

Une recherche qualitative sur les facteurs favorables et défavorables à
l'atteinte des objectifs des équipes mixtes.

Par Frédérique Creighton

Mémoire déposé à l'École de travail social
en vue de l'obtention de la maîtrise en travail social

sous la direction du professeur Sébastien Savard, Ph.D.

Juillet 2023

Remerciement

Je tiens à remercier toutes les personnes qui m'ont épaulé de proche ou de loin dans l'écriture de ce mémoire.

Je remercie sincèrement mon directeur de mémoire, Sébastien Savard pour sa disponibilité, ses commentaires, son écoute et ses conseils qui m'ont grandement guidé ces derniers mois.

À ma mère, Marie-France, et mon père, Nicolas, merci de votre soutien inconditionnel. Maman depuis le début tu me motives et tu me guides dans ce processus de recherche qui m'était si inconnu. Sans ton expertise et tes explications, ma compréhension n'aurait jamais autant évoluée. Papa, toi qui m'as toujours encouragé et soutenu dans tous mes projets, ta présence a toujours été rassurante.

Mathilde, sans toi mon expérience universitaire n'aurait pas été la même. Notre petit duo m'a autant apporté personnellement qu'académiquement. Sans ton écoute, nos échanges et nos nombreux facetime, il aurait été impossible de rester motivé tous les jours, mais ta passion pour la recherche est contagieuse.

À mon copain, William, je te remercie de ton écoute et ton support dans ce projet qui m'a fait vivre toute sorte d'émotions. Tu as su me garder positive et me remonter le moral dans les moments plus difficiles.

À Marie-France, Megan, Audrey, Joanie et Sophie, des amies en or qui m'ont épaulée et changé les idées cette dernière année, je vous remercie du fond du cœur.

Résumé du mémoire

Ce mémoire est une recherche qualitative qui s'intéresse aux facteurs favorables et défavorables à l'atteinte des objectifs des équipes mixtes (EM). Les équipes mixtes au Canada sont habituellement constituées d'un policier et d'un intervenant psychosocial qui interviennent auprès de personne en situation de crise (Shapiro et collab., 2015). Cette recherche s'est spécifiquement intéressée à l'*Équipe mobile d'intervention psychosociale (EMIP)* à Sherbrooke et le *Mobile Crisis Team (MCIT)* à Toronto. **La méthodologie** utilisée est l'analyse de contenu et **le cadre théorique** est l'analyse stratégique de Michel Crozier et Ehrard Friedberg (1977) qui a permis de mieux comprendre les dynamiques et relations de pouvoir entre les acteurs des EM. **Les résultats** : les facteurs favorables à l'atteinte des objectifs de l'EM sont en lien avec les compétences interpersonnelles des membres de l'équipe, de la structure de l'organisation, des formations de santé mentale, l'uniforme, la collaboration, les ressources disponibles et les facteurs légaux encadrent l'EM. Les facteurs défavorables sont le manque de financement, les lacunes des formations, les barrières légales, la culture policière et les limites de collaboration.

Table des matières

Résumé du mémoire	3
Introduction	6
La problématique	7
1.1. L'impact de la désinstitutionnalisation	7
1.2. La criminalisation de la santé mentale	8
1.3. Des interventions trop souvent fatales	10
1.4. Des nouvelles ressources pour mieux intervenir avec les PEMP	11
1.5. Les équipes mixtes, une solution?	11
1.6. Limites des recherches antérieures	13
Le cadre théorique	14
Méthodologie	16
3.2. Sélection des données	17
3.3. L'analyse des données	19
Revue de littérature	21
4.1. L'origine de la santé mentale	21
4.2. La santé mentale aujourd'hui	24
4.4. Stratégies policières : CIT et EM	32
4.5. Les lois qui encadrent l'équipe mixte.....	36
Mise en contexte : EMIP ET MCIT	40
5.1. Présentation de EM de Sherbrooke et Toronto	41
5.2. Les objectifs.....	42
5.3. Types d'interventions.....	43
5.4. Les résultats	44
Analyse	46
6.1. Facteurs favorables à l'atteinte des objectifs de l'EM	46
6.1.1. Compétences interpersonnelle.....	46
6.1.2. Facteurs structurels.....	47
6.1.3. Structure : Organisation.....	47
6.1.4. Structure : Formation.....	49
6.1.5. Structure : L'apparence policière (uniforme)	51
6.1.6. Facteurs de collaboration.....	52
6.1.7. Collaboration : accommodation culturelle	53

6.1.8. Collaboration : Terrain	54
6.1.9. Collaboration : autres acteurs	56
6.1.10. Collaboration : Partage d'informations	57
6.1.11. Ressources	57
6.1.12. Facteurs légaux.....	58
6.2. Facteur défavorable à l'atteinte des objectifs de l'équipe mixte	59
6.2.1. Barrière structurelle : Financement	59
6.2.2. Facteur défavorables : Formation.....	61
6.2.3. Barrières légales (Politique, loi et protocole)	64
6.2.4. Barrières de la culture policière.....	69
6.2.5. Barrières à la collaboration.....	72
Discussion : L'analyse stratégique de Crozier et Friedberg (1977)	73
Conclusion.....	80
Annexe	81
Annexe I : Concepts de recherche	81
Annexe II : Arbre de catégories	82
Bibliographie.....	84

Introduction

Au Canada, une personne sur trois vivra des difficultés de santé mentale, ce qui représente environ 9,1 millions de Canadiens (Statistiques Canada, 2020, pr.1). La perturbation des humeurs, des pensées et des comportements d'une personne devient problématique lorsque celle-ci voit un déclin dans son fonctionnement qui lui cause une détresse. Au Québec, il est estimé que 20% de la population sera affectée par un trouble de santé mentale au cours de sa vie et que seulement la moitié de ces personnes iront consulter un professionnel (Gouvernement du Québec, 2021, pr.6). En Ontario, environ 24% des individus de la province ont été touchés par une problématique en lien avec un trouble de santé mentale (Brady, 2022, pr.2). La détresse psychologique de la population canadienne est relativement semblable dans chacune des provinces et les difficultés d'accessibilité aux services sont aussi universelles (Chaimowitz, 2012 ; Ghelani et collab., 2022). Une des conséquences de ce phénomène est l'augmentation de personne en détresse sans option de traitement dans la communauté (Choinière-Tran, 2019; Shapiro et collab., 2014).

Pour pallier au manque de services en santé mentale, d'autres initiatives se sont développées. Ce mémoire s'intéresse tout particulièrement à l'une d'entre elles, les équipes mixtes (EM), ces duos de policier et d'intervenant psychosocial qui viennent en aide aux personnes en détresse signalées au 9-1-1. Cette recherche tente donc de répondre à la question suivante : « Quels sont les facteurs favorables et défavorables à l'atteinte des objectifs des équipes mixtes ? ». Cette recherche est divisée en sept sections. Premièrement, la problématique qui explique le contexte et les difficultés qui ont mené au développement de l'EM. Deuxièmement, le cadre théorique, *l'analyse stratégique* de Michel Crozier et Ehrard Friedberg (1977), qui permet de comprendre la nature et la dynamique des relations qui se forment entre les différents acteurs interdépendants (Barabel, Meier et Teboul, 2013). Troisièmement, la présentation de la méthodologie qualitative de l'analyse de contenu qui décrit les différentes étapes de la recherche. Quatrièmement, la revue de littérature qui explique à la fois l'évolution de la santé mentale et le changement du rôle de la police au Canada. Cinquièmement, la mise en contexte des équipes mixtes de Sherbrooke et de Toronto, ce qui permet de présenter deux modèles EM canadiens différents.

Sixièmement, la présentation des résultats d'analyse de la question de recherche. Finalement, la dernière section est la discussion basée sur les éléments clés de *l'analyse stratégique*. Les arguments de la discussion tenteront de répondre de manière hypothétique à la sous-question de recherche : « Pourquoi les résultats des études sont-ils mitigés » ?

La problématique

Depuis environ dix ans, les médias et les chercheurs se sont de plus en plus penchés sur les interactions entre les policiers et les personnes avec un état mental perturbé (PEMP) en situation de crise. En effet, plusieurs revendiquent le fait que les facteurs comme la désinstitutionnalisation, la diminution du nombre de lits d'hôpitaux psychiatriques, la réduction des hospitalisations et les changements législatifs en santé mentale ont forcé les policiers à devenir des intervenants de première ligne (Choinière-Tran, 2019). Les chercheurs constatent que les policiers manquent de connaissances et d'habiletés pour répondre adéquatement aux situations de crise avec les PEMP (Chaimowitz, 2012 ; Shapiro et collab., 2014 ; Wood et collab., 2011). Aussi, il est démontré qu'il y a une plus grande tendance durant ce type d'intervention à judiciairiser la personne en crise plutôt que de la rediriger vers les soins appropriés. Pour ces raisons, entre autres, il y a un plus haut taux de mortalité accidentelle, de blessure et d'incarcération lorsqu'une personne avec un trouble de santé mentale est impliquée dans une intervention policière (Shapiro et collab., 2015).

1.1. L'impact de la désinstitutionnalisation

L'augmentation des interactions entre les PEMP et la police est une des conséquences de la désinstitutionnalisation. Pourtant, la désinstitutionnalisation des soins de santé mentale était censée offrir un service plus humain que l'ancien modèle de gestion de soins. En effet, avant la désinstitutionnalisation des soins, l'approche privilégiée était les asiles. Au 19^e siècle, les asiles sont des endroits pour conformer les patients socialement et moralement (Halpern, 2013). C'est aussi le début de la médicalisation de la santé mentale, la « folie » étant alors perçue comme une maladie qui demande un traitement médical. Les patients des asiles sont traités à l'aide de techniques expérimentales comme les thérapies de choc ou les psychochirurgies (Otero, 2010). C'est également le début de

politiques qui maintiennent contre leur gré les individus ayant des troubles de santé mentale dans ces infrastructures de soins (Paradis, 1993). C'est après la seconde guerre mondiale que ce modèle de soins est remis en question, notamment en raison de la qualité médiocre des soins, la position de pouvoir du professionnel, la perte d'autonomie et d'habiletés sociales des patients dues à la longueur des séjours (Dorvil, 2005, p.209). Pour ces raisons, le modèle de la désinstitutionnalisation est développé comme approche alternative (Choinière-Tran, 2019; Fleury et Grenier, 2004). L'objectif de ce modèle est d'humaniser les soins, de traiter la personne dans la communauté et de la réintégrer dans la société (Chaimowitz, 2012; Dorvil, 2005). Cette idéologie est optimiste, car elle souhaite que la population accueille favorablement les personnes sortant des asiles et que celles-ci s'intégreront rapidement à la société (Otero, 2010). Cependant, le développement de services pour remplacer les asiles n'est pas assez efficace pour répondre adéquatement aux besoins des personnes ayant des troubles de santé mentale. De plus, les communautés sont moins tolérantes envers les personnes aux prises avec des troubles de santé mentale que les promoteurs de la désinstitutionnalisation l'avaient espéré (Otero, 2010). Effectivement, la société se transforme et les populations autrefois cachées forment maintenant une marginalité visible dans les villes. Les services pour aider la population se trouvent dans les centres urbains. La fréquentation des services et les comportements dérangeants pour les résidents et les commerçants qui partagent un même espace peuvent créer des conflits (Otero, 2010). Les comportements dérangeants ne sont cependant pas uniquement associés à la santé mentale, mais peuvent être causés par la précarité sociale et économique (Fisher et collab., 2006). Le climat de tension est propice à créer des situations de désordre public qui sont gérées par la police, ce qui augmente les interactions entre les PEMP et les services de police.

