèle (Morabito et coll., 2012). De plus, des préoccupations se manifestent dans la société par rapport à la judiciarisation des problèmes de santé mentale. En effet, les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale sont surreprésentées dans les établissements carcéraux, où elles ne reçoivent pas les services appropriés (Crocker et coll., 2015 ; Steadman, Osher, Robbins, Case et Samuels, 2009 ; Teplin, 1983). Tous ces constats soulèvent des questionnements quant aux pratiques policières qui permettraient de mieux répondre aux besoins en santé mentale des PEMP tout en assurant leur sécurité (Wood et Watson, 2017). Ainsi, de nombreux services de police ont mis en place des programmes pour améliorer la qualité des interventions à l'endroit des PEMP et pour leur offrir une prise en charge plus rapide et plus appropriée (Watson, Compton et Draine, 2017). Les programmes visent, ultimement, à diminuer la pression exercée sur les systèmes de justice et de santé (Shapiro et coll., 2015). Or, peu d'études ont, à ce jour, évalué l'efficacité de tels programmes, et la plupart de ces études comportent des lacunes méthodologiques importantes telles que l'absence de groupe témoin et de petits échantillons (Shapiro et coll., 2015 ; Taheri, 2016 ; Helfgott, Hickman et Labossiere, 2016).

Le Service de police de Laval (SPL) a directement en son sein une Division urgence sociale (DUS) depuis 1995. La DUS embauche des intervenants sociaux qui sont appelés à intervenir conjointement avec les policiers pour une multitude de problématiques sociales telles que : santé mentale ; tragédie et suicide ; problèmes familiaux ; violence familiale ; et éviction (Service de police de Laval, 2013). Le rôle de la DUS est d'évaluer la situation des personnes en difficulté et de procurer, au besoin, de l'aide psychosociale. La DUS propose également une suite à l'intervention — par exemple une prise en charge de la personne par une ressource

communautaire — et en assure le suivi. Plus spécifiquement, en février 2016, le SPL a mis en place un protocole pour intervenir auprès des personnes présentant un risque suicidaire. Ce protocole implique la DUS. Le protocole indique que, face à une situation impliquant un risque suicidaire, les policiers doivent appeler la DUS pour qu'une évaluation de ce risque soit effectuée et qu'une suite à l'intervention (p. ex. : hospitalisation, prise en charge par une ressource communautaire ou par un proche) soit proposée par l'intervenant. À l'instar d'autres programmes similaires (Forchuk, Jensen, Martin, Csiernik et Atyeo, 2010 ; Lamb et coll., 1995 ; Rosenbaum, 2010 ; Wood, Swanson, Burris et Gilbert, 2011), l'intervenant peut également se rendre sur place au besoin pour procurer de l'aide psychosociale pendant que le policier assure la sécurité de l'intervention.

La présente recherche s'intéresse au protocole d'intervention du SPL auprès des personnes présentant un risque suicidaire. Elle vise à évaluer son effet sur le déroulement et l'issue de l'intervention à l'aide de divers indicateurs hospitaliers et policiers, soit le transport à l'hôpital, l'usage de la force, l'arrestation, le recours à la Loi P.38.001, la référence ou le placement dans une ressource communautaire et la prise en charge par une tierce personne (ami.e, famille ou partenaire de vie).

Ce travail est divisé comme suit. Le premier chapitre (recension des écrits) présente les principaux modèles d'intervention policière présentement utilisés lors de situations de crise, la problématique de recherche ainsi que le cas à l'étude dans le présent travail, soit le protocole mis en place par le SPL. La méthodologie est détaillée au second chapitre, et les résultats sont présentés au troisième chapitre. Ils sont suivis de la discussion au chapitre quatre et de la conclusion du travail.

Chapitre 1 : Recension des écrits

Le premier chapitre débute en présentant le processus de désinstitutionnalisation ayant eu cours au Québec à partir des années 1960. Ensuite, ce que les services de police entendent par l'expression « personne dont l'état mental est perturbé » (PEMP) est défini. Les inquiétudes dans la société liées aux contacts — par ailleurs plus fréquents — entre les PEMP et les policiers sont également relevées. Dans la section subséquente, les trois principaux modèles d'intervention policière mis en place en Amérique du Nord afin de mieux intervenir auprès des PEMP sont décrits. L'état actuel des connaissances quant aux résultats et aux limites liés à l'évaluation de ces modèles est ensuite exposé dans ce chapitre. En dernier lieu sont présentés la problématique de recherche ainsi que le cas à l'étude, c'est-à-dire le protocole d'intervention auprès des personnes présentant un risque suicidaire qu'a mis en place le SPL par l'entremise de la Division urgence sociale.

1.1 Désinstitutionnalisation

Au Québec, une réforme globale des services en santé mentale visant à favoriser le traitement au sein de la communauté plutôt que dans des institutions asilaires est amorcée dans les années 1960 (Dorvil, 2005). Dans cette optique, un processus de désinstitutionnalisation des services psychiatriques — s'opérant à partir des années 60 jusqu'à aujourd'hui — mène à une réduction du nombre d'hôpitaux psychiatriques et de lits disponibles au sein de ces établissements (Lecomte, 1997 ; Lesage, 2015). Ce processus avait pour but de réduire les coûts reliés à l'hospitalisation, puis de réattribuer l'argent épargné à des programmes communautaires permettant le soutien social et l'intégration sociale des personnes (Ailam, Rchidi, Tortelli et Skurnik, 2009 ; Dorvil, Guttman et Cardinal, s.d. ; Fleury et Grenier, 2004). La désinstitutionnalisation donnait, par ailleurs, la chance aux individus hospitalisés de recouvrer leur liberté et de limiter la perte d'habiletés sociales venant avec des hospitalisations à long terme (Ailam et coll., 2009 ; Dorvil et coll., s.d.). Cependant, les services psychologiques et sociaux destinés aux personnes désinstitutionnalisées ou même non institutionnalisées aux prises avec des problèmes de santé mentale ont été insuffisants (Lesage, 2015 ; White, 1993).

L'insuffisance de ces services — pourtant essentiels à une désinstitutionnalisation réussie — a favorisé l'apparition de problèmes psychosociaux dans la communauté : toxicomanie et alcoolisme, itinérance, surcharge du système judiciaire pour des délits mineurs, hospitalisations répétées (syndrome des portes tournantes) et engorgement des services d'urgence (Ailam et coll., 2009 ; Dorvil et coll., s.d. ; Lesage, 2015 ; White, 1993). En bref, des milliers d'individus avec des troubles mentaux, dont certains sévères, sont retournés dans la communauté, malgré un manque criant de services pouvant assurer le suivi de leur traitement et de leur réinsertion (Torrey, 1997, p.10).

1.2 Personnes dont l'état mental est perturbé (PEMP) et contacts avec la police

Au quotidien, les individus peuvent percevoir et expérimenter des événements leur causant un stress considérable (Zanello, Berthoud et Bacchetta, 2017). Lorsque le stress en réaction à un événement est trop important et que l'individu n'est pas en mesure de gérer efficacement le défi ou la menace qu'apporte cet événement stressant, une crise se produit (Everly et Mitchell, 1999, cités dans Flannery et Everly, 2000). La personne se retrouve ainsi émotionnellement submergée et présente des signes de détresse, se manifestant, par exemple, sous la forme d'agression ou de perte de contrôle de soi (Baldwin, 1978). Une crise peut ainsi mener à la perturbation de l'état mental d'un individu. La perturbation de l'état mental d'un individu peut aussi être causée ou amplifiée, entre autres, par un problème de santé mentale ou encore par une intoxication à l'alcool ou à des médicaments (Cardinal et Laberge, 1999).

Lorsqu'il y a intervention policière, le policier peut déterminer que l'état mental d'une personne est perturbé — par exemple en se basant sur des manifestations comportementales de détresse —, mais n'est pas autorisé au Québec, selon l'article 31 du chapitre M-9 de la *Loi médicale*, à poser un diagnostic de trouble mental (Éditeur officiel du Québec, 2019). C'est notamment pour ces raisons que l'expression « état mental perturbé » (plutôt que « trouble mental ») est employée par l'École nationale de police du Québec (ENPQ) ainsi que par d'importants services de police de la province, comme ceux de Montréal et de Laval (École nationale de police du Québec, 2019 ; Billette et Arruda, 2013 ; Service de police de Laval, 2018). Par ailleurs, un individu qui vit une crise ou qui est aux prises avec un problème de santé mentale perturbant son état mental

à un point tel qu'il représente un danger pour lui-même ou pour autrui peut être amené contre son gré à un centre hospitalier pour une évaluation psychiatrique en vertu de la loi québécoise P.38.001¹.

Les contacts avec des personnes dont l'état mental est perturbé (PEMP) font partie intégrante du travail policier (Bittner, 1967 ; Boyd et Kerr, 2015 ; Engel et Silver, 2001). Les interventions réalisées auprès des PEMP sont même, de nos jours, une préoccupation majeure pour les services de police, entre autres parce que les PEMP sont, de façon générale, plus difficiles à approcher (Lamb et coll., 1995). De plus, des inquiétudes sont soulevées dans la société — dont au sein des services de police — quant à la possibilité d'un risque plus important d'usage de la force par les policiers et, par le fait même, quant à un risque plus élevé de blessure ou de décès, autant pour les PEMP que pour les policiers (Morabito et coll., 2012). Des inquiétudes sont également présentes par rapport au fait que les contacts entre les policiers et les PEMP résultent davantage en des arrestations, menant à un phénomène qualifié de « criminalisation de la maladie mentale » (Crocker et coll., 2015 ; Steadman et coll., 2009 ; Teplin, 1983). Les services de police sont ainsi soucieux de trouver des stratégies afin d'améliorer leurs interventions auprès des PEMP (Watson et coll., 2017), d'autant plus que les contacts entre les policiers et les PEMP ont considérablement augmenté au cours des dernières décennies (Cotton et Coleman, 2010 ; Wilson-Bates, 2008). Certaines études (Lurigio et Watson, 2010 ; Steadman, Deane, Borum et Morrissey, 2000) rapportent que les policiers sont devenus les premiers à intervenir auprès de PEMP, incluant celles aux prises avec des troubles mentaux. Selon les estimations, en Amérique du Nord, 7 % à 31 % des appels faits aux services de police mettent en cause une PEMP (Deane, Steadman, Borum, Veysey et Morrissey, 1999 ; Livingston, 2016). Bien que plusieurs facteurs permettent d'expliquer l'évolution du travail des policiers en tant que premiers répondants auprès des PEMP et les contacts plus fréquents entre les PEMP et la police (changements législatifs sur les critères d'internement et diminution globale des ressources dédiées aux services psychiatriques), la « désinstitutionnalisation » — soit le processus ayant mené, entre

¹ La Loi P-38.001 est la *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui* (Éditeur officiel du Québec, 1997).

autres, à la fermeture d'hôpitaux psychiatriques — est le facteur le plus largement mis de l'avant dans la littérature (Cotton et Coleman, 2006).

1.3 Modèles d'intervention policière auprès des PEMP

Les constats liés aux contacts plus fréquents entre les policiers et les PEMP ainsi que la surreprésentation carcérale de ces dernières soulèvent des questionnements importants quant aux meilleures pratiques d'intervention policière auprès des PEMP (Wood et Watson, 2017). De nombreux services de police décident donc de mettre en place des stratégies pour améliorer les interventions de leurs policiers auprès de ces individus. Ces stratégies visent avant tout à réduire la pression sur les systèmes de santé et de justice (Shapiro et coll., 2015). De même, les stratégies mises en place visent à rendre les interventions plus sécuritaires et à assurer aux PEMP une prise en charge rapide et plus adaptée à leurs besoins (Watson et coll., 2017). De nombreux modèles d'intervention policière auprès des PEMP ont, par conséquent, été mis en place au sein de divers corps de police en Amérique du Nord. Trois principales catégories de modèles en ressortent : 1) le modèle des équipes d'intervention en situation de crise (EISC) ou *Crisis Intervention Team* (CIT), où des policiers formés en santé mentale interviennent en situation de crise ; 2) le modèle des équipes mixtes, qui implique une intervention des policiers et de spécialistes en santé mentale, et 3) le modèle des centres d'appels, qui constitue une réponse s'appuyant principalement sur les ressources en santé mentale existantes dans la communauté (Borum, Deane, Steadman et Morrissey, 1998 ; Steadman et coll., 2000 ; Wood et coll., 2011).

1.3.1 Équipes d'intervention en situation de crise (EISC) ou *Crisis Intervention*

Team (CIT)

La première catégorie comprend les EISC, qui s'inspirent du modèle initialement développé à Memphis en 1987 (Lurigio et Watson, 2010). Il s'agit du modèle le plus largement répandu aux États-Unis (Wood et coll., 2011).

Les EISC se composent de policiers volontaires qui reçoivent une formation de 40 heures sur la maladie mentale et sur plusieurs enjeux l'entourant : signes et symptômes de la maladie mentale, toxicomanie, effets de divers médicaments, techniques de pacification des individus (désescalade et négociation) et ressources communautaires existantes (Abbott, 2011 ; Ellis, 2014 ; Lord, Bjerregaard, Blevins et Whisman, 2011). Les EISC sont constituées de policiers formés à reconnaître une personne dont l'état mental est perturbé, à intervenir auprès d'elle et à la référer, si nécessaire, aux ressources en santé mentale appropriées (Watson, Morabito, Draine et Ottati, 2008).

Les équipes d'intervention en situation de crise (EISC) sont disponibles 24 heures sur 24 et sept jours sur sept (Lurigio et Watson, 2010). Les policiers œuvrant au sein de ces équipes continuent à effectuer leurs tâches habituelles, mais agissent en tant que premiers répondants lors de situations impliquant une PEMP (Cochran, Deane et Borum, 2000). Lors d'une telle intervention, ils ont autorité sur le déroulement de l'intervention, même si des policiers avec un rang supérieur sont sur place (Cochran et coll., 2000). Les policiers constituant les EISC évaluent la situation, emploient des techniques de pacification puis, au besoin, transportent la PEMP vers un établissement approprié, par exemple un hôpital, pour que ce dernier soit évalué, traité et référé à d'autres ressources, et ce, plutôt que de procéder à son arrestation (Cochran et coll., 2000 ; Perez, Leifman et Estrada, 2003). Les EISC permettent donc de faire une liaison entre les PEMP et les services de santé mentale et, par la même occasion, de les éloigner du système de justice, lorsqu'approprié (Cochran et coll., 2000 ; Morabito, Socia, Wik et Fisher, 2016). En effet, quand des EISC interviennent, il est attendu que moins d'arrestations soient effectuées comparativement à lorsque des équipes conventionnelles de policiers interviennent, puisque les policiers des EISC sont mieux outillés pour résoudre la situation de crise (Morabito et coll., 2016).

En plus d'avoir pour but d'éloigner, lorsqu'approprié, les PEMP du système de justice en les dirigeant plutôt vers des ressources en santé mentale, le modèle des EISC vise aussi à rendre plus sécuritaires les contacts entre les policiers et les PEMP, notamment en diminuant l'usage de la force (Cross et coll., 2014 ; Deane et coll., 1999 ; Watson et coll., 2017). La formation en santé mentale que reçoivent les policiers ainsi que les partenariats entre les services de santé mentale et les services de police sont, de ce fait, des composantes cruciales du modèle des EISC.

1.3.2 Équipes mixtes

La deuxième catégorie comprend le modèle des équipes « mixtes », modèle initialement développé à Birmingham, aux États-Unis, en 1976. Il s'agit du modèle le plus répandu au Canada, notamment dans les grandes villes telles que Vancouver et Toronto (Cotton et Coleman, 2010). Au Québec, le modèle des équipes mixtes est également présent : le Service de police de Montréal (SPVM) a mis en place une *Équipe de soutien aux urgences psychosociales* (ÉSUP) en 2012 (Charette, Crocker et Billette, 2014), et le Service de police de Sherbrooke (SPS) a créé une *Équipe mobile d'intervention sociale* (ÉMIP) en 2016 (Landry, Blais, Chapdelaine, Carrier et Elazhary, 2018).

Dans le modèle des équipes mixtes, des intervenants psychosociaux (infirmiers, travailleurs sociaux ou autres professionnels de la santé) sont engagés au sein même d'un service de police et interviennent conjointement avec les policiers lors d'interventions où sont impliquées des PEMP (Cotton et Coleman, 2010 ; Shapiro et coll., 2015 ; Charrette et coll., 2014 ; Landry et coll., 2018)². Recourir à des équipes mixtes vise à désamorcer plus facilement, le cas échéant,

² Les intervenants psychosociaux s'habillent en civil et conduisent des véhicules qui ne sont pas marqués par le logo de la police. Ils n'ont pas de pouvoir d'arrestation et ne portent pas d'arme, mais se distinguent par la formation professionnelle qu'ils détiennent en travail social ou dans un domaine connexe. Ils sont considérés comme des officiers civils (Steadman et coll., 2000 ; Adelman, 2003). Les intervenants sont disponibles 24 heures sur 24 et sept jours sur sept, et certains d'entre eux doivent être de garde (sur appel) pour assurer une disponibilité en dehors des heures de bureau (Steadman et coll., 2000 ; Adelman, 2003).

la situation de crise, à prévenir les blessures et l'usage de la force, à référer la PEMP aux ressources appropriées et, globalement, à réduire la pression sur les systèmes de justice et de santé (Borum, 2000 ; Scott, 2000 ; Wood et coll., 2011).

Les équipes mixtes peuvent intervenir directement en réponse à un appel d'urgence ou venir en renfort auprès d'une équipe régulière de patrouille qui procède à une intervention (Cotton et Coleman, 2010 ; Wood et coll., 2011). De ce fait, les équipes mixtes permettent de libérer les équipes régulières de patrouille, c'est-à-dire que ces dernières peuvent se concentrer sur d'autres tâches ou encore quitter un incident impliquant une PEMP plus rapidement (Adelman, 2003). Lorsqu'une équipe mixte est appelée à intervenir, le policier assure le volet sécuritaire de l'intervention et entreprend, si nécessaire, les démarches légales, alors que l'intervenant offre une consultation psychosociale et de l'aide à la personne dont l'état mental est perturbé (Forchuk et coll., 2010 ; Lamb et coll., 1995 ; Rosenbaum, 2010 ; Wood et coll., 2011). La présence d'un intervenant social permet de déterminer immédiatement — plutôt qu'à l'hôpital — et avec davantage de justesse l'étendue de la perturbation de l'état mental d'un individu et, ainsi, de le référer, au besoin, vers les ressources appropriées. Les équipes mixtes facilitent ainsi l'entrée des PEMP dans le système de santé mentale (Adelman, 2003 ; Cotton et Coleman, 2010). De surcroît, l'implantation d'équipes mixtes dans un milieu permet d'améliorer la communication entre la police et les services de santé et d'optimiser l'utilisation des ressources communautaires (Wood et coll., 2011). Le modèle des équipes mixtes serait d'ailleurs le plus performant quant à l'amélioration du partage d'informations entre les corps professionnels que forment, d'un côté, les policiers et, de l'autre, les intervenants psychosociaux, puisque les intervenants psychosociaux ont plus facilement accès aux dossiers de santé, alors que les policiers, eux, peuvent accéder plus aisément aux dossiers judiciaires (Baess, 2005).