1.2. La criminalisation de la santé mentale

Les services de police doivent intervenir régulièrement en 1^{ère} ligne lors de situations de crise à cause des lacunes du système de services sociaux et de santé mentale (Choinière-Tran, 2019, Shapiro et collab., 2014; Ghelani, Douglin et Diebold, 2022). Malheureusement, l'articulation d'un système de soins tel que prescrite par le modèle de désinstitutionnalisation ne s'est pas traduite sur le terrain comme elle a été pensée. En effet,

les services pour supporter les PEMP dans la communauté n'ont pas été implantés ou ont rapidement été fermés. Les quelques ressources disponibles ne sont pas suffisantes pour répondre au nombre de personnes dans le besoin (Chaimowitz, 2012). En plus, les budgets pour la santé mentale continuent d'être coupés, le nombre de lits en psychiatrie dans les hôpitaux sont très restreints, ce qui laisse les PEMP sans support ou services adéquats (Ghelani, Douglin et Diebold, 2022). Les PEMP se retrouvent laissés à eux-mêmes dans la rue ou d'autres endroits publics, ce qui augmente la possibilité de rencontres avec la police. Effectivement, environ une interaction policière sur cinq, au Canada, implique une personne vivant une détresse psychologique (Statistique Canada, 2015, pr.9). Une des problématiques causée ? par les nombreuses interactions entre policiers et personnes en crise est la criminalisation de l'individu dans le besoin (Chaimowitz, 2012 ; Choinière-Tran, 2019 ; Ghelani, Douglin et Diebold, 2022 ; Watson et collab., 2021). Le processus de la criminalisation de la santé mentale est défini comme l'utilisation du droit pénal pour définir de manière criminelle les comportements ou le mode de vie des personnes ayant des troubles de santé mentale (Cardinal et Laberge, 1999). Certains auteurs expliquent ce phénomène par les transformations législatives permettant aux policiers d'amener involontairement une personne en crise à l'hôpital (Cardinal et Laberge, 1999 ; Chaimowitz, 2012). La criminalisation de la santé mentale est liée à la judiciarisation de celle-ci. La judiciarisation de la santé mentale est, entre autres, quand nous choisissons d'avoir recours à des solutions judiciaires pour régler une situation qui pourrait être résolue informellement (Cardinal et Laberge, 1999). Les policiers deviennent donc des acteurs pouvant permettre l'accès à des services en santé mentale. Ils ont tendance à procéder à l'arrestation d'un individu qui commet un crime mineur au lieu d'amener la personne à une ressource appropriée (Shapiro et collab., 2015). Au Canada, 79,2% des femmes détenues démontrent des symptômes de trouble de santé mentale (Brown et collab., 2018). Pour les hommes, selon l'étude de Beaudette et collab. (2015), sur un échantillon de 1000 nouveaux détenus masculins, 73% présentaient des symptômes d'au moins un trouble de santé mentale. Le manque de connaissances des policiers sur les troubles de santé mentale et les ressources communautaires disponibles, augmente les chances de stigmatisation pour cette clientèle, de judiciarisation et de précarité (Chaimowitz, 2012 ; Shapiro et collab., 2014 ; Wood et collab., 2011). En effet, les PEMP restent deux fois plus longtemps incarcérées

qu'une personne qui ne souffrent pas d'un trouble de santé mentale. De plus, à leur sortie de prison, elles vivent souvent une diminution des revenus d'aide sociale, des difficultés d'accès aux services communautaires, des épisodes d'itinérance, leur dossier criminel réduit l'accès à l'emploi et elles sont plus à risque d'être arrêtées à nouveau (Balfour et collab., 2020, pr.12). L'incarcération d'une personne a de lourdes conséquences. De l'autre côté, il peut sembler préférable de judiciariser une personne ayant des troubles de santé mentale car le système pénal permettrait un accès plus rapide à des soins (Wood et collab., 2011). De plus, la judiciarisation de la personne permet de diminuer le temps de l'intervention, car sinon, les policiers doivent rester à l'urgence avec le patient. Les policiers sont frustrés de ne pas être disponibles pour d'autres appels, car ils ne voient pas l'utilité d'attendre avec le patient à l'urgence (Shapiro et collab., 2014). En bref, la problématique de la surreprésentation des personnes aux prises avec des troubles de santé mentale dans les institutions judiciaires semble être liée aux manques de ressources disponibles, le manque de connaissances en santé mentale des policiers et la surutilisation de la judiciarisation pour gérer la crise d'une PEMP.

1.3. Des interventions trop souvent fatales

Une autre problématique liée aux interactions policières et les personnes ayant des troubles de santé mentale est la surreprésentation de ces personnes dans les interventions policières qui causent la mort (Ghelani, Douglin et Diebold, 2022 ; Iacobucci, 2014). Effectivement, entre 2000 et 2018, 461 personnes sont mortes durant une intervention policière au Canada et 70 % de ces personnes avaient des enjeux de santé mentale (Marcoux et Nicholson, 2018, pr.7). Le manque de connaissances par rapport aux troubles de santé mentale et de stratégies structurant les interventions semble être des tendances dans les interventions résultant par la mort (Ghelani, Douglin et Diebold, 2022). De plus, les policiers au Canada ont le pouvoir et le devoir d'appréhender une personne qui est un danger pour elle-même et les autres. Cette législation contribue à faire augmenter les interactions entre la police et les individus en crise (Iacobucci, 2014). Depuis 1998, les policiers se sont vus donner un nouveau pouvoir législatif soit celui de décider si une personne doit être amenée de force à l'hôpital pour une évaluation psychiatrique, sans toutefois qu'ils aient reçu formation particulière en la matière (Brisebois, 2019). Pourtant,

ce type d'évaluation est complexe à cause des ambiguïtés de présentation des troubles de santé mentale chez les individus et le risque de danger lors de crise (Coleman et Cotton, 2010). Il n'est donc pas surprenant que les recherches relèvent de mauvaises évaluations lors des situations de crise qui ont des conséquences graves sur la vie des individus cibles comme la mort ou l'emprisonnement (Coleman et Cotton, 2010; Ghelani, Douglin et Diebold, 2022 ; Iacobucci, 2014). Les résultats alarmants des interventions policières avec les PEMP, la surreprésentation des PEMP en prison et l'augmentation du nombre d'appels de crise ont contribué au développement d'initiatives spécialisées (Coleman et Cotton, 2010).

1.4. Des nouvelles ressources pour mieux intervenir avec les PEMP

Pour assurer de meilleures interventions policières auprès des PEMP et par le fait même une meilleure gestion de la santé mentale, plusieurs ressources ont été développées. Par exemple, les soins spécialisés, les suivis en communauté, les tribunaux de santé mentale et les équipes spécialisées sont tous des initiatives qui ont pour objectifs de mieux répondre aux besoins des PEMP (Munetz et Griffin, 2006). Les équipes spécialisées ont été créées spécifiquement pour répondre à l'augmentation des interactions entre la police et les PEMP. Le modèle le plus étudié est celui du « Crisis Intervention Team (CIT) qui a comme objectif d'améliorer les connaissances et les habiletés d'intervention des policiers auprès d'une PEMP en situation de crise (Watson et collab., 2021). Un autre modèle est celui des équipes mixtes (EM) qui est une équipe multidisciplinaire composée d'un policier et d'un intervenant psychosocial (Ghelani, Douglin et Diebold, 2022). L'intervenant est responsable d'offrir un soutien psychosocial et le policier d'assurer la sécurité de tous. L'approche est basée sur la collaboration des deux acteurs pour assurer une interaction adéquate, sécuritaire et une meilleure gestion de la santé mentale à long terme (Balfour et collab., 2020; Choinière-Tran, 2019).

1.5. Les équipes mixtes, une solution?

Les EM ont été peu étudiées entre autres parce que le modèle n'a pas été développé de manière standardisée. Au départ, l'objectif espéré par l'implantation des EM était d'aider à assurer la sécurité des personnes avec des troubles de santé mentale dans la

communauté, d'éviter l'escalade durant une crise et de réduire la pression de la prise en charge sur les systèmes de justice et de santé (Ghelani, Douglin et Diebold, 2022). Aujourd'hui, les EM peuvent dévier de l'objectif original pour répondre aux besoins de la population locale. C'est pourquoi le fonctionnement de chaque équipe semble varier selon la ville et le pays où elle est implantée. Par exemple, au Canada, le premier modèle EM a été développé par la police de Vancouver en 1987 et est en 2013 par la police de Toronto (Lamanna et collab., 2015). Ces programmes sont des modèles d'intervention de crise basés sur le programme américain « Memphis Crisis Intervention Team (CIT) » qui prône la formation spécialisée en santé mentale des policiers et des acteurs communautaires (Iacobucci, 2014). La particularité du modèle de l'EM canadien est l'ajout d'intervenants psychosociaux avec l'agent de police spécialisé en santé mentale. Typiquement, les EM ont un programme de formation pour les policiers de 40 heures qui informe sur les troubles de santé mentale, les différents types et effets de la consommation de drogues et d'alcool, l'intervention en cas de suicide, l'intervention de désescalade, les ressources communautaires de la région, les rôles des professionnels de l'équipe et autres (Ghelani, Douglin et Diebold, 2022 ; Iacobucci, 2014). Avec les années, plusieurs autres villes ont adopté leur propre variante du modèle EM. En effet, dans la province du Québec, les villes de Montréal, Sherbrooke et Gatineau vont jumeler les policiers à des travailleurs sociaux (Choinière-Tran, 2019; Landry et collab., 2018; Ville de Gatineau, 2023). En Ontario, la ville de Toronto utilise plutôt une infirmière psychiatrique (Koziarski, O'Connor et Frederick, 2020) tandis que les villes de Hamilton et Peel font appel à des travailleurs sociaux et des infirmières (Choinière-Tran, 2019; THO, 2021; Koziarski, O'Connor et Frederick, 2020). De plus, les EM peuvent avoir un rôle différent selon les besoins de la population locale. Les EM peuvent intervenir en première ou en deuxième ligne (Choinière-Tran, 2019; Shapiro et collab., 2015). Certaines peuvent être mobilisées pour faire l'évaluation de la situation et les références vers des services adéquats. D'autres interviennent en deuxième ligne où elles peuvent faire de la gestion de cas, surtout auprès d'une personne qui appelle les services policiers de manière chronique, afin d'établir un plan de traitement réaliste (Adelman, 2003). D'autres variables qui influencent le fonctionnement des EM sont les partenariats entre le service de police et les institutions (hôpitaux, organismes communautaires, ambulancier, pompier et autres), la culture locale, la démographie du

territoire, les ressources disponibles et autres (Coleman et Cotton, 2010; Shapiro et collab., 2015).

Malgré l'application de ces différentes stratégies, l'augmentation des interactions entre les policiers et les personnes avec un état mental perturbé (PEMP) en situation de crise est toujours un sujet d'actualité au Canada (Coleman et Cotton, 2010; Shapiro et collab., 2015). En effet, les policiers continuent de devoir intervenir en situation de crise auprès de personnes présentant des problèmes de santé mentale, un trouble du spectre de l'autisme, une déficience intellectuelle ou trouble de toxicomanie. Il y aurait aussi une augmentation des plaintes déontologiques liées à ces types d'intervention (Commissaire à la déontologie policière du Québec, 2021). La détresse de la communauté ne semble pas diminuer malgré certaines retombées positives de l'intervention des équipes spécialisées en santé mentale. Ainsi, les retombées de ces interactions entre les policiers et les PEMP restent mitigées (Marcus et Stergiopoulos, 2020). Il est difficile d'identifier les lacunes ou des pistes d'amélioration depuis l'implantation des EM, car les études majoritairement évaluatives et quantitatives ne permettent pas de comprendre les divergences des résultats, d'identifier les meilleures pratiques ou de produire des données probantes (Choinière-Tran, 2019; Marcus et Stergiopoulos, 2020; Thompson, 2020). Effectivement, plusieurs chercheurs suggèrent que les prochaines recherches devraient se pencher spécifiquement sur le fonctionnement des EM, sur leur évolution, leur contexte et les éléments qui permettent l'atteinte des objectifs pour mieux comprendre la pertinence de l'approche (Lamb et collab., 2001; Shapiro et collab., 2015, Thompson, 2020).