En résumé, le modèle des équipes mixtes se distingue par l'intervention en équipe de policiers et d'intervenants psychosociaux employés par le service de police, qui apportent chacun leur propre expertise lors d'interventions auprès de PEMP.

1.3.3 Centres d'appels

La troisième catégorie est le modèle basé sur les centres d'appels, dont le programme le plus connu est le *Mobile Health Crisis Unit*, développé à Knoxville, au Tennessee, en 1991 (Wood et coll., 2011). Comparativement aux autres modèles, les centres d'appels sont les moins répandus en Amérique du Nord (Wood et coll., 2011).

Le modèle des centres d'appels repose sur un partenariat qu'établissent des organisations policières avec des équipes d'intervenants psychosociaux existant déjà dans la communauté (Borum et coll., 1998). Les intervenants psychosociaux peuvent être localisés à un centre extérieur ou au sein même du service de police, mais ne sont pas embauchés par ce dernier (Borum et coll., 1998 ; Ratansi, 2004). Au besoin, les policiers effectuent des appels téléphoniques à l'équipe d'intervenants psychosociaux lorsqu'ils interviennent auprès d'une PEMP. Lors de l'appel, les intervenants psychosociaux prodiguent des conseils aux policiers, mais peuvent aussi prendre la décision de se rendre sur les lieux de l'intervention pour tenter de pacifier la situation de crise (Wood et coll., 2011 ; Lurigio et coll., 2008). Une fois la situation sous contrôle, l'équipe d'intervenants psychosociaux assurera le suivi médical et social auprès des individus impliqués dans l'intervention, notamment en les référant aux services communautaires appropriés (Wood et coll., 2011 ; Lurigio et coll., 2008 ; Kean, Bornstein et Mackay, 2012). La liaison avec les services communautaires permet un traitement moins intensif que l'hospitalisation et est axée sur la mise en place d'un suivi à long terme (Kean et coll., 2012). Un tel suivi a pour but, entre autres, de réduire la fréquence des appels faits à la police, particulièrement ceux liés aux individus qui appellent de façon récurrente (Dean, Lumb et Proctor, 2000).

En bref, le modèle des centres d'appels se distingue par le fait que les équipes sont composées exclusivement de civils, soit d'équipes d'intervenants psychosociaux déjà implantées dans la communauté (Lurigio et coll., 2008). Ces équipes, en vertu d'un partenariat, secondent les policiers lors des interventions auprès des PEMP et agissent en tant que seconds intervenants, puisqu'elles interviennent seulement à la demande des policiers (Reuland et Margolis, 2003, dans Herrington et Pope, 2014).

1.4 Évaluation des modèles d'intervention policière auprès des PEMP

Les programmes mis en place par les organisations policières pour intervenir auprès des personnes dont l'état mental est perturbé (PEMP) ont fait l'objet de plusieurs évaluations permettant d'en synthétiser les résultats (Compton, Bahora, Watson et Oliva, 2008 ; Kane, Evans et Shokrane, 2018 ; Shapiro et coll., 2015 ; Taheri, 2016). Bien que, d'une part, les résultats des études ne soient pas toujours constants et que, d'autre part, certains résultats demeurent incertains, les synthèses des études suggèrent que, globalement, les programmes produisent des effets positifs (Kane et coll., 2018). Plus spécifiquement, pour les programmes des EISC, on note un plus grand accès à des services de santé mentale pour les PEMP (par l'entremise des hôpitaux et du milieu communautaire) et, en moyenne, une diminution des arrestations. Pour les programmes de réponse conjointe (équipes mixtes et centres d'appels), une plus grande prise en charge des PEMP par des services communautaires jumelée à une baisse des hospitalisations est observée, mais les résultats quant au taux d'arrestation sont incertains. Dans un même ordre d'idées, l'effet de tous les modèles d'intervention (EISC et réponse conjointe) sur l'usage de la force par les policiers est incertain en raison du peu d'études s'étant penchées sur la question (Blais, Roy, Boivin, Leclerc et Choinière-Tran, 2019).

1.4.1. Évaluation des équipes d'intervention en situation de crise (EISC) ou *Crisis Intervention Team (CIT)*

Les études ayant examiné l'efficacité des équipes d'intervention en situation de crise (EISC) ont principalement porté sur les changements observés par rapport à l'attitude des policiers et à leur connaissance des enjeux reliés à la santé mentale (Compton et coll., 2008). En ce sens, la recherche ne permet pas de conclure sur l'efficacité de toutes les composantes du modèle des EISC (Lord et coll., 2011 ; Watson et coll., 2017). Des chercheurs (Kane et coll., 2018 ; Taheri, 2016) ont tout de même été en mesure, dans leur synthèse systématique, de faire ressortir des constats quant aux impacts des EISC sur divers facteurs liés au déroulement et au dénouement de l'intervention policière, comme le recours à la force par les policiers ou la prise en charge de la PEMP. Les résultats de ces synthèses sont présentés plus loin dans cette section.

Dans un sondage conduit par le *Police Executive Research Forum* (PERF) auprès, entre autres, de 22 organisations policières ayant mis en place des EISC (Reuland, 2004), des résultats portant directement sur la prise en charge des PEMP ont pu être mis en évidence pour seulement deux organisations : Houston et Florence. Pour ces deux organisations, les EISC sont associées à des résultats positifs par rapport à la prise en charge des PEMP. Reuland (2004) souligne qu'à Houston, 99 % des citoyens ayant été l'objet d'une intervention d'une EISC ont eu accès à des services d'aide de toutes sortes. Ce résultat est conséquent avec celui de Broner, Lattimore, Cowell et Schlenger (2004), qui met de l'avant que les programmes tels que celui des EISC augmentent, chez les personnes avec de sérieux troubles mentaux, le recours à des services de santé mentale dans les 12 mois suivant l'intervention policière.

Par ailleurs, Kane et coll. (2018) ont synthétisé les résultats de neuf études portant sur les EISC et utilisant un devis quasi expérimental. Dans leur synthèse systématique, ils arrivent à la conclusion que les policiers des EISC réfèrent plus souvent les PEMP à des services de santé mentale que les policiers ne faisant pas partie d'une telle équipe spécialisée (Broner et coll., 2004 ; Teller et coll., 2006 ; Watson, Ottati, Draine et Morabito, 2011). Plus précisément, dans l'étude de Compton et coll. (2014), les policiers d'une EISC réfèrent les PEMP à des services ou les transportaient à un établissement de santé dans 40 % des situations, tandis que ce nombre était de 29 % dans le cas des policiers n'ayant pas reçu une formation pour faire partie d'une équipe spécialisée. Les résultats de Teller et coll. (2006), bien que quelque peu inférieurs, abondent aussi en ce sens : les EISC transportent les PEMP à des services d'urgence psychiatrique dans 32,8 % des cas, alors que les policiers réguliers les transportent dans 26,6 % des cas. À ces pourcentages s'ajoutent ceux liés au transport à d'autres établissements de prise en charge, par exemple ceux communautaires : 15,9 % des individus sont transportés à de tels établissements lorsque des policiers des EISC interviennent, alors que le pourcentage baisse à 12,3 % lorsque ce sont des policiers réguliers qui interviennent.

À Memphis, l'implantation des EISC a fait en sorte que, désormais, les PEMP sont transportées plus souvent à l'hôpital pour évaluation de leur santé mentale ou pour traitement et qu'en conséquence, les interventions se concluent moins souvent directement sur place (Steadman et coll., 2000). Le programme des EISC a aussi mené, à Akron en Ohio, à une augmentation des

transports à l'hôpital des personnes pour évaluation psychiatrique, mais les transports étaient plus souvent effectués avec l'accord des personnes (Teller, Munetz, Gil et Ritter, 2006). Le contraire s'est produit à Florence, où l'implantation des EISC a fait en sorte que les PEMP étaient moins souvent envoyées à l'hôpital. Reuland (2004) considère tout de même que ce résultat est positif, puisque des professionnels en santé mentale pouvant assurer un suivi sont informés lorsque des interventions sont réalisées auprès des PEMP (Reuland, 2004).

Pour ce qui est de l'usage de la force par les policiers, l'étude de Canada, Angell et Watson (2012) souligne que les policiers ayant suivi la formation pour faire partie d'une EISC jugeaient être en mesure d'utiliser la force moins souvent lors des interventions avec les PEMP que les policiers ne l'ayant pas suivie. Taheri (2016), de son côté, a inclus, dans sa synthèse systématique, huit études utilisant un devis expérimental ou quasi expérimental. Parmi ces études, cinq mesuraient l'impact des EISC sur l'usage de la force auprès des PEMP. Quatre études (Compton et coll., 2014 ; Acker, 2010 ; Stewart, 2009 ; Papastradites, 2008) n'ont observé aucune différence significative, alors qu'une étude (Morabito et coll., 2012) a noté que le recours à une EISC avait un effet marginal sur l'augmentation de l'usage de la force. Dans l'étude de Morabito et coll. (2012), menée à Chicago, les policiers étaient plus susceptibles d'utiliser un niveau de force plus élevé que les équipes régulières de patrouille, mais répondaient avec moins de force lorsque la résistance de la PEMP augmentait. Sommairement, Taheri (2016) est néanmoins parvenu à la conclusion, dans sa synthèse systématique, que les EISC ont un impact nul sur l'usage de force des policiers auprès des PEMP.

En 2000, Steadman et coll. mentionnaient que la recherche semble indiquer une relation entre les EISC et une baisse dans les taux d'arrestation des PEMP. Plus récemment, Taheri (2016), sur la base de cinq études mesurant l'impact des EISC sur les arrestations, arrive à un constat similaire : en moyenne, les EISC réduisent le risque d'arrestation, malgré que les résultats ne soient pas toujours statistiquement significatifs. Par exemple, en Géorgie, de mars à novembre 2010, le risque pour une PEMP de se faire arrêter par une EISC (13 % des cas) était 2,1 fois moins élevé que par une équipe régulière (24 % des cas) (Compton et coll., 2014). Stewart (2009) démontre que, sur une période de trois ans à Bloomington en Indiana, le dénouement des

interventions des EISC a été l'arrestation dans 2,2 % des cas, alors que le pourcentage était de 4,9 % pour les équipes régulières de patrouille. Toutefois, Acker (2010) et Watson (2010) ne distinguent aucune différence significative entre les EISC et les équipes régulières de patrouille quant au taux d'arrestation. Teller et coll. (2006) notent eux aussi qu'il n'y a pas de différence significative. De plus, aucune réduction significative du taux d'arrestation des PEMP n'est observée au fil du temps après l'implantation du programme des EISC dans l'étude de Teller et coll. (2006).

1.4.2 Évaluation des équipes mixtes et des centres d'appels

Shapiro et coll. (2015) ont, dans leur synthèse systématique, recensé 21 études — réalisées entre 1989 et 2013 — portant sur les impacts des programmes de réponse conjointe de la police et du système de santé mentale (*co-responding police mental health programs*), ce qui inclut tous les programmes où il y a collaboration entre policiers et intervenants psychosociaux, donc les programmes comprenant les équipes mixtes et les centres d'appels. Shapiro et coll. (2015) ont mis de l'avant l'impact de tels programmes sur des objectifs précis, dont (1) la réduction du nombre d'hospitalisations ; (2) la plus grande fréquence de prise en charge des PEMP par des services communautaires ; (3) la réduction du risque de blessure et d'aggravation de la situation de crise — mesurée, entre autres, par la réduction de l'usage de la force ; ainsi que (4) la réduction de la pression sur le système de justice — mesurée par la réduction du nombre d'arrestations, notamment. Il en est ressorti que les équipes mixtes permettent de réduire les admissions à l'hôpital et d'améliorer la prise en charge des PEMP par des services communautaires, mais les résultats demeurent incertains quant à la réduction de l'usage de la force par les policiers et quant à la réduction des arrestations.

Autant le modèle des équipes mixtes que le modèle des centres d'appels insistent sur l'importance de référer les PEMP à des services communautaires de santé mentale afin qu'elles soient prises en charge (Shapiro et coll., 2015). Bien que peu nombreux, les résultats obtenus jusqu'à présent montrent, lorsqu'un programme de réponse conjointe entre intervenants

psychosociaux et policiers est instauré, une amélioration de la prise en charge des PEMP par les services communautaires comparativement à lorsque des équipes régulières de patrouilles interviennent (Shapiro et coll., 2015). Par exemple, pour le programme mis en place en Virginie, dans le comté de Fairfax, 71 % des personnes ayant été à la source d'une intervention d'une équipe spécialisée ont participé activement et de façon volontaire à un ou plusieurs services communautaires dans les quatre semaines suivant cette intervention (Finn et Sullivan, 1989). Kisely et coll. (2010) indiquent eux aussi qu'une meilleure adhésion à un suivi est survenue à Halifax en Nouvelle-Écosse pour un groupe d'individus auprès desquels une équipe spécialisée intervenait (groupe expérimental) comparativement à un groupe d'individus où l'intervention était effectuée par une équipe régulière de patrouille (groupe témoin). Dans un même ordre d'idées, à la suite des interventions des équipes mixtes desservant le territoire de Sherbrooke, au Québec, les PEMP ont été prises en charge par des ressources communautaires ou par leur réseau social plus souvent que lorsque des équipes régulières de patrouille sont intervenues. La prise en charge par une ressource communautaire ou le réseau social a été de 71,1 % pour les équipes mixtes et de 19,2 % pour les équipes régulières de patrouille (Landry et coll., 2018).

Parallèlement, les études évaluatives portant sur l'impact des programmes de réponse conjointe sur les indicateurs hospitaliers sont peu nombreuses (Shapiro et coll., 2015). Les études suggèrent néanmoins que les programmes de réponse conjointe mènent à une réduction des transports à l'hôpital, des hospitalisations ainsi que des hospitalisations contre le gré de la personne. À ce propos, une réduction de 50,8 % du transport à l'hôpital a été observée à Sherbrooke, où 75,3 % des interventions réalisées par des équipes régulières de patrouille lors de situations de crise reliées à la santé mentale se sont soldées en un transport hospitalier, alors que le transport hospitalier fut l'issue de 24,5 % des interventions menées par les équipes mixtes (Landry et coll., 2018).

L'étude du Allen Consulting Group (2012) arrive elle aussi à un résultat similaire : une diminution du transport à l'hôpital de 63 % lorsqu'une équipe mixte intervient comparativement à une équipe régulière (36 % contre 99 % respectivement) a été observée sur une période de 16 mois (décembre 2009 à mars 2011) à Victoria, en Colombie-Britannique. Qui plus est, Baess (2005) rapporte qu'à Victoria, les équipes mixtes ont permis de réduire les temps d'attente à

l'hôpital pour les PEMP et d'améliorer le partage d'informations entre les services policiers et les services de santé.

Lamb et coll. (1995) obtiennent, de leur côté, un taux de transport à l'hôpital de 79 % pour le programme de réponse conjointe mis en place à Los Angeles, aux États-Unis, mais leur étude, dont l'échantillon comprend 69 % d'individus présentant de sévères symptômes de trouble mental, ne comporte pas — contrairement à celles de Landry et coll. (2018) et du Allen Consulting Group (2012) — de groupe témoin permettant d'effectuer une comparaison avec une réponse policière traditionnelle.

Dans son étude portant sur trois mois d'interventions policières ayant eu lieu au cours de l'année 1995 dans le comté de DeKalb, en Georgie, Scott (2000) s'est plutôt intéressé aux admissions à l'hôpital survenant à la suite d'interventions identifiées par le 911 comme étant des « urgences psychiatriques ». Au cours de cette période, 45 % des interventions menées par une équipe mixte se sont soldées en une hospitalisation, alors que ce pourcentage était de 72 % dans un groupe témoin composé uniquement d'équipes régulières de patrouille, ce qui équivaut à une réduction de 27 %. Lamb et coll. (1995) ont eux aussi obtenu un taux d'hospitalisation de 72 %, mais pour les équipes d'intervention mixtes implantées à Los Angeles, aux États-Unis.

Enfin, d'autres études ont également évalué l'impact des programmes de réponse conjointe sur les hospitalisations contre le gré de la personne (application de la Loi P-38 au Québec). Dans l'étude de Scott (2000), le résultat est de 36 % pour les équipes mixtes et de 67 % pour les équipes régulières de patrouille, ce qui correspond à une baisse de 31 %. Landry et coll. (2018) obtiennent des résultats bien inférieurs : les hospitalisations contre le gré de la personne sont de 11,5 % pour les équipes régulières et la moitié moindre pour les équipes mixtes (5,8 %), donc la diminution est de 5,7 points de pourcentage. Lamb et coll. (1995) obtiennent aussi une valeur plus élevée (64 %) pour l'hospitalisation contre le gré de la personne comme issue d'une intervention d'une équipe mixte. En définitive, les résultats de Lamb et coll. (1995) pour tous les indicateurs hospitaliers doivent être nuancés, puisque leur échantillon est composé aux deux

tiers environ d'individus ayant de sévères symptômes de trouble mental, ce qui peut expliquer les taux élevés de transport à l'hôpital, d'hospitalisation et d'hospitalisation contre le gré de la personne.

Selon plusieurs chercheurs (Adelman, 2003 ; Johnson, 2011 ; Morabito et coll., 2012), l'usage de la force par les policiers auprès des PEMP est, de façon générale, peu fréquente. Hickman, Piquero et Garner (2008) nuancent toutefois ce constat en indiquant que cette dernière, bien que pouvant être d'aussi peu que de 1 %, peut monter jusqu'à 35 % selon les services de police. Malgré une occurrence variable de l'usage de la force, le recours à des équipes spécialisées permettrait théoriquement de réduire cette occurrence (Johnson, 2011 ; Morabito et coll., 2012). Cependant, Shapiro et coll. (2015) n'ont recensé qu'une seule étude (Allen Consulting Group, 2012) mesurant quantitativement l'usage de la force lorsqu'une équipe spécialisée est en jeu. Les résultats du Allen Consulting Group (2012) montrent, en moyenne, une légère diminution d'usage de la force à Victoria en Colombie-Britannique à partir du moment où le programme d'équipes mixtes est implanté. De fait, la diminution s'observe particulièrement dans les premiers temps, mais s'estompe au cours de l'étude. Cependant, l'étude est limitée dans la mesure où aucune analyse statistique n'est effectuée pour déterminer, par exemple, si la diminution observée est significative. L'étude de Landry et coll. (2018) sur les équipes mixtes de Sherbrooke indique que ces dernières ont permis de réduire l'usage de la force en situation de crise. En effet, lors de l'intervention en situation de crise d'une équipe mixte, la force a été utilisée pour 4,4 % des interventions tandis que le pourcentage grimpe à 10,0 % pour les équipes régulières de patrouille. Tout de même, l'effet des programmes de réponse conjointe de la police et du système de santé mentale sur l'usage de la force lors d'une intervention policière auprès des PEMP est incertain, puisque peu de données existent actuellement dans la littérature scientifique (Blais et coll., 2019).

Plusieurs études (Steadman et coll., 2000 ; Brown, Hagen, Meyers et Sawin, 2009 ; Scott, 2000) mentionnent qu'un faible taux d'arrestation est associé aux équipes mixtes. Par exemple, les programmes de Knoxville et de Birmingham ont eu des taux d'arrestation respectifs de 5 % et

de 13 % entre octobre 1996 et août 1997 (Steadman et coll., 2000). Quant à lui, le programme du comté de Polk, en Floride aux États-Unis, a résulté en un taux d'arrestation encore moindre, soit de 2 % pour ses neuf premiers mois d'activité (Brown et coll., 2009). Ces études ne comprenaient toutefois pas de groupe témoin, qui aurait permis de démontrer une baisse du taux d'arrestation des PEMP à la suite de la mise en place d'un programme de réponse conjointe de la police et du système de santé mentale. Au contraire, Lamb et coll. (1995) mettent en doute l'efficacité à long terme du programme de Los Angeles quant à la réduction du taux d'arrestation, car le programme avait, au départ, un taux d'arrestation de 2 % pour les 101 premiers individus ayant été l'objet d'une intervention mais, sept mois après son implantation, 22 % des individus avaient été arrêtés. Dans le même ordre d'idées, l'étude de Scott (2000) portant sur le programme du comté de DeKalb, en Georgie aux États-Unis, n'a décelé aucune différence significative entre les taux d'arrestation d'un groupe témoin avant la mise en place du programme et d'un groupe expérimental bénéficiaire du programme. À la lumière des résultats susmentionnés, l'impact des programmes de réponse conjointe de la police et du système de santé mentale sur les taux d'arrestation des PEMP est présentement incertain.

1.4.3 Limite des études évaluatives

Peu d'études ont évalué l'effet des programmes d'intervention policière auprès des PEMP à l'aide de devis expérimentaux ou quasi expérimentaux (Compton et coll., 2008 ; Shapiro et coll., 2015 ; Taheri 2016). Des auteurs questionnent même la faisabilité de mener des évaluations des modèles d'intervention policière à l'aide de tels devis de recherche, entre autres parce que les échantillons sont rarement suffisants (Compton et coll., 2008 ; Helfgott et coll., 2016). Or, mener de telles études est possible, notamment à l'aide de données officielles sur les interventions policières auprès de PEMP (Landry et coll., 2018).

Compte tenu de la prolifération des programmes d'intervention policière auprès des PEMP, mener des évaluations rigoureuses demeure d'une importance centrale afin d'assurer que ceux-ci atteignent leurs objectifs (Weisburd, 2000). Jusqu'à présent, les protocoles employés pour évaluer l'impact des équipes sur différents indicateurs du travail policier comportent rarement un groupe témoin. La plupart des études évaluatives, puisque basées sur des questionnaires

autorévélés et des groupes de discussion auxquels des policiers et des partenaires prennent part, sont plutôt descriptives (Adelman, 2003 ; Baess, 2005 ; Borum et coll., 1998 ; Daggenvoorde, Goosens et Gijssman, 2017 ; Kane et coll., 2018 ; Shapiro et coll., 2015 ; Taheri, 2016 ; Lamb, Weinberger et DeCuir, 2002 ; Landeen, Pawlick, Rolfe, Cottee et Holmes, 2004). Notamment parce que les évaluations sont descriptives et qu'elles s'appuient en majorité sur une appréciation subjective des individus impliqués, plusieurs chercheurs mentionnent que davantage d'évaluations basées sur des devis expérimentaux ou quasi expérimentaux doivent être effectuées (Shapiro et coll. 2015 ; Wood et coll., 2011 ; Wood et Watson, 2017).

L'absence de groupes témoins fait en sorte qu'il est difficile d'affirmer que l'effet du programme est lié au programme en soi et non à d'autres variables (p. ex : caractéristiques personnelles des policiers, caractéristiques socio-économiques du milieu d'implantation) (Compton et coll., 2008 ; Morabito et coll., 2012 ; Ellis, 2014 ; Wood et coll., 2011 ; Adelman, 2003). Ainsi, la validité interne des évaluations demeure questionnable, notamment car il est impossible d'avancer que le programme provoque bel et bien les changements dans la prise en charge des PEMP. Les caractéristiques préalables des PEMP ou d'autres programmes sont aussi susceptibles d'être en partie responsables des changements observés dans la prise en charge des PEMP (voir Shadish, Cook et Campbell [2002] sur les menaces à la validité des évaluations en sciences sociales).

1.5 Problématique et cas à l'étude

Au cours des dernières décennies, les policiers ont dû intervenir de plus en plus fréquemment auprès de personnes dont l'état mental est perturbé (PEMP), principalement en raison du courant de désinstitutionnalisation (Cotton et Coleman, 2010 ; Wilson-Bates, 2008). La médiatisation d'interventions policières où une force excessive fut employée et la judiciarisation de la maladie mentale de façon plus générale ont remis en question la capacité des policiers à intervenir en situation de crise (Wood et Watson, 2011). Plusieurs organisations policières ont par ailleurs implanté des programmes spécialisés afin d'améliorer l'intervention auprès des PEMP. De tels

programmes visent notamment à diriger les PEMP vers les services appropriés et à prévenir les blessures et l'usage de la force (Shapiro et coll., 2015).

L'efficacité des programmes policiers auprès des PEMP demeure néanmoins questionnable. Cela est d'abord dû à un manque de données empiriques sur des variables liées à l'efficacité (p. ex. : usage de la force ou taux d'hospitalisation) ; en effet, peu d'études mesurant de telles variables sont recensées dans la littérature (Shapiro et coll. 2015 ; Wood et coll., 2011 ; Wood et Watson, 2017). Ensuite, la plupart des études comportent des lacunes méthodologiques importantes, notamment l'absence de groupes témoins et de puissance statistique en raison de la petite taille des échantillons (Compton et coll., 2008 ; Shapiro et coll., 2015 ; Taheri, 2016).

L'objectif général de la présente étude de cas est d'évaluer l'impact d'un protocole mis en place en février 2016 par le SPL sur le déroulement et le dénouement des interventions policières auprès des personnes présentant un risque suicidaire à l'aide d'une méthode connue sous le nom d'appariement sur la base du score de propension. Le protocole prévoit l'implication de la Division urgence sociale (DUS) du SPL pour évaluer le risque suicidaire. L'étude de cas comprend six objectifs secondaires, soit de déterminer l'impact du protocole sur les six résultats suivants : (1) transport à l'hôpital ; (2) référence ou placement dans une ressource ; (3) prise en charge par une tierce personne ; (4) arrestation ; (5) recours à la « Loi P-38 » ; (6) usage de la force.

1.5.1 La présente étude : le protocole mis en place par le SPL

Lors de la fondation de la Ville de Laval en 1965, la Division du bien-être social municipal est mise sur pied et relève de la Direction générale de la municipalité. Dès sa création, la Division du bien-être social municipal est appelée à jouer un rôle de premier plan auprès de la population lavalloise en lui offrant un service d'urgence sociale 24 h/24, 7 j/7 : « La Division a la responsabilité des enquêtes au point de vue du bien-être social, du placement, de la réhabilitation et de la révision périodique des dossiers du bien-être social des habitants et contribuables de la

ville. » (Bondaz et Dupéré, 1995, p.2) En 1995, lors du transfert de la Division au SPL, le libellé « Division du bien-être social municipal » est modifié pour « Division urgence sociale ».

Au sein du Service de police de Laval, la DUS est l'une des divisions du secteur gendarmerie de la Direction des opérations policières. Elle comprend aujourd'hui une équipe de huit employés à temps plein (un chef de division, six intervenants sociaux et une auxiliaire sociale). La Division soutient étroitement la mission du service de police : elle complète le travail des policiers lorsque ces derniers doivent intervenir dans des situations d'urgence sociale auprès des citoyens ayant atteint l'âge de la majorité et résidant sur le territoire de Laval. En plus de soutenir le travail policier, la DUS reçoit aussi des demandes d'intervention des professionnels de la santé, des intervenants du réseau communautaire et de la population en général.

La DUS a regroupé l'ensemble de ses interventions sous 10 problématiques : dépendances ; éviction ; incendie et évacuation ; insalubrité ; maltraitance ; perte d'autonomie ; problèmes familiaux et violence familiale ; tragédie et suicide ; problèmes financiers ; et santé mentale. Les urgences sociales englobent ainsi tout autant les événements fortuits de la vie que ceux reliés à une personne dont l'état mental est perturbé (PEMP). Les interventions de la Division urgence sociale sont d'ailleurs fréquentes : en 2017, ce sont 3472 personnes qui en ont bénéficié (toutes problématiques confondues).

Un des rôles primordiaux de la DUS est l'intervention auprès des PEMP (plus de la moitié des interventions effectuées). Lorsque le centre d'appels d'urgence du SPL reçoit un appel pour un individu dont l'état mental est perturbé, l'opératrice transfère l'appel à un policier en service, qui se rend sur les lieux et qui, par la suite, contacte au besoin la DUS. À ce moment, l'auxiliaire sociale de la DUS recueille les informations essentielles par rapport à la situation. S'il y a plusieurs appels, l'auxiliaire sociale les priorise avant de les transférer aux travailleurs sociaux. Ces derniers peuvent ensuite seconder les policiers au téléphone ou, si requis, se déplacer sur les lieux de l'intervention. Ils peuvent aussi diriger les individus dont l'état mental est perturbé vers les ressources communautaires ou de santé appropriées (p. ex : maisons d'hébergement, centres de désintoxication, urgence hospitalière, ou service de crise). La personne peut ainsi être

prise en charge plus adéquatement, et la DUS assure le suivi de son dossier jusqu'à sa prise en charge par le réseau communautaire ou de la santé. La DUS assure également, avec le soutien des policiers, l'exécution de différents types d'ordonnances liées à la santé mentale : garde provisoire pour examen psychiatrique, ordonnance de soins et ordonnance de la Commission d'examen des troubles mentaux du Tribunal administratif du Québec (TAQ). Par exemple, la DUS accompagne les familles pour la rédaction et la présentation à la Cour de la requête de garde provisoire pour examen psychiatrique, puis assure l'exécution de l'ordonnance.

En somme, les intervenants sociaux de la DUS évaluent, supportent et accompagnent les individus auprès desquels une intervention a lieu, tout en facilitant la liaison entre les services policiers, le système de justice et les services sociaux. Le modèle d'intervention policière auprès des personnes dont l'état mental est perturbé (PEMP) en vigueur au SPL est un modèle unique s'inspirant à la fois du modèle des équipes d'intervention en situation de crise (EISC) — en raison de l'embauche d'intervenants psychosociaux en son sein — et de celui des centres d'appels — en raison de son fonctionnement.

En février 2016, les policiers du SPL ont reçu une formation théorique sur le cadre légal des interventions auprès des personnes dont l'état mental est perturbé, dont celles en crise suicidaire, ainsi que sur le protocole à suivre lors de telles interventions. Le protocole prévoit que les policiers, lorsque confrontés à un individu en crise suicidaire ou tenant des propos suicidaires, doivent faire évaluer son risque suicidaire par un intervenant de la Division urgence sociale (DUS). Le risque est évalué selon une grille d'estimation du risque suicidaire (annexe 1). Dans cette grille, divers indicateurs, tels que la « présence de proches », l'« usage de substance » ou encore la « planification du suicide », sont évalués individuellement. Une fois que l'évaluation de chaque indicateur est complétée, il est possible d'attribuer un risque suicidaire global à la personne (« absence d'indice de danger » ; « indices de danger [faible] », « danger grave à court terme » ou « danger grave et imminent »). D'ailleurs, l'entrée en vigueur du protocole a fait en sorte que les policiers sollicitent désormais plus souvent l'aide de la DUS devant une problématique de risque suicidaire : les interventions de la DUS sont passées, à ce chapitre, d'une moyenne d'une dizaine de cas annuellement de 2012 à 2016 à un total de 216 interventions pour l'année 2017 seulement. L'évaluation du risque suicidaire est ainsi devenue l'un des volets

majeurs de la DUS. Malgré ce que prévoit le protocole, la DUS n'est pas systématiquement impliquée dans les interventions présentant un risque suicidaire traitées par le Service de police de Laval. En effet, des situations nécessitant une intervention médicale urgente (p.ex. : individu qui s'est ouvert les veines ou qui s'est empoisonné) ou présentant un niveau élevé de dangerosité font en sorte que les policiers jugent plus adéquat de recourir immédiatement aux services hospitaliers d'urgence ou encore de procéder à une arrestation.

Comme pour les autres problématiques d'urgence sociale, l'évaluation du risque suicidaire se fait à partir d'une consultation téléphonique ou, lorsque nécessaire, en personne. La consultation permet au travailleur social de proposer une suite à l'intervention policière (p. ex : application de la Loi P-38, accompagnement à l'urgence, intervention à domicile, référence au service de crise ou référence à une ressource communautaire), et vise à améliorer la qualité des services offerts ainsi que d'assurer une prise en charge rapide des personnes présentant un risque suicidaire.

Chapitre 2 — Méthodologie

L'objectif général du présent projet de recherche est d'évaluer l'effet du protocole (en vigueur depuis le 1^{er} février 2016 au Service de police de Laval) sur le déroulement et le dénouement des interventions policières auprès des personnes qui présentent un risque suicidaire. Dans ce deuxième chapitre, la méthodologie (les sources des données, les variables à l'étude ainsi que la stratégie analytique) employée pour atteindre l'objectif de recherche est détaillée dans la section qui suit.

2.1 Sources des données

Des données ont été collectées sur 381 interventions policières réalisées par le SPL auprès de personnes pour lesquelles une problématique de risque suicidaire a été identifiée lors d'une intervention policière entre le 1^{er} février 2014 et le 31 janvier 2018. Un groupe expérimental constitué des interventions s'étant déroulées après la mise en place du protocole d'interventions auprès des individus présentant un risque suicidaire sera comparé à un groupe témoin constitué des interventions ayant eu lieu avant la mise en place de ce protocole. Le groupe expérimental est composé d'interventions où la DUS a réellement été contactée. Tous les membres du groupe expérimental ont été exposés au protocole.

2.1.1 Groupe expérimental

Le groupe expérimental comprend 251³ interventions policières auprès de personnes présentant un risque de suicide ayant eu lieu au cours des deux années suivant l'instauration du protocole, soit lors de la période expérimentale, qui s'étend du 1^{er} février 2016 au 31 janvier 2018 inclusivement.

³ Certaines interventions de la DUS liées à des personnes mineures n'impliquant pas d'intervention policière ou étant erronément classées sous la problématique « risque suicidaire » n'ont pas été retenues dans le groupe expérimental.

Les interventions du groupe expérimental sont celles qui étaient classées sous la problématique « risque suicidaire » dans la base de données remplie par les intervenants sociaux de la Division urgence sociale (DUS)⁴. Cette base de données contient des informations sur l'intervention réalisée par la DUS et le contexte l'entourant (p. ex. : lieu, heure, problématique à l'origine de l'intervention, possession d'une arme à feu, intervenants et policiers impliqués, présence d'une tierce personne) ainsi que sur son déroulement et son dénouement (p. ex. : usage de la force, transport à l'hôpital, arrestation, incarcération, décès, recours à la Loi P-38, prise en charge par une tierce personne ou par une ressource communautaire). Elle contient également des informations sur la personne dont l'état mental est perturbé à l'origine de l'intervention (p. ex. : âge, sexe, langue parlée, intoxication, problèmes de santé mentale, risque suicidaire), et sur les suivis liés à cette intervention (p. ex. : appels téléphoniques ou bons pour aide alimentaire). La base de données de la DUS a été privilégiée aux rapports d'événements informatisés (REI) du SPL pour collecter les données du groupe expérimental, car elle contient davantage d'informations sur les suivis effectués auprès des personnes faisant l'objet de l'intervention policière.

2.1.2 Groupe témoin

Pour le groupe témoin, un échantillon aléatoire de 130 interventions s'étant déroulées lors des deux années précédant la mise en place du protocole, a été sélectionné, c'est-à-dire lors de la période témoin, qui s'étend du 1^{er} février 2014 au 31 janvier 2016 inclusivement. Puisque la DUS n'a pas de données sur les interventions couvrant la période témoin, les données du groupe témoin proviennent des rapports d'événements informatisés (REI) du SPL, remplis par les policiers lorsqu'une intervention est complétée. Les REI contiennent les informations sur l'intervention et le contexte qui l'entoure (p. ex. : lieu, heure, type d'événement, possession d'une arme à feu, personnes impliquées), un narratif détaillé de son déroulement et dénouement (p. ex. : usage de la force, transport à l'hôpital, arrestation, incarcération, décès, recours à la

⁴ Il est à noter que les suicides complétés sont catégorisés par la DUS dans la catégorie « suicide » et, par conséquent, ne sont pas inclus dans l'échantillon du groupe expérimental.

Loi P-38, prise en charge par une tierce personne ou par une ressource communautaire) ainsi que des informations sur la PEMP (p. ex. : âge, sexe, intoxication, historique connu en santé mentale).

L'échantillon de 130 interventions correspond au nombre minimal d'interventions nécessaire pour obtenir une puissance statistique suffisante afin d'observer un effet moyen (Cohen, 1992). Pour sélectionner l'échantillon, une recherche par mots-clés et par code d'événements a été réalisée, puisqu'il s'agit d'une façon efficace de rechercher dans les bases de données policières (Charette, Crocker et Billette, 2011 ; Hartford, Heslop, Stitt et Hoch, 2005). D'abord, une recherche à l'aide des mots-clés « suicide » et « ouvr⁵ » — permettant d'obtenir 1159 interventions — a été effectuée dans la base de données REI. Ces mots-clés ont été choisis en raison de la forte probabilité qu'ils se retrouvent dans le résumé des rapports REI. Par la suite, une recherche pour les interventions classées par le code E420 (tentative de suicide) a permis d'extraire 591 interventions de la base de données REI. L'ensemble des interventions (n= 1750) ont par la suite été combinées dans un fichier Excel, et 53 doublons ont été éliminés ; le nombre final d'interventions était ainsi de 1697⁶. Parmi celles-ci, 130 ont aléatoirement été sélectionnées

⁵ « Ouvr » est le début de l'expression « ouvrir les veines ».

⁶ Pour une durée équivalente, les interventions de la période expérimentale (n = 251) sont nettement moins nombreuses que celles de la période témoin (n = 1697). L'écart entre les deux périodes ne signifie pas pour autant que moins de cas de risque suicidaire ont été traités par le SPL à la suite de l'entrée en vigueur du protocole. Comme mentionné précédemment, le moins grand nombre observé lors de la période expérimentale s'explique d'abord par le fait que, malgré ce que prévoit le protocole, les policiers ne contactent pas toujours la DUS lors d'une problématique de risque suicidaire, par exemple lors d'urgences médicales (veines ouvertes ou empoisonnement). Ensuite, une autre raison expliquant le plus faible nombre d'interventions au cours de la période expérimentale est que la DUS catégorise les interventions où un suicide est complété dans la catégorie « suicide »; ces interventions ne sont donc pas incluses dans la période expérimentale, et ce, contrairement à la période témoin. En effet, puisque la catégorisation « risque suicidaire » n'existe pas dans les REI, les interventions de la période témoin ont été sélectionnées dans un plus large bassin d'interventions qui incluait non seulement des interventions de risque suicidaire, mais également des urgences médicales (dont certaines où la DUS n'aurait vraisemblablement pas été contactée par les policiers) ainsi que les suicides complétés. En somme, les échantillons pour chaque période sont donc constitués d'interventions non similaires à la base, d'où l'importance d'utiliser une méthode d'appariement comme stratégie analytique afin de reproduire les conditions d'une randomisation (section 2.3).