1.6. Limites des recherches antérieures

Le modèle de l'équipe mixte comme réponse à la hausse de la criminalisation de la santé mentale et des personnes décédées lors d'une intervention policière a gagné en popularité. Cependant, les auteurs s'entendent sur le fait qu'il n'y a pas eu assez d'études pour prouver l'efficacité de cette approche (Marcus et Stergiopoulos, 2022 ; Puntis et collab., 2018 ; Shapiro et collab., 2015 ; Watson et collab., 2021). Certains auteurs critiquent le manque de diversité dans la méthodologie utilisée pour étudier le modèle de l'équipe mixte. La majorité des recherches se concentrent sur des recensions de la littérature, de l'extraction de données à partir des rapports policiers ou l'utilisation des

statistiques (Dean et collab., 2000 ; Lamb et collab., 2001 ; Puntis et collab., 2018 ; Shapiro et collab., 2015). Les résultats permettent d'évaluer certaines des retombées d'intervention, mais ne permettent pas de produire des explications avec des preuves solides pour expliquer ces retombées. La majorité des études produisent des données probantes, mais ne s'attardent pas au fonctionnement des EM (Lamp et collab., 2001 ; Shapiro et collab., 2015). Par exemple, la méthodologie de l'étude de Shapiro et collab. (2015) n'a pas permis d'identifier les mécanismes d'intervention, donc les auteurs proposent des hypothèses et se focalisent sur le potentiel de l'équipe mixte (Ghelani et collab., 2022). Le manque de connaissances concerne également le fonctionnement du programme, les interactions entre les différents acteurs impliqués, les circonstances des interventions ainsi que les rôles de chacun (Lamp et collab., 2001 ; Shapiro et collab., 2015). D'autres auteurs ont utilisé une méthodologie qualitative, telle que la méthode d'entrevue semi-dirigée téléphonique. Toutefois, la participation des policiers est volontaire donc certains chercheurs n'ont pas réussi à avoir un assez haut taux de participation où il était impossible de vérifier si toutes les interventions en lien avec la santé mentale étaient reportées (Marcus et Stergiopoulos, 2022 ; Watson et collab., 2021). De plus, puisque les modèles d'intervention de EM varient selon la géolocalisation peu de chercheurs ont tenté de comparer les équipes déjà implantées (Shapiro et collab., 2015). Il serait important de comprendre comment les programmes répondent aux objectifs selon les besoins de leur population. L'analyse de contenu de différents programmes peut aider à identifier les facteurs favorables et défavorables au fonctionnement des EM. En bref, les études actuelles permettent peu de comprendre le modèle de l'EM dans sa globalité. Les écrits plus récents mettent de l'avant, notamment, le besoin d'étudier le fonctionnement des différents modèles d'intervention mixte déjà implantés à travers le Canada.

Le cadre théorique

Pour pallier certaines lacunes de la littérature sur le sujet, le cadre d'analyse choisi est celui de *l'analyse stratégique* de Michel Crozier et Ehrard Friedberg (1977). Cette approche fait partie du champ de la théorie des organisations qui a été développée pour comprendre et analyser les relations de pouvoir dans les organisations (Thibault, 2019). Ce cadre s'appuie sur la notion de « jeu » pour décrire les interactions complexes entre les

différents acteurs au sein d'une organisation (Martin, 2012). Le concept de « jeu » dans cette approche est important, car il permet de comprendre la nature et la dynamique des relations qui se forment entre les différents acteurs interdépendants (Barabel, Meier et Teboul, 2013). Une des notions fondamentales de l'analyse stratégique sont les relations résultant du « jeu » des acteurs qui se produisent à différents niveaux de l'organisation. Ces interactions entre les acteurs sont caractérisées par des stratégies de négociation, de collaboration ou de confrontation, ce qui va démontrer les intérêts et les motivations autant individuels et que professionnels de chacun des acteurs (Barabel, Meier et Teboul, 2013; Bouchard et collab., 2017; Thibault, 2019). Les comportements stratégiques des acteurs sont aussi influencés par trois concepts clés. Premièrement, la structure de l'organisation qui va définir les relations formelles entre les différents acteurs et les règles qui encadrent leurs comportements (Lefevre, 2009). Dans cet ordre d'idée, l'organisation de l'EM est perçue comme le lieu de collaboration et de conflit entre le policier et l'intervenant psychosocial qui poursuivent leurs propres buts dans un contexte déjà structuré par des règles officielles comme le Code criminel, la loi sur la santé mentale, etc. Deuxièmement, les ressources disponibles dans l'organisation qui sont réparties entre les différents acteurs sont utilisées pour influencer les décisions et les actions des autres acteurs (Martin, 2012). Troisièmement, les enjeux qui sont les objectifs et les intérêts de chaque acteur et qui sont en conflits (Lefevre, 2009).

Dans le domaine de la recherche, l'analyse stratégique permet de s'intéresser au fonctionnement des organisations et de s'éloigner de cadre de pratique standardisé. En effet, Crozier et Friedberg n'adhèrent pas à l'idée qu'il existe une meilleure façon de faire en termes d'organisation ou de pratique. Ils disent plutôt que l'action organisée ne se traduit jamais exactement comme elle a été pensée une fois implanter sur le terrain (Martin, 2012). Ce cadre d'analyse est donc très pertinent dans ce mémoire, puisque le fonctionnement des EM varie ce qui rend leur comparaison difficile. L'analyse stratégique sera utilisée pour étudier les équipes mixtes dans leurs organisations, spécifiquement *L'Équipe mobile d'intervention psychosociale (ÉMIP)* à Sherbrooke et le *Mobile Crisis Team (MCIT)* à Toronto. Ce cadre théorique peut aider à comprendre les relations de pouvoir et les jeux d'acteurs qui existent entre les différents membres de l'équipe mixtes, ainsi qu'entre

l'équipe et les autres acteurs de l'organisation. L'objectif sera d'identifier les facteurs favorables et défavorables à l'atteinte des objectifs des EM.

L'approche de Crozier et Friedberg peut aussi aider à comprendre les relations de pouvoir entre les membres de l'EM, qui peuvent avoir des intérêts et des motivations différents. Par exemple, les travailleurs sociaux dans l'EM peuvent avoir des priorités différentes de celles des policiers, et ces différences peuvent influencer les décisions et les actions de l'équipe. Il sera donc intéressant de voir comment les trois concepts clés de l'analyse stratégique influencent le fonctionnement et le jeu des acteurs de l'organisation à Sherbrooke et Toronto.

La question de recherche de ce mémoire s'intéresse à : « Quels sont les facteurs favorables et défavorables à l'atteinte des objectifs des équipes mixtes ? ». La sous-question est : Pourquoi les résultats des études sont-ils mitigés ?

Méthodologie

Ce mémoire utilise une méthodologie qualitative qui a pour objectif d'explorer en profondeur les processus sociaux, les interactions ainsi que les motivations des policiers et intervenants psychosociaux dans le contexte de l'équipe mixte (Gauthier, 2007). La majorité des études disponibles sur le sujet sont basées sur des données quantitatives qui sont insuffisantes pour répondre aux questions de recherche en lien avec le fonctionnement, l'explication des résultats, l'évolution du modèle et autres (Dean et collab., 2000 ; Lamb et collab., 2001 ; Puntis et collab., 2018 ; Shapiro et collab., 2015). Pour cette recherche, l'analyse de contenu a été choisie. L'analyse de contenu est une méthode de recherche qualitative qui demande d'examiner rigoureusement plusieurs types de documents afin d'identifier des thèmes, des motifs ou des tendances. L'élément clé de la méthodologie de l'analyse de contenu est de s'assurer que : « le procédé analytique est conçu de telle manière que des chercheurs qui répéteraient l'analyse dans les mêmes conditions parviendraient à des résultats semblables » (De Bonville, 2006, pr.9). C'est pourquoi des règles, des catégories et des définitions sont choisies pour assurer une cohérence dans l'analyse.

3.1. La préanalyse

La première étape du processus de l'analyse de contenu est la préanalyse. Cette étape a pour but de choisir les documents pour l'analyse, développer une hypothèse et des objectifs ainsi qu'identifier les indicateurs qui guideront l'interprétation finale (Wanlin, 2007). J'ai donc fait une lecture rapide de plusieurs sources pour me familiariser avec le sujet de la recherche. Ensuite, j'ai utilisé la technique de la lecture flottante. Ce processus vise à développer une meilleure compréhension du sujet, identifier les éléments clés, les récurrences, les contradictions et les limites des textes (Bardin, 2013). La méthode d'échantillonnage appelée « boule de neige » a aussi été utilisée dans la bibliographie de Marcus et Stergiopoulos (2020) ainsi que Shapiro et collab. (2015). Elle consiste à utiliser les recommandations initiales pour identifier de nouvelles lectures de manière successive (Johnston et Sabin, 2010). Toutefois, comme Erickson (1979) l'explique dans son texte, ce type d'échantillonnage est biaisé, car habituellement les travaux identifiés de manière successive auront plusieurs caractéristiques semblables au sujet initial, ce qui pourrait causer un manque de diversité des sources, de contenu et de perceptions, si surutilisé.

À la suite de cette lecture, les grandes catégories en lien avec la question de recherche et le cadre théorique ont été davantage définies (Leray, 2008). Les concepts identifiés par la question de recherche sont les suivants : facteurs favorables, facteurs défavorables, objectifs et équipe mixte. La définition de ces termes a permis d'identifier des mots clés permettant une recherche spécifique. Les mots-clés sont les suivants : équipe mixte, policier-travailleur social, Canada, équipe mobile, Crisis Intervention Team, Mobile Crisis Team, Santé mentale, Mental Health, crise, crisis. Par la suite, les lectures sont catégorisées dans un des trois sous-concepts suivants du cadre théorique : 1) la structure de l'organisation 2) les ressources disponibles 3) les enjeux. En Annexe 1 se trouve la fiche stratégique d'identification des concepts. Cette première catégorisation a permis de faire une lecture plus précise et d'établir les critères d'inclusion et d'exclusion du matériel littéraire utilisé pour cette recherche.

3.2. Sélection des données

La deuxième phase de la préanalyse a donc été d'identifier les facteurs d'inclusion et d'exclusion des sources. Les facteurs d'inclusion pour la revue littéraire sont les suivants.