à l'aide du logiciel Microsoft Excel. Or, la majorité des interventions comportaient trop de données manquantes, car le REI ne comprenait pas le narratif de l'intervention. Par conséquent, seules les interventions dont le REI était complet ont été conservées dans l'échantillon. De plus, les interventions où les policiers sont arrivés sur les lieux pour constater un suicide complété ont été écartées afin de ne conserver dans l'échantillon que des interventions où il aurait été possible de faire une évaluation du risque suicidaire. Le processus de sélection aléatoire a donc dû être refait cinq fois, soit jusqu'à l'atteinte de l'échantillon désiré de 130.

2.1.3 Stratégie de codification

L'information par rapport à chacune des interventions a été collectée à l'aide d'une grille de codification (annexe 2). Le dossier de la Division urgence sociale associé à chaque intervention du groupe expérimental ainsi que le REI associé à chaque intervention du groupe témoin ont été lus afin de faire ressortir des variables centrales à l'intervention. La grille de codification a ensuite pu être remplie au fur et à mesure sur Microsoft Excel. Les observations colligées sont liées au type d'intervention ; au résultat de l'intervention (prise en charge par une tierce personne ou par un organisme communautaire, transport en ambulance, recours à la Loi P-38, arrestation, usage de la force) ; et à des facteurs ayant un impact sur l'intervention policière (présence de tierces personnes, lieu de l'intervention, sexe, âge et intoxication de la personne faisant l'objet de l'intervention). Par ailleurs, il est à noter qu'une dizaine de dossiers ont été codifiés conjointement par l'étudiant et le directeur de recherche afin d'assurer une bonne fidélité interjuges.

2.2 Opérationnalisation des variables

Afin de répondre à l'objectif de recherche, trois types de variables ont été utilisées dans cette étude : une variable indépendante, six variables dépendantes sous forme dichotomique et cinq variables de contrôle. Les statistiques descriptives pour chaque variable sont présentées dans la section des résultats au tableau 1.

2.2.1 Variable indépendante

L'étude comprend une variable indépendante, qui indique le type d'intervention policière ayant eu lieu.

TYPE D'INTERVENTION. La variable est dichotomique. Les interventions effectuées par la Division urgence sociale — donc après la mise en place du protocole — constituent le groupe expérimental et ont été codées « 1 ». Les interventions faites par les équipes régulières de patrouille — donc avant la mise en place du protocole — sont le groupe témoin et ont été codées « 0 ».

2.2.2 Variables dépendantes

Les variables dépendantes sont les variables qui sont reliées au résultat de l'intervention policière et pour lesquelles il y avait suffisamment d'informations dans les bases de données afin qu'elles soient retenues. Il s'agit plus précisément des six variables sur lesquelles l'effet de l'intervention policière est étudié. Il est important de mentionner que les variables dépendantes ne sont pas mutuellement exclusives, car plusieurs résultats peuvent survenir lors d'une même intervention. Par exemple, un individu peut à la fois être transporté à l'hôpital et référé à une ressource communautaire.

TRANSPORT À L'HÔPITAL. Cette variable est dichotomique. Elle indique si l'individu a été transporté à l'hôpital, que ce soit en ambulance ou en auto-patrouille (0 = non ; 1 = oui).

RECOURS À LA LOI P-38. Au Québec, en vertu de l'article 8 de la Loi P-38.001, un policier peut amener à un centre hospitalier une personne dont l'état mental présente un danger grave et immédiat pour elle-même ou pour autrui, et ce, contre son gré. Le centre hospitalier auquel la personne est transportée doit la prendre en charge et la faire examiner par un médecin, qui pourra décider de l'hospitaliser ou non. La variable est dichotomique : si le policier a recours à la Loi P-38, la variable est codée « 1 » ; sinon, elle est codée « 0 ».

RÉFÉRENCE OU PLACEMENT DANS UNE RESSOURCE. La variable précise si, à la suite de l'intervention, l'individu présentant un risque suicidaire a été référé ou placé dans une ressource d'aide autre que l'hôpital. Les ressources d'aide font référence aux organismes communautaires qui procurent de l'aide aux personnes en détresse psychologique (p. ex. : dépression, pensées suicidaires, dépendances) ou aux personnes vivant des situations familiales ou domestiques difficiles (p. ex. : divorce, violence conjugale ou itinérance). La variable est dichotomique (non = 0 ; oui = 1).

PRISE EN CHARGE PAR UNE TIERCE PERSONNE. Cette variable dichotomique (0= non ; 1= oui) dénote si la personne présentant un risque suicidaire est prise en charge par une tierce personne à la suite de l'intervention policière. Une tierce personne fait référence ici à une personne avec laquelle la personne présentant un risque suicidaire a une relation amicale, amoureuse ou familiale positive. La prise en charge peut se présenter sous plusieurs formes. Par exemple, la personne présentant un risque suicidaire peut demeurer chez elle avec un proche ou aller résider chez un ami un certain temps.

USAGE DE LA FORCE PAR LES POLICIERS. La variable indique si un policier a usé de force contre l'individu auprès duquel l'intervention a eu lieu. La variable comprend tous les niveaux de force (École nationale de police du Québec, 2013) pouvant être utilisés : il peut s'agir d'un contact physique léger (p. ex. : menottage sans résistance, fouille préventive, techniques d'escorte) à un contact physique puissant (p. ex. : contrôle par l'encolure, technique d'amenée au sol, frappes à mains nues) ; de l'utilisation d'armes intermédiaires (p. ex. : aérosols, armes à impulsions électriques) ; et d'usage de toute arme ou technique destinée à causer des lésions corporelles graves ou la mort. La variable est dichotomique (0 = non ; 1 = oui). Il est à noter que, dans cette étude, la légitimité⁷ de l'usage de la force n'a pas été évaluée.

⁷ Le terme « légitime » est employé ici au sens donné par Jobard (2010), c'est-à-dire respectant le droit en vigueur et considéré acceptable par la population.

ARRESTATION. Cette variable dichotomique signale si l'intervention auprès de l'individu présentant un risque suicidaire s'est soldée par une arrestation (0 = non ; 1 = oui).

2.2.3 Variables de contrôle

Les variables de contrôle pertinentes pour cette étude sont des facteurs reconnus dans la littérature scientifique comme ayant un impact sur le déroulement et le dénouement d'une intervention policière en situation de crise. Ces facteurs incluent les facteurs situationnels (p. ex. : la problématique à l'origine de l'intervention, la gravité de la situation, le lieu, la présence d'une arme à feu ou la présence d'une autre personne) ; les facteurs reliés aux caractéristiques du policier et de la personne ciblée par l'intervention (p. ex. : sexe, groupe ethnique ou culturel, âge, intoxication, problème de santé mentale, tenue de propos suicidaires) ; ainsi que les caractéristiques de l'organisation policière (p. ex. : règles organisationnelles par rapport à l'encadrement de l'usage de la force) (Blais et coll., 2019 ; Boivin et Lagacé, 2016 ; Klahm et Tillyer, 2010). Par contre, dans la présente étude, il n'a pas été possible d'inclure toutes les variables de contrôle pertinentes car, d'une part, plusieurs informations étaient manquantes dans la base de données de la DUS et dans les REI. Par exemple, la base de données de la DUS mentionnait rarement l'origine ethnique de la personne, alors que les REI ne comprenaient pas la gravité du risque suicidaire, les policiers ne pouvant l'évaluer. D'autre part, certaines variables qui se retrouvaient dans les données de la DUS et dans les REI n'ont pas été retenues en raison de la distribution des modalités empêchant leur utilisation dans les tests statistiques⁸. En somme, les variables de contrôle ont été choisies en fonction de leur pertinence, mais aussi en fonction de leur disponibilité, ce qui fait qu'elles se retrouvent en nombre limité. L'étude comprend ainsi cinq variables de contrôle, dont le type et la pertinence sont explicités ci-bas. La pertinence de chaque variable de contrôle est établie en démontrant la possibilité que cette dernière ait une influence sur l'une ou l'autre des cinq variables dépendantes mentionnées précédemment.

⁸ Trois variables de contrôle n'ont pu être intégrées dans les analyses statistiques en raison d'une trop faible occurrence : la possession d'une arme à feu (n=3), le décès (n=0) et l'incarcération (n=6) comme issue de l'intervention.

SEXE DE L'INDIVIDU. La variable indique si l'individu faisant l'objet de l'intervention est un homme ou une femme. La variable est dichotomique (0 = femme ; 1 = homme). Concernant le sexe de l'individu, Bolger (2015) démontre que les femmes sont traitées, de façon générale, avec plus d'empathie de la part des policiers que les hommes. Également, de nombreuses études (Garner, Maxwell et Heraux, 2002 ; Terrill et Mastrofski, 2002 ; Rydberg et Terrill, 2010) mettent de l'avant le fait qu'être un homme augmente les risques de voir les policiers user de force contre soi. Le sexe est, de ce fait, une variable pertinente, car il est possible qu'elle affecte les variables dépendantes de cette étude, c'est-à-dire celles reliées au résultat de l'intervention, et ce, bien que certaines études (Johnson, 2011 ; Lawton, 2007) observent une relation non significative entre l'usage de force et le sexe de l'individu.

ÂGE DE L'INDIVIDU. La variable exprime l'âge, en années, de l'individu auprès duquel l'intervention a lieu. La variable est continue. La relation entre l'âge de l'individu et des facteurs liés au déroulement et au dénouement de l'intervention policière est fréquemment étudiée dans la littérature scientifique. Notamment, de nombreuses études portent sur le lien entre l'âge de l'individu et l'usage de la force par les policiers, et concluent à l'absence de relation significative entre ces deux variables (Khlam et Tillyer, 2010 ; Kaminski, Digiovanni et Downs, 2004 ; Crawford et Burns, 2002 ; Garner et coll., 2002). Or, les résultats ne sont pas toujours constants, puisque d'autres études, bien qu'en nombre moindre, indiquent que l'usage de la force par les policiers est moins important envers les individus plus âgés (Terrill et Mastrofski, 2002 ; Sherman, 1980).

INTOXICATION DE L'INDIVIDU. Cette variable indique si l'individu était intoxiqué par un médicament, de l'alcool ou de la drogue lors de l'arrivée des policiers. La variable est dichotomique (0 = non ; 1 = oui). La littérature présente des résultats mixtes quant au lien entre l'intoxication d'un individu et l'usage de force par les policiers. Certaines études pointent un usage plus important de la force par les policiers lorsque les individus sont intoxiqués (Garner et coll., 2002 ; Kaminsky et coll., 2004), alors que d'autres chercheurs indiquent, au contraire, que les policiers usent moins de force envers les individus intoxiqués (Alpert et Dunham, 1997).

Plus récemment, Morabito et Socia (2015) ont, par ailleurs, conclu, dans leur étude, que les personnes intoxiquées sont plus à risque d'être blessées que les personnes ne présentant aucun signe d'intoxication lors d'une intervention policière.

LIEU DE L'INTERVENTION. Cette variable est dichotomique et indique l'endroit où les policiers sont intervenus auprès de la personne présentant un risque suicidaire. Lorsque les interventions ont eu lieu à la résidence privée de la personne, elles ont été codées « 1 ». Les interventions s'étant déroulées à tout autre endroit, par exemple un parc ou une voie publique, ont été codées « 0 ». Le lieu d'une intervention peut avoir un effet sur le déroulement d'une intervention. Par exemple, Mastrofski, Snipes et Supina (1996) démontrent que les citoyens se conforment davantage aux consignes des policiers dans les lieux publics que dans les résidences privées et, dans le même ordre d'idées, Crawford et Burns (2008) ajoutent que l'usage de force mortelle est moins élevé dans les lieux publics que dans les résidences privées.

PRÉSENCE D'UNE TIERCE PERSONNE. Cette variable est dichotomique et signale si, lors de l'intervention, au moins une tierce personne — ami, e, partenaire de vie ou membre de la famille — était présente sur les lieux pour soutenir la personne présentant un risque suicidaire. Lorsqu'une tierce personne était sur les lieux, la variable fut codée « 1 », alors qu'elle fut codée « 0 » lorsqu'aucune tierce personne n'était présente. La présence d'une tierce personne est une variable pertinente à considérer, car la présence d'une ou de plusieurs personnes ayant une bonne relation avec la PEMP réduit le risque d'usage de la force lors d'une intervention policière, notamment en agissant à titre de médiateur (Blais et coll., 2019).

2.3 Stratégie analytique

Dans cette étude, la stratégie analytique se divise en trois étapes. Dans un premier temps, des analyses descriptives sont réalisées, ce qui permet de connaître la distribution des données à l'étude. Dans un deuxième temps, des tests de chi-carré sont effectués afin de déterminer s'il existe un lien entre la variable indépendante et chacune des variables dépendantes ; des valeurs Phi indiquent la force de la relation (Cohen, 1992).

Dans un troisième temps, un effet général du traitement est calculé à partir d'observations appariées sur la base du score de propension. Pour évaluer l'effet d'un traitement ou d'un protocole, l'utilisation d'un devis expérimental où il y a randomisation, soit une répartition aléatoire des participants dans des groupes, permet d'obtenir d'office des groupes aux caractéristiques similaires (Austin, 2009 ; Lecocq, Ammi et Bellarbre, 2014). Puisque les groupes sont similaires, il est possible de les comparer directement afin d'isoler l'effet du traitement (Austin, 2009 ; Lecocq et coll., 2014). Lorsque la randomisation est impossible, un autre moyen d'évaluer l'effet d'un traitement est de créer un groupe témoin de façon « ex post facto », soit de créer de façon rétroactive un groupe témoin (Lecocq et coll., 2014). Cependant, dans une telle situation, les groupes ne sont pas toujours comparables (Steiner, Cook, Shadish et Clark, 2010). Il se peut que les participants du groupe témoin aient un profil différent de ceux du groupe expérimental, ce qui est susceptible d'affecter la validité interne des résultats (Shadish et coll., 2002). C'est le cas dans l'étude actuelle, où des interventions lors desquelles la DUS n'aurait vraisemblablement pas été appelée par les policiers (p.ex. : empoisonnement ou veines ouvertes) sont présentes dans le groupe témoin. L'appariement des observations des groupes expérimental et témoin sur la base du score de propension représente une stratégie permettant de reproduire les conditions d'une évaluation avec randomisation (Apel et Sweeten, 2010).

Le score de propension est calculé à l'aide d'une analyse de régression logistique. Ce score varie de 0 à 1 et indique la probabilité de se retrouver dans le groupe expérimental. Cette analyse permet de déterminer si les groupes sont équilibrés. Ces analyses indiquent si la probabilité de se retrouver dans le groupe expérimental varie en fonction des variables de contrôle. Ainsi, le rapport de cote (RC) obtenu et son seuil de tolérance indiquent la probabilité qu'une observation se retrouve dans le groupe expérimental. Par la suite, les observations du groupe témoin et expérimental sont appariées sur la base du score de propension. Ainsi, les observations des deux groupes sont dites comparables, c'est-à-dire qu'elles ont sensiblement la même probabilité de se retrouver dans le groupe expérimental (Braitman et Rosenbaum, 2002).

Il existe plusieurs stratégies pour appairer les observations sur la base du score de propension. Il est préférable d'utiliser diverses méthodes pour estimer l'effet moyen, car le résultat de

l'estimation est sensible à la méthode utilisée (Apel et Sweeten, 2010 ; Ho, Imai, King et Stuart, 2007). Dans cette étude, ce sont trois méthodes qui sont employées pour estimer l'effet moyen du protocole (EMT) sur les six variables dépendantes.

Premièrement, des analyses de régression logistique sont exécutées afin d'estimer l'effet moyen du traitement. Ces analyses n'assurent pas que les groupes soient équilibrés (scores de propension comparables), mais elles permettent de montrer l'utilité d'employer l'appariement. Lorsqu'il existe d'importantes différences entre les coefficients obtenus à l'aide de la régression logistique et de l'appariement, ce résultat indique que l'effet de l'intervention est contaminé par d'autres facteurs propres à chacun des groupes (Shadish et coll., 2002).

Deuxièmement, la technique de régression logistique avec contrôle pour le score de propension est employée. Cette technique consiste à inclure le score de propension comme une variable additionnelle dans le modèle de régression logistique. Trois méthodes de contrôle pour le score de propension sont utilisées : sans « trimming », avec support commun et « trimming upper and lower 10% ». Dans la méthode sans « trimming », l'ensemble des interventions sont retenues pour la régression logistique (Apel et Sweeten, 2010). Ensuite, le support commun est la zone où la totalité des valeurs du SP du groupe témoin et du groupe expérimental se superposent (Apel et Sweeten, 2010). Dans la méthode avec support commun, les interventions retenues pour la régression logistique sont celles se retrouvant dans la zone de support commun. Finalement, pour la méthode « trimming upper and lower 10% », 80 % des interventions sont conservées, c'est-à-dire que les 10 % des interventions ayant le SP le plus faible et les 10 % des interventions ayant le SP le plus élevé sont éliminées (Apel et Sweeten, 2010).

Troisièmement, un effet moyen du traitement est calculé avec un appariement avec fonction noyau (*Kernel matching*), car celle-ci est généralement recommandée lorsque les échantillons sont petits afin de donner plus de poids aux cas dont les scores respectifs sont les plus près les uns des autres (Apel et Sweeten, 2010 ; Becker et Ichino, 2002). Dans la méthode d'appariement par score de propension, les interventions du groupe témoin sont d'abord appariées aux interventions du groupe expérimental ayant des SP similaires. Pour considérer que les groupes sont équilibrés et, donc, qu'un contexte d'étude randomisée est simulé, la valeur du biais

standardisé ne doit pas excéder 20 (Apel et Sweeten, 2010). Une fois les groupes équilibrés, il est ensuite possible d'isoler l'effet moyen du protocole (EMT) sur chaque variable dépendante en le calculant à partir de trois modèles Kernel (uniforme, Gaussien et Epanechnikov), pour lesquels la manière d'assigner un poids respectif à chaque intervention diffère (Apel et Sweeten, 2010).

Chapitre 3 — Résultats

Ce chapitre présente les résultats obtenus à la suite de l'application de la stratégie analytique mentionnée dans la section antérieure. Ainsi, les résultats des analyses univariée (statistiques descriptives), bivariée (chi-carré) et multivariée (régressions logistiques et score de propension) sont détaillés dans le présent chapitre.

3.1 Analyse descriptive

Pour la première partie des résultats, soit les statistiques descriptives, le tableau 1 rapporte la moyenne, l'écart-type ainsi que les valeurs minimale et maximale de trois types de variables : (1) six variables dichotomiques dépendantes reliées au résultat de l'intervention policière (transport à l'hôpital ; référence ou placement dans une ressource ; prise en charge de l'individu par une tierce personne ; usage de la force par les policiers ; arrestation ; et application de la Loi P-38) ; (2) une variable indépendante dichotomique liée à l'intervention en soi (intervention de la DUS) ; (3) six variables de contrôle, c'est-à-dire les quatre variables dichotomiques (lieu de l'intervention ; sexe de l'individu ; intoxication ; et présence d'une tierce personne) et la variable continue (âge de l'individu). La médiane est également indiquée pour la variable de contrôle continue.