Premièrement, les textes doivent être en français ou en anglais. Deuxièmement, les années de publication peuvent varier entre 1990 et 2023. Les années 90 marquent le début du développement du modèle d'intervention des équipes mixtes. Troisièmement, la documentation a comme lieu de recherche les États-Unis, l'Australie ou le Canada, car le modèle de l'EM est le plus utilisé dans ces pays. Tous les textes ne remplissant pas l'entièreté de ces critères ont été exclus. Après avoir identifié les grandes catégories qui dirigeront l'analyse et les critères de sélection de la documentation, il a été décidé qu'il serait intéressant d'étudier spécifiquement *l'Équipe mobile d'intervention psychosociale (EMIP)* de Sherbrooke et le *Mobile Crisis Team (MCIT)* de Toronto. Elles ont été choisies entre autres à cause du type de littérature disponible sur ces équipes. En effet, il est important d'avoir une variété de sources telles que des articles de journaux, des rapports annuels, des rapports d'enquête, des recherches revues par les pairs et autres (Bardin, 2013). C'est pourquoi j'ai choisi d'utiliser le mémoire de madame Choinière-Tran (2019) et le rapport de recherche de madame Landry et collab. (2018) pour l'équipe mixte de Sherbrooke. L'étude de Choinière-Tran (2019) utilise une méthodologie ethnographique basée sur une méthode de collecte de données double. En effet, elle a réalisé 200 heures d'observation terrain des interventions de l'EMIP ainsi que des entrevues semi-dirigées. Du côté, de la recherche de Landry et collab (2018), ils ont choisi une méthodologie évaluative qui permet d'avoir des données quantitatives et qualitatives. La collecte de données par l'entremise d'entrevues de groupe semi-structurées a engendré des résultats qui ont permis d'avoir accès aux points de vue des différents acteurs du projet de l'EMIP. Pour MCIT de Toronto, je me suis intéressée au rapport d'enquête de monsieur Iacobucci (2014) et le rapport de recherche de madame Lamanna et collab. (2015). Ces rapports ont permis l'accès à des données collectées par des entrevues réalisées auprès de la clientèle, des professionnels de MCIT et de leurs gestionnaires. De plus, en s'intéressant à des modèles situés dans différentes provinces, il est possible d'explorer les liens entre l'environnement et les acteurs. En effet, l'environnement et les acteurs sont des facteurs qui se retrouveront dans les catégories d'analyse de cette recherche puisque qu'ils sont des concepts importants de l'analyse stratégique qui est utilisée pour la narration des résultats.

3.3. L'analyse des données

Pour l'analyse, les facteurs d'inclusion et d'exclusion sont donc plus spécifiques. Le facteur de la langue est le même, les sources incluses sont en français ou en anglais. Les documents retenus doivent avoir été publiés entre 2012 et 2023. Le modèle des équipes mixtes semble avoir été implanté au Canada autour des années 1990. Toutefois, les EM de Sherbrooke et de Toronto ont été implantées en 2012 et 2013, c'est pourquoi les lectures retenues se situent entre ces dates (Landry et collab., 2018; Iacobucci 2014). Les recherches doivent couvrir le territoire de Sherbrooke ou Toronto. De plus, les sources d'équipe mixte ciblant une autre population que les personnes ayant des troubles de santé mentale ont été incluses. Aussi, les bases de données utilisées sont PubMed, PsycINFO, MEDLINE, OMI et pour de la littérature grise, Google Scholar. Il a été décidé d'inclure des sources venant de la littérature grise, car celle-ci permet d'avoir accès à des extraits d'entretiens et des notes d'observation terrain sur le fonctionnement de l'EM.

La deuxième étape est l'exploitation du matériel qui consiste à faire la codification des données (Wanlin, 2007). Ce processus permet une meilleure compréhension du sujet de recherche et une opportunité d'approfondir les catégories générales créées dans la préanalyse en identifiant des sous-catégories. La codification et l'analyse de mes données ont été guidées par l'approche générale d'analyse inductive. Cette approche est efficace pour l'analyse de contenu, car elle permet d'examiner attentivement les données et identifier des thèmes émergents ou récurrents (Blais et Martineau, 2006). La création des premières catégories qui ont orienté mon analyse s'est faite à partir de recherche de documents sur la problématique de l'augmentation des interactions entre la police et les PEMP. Les catégories générales sont : équipe mixte, objectifs, facteurs favorables, facteurs défavorables, car ce sont les thèmes les plus récurrents de mes lectures. Aussi, j'ai choisi d'ajouter trois autres catégories; organisation, ressources et enjeux puisque ce sont des concepts importants du cadre théorique utilisé qui va permettre d'expliquer et de tisser les liens entre les différentes données codées. De plus, cette première lecture m'a permis de cibler les quatre textes principaux pour mon analyse (Choinière-Tran,2019; Landry et collab.,2018; Iacobucci, 2014; Lamanna et collab.,2015). Ce processus m'a permis d'extraire un grand nombre de données spécifiquement en lien avec le sujet de ma

recherche. Ensuite, j'ai fait une deuxième lecture de mes quatre textes principaux en utilisant processus de codage « ouvert », ce qui m'a permis d'identifier de nouvelles sous-catégories (Blais et Martineau, 2006). Par exemple, pour la catégorie « équipe mixte », les sous-catégories sont la composition, les critères d'embauche et l'horaire. Les sous-catégories ont été choisies pour leur prédominance dans les catégories générales. Par la suite, une nouvelle lecture des données codées a permis de fusionner les catégories semblables (Blais et Martineau, 2006). Par exemple, la catégorie « des enjeux » a été fusionnée aux « facteurs défavorables », car toutes les données considérées comme étant un enjeu ont un effet défavorable à l'atteinte des objectifs de l'EM. Ce processus m'a permis d'établir des liens entre mes catégories, tel qu'illustrée dans l'arbre de catégorie en annexe II.

L'organisation des thèmes et sous-thèmes sous la forme d'un « arbre de catégories » qui est défini comme :

[...] un type de regroupement des thèmes alors qu'un certain nombre de rubriques classificatoires chapeautent des grands regroupements thématiques, lesquels se subdivisent à leur tour en autant d'axes thématiques que le phénomène à l'étude le suggère, ces axes étant eux-mêmes détaillés par des thèmes subsidiaires (Paillé et Mucchielli, 2021, p.296).

L'arbre de catégories a permis une organisation structurée des éléments d'analyse du modèle EM. Ensuite, j'ai cherché à établir des liens, des divergences et des complémentarités entre les thèmes (Paillé et Mucchielli, 2021). En Annexe II, l'arbre de catégories est disponible.

Finalement, la dernière étape est le traitement, l'interprétation et l'inférence des données. L'objectif est d'interpréter les données pour qu'elles soient significatives et valides (Wanlin, 2007). Dans un premier temps, les extraits et les données des quatre différents textes ont été juxtaposées dans chacune des catégories et sous-catégories pour trier les thèmes qui revenaient de manière prédominante ou non. Ce processus a permis de mettre en évidence les éléments et de créer un tableau de résultats. À partir de ce tableau, les tendances et les motifs des thèmes ont été identifiés dans le but de formuler des hypothèses

et des explications qui seront abordées dans la section « Résultats » et « Discussion » de la recherche (Robert et Bouillaguet, 2007).

Revue de littérature

4.1. L'origine de la santé mentale

La gestion de la maladie mentale au sein de la société canadienne est un enjeu soulevé à plusieurs moments de l'histoire. Selon Doré et Caron (2017), la santé mentale est : « une forme de bien-être complet qui interpelle notre capacité à jouir de la vie et à faire face aux défis auxquels nous sommes confrontés » (pr.1). La maladie mentale est caractérisée par « des altérations de la pensée, de l'humeur ou du comportement associées à un état de détresse et de dysfonctionnement marqués » (Agence de la santé publique du Canada, 2022, pr.1). La définition de la santé mentale est fortement influencée par la culture, les valeurs, les connaissances scientifiques et le développement économique de la société (Fleury et Grenier, 2004, p.22). C'est pourquoi la gestion de la maladie mentale changera à plusieurs reprises. Par exemple, au Moyen Âge, les troubles de santé mentale étaient vus comme la possession du corps par des forces démoniaques, un courant influencé par le pouvoir religieux de l'époque. Toutefois, les personnes dites « folles » n'étaient pas systématiquement aliénées de la société (Fleury et Grenier, 2004). Au 18^e siècle, le traitement des individus « fous » est beaucoup plus rigide. En fait, la folie est étiquetée comme un comportement anormal qui dérange l'ordre public. Ces personnes sont systématiquement enfermées dans les asiles (Otero, 2010). Pourtant, ce groupe d'individus n'est pas homogène, il est composé de personnes pauvres, handicapées et perturbées. Selon Foucault (1972), ces personnes avaient plus en commun la défavorisation sociale que leur état de santé. Dans cette perspective, la folie est sociale et mentale. La « folie sociale » est quand une personne est vulnérable socialement et a des comportements déviants et même criminels (Otero, 2010, pr.4). La « folie mentale » est une pathologie mentale classifiée en psychiatrie par différents états qui varient en durée et en intensité (Otero, 2010, pr.4). Le fait d'avoir enfermé autant de personnes devient problématique économiquement, ce qui force la séparation de la folie, toute personne capable de retourner sur le marché du travail y retourne et seules les personnes inadaptées restent enfermées (Halpern, 2013). C'est le début de la médicalisation de la santé mentale.

Au 19^e siècle, les asiles sont des endroits pour conformer les patients socialement et moralement (Halpern, 2013). La folie est maintenant perçue comme une maladie demandant un traitement médical. Toutefois, les avancées médicales vont se développer plus tard. Les asiles utilisent des techniques comme l'isolement des patients, l'intimidation, l'aversion et le mépris (Thifault et Dorvil, 2014). C'est aussi le début de politiques officielles qui maintiennent involontairement les individus souffrants dans des infrastructures de soins (Paradis, 1993). L'asile est l'intervention privilégiée dans cette approche de l'institutionnalisation des soins de santé mentale. Ce modèle en est un qui reflète l'incompréhension des troubles de santé mentale qui sont perçus comme des maladies chroniques sans traitement efficace. L'asile est une prison où la majorité des patients y resteront jusqu'à leur mort, aliénés du reste de la société (Thifault et Dorvil, 2014). De plus, au Québec, la santé mentale est vue comme un besoin en lien avec l'assistance sociale et non un droit. C'est pourquoi les institutions religieuses étaient impliquées dans la gestion des soins des asiles. Le système est donc basé sur les valeurs paternalistes de la religion et le mauvais traitement des personnes ayant des troubles de santé mentale est accepté, car elle est considérée comme une « punition divine » (Boudreau, 1984). L'explication des troubles de santé mentale est, elle aussi, teintée des mœurs religieuses de l'époque, par exemple que les femmes sont hystériques et plus à risque d'être déprimées et les hommes de vivre du stress et de l'anxiété (Dyck, 2011). Ce type d'idéologie est toujours présent dans plusieurs services de soins. En effet, les traitements de santé mentale vont centrer leurs services sur le genre/sexe de la personne selon l'ancienne idée qu'il y avait une division du genre en santé mentale (Samulowitz et collab., 2018). Le phénomène est semblable pour les personnes des minorités visibles. Dans les mêmes années, les scientifiques pensaient que la maladie mentale était majoritairement biologique. En Amérique du Nord, des programmes discriminatoires et racistes comme les eugéniques ont financé des programmes de stérilisation pour les personnes considérées « déficientes » ou « incompetentes » (Dyck, 2011). Aujourd'hui, il a été démontré que les personnes non-blanches sont plus à risque de recevoir de moins bons soins de santé (Commission canadienne des droits de la personne, 2020). Ce mélange de racisme à la santé mentale pourrait être une des explications à la différence dans le traitement offert à certaines personnes.

À partir du 20^e siècle, les courants de pensée changent et les traitements abusifs sur les pensionnaires des asiles sont dénoncés. Effectivement, à la fin de la Seconde Guerre mondiale, il y a une grande augmentation des patients hospitalisés (Thifault et Dorvil, 2014). Les institutions n'étaient pas faites pour prendre en charge autant de personnes en plus de ne pas avoir le personnel qualifié pour assurer les soins. En conséquence, des épidémies de maladies se développent et une hausse de mortalité durant les hospitalisations est enregistrée (Québec, 1962). Le système est en train de s'effondrer. À la fin de la Seconde Guerre mondiale, des milliers d'hommes ont été diagnostiqués avec un trouble de santé mentale par l'armée canadienne. Ces personnes ne souffraient pas dans les asiles où les personnes ne pouvaient les voir, mais au grand jour dans le même espace que les individus fonctionnels de la société. La Seconde Guerre mondiale a créé une demande pour de meilleurs services en santé mentale (Association canadienne de santé mentale, n.d). Puisque le Canada a besoin de ses hommes pour l'effort de guerre, les autorités sont forcées de changer de mentalité envers les troubles de santé mentale. Le changement s'est fait sur le plan militaire, gouvernemental et par la suite dans la société (Thifault et Dorvil, 2014). En effet, sous le mandat du premier ministre King, le gouvernement fédéral va s'impliquer dans les services de soins et de santé canadiens (Neatby, 2021).

Parallèlement, les neuroleptiques sont découverts, un tranquillisant qui permet de contrer les symptômes des psychoses tels que les délires et la désorganisation des idées (Collège National de Pharmacologie Médicale, 2022). Les neuroleptiques permettent de considérer un traitement en communauté (Dorvil, 2005). Un nouveau modèle qui se veut plus structuré et humain émerge (Thifault et Dorvil, 2014). Celui-ci est connu comme la désinstitutionnalisation des soins ou la communautarisation de la santé mentale (Choinière-Tran, 2019; Thifault et Dorvil, 2014). La transition s'est faite par la fermeture des asiles et la réduction des services hospitaliers ainsi que le développement de soins et services communautaires. Toutefois, l'implantation de nouveaux services communautaires n'est pas proportionnelle aux services qui ont été abolis, créant ainsi un trou de services (Thifault et Dorvil, 2014).

Il est aussi important de souligner que les changements de la gestion de la santé mentale se sont développés différemment du côté anglophone et francophone. Pour des raisons

politiques et financières, la psychiatrie québécoise est retardataire à celle anglophone (Klein, 2017). Effectivement, comme mentionné précédemment, le système d'asile était contrôlé par les institutions religieuses. Cependant, la religion catholique, en majorité francophone au Canada, est restée en contrôle jusqu'à la Révolution tranquille (1960) (Thifault et Dorvil, 2014). La Révolution tranquille permet à la société québécoise d'adhérer à l'État providence et à la laïcisation, ce qui permet d'avoir accès à des moyens financiers pour changer le système de soins en santé mentale (Klein, 2017). Du côté anglophone, les psychiatres formés principalement en Angleterre et propriétaires des asiles étaient complètement indépendants des institutions religieuses (Thifault et Dorvil, 2014). C'est l'implantation de l'assurance santé en 1970 qui donne un accès universel aux soins médicaux qui déclenche la révolution psychiatrique (Klein, 2017). Pour la première fois de l'histoire canadienne, il est largement accepté que la maladie mentale est une maladie qui peut être soignée en communauté.

4.2. La santé mentale aujourd'hui

Aujourd'hui, une personne avec un état mental perturbé (PEMP) peut recevoir des services de son médecin de famille, d'un psychiatre, d'un psychologue, d'un intervenant en santé mentale à l'hôpital ou dans la communauté (Moroz et collab., 2020). Toutefois, malgré la grande diversité de services disponibles, ceux-ci sont très limités par le nombre de patients pouvant être pris en charge et ne sont pas toujours accessibles. Effectivement, la désinstitutionnalisation a complexifié l'accessibilité aux soins. Auparavant, tous les services étaient offerts au même endroit alors que maintenant les services sont appariés dans le secteur institutionnel ou communautaire (Dyck, 2011). Chacun des services a ses propres critères d'admission et de liste d'attente, ce qui crée des coupures entre les différents services et les étapes de traitement (Saint-Arnaud, 2001). Plusieurs individus qui vivent des difficultés avec leur santé mentale se retrouvent donc laissés à eux-mêmes. La recherche de Moroz et collab. (2020) a recensé qu'au Canada en 2018, environ 5,3 millions de personnes ont rapporté avoir besoin de support pour leur santé mentale. De ces personnes, 1,2 million ont reçu des services qui ont répondu partiellement à leur détresse et 1,1 million n'ont reçu aucun service (Moroz et collab., 2020, pr. 4). Ces personnes n'ont pas eu l'aide dont elles avaient besoin notamment parce qu'elles ne savaient pas où aller

chercher de l'aide par manque de professionnels abordables et par manque de services de santé mentale intégrer dans le système public des services sociaux. D'autres raisons sont la présence de barrières culturelles et linguistiques, des inquiétudes par rapport au stigma, ou à cause d'iniquités des services selon l'endroit et le coût des services non couverts par les assurances (Anderssen, 2020 ; Canadian Mental Health Association, 2018 ; Knaak et collab., 2017). Ces conséquences sont associées à la désinstitutionalisation des soins en santé mentale qui a causé une diminution de l'utilisation des hôpitaux psychiatriques, des coupures dans les programmes sociaux, un grand manque de ressources et une augmentation de détresse liée à la santé mentale dans la communauté (Chaimowitz, 2012 ; Ghelani et collab., 2022 ; Watson et collab., 2021). Devant ces constats, il est évident que la prise en charge des personnes ayant des troubles de santé mentale est problématique au Canada.

La mauvaise gestion des services en santé mentale peut être un des facteurs qui contribue à la précarité sociale de plusieurs individus dans la société canadienne (Laberge et Morin, 2001). Au Canada, le système judiciaire est devenu involontairement une mesure de dernier recours pour les personnes qui ont besoin d'assistance sociale (Ormston, 2010). Les tribunaux doivent gérer des problèmes sociaux qui ne sont pas de leur champ d'expertise et qui demandent des connaissances précises. Par exemple, il est essentiel d'avoir des connaissances sur les questions de dépendance aux drogues, l'alcool, la maladie mentale, la pauvreté et l'analphabétisme (Ormston, 2010). Après la désinstitutionalisation, les anciens patients psychiatriques se sont retrouvés à la rue sans ressource financière ou sociale pour répondre à leurs besoins. L'itinérance, la maladie mentale et l'abus de substances comme les drogues et l'alcool ont beaucoup dérangé la population et ont rapidement été réprimés par la judiciarisation des personnes fautives (Ormston, 2010 ; Otero, 2010). La criminalisation de la santé mentale est devenue un moyen de gérer les personnes qui échappent au système de service social et de santé. Les services de police n'ont jamais été considérés comme des acteurs dans les services de santé mentale, mais par le changement de gestion des soins de santé, l'augmentation de situation de crise et le changement législatif, la police se retrouve, bien souvent, en première ligne lors de situations de crise (Choinière-Tran, 2019, Shapiro et al, 2014 ; Ghelani et collab., 2022).

Très souvent, et en particulier pour les personnes pauvres, c'est l'intervention de la police qui constitue la porte d'entrée du système de santé mentale (Ormston, 2010). En effet, les policiers sont très souvent appelés à intervenir auprès des personnes qui ont des comportements incohérents ou mettant leur sécurité et celle d'autre en danger (Laberge et Morin, 2001). Selon le rapport de la Gendarmerie Royale du Canada (GRC), la police répond à 2,8 millions d'appels en lien avec la santé mentale chaque année (Robert et Brennan, 2021). Dans cet ordre d'idée, la police interagit de manière plus fréquente avec les PEMP, car ils sont les premiers répondants lors de situation de crise et parce qu'ils sont un pouvoir légal d'amener involontairement une personne à l'hôpital (Cardinal et Laberge, 1999 ; Chaimowitz, 2012). Au Québec, cette loi se nomme la *P-38*, elle permet de priver une personne de sa liberté quand son état mental fait qu'elle est un danger pour elle-même ou autrui. C'est le policier qui a le droit d'amener la personne contre son gré, mais l'évaluation du risque doit être faite par un intervenant d'un service d'aide en situation de crise (Légis Québec, n.d). En Ontario, cette législation est nommée *la Section 17*, elle permet aux policiers d'amener une personne qui agit de manière désorganisée et qui a des symptômes de trouble de santé mentale à l'urgence de l'hôpital pour une évaluation (Legal Aid Ontario, 2023). Toutefois, si le policier décide d'amener la personne à l'urgence, l'agent doit rester avec le patient jusqu'à son évaluation, ce qui peut prendre plusieurs heures (Shapiro et collab., 2015). De plus, il n'y a pas de garantie que la personne soit admise à l'hôpital, elle pourrait donc être de retour à la rue malgré les efforts pour recevoir de l'aide. Seulement, les personnes en situation de crise critique auront le droit à un lit dans l'aile psychiatrique de l'hôpital (Ormston, 2010). Au contraire, si le policier décide d'arrêter l'individu, celui-ci peut retourner à son rôle de surveillant et exécuter de la loi rapidement. Aussi, il peut sembler préférable de judiciaireiser une personne ayant des troubles de santé mentale, car le système pénal aurait un accès plus rapide à des soins (Wood et collab., 2011). Toutefois, la PEMP sera maintenant considérée comme criminel (Schneider, 2010). Les policiers ne sont pas les seuls à utiliser le système de justice canadien pour donner accès à des services de soins aux PEMP, même les personnes avec un réseau de soutien et une situation financière idéale ont des difficultés à trouver du soutien adéquat dans la communauté (Moroz et collab., 2020). C'est pourquoi plusieurs familles ou proches d'une personne ayant des problèmes de santé mentale choisissent souvent de porter plainte contre

cette personne, dans l'espoir qu'avec une plainte au criminel, le juge (que l'on perçoit comme en mesure d'obtenir plus facilement une hospitalisation) obligera l'admission de la personne souffrante (Ormston, 2010). Ce besoin d'avoir un accès rapide aux soins favorise l'augmentation des interventions qui judiciarisent les PEMP. Le processus judiciaire n'est pas sans conséquence pour la personne. L'utilisation de la voie légale est un obstacle au développement d'une relation thérapeutique essentielle pour permettre aux personnes ayant des problèmes de santé mentale de démarrer un processus de rétablissement (Ormston, 2010). Effectivement, la philosophie derrière la judiciarisation d'une personne est d'assumer que si l'individu est surveillé il a plus de chance que la personne améliore sa santé et obtienne des soins (Laberge et Morin, 2001). Cependant, pour ces individus, l'incarcération peut avoir des conséquences beaucoup plus graves que pour de nombreux autres citoyens, par exemple, la perte de leur domicile, la perte de leurs biens, la perte de prestations et la difficulté d'obtenir des services (Laberge et Morin, 2001). De plus, le casier judiciaire stigmatise l'individu autant dans la société, par exemple pour trouver un emploi, que dans le système de justice lui-même (Balfour et collab., 2020, pr.12). Effectivement, la « punition » et les conditions de celle-ci s'additionnent avec l'augmentation d'interactions de la personne avec le système pénal. La prise de décision d'un policier ou d'un juge sera influencée par les antécédents de l'individu (Fisher et collab., 2006). Plus la personne est considérée comme une récidiviste ou un cas chronique, plus, la personne sera isolée et coupée des services d'aide (Laberge et Morin, 2001). Les PEMP ont une très courte période pour se reprendre en main une fois judiciarisée. Depuis la fermeture des asiles, il y a eu une augmentation d'incarcération des PEMP. Avant 1970, il y avait trois fois plus d'individus ayant un trouble de santé mentale dans les asiles quand dans les prisons (Bailey et collab., 2018). Aujourd'hui, cette même personne a trois fois plus de chance de se retrouver en prison que recevoir des soins dans les hôpitaux (Taheri, 2016). En bref, au Canada il y a une surreprésentation PEMP dans les institutions carcérales qui semble être liée au manque de ressources disponibles, au pouvoir législatif des policiers et au manque de connaissances en santé mentale des services policiers.