Tableau 1. Statistiques descriptives des variables à l'étude

	Moyenne	Médiane	Écart-type	Min.	Max.
Variables reliées au résultat de l'intervention					
Transport à l'hôpital (1=oui)	39,5 %			0	1
Référé ou placé dans une ressource (1=oui)	26,7 %			0	1
Prise en charge par une tierce personne (1=oui)	40,8 %			0	1
Usage de la force (1=oui)	6,4 %			0	1
Arrestation (1=oui)	6,7 %			0	1
P-38 (1=oui)	13,6 %			0	1
Variable reliée à l'intervention					
Intervention (1=intervention conjointe avec la DUS)	65,9 %			0	1
Variables de contrôle employées pour calculer le score de propension					
Lieu de l'intervention (1=autre)	22,3 %			0	1
Sexe de la personne (1=femme)	49,9 %			0	1
Âge de la personne	38,69	38	15,08	18	85
Intoxication (1=oui)	27,7 %			0	1
Tierce personne présente (1=oui)	38,7 %			0	1

Le pourcentage (%) est présenté pour les variables dichotomiques.

Les données du tableau 1 montrent que, pour l'ensemble des 381 interventions policières auprès des individus présentant un risque suicidaire sélectionnées dans cette étude, 39,5 % d'entre elles se sont soldées par un transport à l'hôpital de l'individu faisant l'objet de l'intervention. L'individu a été pris en charge par une tierce personne plus souvent (40,8 %), mais a été référé ou placé dans une ressource d'aide moins souvent (26,7 %)⁹. La Loi P-38 a été appliquée dans 13,6 % des cas, alors que l'arrestation de l'individu présentant un risque suicidaire et l'usage de la force à son égard ont été moins fréquents, soit de 6,7 % et de 6,4 % respectivement. Ensuite, 65,9 % des interventions ont été réalisées avec l'aide de la Division urgence sociale (DUS), 27,7 % l'ont été auprès d'individus intoxiqués à une substance quelconque (médicaments, alcool ou drogues) et 49,9 %, auprès de femmes. De plus, 22,3 % des interventions n'ont pas eu lieu à

⁹ Comme mentionné dans la méthodologie, les trois variables (transport à l'hôpital ; prise en charge par une tierce personne ; et référence ou placement dans une ressource) ne sont pas mutuellement exclusives. Par exemple, un individu peut à la fois être transporté à l'hôpital et référé à une ressource d'aide.

une résidence privée et une ou plusieurs tierces personnes (ami. e. s, famille ou partenaire de vie) étaient présentes lors de 38,7 % d'entre elles. Enfin, l'âge moyen des personnes était de 38,69 ans, avec un écart-type de 15,08, et la médiane, de 38 ans. Par ailleurs, l'âge varie d'un minimum de 18 ans à un maximum de 85.

3.2 Analyse bivariée

Pour la seconde partie des résultats, soit les résultats de l'analyse bivariée, le tableau 2 met de l'avant les résultats des tests de chi-carré réalisés entre la variable indépendante dichotomique liée à l'intervention (intervention de la DUS) et les six variables dépendantes dichotomiques liées au résultat de l'intervention (transport à l'hôpital ; référence ou placement dans une ressource ; prise en charge de l'individu par une tierce personne ; usage de la force par les policiers ; arrestation ; et application de la Loi P-38). Plus précisément, le tableau 2 met en évidence la distribution des effectifs de chaque variable indépendante selon le type d'intervention (équipes régulières de patrouille, soit avant la mise en place du protocole, versus équipe conjointe formée d'un policier et d'un intervenant social, soit après la mise en place du protocole) ainsi que les valeurs Phi.

Tableau 2. Distribution des résultats de l'intervention dans les groupes témoin et expérimental

	Groupe témoin	Groupe expérimental	Valeur Phi
% de transports à l'hôpital	94,6 %	10,8 %	0,81**
% de personnes placées ou référées dans une ressource	3,1 %	40,6 %	0,41**
% de prise en charge par une tierce personne	2,3 %	62,4 %	0,59**
% d'usage de la force	11,5 %	3,7 %	0,15**
% d'arrestation	7,7 %	6,1 %	0,03
% de P-38	22,3 %	9,0 %	0,19**

* $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$

Les données du tableau 2 montrent une relation significative ($p \leq 0,01$) et forte ($\phi=0,81$) entre le fait de transporter un individu à l'hôpital et le type d'intervention. Avant la mise en place du protocole, les policiers envoyaient la personne présentant un risque suicidaire à l'hôpital dans 94,6 % des cas, alors que ce pourcentage est de 10,8 % après la mise en place du protocole. Il y a, en outre, une réduction de l'usage de la force par les policiers de 7,8 points de pourcentage, l'usage passant de 11,5 % pour la période avant l'entrée en vigueur du protocole à 3,7 % pour la période après son entrée en vigueur. Toutefois, bien que la relation entre l'usage de la force par les policiers et le type d'intervention soit statistiquement significative ($p \leq 0,01$), celle-ci est faible ($\phi=0,15$). Une relation significative ($p \leq 0,01$) et faible ($\phi=0,19$) est également présente entre l'application de la Loi P-38 et le type d'intervention : pour la période avant la mise en place du protocole, les policiers l'appliquaient lors de 22,3 % des interventions, alors que, pour la période où le protocole est en vigueur, le pourcentage baisse à 9,0 %. Par ailleurs, il existe une relation significative ($p \leq 0,01$) et forte ($\phi=0,59$) entre la prise en charge par une tierce personne (ami, e, famille ou partenaire de vie) de la personne faisant l'objet de l'intervention et le type d'intervention. Lorsque la DUS est impliquée dans l'intervention, la personne est prise en charge par une tierce personne 62,4 % du temps, mais seulement 2,3 % du temps lorsqu'une équipe de patrouille intervient seule. Une relation significative ($p \leq 0,01$) et moyenne ($\phi=0,41$) est aussi observée entre le fait de référer ou de placer une personne dans une ressource et le type d'intervention. L'individu présentant un risque suicidaire est référé ou placé dans une ressource plus souvent (40,6 %) après la mise en place du protocole qu'avant (3,1 %). Enfin, la relation entre l'arrestation de la personne au cœur de l'intervention et le type d'intervention n'est pas significative.

3.3 Analyse multivariée

Ensuite, le tableau 3 présente la première partie des résultats de l'analyse multivariée, soit les résultats des régressions logistiques effectuées entre la variable indépendante de l'étude (intervention de la DUS) et les cinq variables de contrôle : lieu de l'intervention ; sexe de la personne faisant l'objet de l'intervention ; âge de la personne ; intoxication de la personne ; et présence d'une tierce personne lors de l'intervention. Spécifiquement, le tableau 3 met de l'avant le rapport de cote (RC) associé à chaque variable de contrôle, l'intervalle de confiance

(IC) à 95 % ainsi que le sommaire du modèle (test d'Hosmer Lemeshow et le R-Carré de Nagelkerke).

Tableau 3. Probabilité de faire l'objet d'une intervention de la DUS en fonction des cinq variables de contrôle

	Probabilité d'être visé par une intervention de la DUS (1=oui)		Diagnostic sur l'équivalence des groupes : biais standardisés	
	RC	IC 95 %	Avant appariement	Après appariement
Lieu de l'intervention (1=autre)	0,799	0,443 ; 1,441	-5,2	-5,0
Sexe de la personne (1=femme)	0,908	0,565 ; 1,459	-1,9	4,7
Âge de la personne	0,997	0,981 ; 1,013	-7,3	-5,9
Intoxication (1=oui)	0,230**	0,139 ; 0,381	-65,9	0,0
Tierce personne présente (1=oui)	1,642*	0,998 ; 2,701	19,3	2,3
Constante	2,626*	1,147; 6,010		
Sommaire du modèle				
Test d'Hosmer Lemeshow	3,80 (dl=8) ; p=0,874			
R-Carré de Nagelkerke	14,6 %			

* $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$

RC=rapport de cote

IC= Intervalle de confiance à 95 %

Les biais standardisés ont été calculés à partir de la technique uniforme du protocole d'appariement de type Kernel. La valeur des biais standardisés était inférieure à 20 dans tous les modèles d'appariement.

Le tableau 3 montre que 14,6 % de la variance du type d'intervention s'explique par les variables du modèle. La faible capacité de prédiction du modèle est possiblement due au fait que ce ne sont pas toutes les variables pertinentes au modèle qui ont pu être incluses. En effet, pour augmenter la capacité de prédiction du modèle, il aurait fallu inclure, si cela avait été possible¹⁰, des variables recensées dans la littérature ayant une influence sur le déroulement et le dénouement d'une intervention policière (résistance de la personne, présence d'une arme à

¹⁰ Rappelons qu'il fut impossible d'inclure davantage de variables dans la régression logistique en raison d'informations absentes des bases de données de la DUS et dans les REI, et d'une distribution inadéquate dans les modalités de certaines variables.

feu, etc.). En fait, dans le présent modèle, seules deux variables contribuent significativement à celui-ci : l'intoxication de la personne (RC= 0,230 ; $p \leq 0,01$) et la présence d'une tierce personne (RC= 1,642 ; $p \leq 0,05$). En d'autres termes, les groupes expérimental (avant la mise en place du protocole) et témoin (protocole en vigueur) diffèrent sur la base de ces deux variables et ne sont donc pas équivalents. Effectivement, les interventions impliquant une personne intoxiquée sont 4,35 fois moins susceptibles de se retrouver dans le groupe expérimental, alors que les interventions où une tierce personne est présente ont 1,642 plus de chances de se retrouver dans le groupe expérimental.

Les interventions découlant du groupe expérimental et celles découlant du groupe témoin incluent donc à la base des interventions différentes sous plusieurs aspects, ce qui nécessite l'utilisation d'une approche d'appariement. L'appariement des observations sur la base du score de propension tente de reproduire les conditions de la randomisation (Apel & Sweeten, 2010). L'appariement limite les chances que l'effet observé ne soit attribuable à d'autres facteurs que le protocole mis en place par la DUS et le SPL. Le calcul des biais standardisés permet d'assurer que l'appariement mène à des groupes « équilibrés » sur le plan des variables prédictives du tableau 3. Le diagnostic sur l'équivalence des groupes montre que tous les biais standardisés sont inférieurs à 20, ce qui veut dire que les groupes sont équilibrés à la suite de l'appariement (Rosenbaum et Rubin, 1985). Le tableau 3 montre d'ailleurs que le biais standardisé passe de -65,9 à 0,0 pour l'intoxication, alors que celui pour la présence de tierces personnes diminue de 19,3 à 2,3.

Finalement, le tableau 4 met en lumière les résultats de la seconde partie de l'analyse multivariée : les résultats liés à l'analyse par score de propension. Les résultats consistent en l'estimation de l'effet moyen du protocole d'intervention (EMT) pour chacune des variables dépendantes de l'étude, et ce, à partir des huit régressions logistiques. Dans la section A, on retrouve les résultats de la régression logistique régulière sans variables de contrôle, puis ceux de la régression logistique régulière avec variables de contrôle. Dans la section B, les résultats des trois régressions logistiques de contrôle pour le SP (sans « trimming », avec support commun et « trimming upper and lower 10% ») sont présentés. Toutes les régressions ont

comme variable indépendante le type d'intervention. Dans la section C, les résultats des modèles Kernel d'appariement par le SP (uniforme, Gaussien et Epanechnikov) sont mis de l'avant.

Tableau 4. Effet moyen du protocole (EMT) sur les variables liées au résultat de l'intervention

	Transport à l'hôpital	Référence ou placement dans une ressource	Prise en charge par une tierce personne	Arrestation	Recours à la Loi P-38	Usage de la force
A. Modèles de régression réguliers						
Sans variable de contrôle	-0,81**	0,41**	0,59**	-0,03	-0,19**	-0,15**
Avec variables de contrôle	-0,77**	0,41**	0,57**	0,004	-0,15*	-0,12*
B. Régression avec contrôle par le score de propension						
Sans « trimming »	-0,80**	0,35**	0,57**	0,02	-0,13*	-0,05
Avec « common support »	-0,79**	0,35**	0,57**	0,02	-0,13**	-0,04
Trimming upper and lower 10%	-0,78**	0,34**	0,55**	0,02	-0,10	-0,05
C. Appariement avec le score de propension : Modèles Kernel						
Uniform	-0,79**	0,36**	0,57**	-0,003	-0,11*	-0,07
Gaussien	-0,79**	0,36**	0,57**	-0,003	-0,11*	-0,07
Epanechnikov	-0,79**	0,35**	0,57**	-0,002	-0,11*	-0,07

* $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$

Tout d'abord, dans le tableau 4, les résultats de l'effet moyen du protocole (EMT) indiquent tous que le protocole a un effet significatif ($p \leq 0,01$) sur le transport à l'hôpital. Les EMT, peu importe la technique utilisée pour les estimer, montrent que le protocole a permis de réduire le transport à l'hôpital des personnes présentant un risque suicidaire. Lorsque les groupes ne sont pas équilibrés (section A), le protocole mène à une réduction de 81 points de pourcentage (EMT = - 0,81 ; $p \leq 0,01$) pour le modèle de régression régulière sans variables de contrôle, alors que la réduction est un peu moins importante (77 points de pourcentage ; $p \leq 0,01$) lorsque les variables de contrôle sont introduites dans le modèle. De leur côté, les techniques d'analyse par

SP utilisées pour équilibrer les groupes donnent des résultats se situant dans l'intervalle des EMT obtenus par les régressions régulières. Les EMT pour les régressions avec contrôle pour le SP (section B) indiquent une réduction de 78 à 80 points de pourcentage ($p \leq 0,01$) du transport à l'hôpital, et les modèles Kernel (section C), pour leur part, montrent tous une réduction de 79 points de pourcentage ($p \leq 0,01$).

Ensuite, toutes les méthodes d'estimation du EMT montrent que le protocole a mené à une hausse statistiquement significative ($p \leq 0,01$) de la référence ou du placement de personnes présentant un risque suicidaire dans des ressources communautaires. Les deux régressions régulières indiquent une hausse identique de 41 points de pourcentage ($p \leq 0,01$). L'EMT est légèrement inférieur lorsqu'estimé à l'aide de méthodes de score de propension, se situant autour de 35 points de pourcentage ($p \leq 0,01$). Le protocole permet d'augmenter la référence ou le placement des personnes présentant un risque suicidaire de 34 à 36 points de pourcentage ($p \leq 0,01$) selon les régressions avec contrôle pour le SP et de 35 ou 36 points de pourcentage ($p \leq 0,01$) selon les modèles Kernel.

Le protocole d'intervention a également un impact statistiquement significatif ($p \leq 0,01$) sur la prise en charge des personnes présentant un risque suicidaire par une tierce personne (ami, e., famille ou partenaire de vie). Les personnes présentant un risque suicidaire ont davantage été prises en charge par une tierce personne depuis l'entrée en vigueur du protocole, les estimations des EMT allant de 55 à 59 points de pourcentage. De fait, six des huit méthodes d'estimation employées donnent un EMT significatif de 57 points de pourcentage ($p \leq 0,01$). La régression logistique régulière sans variables de contrôle (EMT=0,59; $p \leq 0,01$) et la régression «trimming upper and lower 10%» (EMT=0,55; $p \leq 0,01$) donnent un EMT différent, mais tout de même très proche des autres méthodes d'estimation.

De plus, les estimations de l'EMT soulignent que le protocole a, dans l'ensemble, un effet significatif permettant de diminuer le recours à la Loi P-38 ou à l'hospitalisation contre le gré de la personne de 11 à 19 points de pourcentage. En fait, sept des huit EMT obtenus sont significatifs, la seule exception étant celui de la régression avec contrôle pour le SP «trimming upper and lower 10%». La régression régulière sans variables de contrôle indique la plus forte

baisse, soit de 19 points de pourcentage ($p \leq 0,01$), alors que la régression régulière avec variables de contrôle indique la seconde plus forte baisse, soit de 15 points de pourcentage ($p \leq 0,05$). La régression avec contrôle pour le SP sans « trimming » ($p \leq 0,05$) et celle avec « common support » ($p \leq 0,01$) donnent des EMT indiquant une baisse de 13 points de pourcentage du recours à la Loi P-38 ou de l'hospitalisation forcée une fois le protocole en vigueur. Les résultats des EMT des modèles d'appariement Kernel sont quelque peu inférieurs (EMT=-0,11; $p \leq 0,01$), mais demeurent tout de même près de ceux obtenus par les régressions avec contrôle pour le SP.

Pour ce qui est de l'usage de la force, le protocole ne semble pas avoir eu d'effet significatif sur cette variable. Effectivement, seules les régressions logistiques régulières, donc lorsque les groupes sont comparés sans qu'ils ne soient équilibrés, montrent une relation significative entre le protocole et l'usage de la force. La régression régulière sans variables de contrôle montre une réduction de 15 points de pourcentage ($p \leq 0,01$), et la régression avec variables de contrôle, de 12 points de pourcentage ($p \leq 0,05$). Or, du moment que les groupes sont équilibrés, plus aucun effet significatif n'est observé, et ce, autant pour les trois techniques de contrôle pour le score de propension que pour les trois techniques d'appariement liées aux modèles Kernel.

Le protocole n'a pas non plus d'effet significatif sur la variable qu'est l'arrestation : aucune des techniques utilisées pour estimer l'effet moyen du protocole (EMT) n'a démontré un résultat statistiquement significatif.

Chapitre 4 : Discussion

À la suite, entre autres, d'un processus de désinstitutionnalisation des services psychiatriques, des personnes dont l'état mental est perturbé (PEMP) se sont retrouvées plus souvent au centre d'interventions policières. Les contacts plus fréquents entre les PEMP et les policiers ont soulevé des craintes quant aux risques plus élevés de blessure, d'usage de la force et d'arrestation (Morabito et coll., 2012 ; Crocker et coll., 2015). Pour répondre à ces craintes, les services de police ont mis en place des programmes afin de mieux intervenir auprès des PEMP. C'est le cas du Service de police de Laval (SPL), qui a instauré un protocole d'intervention auprès des personnes présentant un risque suicidaire en février 2016, puisqu'il s'agit de l'une des principales problématiques que rencontrent les policiers du SPL. Les programmes visent à améliorer la qualité de l'intervention ainsi que la qualité des services offerts à la suite de celle-ci et, plus globalement, à diminuer la pression sur les systèmes de justice et de santé (Watson et coll., 2017 ; Shapiro et coll., 2015) ; le protocole du SPL s'inscrit dans la même optique.

Brièvement, la présente étude avait pour but d'évaluer l'effet du protocole mis en place au SPL par l'entremise de la DUS pour intervenir auprès des personnes qui représentent un risque suicidaire. Pour ce faire, l'effet du protocole est évalué à partir des indicateurs que sont le recours à la « Loi P-38 » ; le transport hospitalier ; la prise en charge par une tierce personne ; la référence ou le placement dans une ressource ; l'usage de la force ; et l'arrestation. Comme le présent chapitre le montrera, les résultats ont permis d'atteindre les objectifs susmentionnés. Le chapitre débute d'ailleurs en exposant les principaux constats qui émergent des résultats mis en lumière dans le chapitre antérieur. Puis, l'utilité et la pertinence de la DUS sont précisées en abordant le fonctionnement et les éléments clés favorisant son efficacité ainsi que la possibilité de transposition du protocole à des problématiques sociales autres que le risque suicidaire. Des parallèles sont également établis avec d'autres programmes d'intervention existant.