Une autre conséquence de l'interaction entre la police et les PEMP est leur surreprésentation dans les interventions policières qui ont des conséquences mortelles. (Ghelani et collab., 2022 ; Iacobucci, 2014). Les services policiers ont souvent été pointés

du doigt pour leur incapacité à désamorcer une situation lors d'une crise ou d'une visite de bien-être (Waldron, 2021). Depuis 2020, cette tendance est encore plus grande. Effectivement, les voix de la population s'élèvent depuis l'assassinat de George Floyd aux États-Unis par un policier (Vil, 2021). Il y a un besoin urgent de changement dans la manière d'intervenir auprès PEMP et personnes racisées qui sont surreprésentées dans ce type d'intervention (Cecco, 2020). À Toronto, une personne noire a 20 fois plus de chance d'être victime par arme à feu lors d'une intervention policière (Cecco, 2018). Cependant, le phénomène est présent partout au Canada. En 2020, D'Andre Campbell qui souffrait de trouble de santé mentale est mort dans sa maison de la ville de Peel après qu'un policier ait déchargé son arme à feu sur lui (Waldron, 2021). À Montréal, le 1^{er} août 2019, Jean René Junior Olivier, un homme noir de trente-huit ans a été tué par trois balles suite à un appel au 911 de sa mère pour recevoir de l'aide, car Olivier était en crise, une psychose liée à un trouble de santé mentale (Vil, 2021). De plus, selon les données « Tracking (In)Justice* », il y a eu une augmentation de 66,5 % entre 2011 et 2022 pour les interventions policières causant la mort (McClelland et collab., 2023). L'Ontario est la province ayant le plus de décès en lien avec une intervention policière, soit 224 morts, alors que le Québec se situe au quatrième rang avec 115 morts entre 2010-2022 (McClelland et collab., 2023). Selon Cecco (2020), l'échec de la désescalade des situations de crise est particulièrement lié à la formation des policiers. Les policiers sont formés pour répondre aux situations sociales complexes avec la force. Il est illogique d'espérer un résultat pacifique lorsqu'une situation complexe et délicate est prise en charge par l'entremise de violence. Les résultats alarmants des interventions policières avec les personnes en situation de crise et ayant un trouble santé mentale demande le développement rapide de nouvelles initiatives (Coleman et Cotton, 2010).

4.3. L'évolution du rôle de la police au Canada

Le rôle des policiers au Canada est étroitement lié à la culture et aux besoins de la population. Traditionnellement, les policiers avaient un rôle de « protecteur » de la population (Wood et Watson, 2016). La mentalité du rôle de protecteur est similaire à celui du soldat, les policiers sont en guerre avec les criminels qui sont perçus comme l'ennemi du bon fonctionnement de la société. En effet, l'institution de la police a été développée

dans les années 1834 au Canada, avant même que le pays soit une nation. Le modèle de police a été grandement influencé par celui de l'Angleterre puisque le Canada fût une de ses colonies (L'histoire du maintien de l'ordre au Canada, 2019). Le modèle de police s'est donc développé dans un contexte où l'Angleterre devait s'assurer que ses colonies se développent, mais surtout que la population ne se révolte pas. Un contrat social est créé entre la population et les policiers. Les policiers appliquent la loi et assurent le maintien de l'ordre public et en échange la population reconnaît leur intervention comme légitime en raison du maintien de la sécurité de la population. Le contrat social est la raison pourquoi le service de police a le pouvoir d'utiliser la force envers une personne (L'histoire du maintien de l'ordre au Canada, 2019). Aujourd'hui, la réalité du Canada et les besoins de la population ont changé. Ce changement dans la population est un des facteurs qui influence la transformation du rôle des services de police. Les attentes envers les policiers sont différentes (Duxbury et collab., 2018). L'augmentation du nombre de blessures et de morts durant les interventions policières avec des personnes en crise choque maintenant la communauté (Iacobucci, 2014). Ces décès ont causé un sentiment de révolte chez la population canadienne qui fait de moins en moins confiance aux services policiers (Wood et Watson, 2016). En plus, avec les avancées technologiques, les interventions policières sont filmées et partagées sur les réseaux sociaux, ce qui permet de dénoncer les mauvaises interventions, et change l'environnement de travail de la police (Duxbury et collab., 2018). Les policiers sont confrontés à une plus grande pression durant l'intervention et à des attentes plus élevées. Sans l'appui du public, la police perdrait sa légitimité. Le changement est donc essentiel à la vitalité du service.

Avant, la manière dont les personnes étaient traitées durant une intervention policière était moins importante. Aujourd'hui, le respect des droits humains et de la dignité des individus sont des valeurs centrales. Les attentes de la population ne sont pas le seul facteur qui influence le changement de culture de la police. La désinstitutionnalisation de la santé mentale et les coupes budgétaires du secteur des services sociaux ont transféré certaines responsabilités sociales aux policiers (Caputo et Vallée, 2015). En effet, ces compressions budgétaires ont grandement affecté les services comme l'aide sociale, le logement, la protection de l'enfance et les soins en santé mentale. Une conséquence collatérale à la

baisse de services sociaux est une augmentation de la détresse chez les populations vulnérables, une augmentation des gens dans le besoin et une plus grande sollicitation de la police (Coleman et Cotton, 2010 ; Shapiro et collab., 2015). En plus, les services de police sont les seuls « organismes communautaires » qui sont disponibles 24 heures sur 24, tous les jours de la semaine et de l'année sans exception (Caputo et Vallée, 2015).

Il est vrai que les services de police sont résistants aux changements, mais la police a commencé à avoir une approche plus sociale dès les années 1980. Lors d'intervention de crise, les policiers intégraient de manière protocolaire un processus de communications et d'interactions pour sécuriser l'environnement, mais aussi pour ramener la situation à un état « normal » (Bittner, 1967). Ce type d'intervention fait partie du rôle de maintenir l'ordre public. Dans cette perspective, la résolution de la situation et l'aide auprès des personnes ayant des troubles de santé mentale font partie du travail policier (Choinière-Tran, 2019). Cependant, les auteurs relèvent que le rôle social de la police reste une zone grise (Bittner, 1967 ; Wood et Watson, 2016). Les services de police se sont vus transférer une responsabilité d'intervention en première ligne pour PEMP sans lignes directrices claires (Duxbury et collab., 2018 ; Wood et Watson, 2016). La manière d'intervenir est laissée à la discrétion de l'agent de police. Certains facteurs vont influencer le choix d'intervention du policier qu'importe l'état mental de la personne. Une arrestation est habituellement liée à la gravité du délit, les antécédents judiciaires de la personne, le risque de la situation, les exigences du travail du policier et l'attitude de la personne envers les policiers (Choinière-Tran, 2019). En plus, les ressources disponibles restent limitées, même pour les services policiers. Les études rapportent fréquemment que les policiers n'ont souvent pas d'autres options que d'arrêter la PEMP (Shapiro et collab., 2014 ; Wood et collab., 2011). Les facteurs qui contribuent à l'arrestation ont des conséquences négatives pour tous, mais elles sont exacerbées quand la personne souffre d'un trouble de santé mentale. C'est entre autres pourquoi des initiatives avec le service de police sont développées spécifiquement pour répondre aux appels de crise des PEMP.

Une autre particularité des services de police qui impacte sûrement la rapidité du changement est qu'ils sont fédéraux, provinciaux et municipaux. En effet, la police fédérale du Canada se nomme *La Gendarmerie royale du Canada (GRC)* et elle dessert sous contrat

toutes les provinces sauf le Québec, l'Ontario et Terre-Neuve-du-Labrador (Shearing et collab., 2013). La GRC est le corps policier avec le plus d'employés au pays. Son rôle consiste à appliquer les lois fédérales, d'enquêter sur le crime organisé et protéger la sécurité nationale (Shearing et collab., 2013). La police provinciale est uniquement en service dans les trois provinces qui n'ont pas fait de demande à la GRC. La police provinciale œuvre sur tous les territoires sauf sur celui des municipalités avec leur propre service de police (Shearing et collab., 2013). Finalement, la police municipale travaille principalement dans les grandes et moyennes villes. La majorité des provinces supervisent directement la police municipale par le biais de commissions de police. Les provinces payent une partie des coûts des services de police municipaux et peuvent pénaliser les municipalités si elles ne respectent pas les normes (Shearing et collab., 2013).

La police canadienne a trois rôles principaux en lien avec l'application de la loi et le maintien de l'ordre public. Premièrement, elle est responsable de la prévention de la criminalité qui consiste à faire de la patrouille en voiture, à vélo, à cheval ou à pied. Généralement, les policiers font ce type de surveillance dans les lieux publics, les entreprises et les quartiers résidentiels (Shearing et collab., 2013). Par exemple, la surveillance de foule durant les manifestations ou sur les routes pour assurer que les limites de vitesse est respectée. Deuxièmement, le devoir d'enquête pour protéger la population. Le type d'enquête peut être pour des vols, de la fraude, un enlèvement, un meurtre et du terrorisme. Les policiers doivent donc faire de la surveillance, trouver des preuves, interroger des gens, faire de la rédaction de rapport et témoigner devant les tribunaux (Shearing et collab., 2013). Troisièmement, la police doit faire des interventions d'urgence. Ce qui consiste à répondre à un appel de détresse, un crime, des accidents ou une catastrophe naturelle. Durant ce type d'intervention, le policier doit utiliser ses formations pour répondre à des situations complexes et dans certains cas dangereuses (Shearing et collab., 2013). Aujourd'hui, c'est dans cette catégorie d'intervention que le rôle des policiers semble avoir évolué.

En conclusion, le rôle de la police a changé, mais pas aussi radicalement que la population peut le croire. En effet, c'est plutôt l'environnement, les politiques, la démographie et les ressources qui changent rapidement (Duxbury et collab., 2018). Les changements ne sont

pas faits de manière uniforme puisque la structure de la police au Canada est multiple. Il est possible d'assumer que le rôle du service de police varie selon son type (fédérale, provincial ou municipale) et sa démographie.

4.4. Stratégies policières : CIT et EM

Pour mieux répondre aux appels de personne ayant une problématique de santé mentale ou qui est perturbée, deux principaux modèles ont été développés. Premièrement, le modèle de police spécialisée qui a pour objectif d'améliorer les habiletés des policiers pour répondre adéquatement aux appels et de meilleures connaissances des ressources disponibles dans la communauté (Watson et collab., 2021). Ce modèle a été développé aux États-Unis il y a plus de 30 ans et est connu dans la littérature sous le nom de « Crisis Intervention Team » (CIT) (Watson et collab., 2021 ; Choinière-Tran, 2019). Le modèle CIT est basé sur un programme de formation de quarante heures en santé mentale. La formation met l'accent entre autres sur les différentes maladies mentales et leurs symptômes, les meilleures pratiques de communication et les ressources communautaires disponibles dans la communauté (Watson et collab., 2021). Le modèle américain est utilisé par la Gendarmerie Royale du Canada, mais peu de recherches se sont penchées sur l'efficacité de la formation (Cotton et Coleman, 2008). De plus, la formation policière moderne s'est inspirée du modèle et est à ajouter une formation de vingt heures en santé mentale (Kozziarski, O'Connor et Frederick, 2020).

Les études antérieures sur l'efficacité de l'intervention CIT sont positives, mais nuancées. Par exemple, les études effectuées dans l'état de Virginie et de Géorgie démontrent un taux d'utilisation de la force pour une situation de crise en lien avec la santé mental qui cause une blessure de 3,9 % et 12 % (Yang et collab., 2018 ; Compton et collab., 2014). En Virginie, quand l'intervention n'est pas en lien avec la santé mentale, le taux d'utilisation de la force est de 0,2% (Yang et collab., 2018, pr.28). Par contre, l'étude faite au Colorado a recensé un taux beaucoup plus bas, seulement de 0,4 % (Khalsa et collab., 2018). Il est difficile d'affirmer qu'il y a eu une nette amélioration, car les recherches sont faites dans différents milieux. En effet, les milieux ruraux et urbains ont trop de variations telles que la disponibilité de ressources ou l'ampleur du territoire qui rendent la comparaison de l'utilisation de la force ardue. Toutefois, il a été démontré que les agents de la paix CIT

font moins d'arrestations et beaucoup plus de référence dans la communauté (Marcus et Stergiopoulos, 2020). Ceci s'explique en partie par leur meilleure formation sur les ressources disponibles et leur formation en santé mentale. Il est aussi intéressant de mentionner qu'il y a moins d'arrestations quand l'appel de crise est codé « santé mentale » dès le début de l'intervention (Marcus et Stergiopoulos, 2020).

Le deuxième modèle d'intervention utilisé est celui des équipes mixtes (EM). Ce modèle a été développé à Birmingham, aux États-Unis en 1976 (Brisebois, 2019). Ces équipes sont composées généralement de policiers et d'intervenants psychosociaux, comme un travailleur social (Ghelani et collab., 2022). Cette approche a l'objectif de pallier pour le manque de connaissances cliniques des policiers et le manque d'accessibilité aux intervenants psychosociaux en première ligne (Balfour et collab., 2020). En effet, pour des raisons de sécurité et de conditions de travail, une infirmière ou une travailleuse sociale doit toujours faire appel à l'assistance des policiers pour intervenir dans des situations à risque (Balfour et collab., 2020 ; Choinière-Tran, 2019). C'est pourquoi une approche multidisciplinaire semble être idéale pour répondre aux appels de crise des PEMP. Le rôle de l'intervenant psychosocial est de faire les évaluations de la situation et de l'état de la personne pour par la suite la guider vers la ressource adéquate. Cette intervention peut être faite par téléphone, en personne ou au poste de police dépendant du fonctionnement choisi par l'EM (Adelman, 2003). Le rôle du policier est plutôt de s'assurer de la sécurité de tous et de faire respecter les lois (Lamb et collab., 2001). En général, le programme EM donne une formation de 40 heures aux policiers qui couvre divers sujets tels que les troubles mentaux, les signes de consommation de substances, l'intervention en cas de suicide, l'intervention de désescalade et autres (Ghelani, Douglin et Diebold, 2022 ; Iacobucci, 2014).

Au Canada, l'EM est le modèle le plus répandu, surtout dans des villes comme Vancouver, Toronto, Montréal et Sherbrooke (Brisebois, 2019 ; Choinière-Tran, 2019; Cotton et Coleman, 2010). Au contraire du modèle CIT, le modèle EM ne s'est pas développé de manière uniforme. Selon les différentes recherches sur le sujet, les objectifs principaux du modèle restent les mêmes ; assurer la sécurité de tous, éviter l'escalade des crises, garder la PEMP dans la communauté et réduire la pression sur le système judiciaire et de santé

(Choinière-Tran, 2019 ; Ghelani, Douglin et Diebold, 2022 ; Shapiro et collab., 2015). Toutefois, les EM ont aussi dû s'adapter aux besoins spécifiques de la population locale. Par exemple, certaines équipes vont préférer avoir un professionnel spécialisé en santé mentale ou spécialisé en toxicomanie (Kridler et collab., 2020). Au Canada, les modèles francophones d'EM utilisent tous un travailleur social comme professionnel jumelé au policier (Choinière-Tran, 2019 ; Landry et collab., 2018 ; Ville de Gatineau, 2023). Les modèles anglophones, eux, varient et peuvent utiliser un travailleur social ou une infirmière formée en santé mentale (Koziarski, 2018). Une autre particularité est le choix d'offrir un service de suivi à court terme ou non par l'EM. Ce choix semble être influencé par la disponibilité de services connexes (Choinière-Tran, 2019 ; Shapiro et collab., 2015). Par exemple, dans les milieux ruraux, habituellement, il n'y a pas de service de suivi disponible rapidement ou à une distance raisonnable (Rodriguez, 2016). De plus, les EM ont la possibilité d'intervenir directement en réponse à un appel d'urgence ou de venir en aide à une équipe de patrouille régulière pendant une intervention (Cotton et Coleman, 2010). L'objectif est de permettre de libérer les policiers sans formation en santé mentale pour qu'ils puissent se concentrer sur d'autres tâches (Adelman, 2003). L'ajout du travailleur social permet d'évaluer immédiatement si la perturbation de l'état mental de la personne demande une hospitalisation ou une référence dans les services communautaires appropriés. L'accès des personnes en crise à des services de santé mentale est facilité par la présence des EM (Adelman, 2003 ; Cotton et Coleman, 2010).

L'équipe mobile d'interventions psychosociales (EMIP) de Sherbrooke offre des résultats intéressants depuis son implantation. En effet, depuis la mise en place du projet pilote en 2012, les PEMP ont été pris en charge par les services dans leur communauté à 71,1 % pour les EM et à 19,2 % pour les équipes de police régulières (Landry et collab., 2018). Il y aurait aussi eu une diminution des admissions en psychiatrie de 50,8 % sur le territoire de Sherbrooke. En effet, seulement 24,5 % des interventions faites par EMIP ont mené à un transport à l'hôpital (Landry et collab., 2018). L'EMIP est disponible quatre soirs par semaine; les lundis, mercredis, jeudis et vendredis. Ils interviennent à la suite de la sécurisation de la scène par des patrouilleurs. À la suite de l'intervention psychosociale, l'équipe fera un suivi avec la personne quelques jours après la crise pour s'assurer qu'elle a été prise en charge (Lemay, 2018).

Le « Mobile Crisis Intervention Team » (MCIT) de Toronto a aussi produit des résultats encourageants. Par exemple, il a été démontré que MCIT a moins tendance à utiliser la *Section 17* pour amener une personne sans son consentement à l'hôpital (Lamanna et collab., 2015). L'EM a un plus grand succès à transporter volontairement les PEMP. De plus, MCIT reste à l'urgence environ 56 minutes comparé aux patrouilleurs qui attendent 85 minutes. Finalement, seulement 2 % des interventions ont causé une blessure pour la personne ou l'intervenant (Lamanna et collab., 2015). MCIT est disponible sept jours sur sept de 11h00 à 23h00. De plus, si la PEMP en crise n'a pas d'arme, MCIT peut répondre en même temps que les patrouilleurs et non à la suite de leur intervention (Mobile Crisis Intervention Team, 2018).

Aux États-Unis il y a deux types distincts de modèles d'EM. L'un des modèles est basé sur l'évaluation de la situation de crise et l'autre sur le suivi de cas à moyen long terme (Baillergeau, 2012). Par exemple, dans l'état du Nouveau-Mexique, le service de police de l'Albuquerque utilise les deux modèles d'intervention. En premier lieu, ils ont l'EM composée d'un policier en uniforme et formé en intervention de crise et un professionnel spécialisé en santé mentale avec un diplôme de maîtrise. Le service de police d'Albuquerque a six équipes qui travaillent de 10h00 à 21h00 chaque jour (Dietzel, 2020). L'EM répond aux appels non violents liés à la santé mentale et aux appels « de zone grise », donc que la situation n'est pas claire, mais pourrait être une situation de crise psychosociale (Dietzel, 2020). La différence avec d'autres modèles est la partie post-intervention de crise. Plusieurs options sont disponibles, par exemple l'équipe « Crisis Outreach and Support Team » pour être mobilisée dans des situations non violentes, peu risquées où la personne a besoin d'un suivi dans la communauté à moyen terme (Rosenbaum, 2010). Sinon, le « Directeur médical » qui est un psychiatre employé par la police peut aussi faire des consultations. Ce type de suivi est innovateur, car habituellement, la liaison avec le psychiatre est faite pendant une hospitalisation. Cela permet à plusieurs personnes qui ne nécessitaient pas d'aller à l'hôpital de consulter un psychiatre grâce au programme COAST (Rosenbaum, 2010).

Un autre modèle très intéressant est le programme « Police, Ambulance and Clinician Early Response (PACER) ». Ce programme d'EM est géré en partenariat par le service de police

(ACT), le service d'ambulance (ACTAS) et les services de santé de Canberra (CHS) en Australie. C'est la seule EM qui a un trio de professionnels qui travaillent dans le même véhicule et répondent de manière conjointe aux appels (PACER Fact Sheet, 2020). L'ambulancier a le rôle de traiter les blessures ou les inquiétudes physiques urgentes. Le policier, lui, s'assure que son équipe, la PEMP et les citoyens sont tous en sécurité. Finalement, l'intervenant social est responsable d'évaluer les besoins sur le plan de la santé mentale et de soutenir l'individu pendant la situation de crise. Ce trio était à l'origine en 2015 seulement un duo, mais depuis 2019 le partenariat avec le service d'ambulancier a été ajouté. L'équipe PACER est disponible sept jours sur sept de 2pm à 12am. Comme la majorité des EM, PACER est mobilisé depuis le répartiteur du service de police ainsi que les patrouilles. Il est impossible de les contacter directement (Huppert et Griffiths, 2015). Malgré le peu de littérature disponible sur l'EM, quelques études se sont quand même penchées sur leur efficacité. En effet, il a été démontré qu'à Toronto et au Québec le taux d'utilisation de force causant des blessures a diminué avec les nouvelles équipes d'intervention (Blais et collab., 2020 ; Lamanna et collab., 2015 ; Shapiro et collab., 2015). La même tendance est ressortie concernant le taux d'arrestation (Marcus et Stergiopoulos, 2020). Comme pour CIT, l'EM fait beaucoup plus de références dans la communauté que les équipes régulières de patrouilleurs (Blais et collab., 2020). Une grande différence entre EM et CIT est que l'EM mobilise et travaille avec le réseau de la personne en crise et va offrir un plus grand nombre d'options d'interventions (Marcus et Stergiopoulos, 2020). Toutefois, il est difficile de déterminer si EM a un impact sur la diminution de transport à l'urgence. Ceci semble varier selon la ville et la province. En effet, l'EM de Toronto fait beaucoup d'interventions qui demandent un transport de la personne aux urgences (Lamanna et collab., 2015).

4.5. Les lois qui encadrent l'équipe mixte

Les équipes multidisciplinaires comme l'EM sont des modèles d'intervention complexe. Généralement, les recherches se penchent sur les interactions des acteurs de différentes professions pour mieux comprendre les facteurs favorables ou défavorables à l'atteinte de l'objectif commun de l'équipe. Les facteurs défavorables identifiés sont généralement la communication interdisciplinaire, le leadership et la clarification des rôles

(Roten et Boet, 2013). Toutefois, la particularité de l'EM est que les professionnels ont une profession, une identité différente et répondent à des autorités différentes. À l'opposé d'une équipe multidisciplinaire en milieu hospitalier composée d'un médecin et d'un travailleur social qui sont employés par la même institution (hôpital) (Roten et Boet, 2013). C'est pourquoi il est pertinent d'identifier les différentes lois et les codes de conduite qui régissent les acteurs de l'EM.