4.1 Principaux constats

D'abord, les résultats de la présente étude indiquent que la mise en œuvre du protocole d'intervention du SPL auprès des personnes présentant un risque suicidaire permet de réduire fortement le transport à l'hôpital de ces dernières (-84 %). Ce constat va dans le même sens que celui de l'étude de Landry et coll. (2018), qui a observé une réduction de 51 % à Sherbrooke, et de l'étude du Allen Consulting Group (2012), dont la réduction était de 63 % à Victoria, en Colombie-Britannique. La réduction peut être analysée en s'appuyant sur le taux initial de transport à l'hôpital (avant l'entrée en vigueur du protocole) et sur le taux final de transport à l'hôpital (après l'entrée en vigueur du protocole). À Laval, pour la période précédant l'application du protocole, les policiers du SPL envoyaient à l'hôpital la personne présentant un risque suicidaire dans la quasi-totalité (95 %) des interventions qu'ils effectuaient. Le taux de transport à l'hôpital initial à Laval est similaire à celui de Victoria (99 %), mais est supérieur à celui de Sherbrooke (75 %).

Il est possible que les taux initiaux soient, en fait, influencés par la gravité de la problématique ou de la situation. En effet, la perception du risque qu'un individu en situation de crise représente pour soi ou pour autrui influence la façon dont les policiers vont intervenir à son endroit (Bolger, 2015 ; Khlam et Tillyer, 2010). Les résultats de la présente étude portent uniquement sur les personnes présentant un risque suicidaire, alors que l'étude menée à Sherbrooke mesurait les transports à l'hôpital pour l'ensemble des interventions réalisées en situation de crise reliées à la santé mentale sur une période donnée. Le taux initial plus élevé à Laval est probablement attribuable à la précaution dont font preuve les policiers lorsqu'une problématique de risque suicidaire se présente. Lorsqu'il y a un enjeu direct de vie ou de mort (comme dans un cas de risque suicidaire), les policiers ne veulent vraisemblablement prendre aucun risque et envoient ainsi la personne plus souvent à l'hôpital que pour d'autres problématiques où la vie de la personne n'est pas une préoccupation majeure (p. ex. : éviction ou problèmes financiers). Cette hypothèse pour expliquer le taux initial de transport à l'hôpital plus élevé à Laval est d'autant plus probable que les policiers ne sont pas formés à évaluer le risque suicidaire que représente un individu et, par conséquent, s'il y a un danger grave à court terme ou imminent. Il est également possible qu'avant la mise en place d'un programme de réponse conjointe, les policiers

soient peu au courant ou réticents à utiliser d'autres options disponibles de prise en charge de la personne (p. ex. : ressources communautaires) que le transport à l'hôpital. Cette situation contribue à accentuer la pression sur le système de santé.

En ce qui a trait au taux final de transport à l'hôpital, celui du SPL pour la période où le protocole est en vigueur (10,8 %) est plus bas que celui des autres études recensées : 24,5 % à Sherbrooke (Landry et coll., 2018), 36 % à Victoria (Allen Consulting Group, 2012) et 79 % à Los Angeles (Lamb et coll., 1995). Ainsi, le protocole mis en place à Laval est particulièrement efficace pour réduire les transports à l'hôpital, car il présente la réduction la plus considérable (-84 %) ainsi que le taux final le plus bas (10,8 %) recensés dans la littérature à ce jour. Il permet ainsi de diminuer la pression sur le système de santé du Québec. Le résultat du SPL est, par ailleurs, particulièrement concluant étant donné que l'objectif n'est pas nécessairement d'éliminer complètement les transports à l'hôpital, car il arrive que les équipes d'intervention aient affaire à des individus sévèrement en crise et nécessitant une consultation urgente en psychiatrie (Landeem et coll., 2004).

Ensuite, les résultats montrent que le protocole mis en place par le SPL permet de diminuer le recours à la loi P-38 (-13,3 %) ou, en d'autres termes, à l'hospitalisation contre le gré de la personne et, donc, la pression sur le système de santé. La réduction observée à Laval (-13,3 %) est supérieure à celle de Sherbrooke (-5,7 %), mais inférieure à celle du comté de DeKalb (-31 %) (Landry et coll., 2018 ; Scott, 2000). Ce résultat n'est pas surprenant, puisque le taux initial d'hospitalisation contre le gré de la personne est considérablement plus faible à Laval (22,3 %) que dans le comté de DeKalb (67 %) ; son potentiel de réduction à la suite de la mise en place d'un protocole est ainsi inférieur. Tout de même, la diminution à Laval (-13,3 %) suggère que les équipes d'intervention jumelant un policier et un intervenant social de la DUS sont en mesure de mieux juger l'état mental de l'individu, notamment la dangerosité qu'il représente pour lui-même ou pour autrui ; c'est d'ailleurs ce qui ressort dans la littérature (Forchuk et coll., 2010 ; Lamb et coll., 1995 ; Rosenbaum, 2010 ; Wood et coll., 2011).

Dans l'étude actuelle, le taux initial de recours à la Loi P-38 (22,3 %) est situé entre celui de Landry et coll. (2018) et celui de Scott (2000), qui ont des taux respectifs de 11,5 % et de 67 %. Le taux initial nettement plus faible obtenu dans notre étude par rapport à celle de Scott (2000) est probablement attribuable au fait que l'échantillon de Scott (2000) est constitué d'interventions identifiées par le 911 comme des « urgences psychiatriques », lesquelles comportent davantage d'individus représentant un danger grave et imminent pour eux-mêmes ou pour autrui. En contrepartie, les interventions du SPL où il y a une problématique de risque suicidaire ne sont pas nécessairement des urgences, par exemple lorsque le risque de suicide n'est pas considéré par le 911 ou par les policiers comme inquiétant.

Pour ce qui est du taux final de recours à l'hospitalisation contre le gré de la personne, celui de Laval est de 9,0 %. Il est largement inférieur à ceux mesurés à Los Angeles (64 %) et dans le comté de DeKalb (36 %), mais est comparable à celui de Sherbrooke (5,8 %) (Lamb et coll., 1995 ; Scott, 2000 ; Landry et coll., 2018). L'importante différence entre, d'un côté, Laval et, de l'autre, Los Angeles et le comté de DeKalb est possiblement due, comme explicité pour le taux initial, aux échantillons différents sur lesquels porte chaque étude. Les équipes de réponse conjointe de Laval ont possiblement rencontré moins souvent des individus présentant un risque pour eux-mêmes ou pour autrui que dans l'étude de Lamb et coll. (1995), qui porte majoritairement sur des individus ayant de sévères symptômes de trouble mental, et que dans celle de Scott (2000), qui porte sur des urgences psychiatriques.

Parallèlement, la baisse des transports à l'hôpital mesurée au SPL lorsque le protocole est appliqué ne signifie pas pour autant que les personnes présentant un risque suicidaire sont laissées à elles-mêmes. En effet, le protocole d'intervention du SPL fait en sorte que, plutôt que d'être transportées à un centre hospitalier, les personnes présentant un risque suicidaire sont davantage référées ou placées dans une ressource communautaire (+37,5 %) ou prises en charge par un individu de leur entourage avec qui ils entretiennent une bonne relation (tierce personne) (+60,1 %). Un des buts majeurs lors de la mise en place de programmes de réponse conjointe est, de ce fait, atteint à Laval, car de tels programmes mettent l'accent sur l'importance de référer

les individus à des services communautaires de santé mentale afin de réduire la pression sur le système de santé (Shapiro et coll., 2015 ; Kisely et coll., 2010).

En fait, à Laval, les faibles taux initiaux observés de prise en charge par une ressource (3,1 %) et par une tierce personne (2,3 %) peuvent être mis en relation avec le taux initial élevé de transport à l'hôpital (95 %). Ces taux suggèrent que les policiers de Laval, avant l'entrée en vigueur du protocole, sous-utilisaient les ressources communautaires ou le réseau social de l'individu comme moyens de prise en charge de l'individu présentant un risque suicidaire. Dans l'étude de Landry et coll. (2018), le taux initial de prise en charge est, tel que mentionné dans la recension des écrits, de 19,2 % et celui final de 71,1 %. Les taux sont donc, à première vue, supérieurs à ceux de Laval, mais cela peut s'expliquer, du moins en partie, par l'opérationnalisation différente de la prise en charge : contrairement à la présente étude, l'étude de Landry et coll. (2018) combine la prise en charge par une ressource communautaire et la prise en charge par le réseau social en une seule variable.

Dans un autre ordre d'idées, le résultat obtenu dans la présente étude par rapport au taux final de référence ou de placement dans une ressource communautaire (40,6 %) est considérable, tout comme celui de Finn et Sullivan (1989) pour le comté de Fairfax (71 %). Par contre, le taux final de Laval est inférieur de 30,4 %. Il est possible que cette différence soit présente parce que les équipes d'intervention conjointe de Laval privilégient, en premier lieu, le réseau social de l'individu pour le prendre en charge, ce qui ne serait pas le cas dans le comté de Fairfax. Cela est d'autant plus possible que le taux final de prise en charge par une tierce personne à Laval (62,4 %) est supérieur à celui de référence ou de placement dans une ressource communautaire (40,6 %). Or, l'étude de Finn et Sullivan (1989) ne comprend pas de données quant à la prise en charge par une tierce personne qui permettraient de valider l'hypothèse ci-haut.

Dans la présente étude, les taux finaux de prise en charge par une ressource communautaire (40,6 %) et par une tierce personne (62,4 %) sont plus élevés que le taux final de transport à l'hôpital (10,8 %). Ces résultats ne sont pas surprenants, puisque l'évaluation du risque suicidaire qu'effectuent les intervenants sociaux de la DUS vise notamment à évaluer si le transport à l'hôpital est nécessaire ou si le recours à d'autres ressources permettant de mettre en

place un filet social autour de l'individu est plus approprié. Également, ces résultats sont cohérents avec ce qui est avancé dans la littérature (Borum, 2000 ; Cotton et Coleman, 2010 ; Forchuk et coll., 2010 ; Wood et coll., 2011 ; Shapiro et coll., 2015) ; en effet, le protocole impliquant une collaboration entre le SPL et la DUS permet d'offrir des services de meilleure qualité, car plus adaptés aux besoins des personnes faisant l'objet de l'intervention policière.

Par la suite, bien que la force employée soit moindre lorsque la DUS intervient (3,7 %) comparativement à des équipes régulières de patrouille (11,5 %), il semble que le protocole n'a pas d'effet significatif sur l'usage de la force. Le taux initial d'usage de la force des équipes de patrouille régulières du SPL se situe, avant la mise en place du protocole, dans le tiers inférieur de l'intervalle mis de l'avant par Hickman et coll. (2008), qui mentionnent que l'usage de la force en situation de crise varie de 1 à 35 % selon les services de police. Il est probable que, dans la présente étude, l'absence d'effet observé du protocole soit attribuable au faible taux initial d'usage de la force (11,5 %). Le faible taux limite d'emblée la réduction possible de l'usage de force et, par le fait même, l'impact que peut avoir le protocole. Les résultats obtenus à Laval quant au taux initial (11,5 %), mais aussi quant au taux final (3,7 %), c'est-à-dire après la mise en place du protocole sont, par ailleurs, soutenus par de nombreux auteurs, selon lesquels l'usage de la force par les policiers auprès des PEMP n'est pas fréquent (Adelman, 2003 ; Johnson, 2011 ; Morabito et coll., 2012).

La réduction de l'usage de la force à Laval (-7,8 %) est statistiquement significative, mais ne peut, comme mentionné précédemment, être attribuée au protocole. Ce résultat diffère de celui de l'étude de Landry et coll. (2018), qui a pu attribuer la réduction de l'usage de la force au protocole mis en place à Sherbrooke. Cependant, il est à noter que l'effet du protocole à Sherbrooke est modeste et que la réduction obtenue à Laval (-7,8 %) est similaire à celle de Sherbrooke (-5,6 %) ¹¹. Le résultat obtenu à Laval va dans la même direction que le résultat de

¹¹ L'observation d'un effet, en plus d'être influencée par la taille de l'échantillon (Cohen, 1992), peut aussi dépendre des variables incluses dans le modèle de régression logistique servant à calculer le score de propension

Morabito et coll. (2012), qui ont vu l'usage de la force diminuer dans les premiers temps à la suite de l'implantation d'équipes mixtes à Victoria. Il serait toutefois hasardeux d'approfondir davantage la comparaison avec l'étude de Morabito et coll. (2012), car cette dernière ne comprend aucune analyse statistique permettant d'identifier si, d'une part, la réduction mesurée à Victoria est significative et, d'autre part, s'il s'agit de l'implantation des équipes mixtes ou d'autres facteurs qui sont à la source de celle-ci.

Pour terminer, le faible taux final d'arrestation obtenu à Laval (6,1 %) rejoint celui de plusieurs études dans la littérature (Steadman et coll., 2000 ; Brown et coll., 2009 ; Scott, 2000). Par exemple, le taux à Laval (6,1 %) est compris entre celui de Birmingham (13 %) et celui du comté de Polk (2 %) ; il est également tout près de celui de Knoxville (5 %). Les résultats indiquent néanmoins que le protocole en vigueur au SPL n'a pas eu d'effet significatif sur l'arrestation comme issue de l'intervention policière. Comme c'est le cas pour l'usage de la force, il est probable que l'absence d'effet observé soit attribuable au faible taux d'arrestation qui prévalait avant la mise en place du protocole (7,7 %), ce faible taux initial limitant fortement la réduction que peut apporter le protocole.

Le résultat de Laval quant à l'absence d'effet significatif du protocole sur l'arrestation concorde avec le résultat de Scott (2000), qui n'observait aucun effet significatif sur le taux d'arrestation d'un programme d'intervention mixte implanté dans le comté de DeKalb, en Georgie. Cependant, le résultat ne va pas dans le même sens que celui de l'étude de Lamb et coll. (1995), qui notait plutôt une augmentation de 20 % du taux d'arrestation à la suite de l'implantation d'une équipe mixte à Los Angeles, aux États-Unis. Le fait qu'aucun effet significatif ne soit observé à Laval implique certes que le protocole d'intervention conjointe entre un policier du SPL et un intervenant social de la DUS ne mène pas à une baisse significative des arrestations mais, à tout le moins, il ne mène pas non plus à une hausse de celles-ci. Étant donné que le taux

(Apel et Sweeten, 2010). Cela peut expliquer les effets différents qu'ont les protocoles de Sherbrooke et de Laval sur l'usage de la force, malgré des taux similaires de réduction d'usage de la force.

d'arrestation avant l'entrée en vigueur du protocole est d'office peu élevé (7,7 %), l'absence de hausse peut être considérée comme un résultat positif dans le contexte actuel.

4.2 Utilité et pertinence de la Division urgence sociale (DUS)

Une formation théorique sur le cadre légal entourant les interventions auprès des personnes dont l'état mental est perturbé et, notamment, sur le protocole à suivre lors d'une intervention où il y a une problématique de risque suicidaire a été donnée aux policiers du Service de police de Laval au mois de février 2016. Essentiellement, le protocole d'intervention indique que, face à une personne présentant un risque suicidaire, les policiers doivent systématiquement contacter la Division urgence sociale du SPL afin qu'un intervenant puisse évaluer le risque suicidaire de cette personne¹². L'intervenant social est par la suite en mesure, si nécessaire, de recommander une prise en charge immédiate de l'individu ou de mettre en place un filet social autour de lui.

La prise en charge ou la mise en place d'un filet social, qui peuvent se faire par l'intermédiaire de l'hôpital, d'une ressource communautaire ou d'une tierce personne, se veulent adaptées aux besoins de la personne. Le protocole fait donc en sorte que la qualité des services offerts aux personnes présentant un risque suicidaire est améliorée. De plus, comme le protocole mis en place par le SPL par l'entremise de sa DUS est particulièrement efficace pour réduire le transport à l'hôpital et augmenter la prise en charge par les ressources communautaires et les tierces personnes, la pression sur le système de santé s'en trouve diminuée. Le protocole cadre ainsi dans le plan d'action en santé mentale 2015 — 2020 — *Faire ensemble et autrement* (PASM 2015-2020) du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (2015). Ce plan d'action met l'accent, entre autres, sur l'importance de la collaboration entre divers partenaires (publics, privés et communautaires) pour assurer l'accessibilité des soins ainsi que sur

¹² Rappelons que le protocole n'est cependant pas toujours appliqué. Effectivement, les policiers vont plutôt, lors de certaines situations graves, envoyer la personne immédiatement à l'hôpital ou la mettre en état d'arrestation.

l'importance que les membres de l'entourage participent à la prestation des services qui permettent de répondre aux besoins en santé mentale de leur proche.

Bien qu'il soit nécessaire de mieux cibler les éléments clés qui permettent aux programmes d'intervention conjointe d'atteindre leurs objectifs (Shapiro et coll., 2015), la collaboration qui s'établit entre le service de police et les ressources communautaires ou celles de santé mentale est l'un des éléments clés qui ressort fréquemment dans la littérature ; plusieurs études soulignent son importance pour qu'un programme d'intervention conjointe soit efficace (Wood et coll., 2011 ; Baess, 2005 ; Choinière-Tran, 2019). En effet, une méfiance existe traditionnellement entre, d'un côté, les divers acteurs du réseau de la santé et des services sociaux et, de l'autre, les policiers, notamment en raison d'une incompréhension de chaque partie quant à la façon dont elles exercent leur jugement professionnel (Rose, Baillergeau, Hurtubise et McAll, 2012). La mise en place d'un programme d'intervention conjointe, comme c'est le cas à Laval, est souhaitable, puisque cela permet d'augmenter la compréhension et la communication entre les divers acteurs et, par conséquent, d'optimiser l'accessibilité et l'utilisation des ressources en santé mentale (Shapiro et coll., 2015 ; Wood et coll., 2011 ; Rosenbaum, 2010).

Néanmoins, pour qu'un programme de réponse conjointe atteigne ses objectifs, il est primordial que les policiers reconnaissent l'importance de répondre adéquatement aux besoins en santé mentale des PEMP auprès desquelles ils interviennent (Kisely et coll., 2010). Dans la même optique, les policiers doivent accepter d'appliquer le protocole mis en place à cet égard, donc de collaborer avec des intervenants psychosociaux au cours d'une intervention. La collaboration assure une plus grande efficacité lors de l'intervention grâce à la mise en commun des outils de travail des policiers et des intervenants (Rose et coll., 2012 ; Forchuk et coll., 2012 ; Lamb et coll., 1995 ; Wood et coll., 2011). Pour sa part, la Division urgence sociale du SPL s'en tire à bon compte : elle a su développer de nombreux partenariats avec des ressources communautaires ou des acteurs du réseau de la santé et des services sociaux, qui lui permettent d'assurer une prise en charge rapide et adaptée aux personnes auprès desquelles elle intervient,

et elle se fait amplement solliciter par les policiers, notamment pour les interventions où il y a une problématique de risque suicidaire.

Des parallèles peuvent être faits entre la DUS et des programmes qui ont pour but de répondre à des situations de crise. Par exemple, les policiers de Montréal peuvent recourir aux services d'*Urgence psychosociale-justice* (UPS-J), et les policiers de Québec, au *Programme d'encadrement clinique et d'hébergement* (P.E.C.H). Ces programmes sont constitués d'intervenants disponibles en tout temps pour répondre aux appels des policiers, puis intervenir en situation de crise afin, notamment, d'orienter la PEMP vers les ressources et les services qui lui sont appropriés et d'éviter le recours à la judiciarisation (Laberge, Landreville, Morin et Casavant, 1997 ; PECH express, 1998, cité dans Cardinal et Mercier, 2000). Ces programmes facilitent eux aussi la collaboration entre les diverses institutions policière et de santé mentale, ce qui constitue un facteur clé de leur réussite.

En plus des programmes s'attaquant à diverses problématiques, d'autres programmes existent pour répondre à une seule problématique précise. C'est le cas, par exemple, du programme *Law Enforcement Assisted Diversion* (L.E.A.D) à Seattle. Les policiers réfèrent les personnes consommatrices de drogues et les personnes prostituées à ce programme plutôt que de recourir à des solutions, comme l'arrestation, menant à leur judiciarisation (Collins, Lonzak et Clifasefi, 2015). Un autre exemple consiste en les équipes mobiles de référence et d'intervention en situation d'itinérance (EMRII), qui s'attaque à la problématique de l'itinérance sur le territoire de Montréal. L'intervention de l'EMRII implique une collaboration entre trois types d'acteurs : intervenants sociaux (travailleurs sociaux, éducateurs spécialisés) ; intervenants de la santé (infirmiers) ; et policiers. Il s'agit, en fait, d'un programme d'intervention qui vise à « offrir des réponses individualisées à des personnes en situation d'itinérance, vulnérables et faisant l'objet de nombreuses interventions policières » (Rose et coll., 2012, p.3). La Division urgence sociale (DUS) se démarque toutefois des programmes offrant une réponse à des problématiques spécifiques par sa plus grande polyvalence puisque, comme mentionné dans le second chapitre, en plus d'intervenir pour les cas de risque suicidaire, elle intervient également pour de

nombreuses autres problématiques, comme l'itinérance, les dépendances ou encore les problèmes de santé mentale.

Conclusion

Au cours des cinq dernières décennies, trois principaux modèles d'intervention policière (équipes d'intervention en situation de crise, équipes mixtes et centres d'appels) ont été mis en place à travers le monde afin de mieux intervenir auprès des personnes dont l'état mental est perturbé (PEMP). Dans la même lignée, un protocole d'intervention est entré en vigueur au Service de police de Laval (SPL) en février 2016 pour intervenir plus adéquatement auprès des personnes présentant un risque suicidaire. Bien que ce ne soit pas toujours possible (p.ex. lors d'une intervention nécessitant une hospitalisation d'urgence), le protocole prévoit que les policiers doivent, pour toute intervention impliquant une personne présentant un risque suicidaire, communiquer avec la Division urgence sociale du SPL afin qu'un intervenant puisse évaluer le risque suicidaire de la personne, puis proposer, au besoin, un moyen approprié de prise en charge. La recherche actuelle avait pour principal objectif d'évaluer l'effet de ce protocole d'intervention du SPL sur le déroulement et le dénouement d'interventions impliquant des personnes présentant un risque suicidaire. Plus précisément, l'effet du protocole sur six indicateurs a été évalué : le transport à l'hôpital ; la référence ou le placement dans une ressource communautaire ; la prise en charge par une tierce personne ; l'arrestation ; le recours à la « Loi P-38 » ; et l'usage de la force.

Les résultats obtenus par l'analyse de score de propension (SP) démontrent que le protocole a des retombées positives. Il permet de réduire fortement le transport à l'hôpital et de diminuer le recours à la Loi P-38. Il permet également d'augmenter la référence et le placement dans une ressource communautaire ainsi que la prise en charge par une tierce personne. Le protocole est donc particulièrement efficace pour améliorer la qualité des services offerts, particulièrement grâce à une prise en charge plus adaptée. Le protocole, en permettant d'éviter le transport à l'hôpital, est également efficace pour réduire la pression sur le système de santé. Le protocole n'a pas eu d'effet sur les indicateurs que sont l'usage de la force et l'arrestation, mais l'occurrence de ces derniers était déjà faible avant la mise en place du protocole. Dans l'ensemble, les résultats militent en faveur de la pérennité du protocole et, plus globalement, de la Division urgence sociale.

Les résultats de la présente recherche doivent néanmoins être interprétés en tenant compte de certaines limites. D'abord, les groupes témoin et expérimental sont équilibrés en fonction d'un nombre limité de variables dans l'analyse de SP. Comme mentionné dans les chapitres précédents, les rapports de la DUS et les rapports d'événements informatisés (REI) du SPL ne contenaient pas toutes les données pouvant avoir un impact sur l'intervention policière qu'il aurait été pertinent d'analyser (p. ex. : origine ethnique). De plus, d'autres données (possession d'une arme à feu, décès et incarcération), bien que présentes dans les rapports, ne pouvaient être intégrées dans les analyses en raison d'une trop faible occurrence. Ensuite, il est à noter que les résultats de l'étude actuelle ne portent que sur une seule grande ville québécoise (Laval) ; les résultats doivent donc être généralisés avec prudence, puisque divers facteurs, par exemple liés aux caractéristiques propres à chaque organisation policière, peuvent influencer l'intervention. Une autre limite tient au fait qu'il est possible que les résultats obtenus soient différents pour d'autres problématiques sociales (p. ex. : itinérance, problèmes de santé mentale ou dépendances) auxquelles répond la Division urgence sociale, entre autres parce que les caractéristiques situationnelles ont une influence sur l'intervention (Blais et coll., 2019 ; Boivin et Lagacé, 2016 ; Klahm et Tillyer, 2010).

Davantage d'études évaluant l'efficacité des programmes avec des devis expérimentaux ou quasi expérimentaux doivent être effectuées pour tirer des conclusions empiriques solides sur leur efficacité car, à ce jour, la plupart des études ont été descriptives (Shapiro et coll., 2015 ; Taheri, 2016 ; Wood et Watson, 2017 ; Kane et coll., 2018 ; Daggenvoorde et coll., 2017). La présente recherche, en ayant apparié les observations des groupes témoin et expérimental sur la base de leur score de propension, répond à cette lacune. Il est tout de même d'intérêt de mener d'autres études sur la Division urgence sociale du Service de police de Laval afin de favoriser l'amélioration continue du travail de la DUS et des pratiques du SPL dans son ensemble. En effet, à l'heure actuelle, aucune étude n'a été menée pour identifier les étapes centrales des interventions conjointes du SPL et de la DUS qui mènent à leur succès. Identifier ces étapes, notamment en utilisant la perspective des scripts, permettrait d'apprécier le rôle que joue chaque acteur au cours de l'intervention (Leclerc, 2014). Des recherches futures peuvent également être

menées relativement à d'autres problématiques que le risque suicidaire afin d'obtenir un portrait plus global de l'efficacité de la DUS. Finalement, il serait pertinent d'effectuer une évaluation économique de la DUS, puisqu'il n'y a pas que les données probantes indiquant qu'un programme fonctionne qui sont considérées par les décideurs avant d'implanter ou de poursuivre un projet, mais aussi les coûts qui lui sont rattachés (Runyan, 2015). Dans le cas de la DUS, bien que son fonctionnement engendre des coûts, par exemple relatifs à l'embauche d'intervenants psychosociaux, elle peut aussi permettre de diminuer les coûts reliés aux services hospitaliers (p. ex. : transport ambulancier, consultation à l'urgence ou hospitalisation) et aux ressources policières, notamment le temps consacré à une intervention (Landry et coll., 2018). Ces pistes de recherche méritent d'être explorées, considérant que la DUS présente des résultats prometteurs quant à son efficacité.

Bibliographie

- Abbott, S. E. (2011). *Evaluating the impact of a jail diversion program on police officer's attitudes toward the mentally ill*. Repéré à <https://repository.library.northeastern.edu/files/neu :1520/fulltext.pdf>
- Acker, J. A. T. (2010). *The effect of crisis intervention team training on the outcomes of mental health crises calls for law enforcement* (Thèse de doctorat). Walden University.
- Adelman, J. (2003). *Study in blue and grey: Police interventions with people with mental illness: A review of challenges and responses*. Repéré sur le site de l'Association canadienne pour la santé mentale, division de la Colombie-Britannique : <https://cmha.bc.ca/wp-content/uploads/2016/07/policereport.pdf>
- Ailam, L., Rchidi, M., Tortelli, A. et Skurnik, N. (2009). Le processus de désinstitutionnalisation. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 167(6), 455-458.
- Allen Consulting Group. (2012). *Police, ambulance and clinical early response (PACER) evaluation report*. Repéré à <https://www2.health.vic.gov.au/about/publications/researchandreports/Police-Ambulance-and-Clinical-Early-Response-PACER-Evaluation-Report>
- Alpert, G. P. et Dunham R. G. (1997). *The force factor: Measuring police use of force relative to suspect resistance*. Washington, D.C.: Police Executive Research Forum.
- Apel, R. J. et Sweeten, G. (2010). Propensity score matching in criminology and criminal justice. Dans A.R. Piquero et D. Weisburd (dir.), *Handbook of quantitative criminology* (p. 543-562). New-York: Springer.
- Austin, P. C. (2009). Balance diagnostics for comparing the distribution of baseline covariates between treatment groups in propensity-score matched samples. *Statistics in medicine*, 28(25), 3083-3107.
- Baess, E. (2005). *Integrated mobile crisis response team (IMCRT): Review of pairing police with mental health outreach services*. Repéré à <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.583.1431&rep=rep1&type=pdf>

- Baldwin, B. A. (1978). A paradigm for the classification of emotional crises: Implications for crisis intervention. *American Journal of Orthopsychiatry*, 48(3), 538-551.
- Becker, S. O. et Ichino, A. (2002). Estimation of average treatment effects based on propensity scores. *The F Journal*, 2(4), 358-377.
- 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*. Repéré sur le site du Service de police de la Ville de Montréal : https://spvm.qc.ca/upload/documentations/Plan_strategique_sante_mentale_FINAL.pdf
- Bittner, E. (1967). Police discretion in emergency apprehension of mentally ill persons. *Social Problems*, 14(3), 278-292.
- Blais, É., Roy, L., Boivin, R., Leclerc, B. et Choinière-Tran, K. (2019). Interventions policières auprès des personnes dont l'état mental est perturbé. *Criminologie*. 52(2), 321-348.
- Bondaz, D. et Dupéré, J-G. (1995). *La Division Bien-être social de la Ville de Laval*. Document inédit.
- Boivin, R. et Lagacé, M. (2016). Police use-of-force situations in Canada: Analyzing the force or resistance ratio using a trichotomous dependent variable. *Police Quarterly*, 19(2), 180-198.
- Bolger, C. (2015). Just following orders: A meta-analysis of the correlates of American police officer use of force decisions. *American Journal of Criminal Justice*, 40(1), 466- 492.
- Borum, R. (2000). Improving high risk encounters between people with mental illness and police. *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 & the Law*, 16(4), 393-405.
- Boyd, J. et Kerr, T. (2015). Policing 'Vancouver's mental health crisis': A critical discourse analysis. *Critical Public Health*, 26(4), 418-433.
- Braitman, L. E. et Rosenbaum, P. R. (2002). Rare outcomes, common treatments: analytic strategies using propensity scores. *Annals of internal medicine*, 137(8), 693-695.
- Broner, N., Lattimore, P. K., Cowell, A. J. et Schlenger, W. E. (2004). Effects of diversion on adults with co-occurring mental illness and substance use: Outcomes from a national multi-site study. *Behavioral Sciences & the Law*, 22(4), 519-541.

- Brown, N. E., Hagen, C., Meyers, J. et Sawin, J. (2009). *Report on comprehensive study of mental health delivery systems in Iowa*. Repéré à https://www.namigdm.org/documents/resources/League_of_WomenVoters_MH_Report_DA5CB7B5A5E34.pdf
- Canada, K., Angell, B. et Watson, A. (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.
- Cardinal, C. et Laberge, D. (1999). Le système policier et les services de santé mentale. *Santé mentale au Québec*, 24(1), 199-220.
- Cardinal, C. et Mercier, C. (2000). *La mise en œuvre des conditions d'application de l'article 8 de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui*. Comité de la santé mental du Québec (CSMQ).
- Charette, Y., Crocker, A. G. et Billette, I. (2014). Police encounters involving citizens with mental illness: Use of resources and outcomes. *Psychiatric Services*, 65(4), 511-516.
- 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.
- Choinière-Tran, K. (2019). *La mise en scène de l'intervention psychosociale en contexte de crise : Ethnographie d'un partenariat « policier-travailleur social »* (Mémoire de maîtrise inédit). Université de Montréal.
- Cochran, S., Deane, M. W., et Borum, R. (2000). Improving police response to mentally ill people. *Psychiatric Services*, 51(10), 13-16.
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112(1), 155.
- Collins, S.E., Lonczak, H.S. et Clifasefi, S.L. (2015). *LEAD program evaluation: Recidivism report*. Seattle, WA: Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, University of Washington - Harborview Medical Center.
- 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. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law Online*, 36(1), 47-55.
- Compton, M. T., Bakeman, R., Broussard, B., Hankerson-Dyson, D., Husbands, L., Krishan, S., ... Watson, A. C. (2014). The police-based crisis intervention team (CIT) model: II.

- Effects on level of force and resolution, referral, and arrest. *Psychiatric Services*, 65(4), 523-529.
- Compton, M., Broussard, B., Hankerson-Dyson, D., Krishan, S., Stewart, T., Oliva, J. et Watson, A. (2010). System- and policy-level challenges to full implementation of the crisis intervention team (CIT) model. *Journal of Police Crisis Negotiations*, 10(1-2), 72-85.
- Cotton, D. et Coleman, T. G. (2006). *Contemporary policing guidelines for working with the mental health system*. Repéré à <http://bcm.connexontario.ca/Resource%20Library/Policing/Contemporary%20Policing%20Guidelines%20for%20Working%20with%20the%20Mental%20Health%20System%20-%202006.pdf>
- 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.
- Crawford, C. et Burns, R. (2008). Police use of force: assessing the impact of time and space. *Policing & Society*, 18(3), 322-335.
- Crawford, C. et Burns, R. (2002). Resisting Arrest: Predictors of suspect non-compliance and use of force against police officers. *Police Practice and Research*, 3(2), 105-177.
- Crocker, A. G., Nicholls, T. L., Seto, M. C., Roy, L., Leclair, M. C., Brink, J.,... et Côté, G. (2015). Research priorities in mental health, justice, and safety: A multidisciplinary stakeholder report. *International Journal of Forensic Mental Health*, 14(3), 205-217.
- Cross, A., Mulvey, E., Schubert, C., Griffin, P., 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.
- Daggenoorde, T., Gijssman, H. et Goossens, P. (2017). Emergency care in case of acute psychotic and/or manic symptoms: Lived experiences of patients and their families with the first interventions of a mobile crisis team. A phenomenological study. *Perspectives in Psychiatric Care*, 54(4), 462-468.
- Dean, C. W., Lumb, R. C. et Proctor, K. (2000). *Social work and police partnership: A summons to the village strategies and effective practices*. Repéré à

https://digitalcommons.brockport.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1000&context=crj_facpub

- 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.
- Dorvil, H. (2005). Nouveau plan d'action : quelques aspects médicaux, juridiques, sociologiques de la désinstitutionnalisation. *Cahiers de recherche sociologique*, (41-42), 209-235.
- Dorvil, H., Guttman, H. et Cardinal, C. (s.d.). *Annexe 1 : 35 ans de désinstitutionnalisation au Québec, 1961-1996*. Repéré sur le site du Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec : http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/1997/97_155a1.pdf
- École nationale de police du Québec. (2019). *Fiche — ENPQ*. Repéré à http://www.enpq.qc.ca/nos- formations/fiche.html?tx_annuaireenpq_annuairecherche%5Bcours%5D=347
- École nationale de police du Québec. (2013). *Le modèle national de l'emploi de la force – DOCUMENT EXPLICATIF*. Repéré à [file:///C:/Users/david/Downloads/RessNum_ModelNationalEmploiForce%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/david/Downloads/RessNum_ModelNationalEmploiForce%20(1).pdf)
- Éditeur officiel du Québec. (2009). *Loi médicale*. Repéré à <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cs/M-9>
- Éditeur officiel du Québec. (1997). P-38.001- *Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui*. Repéré à <http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=5&file=1997C75F.PDF>
- 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.
- Finn, P. et Sullivan, M. (1989). Police handling of the mentally ill: Sharing responsibility with the mental health system. *Journal of Criminal Justice*, 17(1), 1-14.

- Flannery, R. B. et Everly, G. S. (2000). Crisis intervention: A review. *International Journal of Emergency Mental Health*, 2(2), 119-126.
- Fleury, M. J. et Grenier, G. (2004). Historique et enjeux du système de santé mentale québécois. *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*, 10(1), 21-38.
- Forchuk, C., Jensen, E., Martin, M. L., Csiernik, R. et Atyeo, H. (2010). Psychiatric crisis services in three communities. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 29(S5), 73-86.
- Garner, J., Maxwell, D. et Heraux, C. (2002). Characteristics associated with the prevalence and severity of force used by the police. *Justice Quarterly*, 19(4), 705-746.
- Hartford, K., Heslop, L., Stitt, 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.
- Heckman, J. J., LaLonde, R. J. et Smith, J. A. (1999). The economics and econometrics of active labor market programs. In *Handbook of labor economics* (Vol. 3, pp. 1865-2097). Elsevier.
- Helfgott, J. B., Hickman, M. J. et Labossiere, A. P. (2016). A descriptive evaluation of the Seattle Police Department's crisis response team officer/mental health professional partnership pilot program. *International Journal of Law and Psychiatry*, 44, 109-122.
- 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.
- Hickman, M. J., Piquero, A. R. et Garner, J. H. (2008). Toward a national estimate of police use of nonlethal force. *Criminology & Public Policy*, 7(4), 563-604.
- Ho, D. E., Imai, K., King, G. et Stuart, E. A. (2007). Matching as nonparametric preprocessing for reducing model dependence in parametric causal inference. *Political analysis*, 15(3), 199-236.
- Johnson, R. R. (2011). Suspect mental disorder and police use of force, *Criminal Justice and Behavior*, 38(2), 127-145.
- Kaminski, R. J., DiGiovanni, C. et Downs, R. (2004). The use of force between the police and persons with impaired judgment. *Police Quarterly*, 7, 311-338.

- Kane, E., Evans, E. et Shokrane, F. (2018). Effectiveness of current policing-related mental health interventions: A systematic review. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 28(2), 108-119.
- Kean, R., Bornstein, S. et Mackey, S. (2012). *Mobile mental health crisis intervention in the western health region of Newfoundland and Labrador. Rapid evidence reports*. Repéré à https://research.library.mun.ca/635/3/mobile_mental_health_crisis_intervention.pdf
- Klahm, C. F. et Tillyer, R. (2010). Understanding police use of force: A review of the evidence. *Southwest Journal of Criminal Justice*, 7(2), 214-239.
- Kisely, S., Campbell, L. A., Peddle, S., Hare, S., Pyche, M., Spicer, D. et Moore, B. (2010). A controlled before-and-after evaluation of a mobile crisis partnership between mental health and police services in Nova Scotia. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 55(10), 662-668.
- Laberge, D., Landreville, P., Morin, D. et Casavant, L. (1997). *L'urgence psychosociale: Évaluation de la période de rodage*. Montréal, Québec. École de criminologie, Université de Montréal et Département de sociologie, Université du Québec à Montréal.
- Lamanna, D., Shapiro, G. K., Kirst, M., Matheson, F. I., Nakhost, A. et Stergiopoulos, V. (2018). Co-responding police–mental health programmes: Service user experiences and outcomes in a large urban centre. *International Journal of Mental Health Nursing*, 27, 891-900.
- Lamb, H. R., Shaner, R., Elliot, D. M., DeCuir, W. et Foltz, J. T. (1995). Outcome for psychiatric emergency patients seen by an outreach police-mental health team. *Psychiatric Services*, 46(12), 1267-1271.
- Lamb, H. R., Weinberger, L. E. et DeCuir, W. (2002). The police and mental health. *Psychiatric Services*, 53(10), 1266-1271.
- Landeem, J., Pawlick, J., Rolfe, S., Cottee, I., et Holmes, M. (2004). Delineating the population served by a mobile crisis team: Organizing diversity. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 49(1), 45-50.
- Landry, M., Blais, É., Chapdelaine, A., Carrier, S. et Elazhary, N. (2018). *Évaluation de l'implantation et des effets d'une équipe mobile d'intervention psychosociale (ÉMIP) intervenant auprès de personnes en situation de crise sur le territoire de la Ville de Sherbrooke*. Institut universitaire de première ligne en santé et services sociaux du

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie - Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke.

- Lawton, B. (2007). Levels of nonlethal force: An examination of individual, situational and contextual factors. *Journal of Research in Crime and Delinquency*, 44(2), 163-184.
- Leclerc, B. (2014). New developments in script analysis for situational crime prevention: Moving beyond offender scripts. page 221-236, Dans B. Leclerc et R. Wortley (dir.), *Cognition and Crime : Offender Decision Making and Script Analyses* (p.221-236). New-York: Routledge.
- Lecocq, A., Ammi, M. et Bellarbre, É. (2014). Le score de propension : un guide méthodologique pour les recherches expérimentales et quasi expérimentales en éducation. *Mesure et évaluation en éducation*, 37(2), 69-100.
- Lecomte, Y. (1997). De la dynamique des politiques de désinstitutionnalisation au Québec. *Santé mentale au Québec*, 22(2), 7-24.
- Lesage, A. (2015). 50 ans de service public pour les politiques et l'organisation de services de psychiatrie communautaire au Québec : Partie I. *Santé mentale au Québec*, 40(2), 121-135.
- Livingston, J. D. (2016). Contact between police and people with mental disorders: A review of rates. *Psychiatric Services*, 67(8), 850-857.
- Lord, V., Bjerregaard, B., Blevins, K. et Whisman, H. (2011). Factors influencing the responses of crisis intervention team-certified law enforcement officers. *Police Quarterly*, 14(4), 388-406.
- Lurigio, A. J., Smith, A. et Harris, A. (2008). The challenge of responding to people with mental illness: Police officer training and special programmes. *The Police Journal: Theory, Practice and Principles*, 81(4), 295-322.
- Lurigio, A. J. et Watson, A. C. (2010). The police and people with mental illness: New approaches to a longstanding problem. *Journal of Police Crisis Negotiations*, 10(1-2), 3-14.
- Mastrofski, S. D., Snipes, J. B. et Supina, A. E. (1996). Compliance on demand: The public's response to specific police requests. *Journal of research in Crime and delinquency*, 33(3), 269-305.

- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2015). Synthèse - Plan d'action en santé mentale 2015- 2020. Repéré à <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-914-18W.pdf>
- 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.
- Morabito, M. S. et Socia, K. M. (2015). Is dangerousness a myth? Injuries and police encounters with people with mental illnesses. *Criminology & Public Policy*, 14(2), 253-276.
- Morabito, M. S., Socia, K., Wik, A. et Fisher, W. H. (2016). The nature and extent of police use of force in encounters with people with behavioral health disorders. *International Journal of Law and Psychiatry*, 50, 31-37.
- Perez, A., Leifman, S. et Estrada, A. (2003). Reversing the criminalization of mental illness. *Crime and Delinquency*, 49(1), 62-78.
- Ratansi, S. (2004). *Specialized response programs: Police handling of encounters involving persons with mental disorders* (Thèse de doctorat, Université de Cincinnati, Cincinnati). Repéré à https://etd.ohiolink.edu/!etd.send_file?accession=ucin1108767262&disposition=inlin
- Rose, M. C., Hurtubise, R., Baillergeau, E. et McAll, C. (2012). *Nouvelles pratiques de collaboration entre policiers et intervenants sociaux et de la santé dans l'intervention en itinérance à Montréal*. Montréal, Québec: Centre de recherche de Montréal sur les inégalités sociales, les discriminations et les pratiques alternatives de citoyenneté (CRÉMIS).
- Rosenbaum, N. (2010). Street-level psychiatry—A psychiatrist's role with the Albuquerque police department's crisis outreach and support team. *Journal of Police Crisis Negotiations*, 10(1-2), 175-181.
- Rosenbaum, P.R. et Rubin, D.B. (1985). Constructing a control group using multivariate matched sampling methods that incorporate the propensity score. *Am Stat*, 39, 33-38.
- Rydberg, J. et Terrill, W. (2010). The effect of higher education on police behavior revisited. *Police Quarterly*, 13, 92-120.
- Scott, R. L. (2000). Evaluation of a mobile crisis program: Effectiveness, efficiency, and consumer satisfaction. *Psychiatric Services*, 51(9), 1153-1156.

- Service de police de Laval. (2018). *Rapport d'activité 2018*. Repéré sur le site de Ville de Laval : <https://www.laval.ca/police/Documents/rapport-activite-2018.pdf>
- Service de police de Laval. (2013). Urgences sociales. Repéré sur le site de Ville de Laval : <https://www.laval.ca/police/Pages/Fr/urgences-sociales.aspx>
- Shadish, W.R., Cook, T.D. et Campbell, D.T. (2002). *Experimental and quasi-experimental designs for generalized causal inference*. Boston: Houghton Mifflin.
- Shapiro, G. K., Cusi, A., Kirst, M., O'Campo, P., Nakhost, A. et Stergiopoulos, V. (2015). Co-responding police-mental health programs: A review. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 42(5), 606-620.
- Sherman, L. (1980). Causes of police behavior: the current state of quantitative research. *Journal of Research in Crime and Delinquency*, 17(1), 69-100.
- 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.
- Steadman, H. J., Osher, F. C., Robbins, P. C., Case, B. et Samuels, S. (2009). Prevalence of serious mental illness among jail inmates. *Psychiatric Services*, 60(6), 761-765.
- Steiner, P. M., Cook, T. D., Shadish, W. R., & Clark, M. H. (2010). The importance of covariate selection in controlling for selection bias in observational studies. *Psychological methods*, 15(3), 250.
- Stewart, C. (2009). *Police intervention in mental health crisis: A case study of the Bloomington Crisis Intervention Team (CIT) program* (Thèse de doctorat). Indiana University.
- Taheri, S. A. (2016). Do crisis intervention teams reduce arrests and improve officer safety? A systematic review and meta-analysis. *Criminal Justice Policy Review*, 27(1), 76-96.
- Teller, J. L., 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. (1983). The criminalization of the mentally ill: Speculation in search of data. *Psychological Bulletin*, 94(1), 54-67.
- Terrill, W. et Mastrofski, S. D. (2002). Situational and officer-based determinants of police coercion. *Justice Quarterly*, 19(2), 215-248.

- Torrey, E. F. (1997). *Out of the Shadows: Confronting America's Mental Health Crisis*. New York: John Wiley.
- Watson, A. C. (2010). Research in the real world: Studying Chicago Police Department's crisis intervention team program. *Research on Social Work Practice, 20*(5), 536-543.
- Watson, A. C., Compton, M. T. et Draine, J. N. (2017). The crisis intervention team (CIT) model: An evidence-based policing practice? *Behavioral Sciences & the Law, 35*(5-6), 431-441.
- 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., Draine, J. et Morabito, M. (2011). CIT in context: The impact of mental health resource availability and district saturation on call dispositions. *International Journal of Law and Psychiatry, 34*(4), 287-294.
- Weisburd, D. (2000). Randomized experiments in criminal justice policy: Prospects and problems. *Crime & Delinquency, 46*(2), 181-193.
- White, D. (1993). Les processus de réforme et la structuration locale des systèmes. Le cas des réformes dans le domaine de la santé mentale au Québec. *Sociologie et sociétés, 25*(1), 77-97.
- Wilson-Bates, F. (2008). Read - Lost in Transition: How a Lack of Capacity in the Mental Health System is Failing Vancouver's Mentally Ill and Draining Police Resources. Repéré sur le site de City of Vancouver : vancouver.ca/police/assets/pdf/reports-policies/vpd-lost-in-transition.pdf
- Wood, J., Swanson, J., Burris, S. et Gilbert, A. (2011). Monograph: 'Police interventions with persons affected by mental illnesses'. *SSRN Electronic Journal*. Repéré à https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=1781909
- Wood, J. D. et Watson, A. C. (2017). Improving police interventions during mental health-related encounters: Past, present and future. *Policing & Society, 27*, 289-299.
- Zanello, A., Berthoud, L. et Bacchetta, J.-P. (2017). Emotional crisis in a naturalistic context: Characterizing outpatient profiles and treatment effectiveness. *BMC Psychiatry, 17*(1), 130.

Annexe 1 : Grille d'estimation du risque suicidaire utilisée par la DUS



ESTIMATION RISQUE SUICIDAIRE – DIVISION URGENCE SOCIALE				
Date : _____		Dossier : _____		
Heure : _____		Intervenant : _____		
<input type="checkbox"/> 911		Réfèrent : _____		
Identification du client				
<input type="checkbox"/> H	Nom : _____		Prénom : _____	
<input type="checkbox"/> F	Adresse : _____			
Téléphone : _____			DDN : _____	
Note : _____				
Motif de la référence <small>Description et durée / élément déclencheur</small>				
Grille d'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire				
Planification du suicide	<input type="checkbox"/> Pas de planification	<input type="checkbox"/> Quand : lointain	<input type="checkbox"/> Quand : >48h	<input type="checkbox"/> Imminent/en cours
Notes : _____				
Tentative de suicide	<input type="checkbox"/> Aucune tentative	<input type="checkbox"/> > 6 semaines	<input type="checkbox"/> < 6 semaines	<input type="checkbox"/> Tentative récente
Notes : _____				
Capacité à espérer un changement	<input type="checkbox"/> Capable d'espérer	<input type="checkbox"/> Raison(s) de vivre	<input type="checkbox"/> Raison de vivre fragile	<input type="checkbox"/> Grand désespoir
Notes : _____				
Usage de substance	<input type="checkbox"/> Consomme peu/pas	<input type="checkbox"/> Intoxiqué/contact OK	<input type="checkbox"/> Intoxiqué/incohérent	<input type="checkbox"/> Abus grave/incohérent
Notes : _____				
Capacité à se contrôler	<input type="checkbox"/> Contrôle (8-10)	<input type="checkbox"/> Stratégies (6-7)	<input type="checkbox"/> Impulsif, labile (3-5)	<input type="checkbox"/> Forte impulsivité (1-2)
Notes : _____				
Présence de proches	<input type="checkbox"/> Présence d'un proche	<input type="checkbox"/> Proche disponible	<input type="checkbox"/> Seul / Fardeau	<input type="checkbox"/> Seul-e et isolé-e
Notes : _____				
Capacité à prendre soin de soi	<input type="checkbox"/> Prend soin de lui/d'elle	<input type="checkbox"/> Collabore suivi	<input type="checkbox"/> Collaboration fragile	<input type="checkbox"/> Se laisse aller
Notes : _____				
ESTIMATION FINALE	<input type="checkbox"/> Absence d'indice de danger	<input type="checkbox"/> Indices de danger (faible)	<input type="checkbox"/> Danger grave à court terme	<input type="checkbox"/> Danger grave et imminent
Référence				
<input type="checkbox"/> Non-fondé <input type="checkbox"/> Info-social <input type="checkbox"/> Relance : _____ <input type="checkbox"/> L'îlot <input type="checkbox"/> Urgence <input type="checkbox"/> P-38.001				
Notes : _____				

Annexe 2 : Grille de codification utilisée pour la collecte de données

<i>Variable</i>	<i>Valeurs possibles</i>
Numéro de l'événement	
INTERVENTION	
Date	
Heure de début	
Heure de fin	
Lieu	
Problématique principale	1) Risque suicidaire
Événement à l'origine de l'intervention et/ou Problématique(s) secondaire(s)	1) Santé mentale 2) Dépendance (toxico. /ROH/Jeu) 3) Éviction 4) Incendie- évacuation 5) Insalubrité 6) Hébergement-itinérance 7) Maltraitance 8) Perte d'autonomie 9) Problème familial 10) Problèmes financiers 11) Radicalisation 12) Décès 13) Suicide 14) Tragédie 15) Trouble entre voisins 16) Violence conjugale 17) Violence intra familiale 18) Autre
Informations supplémentaires	
Référent à la DUS de la personne visée par l'intervention	1) 911-CAU 2) 911-SIMS activé 3) Accueil St-Claude (AST) 4) Administratif (ADM) 5) Aide juridique (AJ) 6) APL-CISSS 7) Autre (AU) 8) CAVAC 9) CCMU (Centre de coordination des Mesures d'urgence) 10) CE-psychiatrie-CISSS 11) Centre local d'emploi (CLE) 12) CISSS (autre service) 13) Citoyen (CIT)

	<p>14) Conduite à tenir *CAT*</p> <p>15) CRD-CISSS (Le Maillon)</p> <p>16) CRDI-TED-DP-CISSS</p> <p>17) CSST (CSST)</p> <p>18) Direction des Ressources humaines Canada (DRHC)</p> <p>19) DPJ-CISSS</p> <p>20) Équipe itinérance - CISSS</p> <p>21) FEJ-CISSS</p> <p>22) GMF</p> <p>23) Hôpital Cité de la Santé de Laval (CSL)</p> <p>24) Huissier (HU)</p> <p>25) Info-santé (811)</p> <p>26) Info-social (811)</p> <p>27) L’Aviron, hébergement communautaire</p> <p>28) L’Îlot (ILO)</p> <p>29) Office municipal d’habitation de Laval (OHML)</p> <p>30) Organisme communautaire (OC)</p> <p>31) Pavillon Albert Prévost (PAP)</p> <p>32) PCA (Poste commandement avancé)</p> <p>33) Police- Autre section</p> <p>34) Police- Autre service</p> <p>35) Police- Enquêtes de police</p> <p>36) Police-Gendarmerie</p> <p>37) Police- Majeur A</p> <p>38) Police- Majeur B</p> <p>39) Police- PDQ/ CPP</p> <p>40) Police-QD</p> <p>41) Probation (DSPC)</p> <p>42) Régime québécois d’assurance-parentale (RQAP)</p> <p>43) RRS-CISSS</p> <p>44) SAPA-CISSS</p> <p>45) Service de sécurité incendies (SSIL)</p> <p>46) Service municipal (SM)</p> <p>47) Services sociaux généraux-CISSS</p> <p>48) SIM-CISSS</p> <p>49) SIV-CISSS</p> <p>50) Urgence-santé (US)</p>
Code d’intervention	<p>1) Accueil</p> <p>2) Entrevue téléphonique</p> <p>3) Intervention sur la route</p>

	<ul style="list-style-type: none"> 4) Centre hébergement-services 5) Discussion de cas 6) Correspondance 7) Comparution au tribunal 8) Réunion 9) Note 10) Message téléphonique 11) Retour de bon problématique 12) Résumé de dossier 13) 911-SIMS
Sexe de l'intervenant	<ul style="list-style-type: none"> 1) Homme 2) Femme
Risque suicidaire	<ul style="list-style-type: none"> 1) Vert 2) Jaune 3) Rouge 4) Non évalué
Appel au 911	<ul style="list-style-type: none"> 1) Oui 2) Non
Précision sur la ressource	<ul style="list-style-type: none"> 1) A-GIR 2) Accompagnement autre 3) Accompagnement urgence 4) ACEF 5) Aide juridique 6) Consultation REI 7) CRD de Laval (Le Maillon) 8) Dépannages alimentaires 9) Désintoxication/Thérapie 10) Info-Relève 11) L'îlot 12) Ordonnance examen psychologique 13) Ordonnance TAQ/CETM 14) Ordonnance traitement 16) Projet Vénus 17) Ressource Laval 18) Ressource Montréal 19) Ressource Rive-Nord 20) RRS du CSSSL 21) Autre
PERSONNE VISÉE PAR L'INTERVENTION	
Date de naissance	
Âge	
Sexe	<ul style="list-style-type: none"> 1) Homme 2) Femme
Langue parlée	<ul style="list-style-type: none"> 1) Français

	<ul style="list-style-type: none"> 2) Anglais 3) Autre
État civil	<ul style="list-style-type: none"> 1) Célibataire 2) Conjoint de fait 3) Marié.e 4) Divorcé.e 5) Séparé.e 6) Veuf (ve) 7) Inconnu
Ex-ville	<ul style="list-style-type: none"> 1) Auteuil 2) Chomedey 3) Duvernay 4) Fabreville 5) Îles-Laval 6) Laval-des-Rapides 7) Laval-Ouest 8) Laval-sur-le-Lac 9) Pont-Viau 10) Sainte-Dorothée 11) Sainte-Rose 12) Saint-François 13) Saint-Vincent-de-Paul 14) Vimont
État de la personne	<ul style="list-style-type: none"> 1) À jeun 2) Sous l'influence de l'alcool 3) Sous l'influence de la drogue 4) Incertain
Arme à feu impliquée	<ul style="list-style-type: none"> 1) Oui 2) Non
Décès	<ul style="list-style-type: none"> 1) Oui 2) Non
Cause du décès	
CONTEXTE	
Personne présente	<ul style="list-style-type: none"> 1) Ami.e 2) Membre de la famille 3) Personne de cœur 4) Autre
Usage de la force	<ul style="list-style-type: none"> 1) Oui 2) Non
Type de prise en charge	<ul style="list-style-type: none"> 1) Référence à une ressource 2) Transport en ambulance 3) Milieu de vie ou réseau social 4) Arrestation 5) Incarcération

	6) Application de la loi P-38 ou hospitalisation contre le gré 7) Aucune 8) Autre
Précision sur la ressource	1) A-GIR 2) Accompagnement autre 3) Accompagnement urgence 4) ACEF 5) Aide juridique 6) Consultation REI 7) CRD de Laval (Le Maillon) 8) Dépannages alimentaires 9) Désintoxication/Thérapie 10) Info-Relève 11) L'îlot 12) Ordonnance examen psychologique 13) Ordonnance TAQ/CETM 14) Ordonnance traitement 16) Projet Vénus 17) Ressource Laval 18) Ressource Montréal 19) Ressource Rive-Nord 20) RRS du CSSSL 21) Autre
SUIVI(S)	
Premier suivi	1) Oui 2) Non 3) Information non disponible
Date	
Type de suivi	1) Accueil 2) Entrevue téléphonique 3) Intervention sur la route 4) Centre hébergement-services 5) Discussion de cas 6) Correspondance 7) Comparution au tribunal 8) Réunion 9) Note 10) Message téléphonique 11) Retour de bon problématique 12) Résumé de dossier 13) 911-SIMS
Conclusions du suivi	
Second suivi	1) Oui 2) Non

Date	
Type de suivi	<ul style="list-style-type: none"> 1) Accueil 2) Entrevue téléphonique 3) Intervention sur la route 4) Centre hébergement-services 5) Discussion de cas 6) Correspondance 7) Comparution au tribunal 8) Réunion 9) Note 10) Message téléphonique 11) Retour de bon problématique 12) Résumé de dossier 13) 911-SIMS
Conclusions du suivi	