Le présent projet de mémoire se penche principalement sur *l'Équipe mobile d'intervention psychosociale (EMIP)* à Sherbrooke et le *Mobile Crisis Intervention Team (MCIT)* à Toronto. C'est pourquoi nous nous intéressons seulement aux règlements encadrant le service policier municipal. À Toronto, le service de police connu sous le nom de « Toronto Police Service (TPS) », est régi par plusieurs lois et réglementations aux niveaux fédéral, provincial et municipal. En voici quelques exemples :

- *Loi sur les services policiers de l'Ontario, L.R.O, 1990* ; qui énonce les principes de base de la police, les normes de conduite des policiers et les règles de gestion (Gouvernement de l'Ontario, 2023).
- *Loi sur les services policiers de Toronto* ; qui établit le cadre législatif pour le fonctionnement de la TPS comme son mandat, sa gouvernance et ses responsabilités.
- *Loi sur la responsabilité de la police* ; la loi fédérale qui vise à renforcer la responsabilité des services de la police à l'échelle nationale (Mécanisme de surveillance et de responsabilisation pour la police).
- *Loi sur les droits de la personne de l'Ontario* ; elle protège contre la discrimination et l'inégalité par la création de normes de traitement équitable.
- TPS doit aussi se conformer aux lois fédérales et provinciales comme le *Code criminel du Canada*, la *Charte canadienne des droits et libertés*, la *Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents* et autres.

Tout comme à Toronto, le service de police de la ville de Sherbrooke (SPS) est régi par plusieurs lois et réglementations aux niveaux provincial et municipal. Voici les principales lois qui encadrent le SPS :

- *La loi sur la police P-13.1* ; qui est la loi provinciale qui régit les services de police au Québec, y compris à Sherbrooke. La loi établit les pouvoirs, les devoirs, les

- compétences et les responsabilités des services de police municipaux (Gouvernement du Québec, 2023).
- La *loi sur la sécurité civile* ; est la loi qui établit le cadre pour la gestion des situations d'urgence et des mesures de sécurité civile.
 - *Règlements municipaux de la Ville de Sherbrooke* ; diverses réglementations dans les domaines tels que la prévention du crime, les nuisances publiques, la circulation routière, les permis et licences liés à la sécurité et autres.
 - SPS doit aussi se conformer aux lois fédérales et provinciales comme le *Code criminel du Canada*, la *Charte canadienne des droits et libertés*, la *Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents* et autres.

Les policiers ont aussi des pouvoirs qui découlent de la politique de santé mentale de leur province. En Ontario, la *Loi sur la santé mentale de l'Ontario* protège entre autres les droits des patients. Les patients ne peuvent pas être gardés contre leur gré sans qu'il soit démontré qu'ils sont «incapables» de prendre une décision éclairée sur leur condition (Gouvernement de l'Ontario, 2023). Au Québec, la loi se nomme *Loi sur la protection du malade mental, Chapitre p-41*, elle régit le fonctionnement des établissements en santé mentale et protègent les droits des patients (Gouvernement du Québec [2], 2023). Les deux lois donnent le pouvoir aux policiers d'appréhender une personne démontrant des signes d'un état mental perturbé. En effet, les policiers ne peuvent pas diagnostiquer un trouble de santé mentale, mais ils peuvent évaluer le niveau de perturbation et si l'individu est considéré poser un danger pour lui-même ou pour autrui, la personne sera amenée contre son gré à un centre hospitalier pour une évaluation psychiatrique en vertu de la loi québécoise *P.38* et de la *section 17* de la loi ontarienne (Brisebois, 2019; CMHA, 2023). Finalement, les policiers ont aussi le devoir de respecter leur Code de déontologie. Les codes de déontologie sont des ensembles de règlements et principes qui établissent des normes de conduite et des obligations professionnelles des policiers (Code de déontologie des policiers du Québec appliqué, 2008). L'objectif est de garantir l'intégrité, la transparence et l'éthique dans l'exercice des fonctions policières (Code de déontologie des policiers du Québec, 2021).

Voici les principaux éléments du Code de déontologie de la police au Québec et en Ontario :

1. Objectifs et valeurs fondamentales : Protection des droits et libertés des personnes, la prévention du crime, la préservation de la paix et de l'ordre public ainsi que l'assistance aux victimes. Les valeurs sont l'intégrité, la loyauté, le respect, la justice, l'impartialité, la dignité humaine et la protection des droits de la personne.
2. Devoirs et obligations professionnelles : Le Code établit les devoirs et obligations des policiers envers le public, la justice, la loi, leur organisation policière et leurs collègues. Par exemple, il est essentiel que la confidentialité des informations sensibles et de la protection des renseignements personnels soient respectés.
3. Utilisation de la force et des armes : Il fixe les normes concernant l'utilisation de la force telles que les circonstances, les principes de proportionnalité et la nécessité.
4. Devoirs envers la justice : obligation des policiers de respecter les règles de procédure pénale, de fournir des témoignages véridiques devant les tribunaux et de coopérer avec le système de justice.
5. Responsabilité et discipline : Le code prévoit un mécanisme disciplinaire pour traiter les manquements aux règles déontologiques et énonce les principes de l'enquête ainsi que les sanctions possibles (Code de déontologie du Québec, 2021 ; Gouvernement de l'Ontario, 2014).

Pour le deuxième acteur de l'EM qui est le travailleur social, les règles et normes encadrent sa profession sont beaucoup moins nombreuses. La profession du travail social est principalement régie par l'Ordre professionnel provincial. En Ontario, l'Ordre se nomme : *Ordre des travailleurs sociaux et des techniciens en travail social de l'Ontario* (OCSWSSW) et au Québec elle se nomme *Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec* (OTSTCFQ). Le principal devoir de l'Ordre est de servir et protéger l'intérêt public (OCSWSSW, 2023 ; OTSTCFQ, 2023).

OCSWSSW permet aux professionnels d'avoir le titre de « travailleur social » en vertu de *la Loi de 1998 sur le travail social et les techniques de travail social*. Cette loi encadre l'inscription et les critères d'admission ainsi que le mécanisme disciplinaire en cas de faute professionnelle (Gouvernement de l'Ontario, 2014). Voici les principes fondamentaux :

- Obligation d'avoir suivi une formation spécialisée pour être travailleur social

- Faire respecter le Code de déontologie des travailleurs sociaux
- S'assurer que les membres de l'Ordre participent à un apprentissage continu en participant au Programme de maintien de la compétence (PMC).
- Processus rigoureux de plainte et de sanction (OCSWSSW, 2023).

Au Québec, OTSTCFQ (2023) est basé sur les mêmes principes que celui de l'Ontario. Toutefois, les valeurs et les obligations de l'Ordre sont basées sur le Code de déontologie (C-26, R. 2866.1) ainsi que les règlements sur l'exercice en société des membres de l'Ordre (C-26, R.291.02). Voici les valeurs des travailleurs sociaux au Québec :

1. Le respect de la dignité de la personne
2. Le respect des droits de la personne
3. Le respect du principe d'autonomie et d'autodétermination
4. Le droit de toute personne en danger de recevoir assistance et protection selon ses besoins
5. La promotion des principes de justice sociale
6. La croyance en la capacité humaine d'évoluer et de se développer
7. La reconnaissance de la nécessité de percevoir et de comprendre la personne en tant qu'élément de systèmes interdépendants et potentiellement porteurs de changements
8. La promotion du bien-être des personnes (Gouvernement du Québec, 2020).

En comparant rapidement les lois et normes qui encadrent la profession de la police et celle du travail social, il est évident que les agents de paix sont beaucoup plus contraints dans leurs actions. Le travailleur social, lui, semble avoir une plus grande flexibilité d'intervention. En effet, le travailleur social doit agir selon les principes et les valeurs énoncés par leur ordre provincial. Les différentes valeurs et rôles des deux professions sont des facteurs qui peuvent être contradictoires et créer des tensions au sein d'une équipe multidisciplinaire comme l'EM.

Mise en contexte : EMIP ET MCIT

Dans l'objectif de répondre à ma question de recherche : « Quels sont les facteurs favorables et défavorables à l'atteinte des objectifs des équipes mixtes ? », quatre

documents ont été analysés. Pour avoir une diversité de données l'EM de Sherbrooke, l'*Équipe mobile d'intervention psychosociale (EMIP)* et celle de Toronto, *Mobile Crisis Team (MCIT)* ont été ciblés pour la section de l'analyse. Les textes de Landry et collab., (2018), Choinière-Tran (2019) sur l'EMIP et les études de Iacobucci (2014) et Lamanna et collab., (2015) sur MCIT ont permis d'avoir une meilleure compréhension du fonctionnement des modèles EM ainsi qu'identifier des facteurs favorables et défavorables à l'atteinte des objectifs des deux équipes. Pour ce faire, une brève présentation des modèles sherbrookoïses et torontoïses est faite pour mieux comprendre le fonctionnement spécifique de chaque équipe, leurs objectifs et les résultats importants de leurs interventions. Ensuite, les facteurs favorables et défavorables à l'atteinte des objectifs de l'EM sont comparés aux données retrouvées dans la littérature à celles de l'EMIP et MCIT. Par la suite, sous la structure d'une discussion, les hypothèses et les pistes de réflexion pour les recherches futures sont présentées à l'aide du cadre théorique de *l'analyse stratégique de Michel Crozier et Ehrard Friedberg (1977)*. Ce qui permet de finalement répondre à la sous question de ce mémoire : « Pourquoi les résultats des études sont-ils mitigés ? »

5.1. Présentation de EM de Sherbrooke et Toronto

L'équipe mobile d'intervention psychosociale de Sherbrooke (EMIP) est l'EM de la région et elle est composée d'un policier et d'une travailleuse sociale (Landry et collab., 2018). Depuis juillet 2019, l'EMIP est disponible sept jours et soirs sur sept. Quatre soirs par semaine, la travailleuse sociale est présente et les trois autres soirs, le policier EMIP intervient en solo (Radio-Canada, 2019). L'EMIP est en intervention entre 16 h 30 et 23 h 30 (Choinière-Tran, 2019, p.31). De plus, en mai 2019, les travailleuses sociales alternaient leur quart de travail tandis que les policiers étaient assignés pour la semaine. Depuis, la mise en action de l'EMIP à temps plein en juillet aucune autre étude n'a été faite sur l'équipe, il est donc impossible de savoir si l'organisation des quarts de travail sont les mêmes.

Pour postuler pour l'EMIP, le policier doit avoir un minimum de deux ans d'ancienneté et démontrer de l'intérêt pour l'intervention psychosociale. De plus, le policier ne travaille pas exclusivement pour l'EMIP, il est aussi un patrouilleur régulier pendant ses autres quarts de travail (Choinière-Tran, 2019). Les travailleuses sociales font partie des centres

locaux de services communautaires (CLSC) de Sherbrooke donc plus largement elles appartiennent au CIUSS de l'Estrie-CHUS (Choinière-Tran, 2019). De plus, certaines intervenantes viennent de l'Urgence-Détresse et de l'Accueil psychosocial de Sherbrooke, elles connaissent donc très bien la population vulnérable et les troubles de santé mentale (Landry et collab., 2018).

Le *Mobile Crisis Intervention Team* (MCIT) de Toronto est composé d'un policier et d'une infirmière psychiatrique (Amin et Bruno, 2021 ; Iacobucci, 2014). MCIT est actif sept jours sur sept, 14 heures par jour (Amin et Bruno, 2021). Au total, 12 duos travaillent pour le programme et quatre jours par semaine une équipe de support s'ajoute dans la région du centre-ville (Amin et Bruno, 2021). Tous les policiers sont des employés du service de police de Toronto. Les agents du MCIT sont supervisés par le Comité d'intervention communautaire (CRU) (Lamanna et collab., 2015). Les policiers sont recrutés à l'interne et doivent s'investir pour deux ans et un maximum de cinq ans (Iacobucci, 2014). Les infirmières psychiatriques sont employées par l'un des six hôpitaux partenaires, elles ont leur propre gestionnaire et syndicat. De plus, elles doivent avoir un minimum de trois ans d'expérience dans le domaine de la santé mentale et préférentiellement deux ans d'expérience dans le milieu communautaire. Les infirmières ont aussi l'obligation d'être à jour dans leurs certifications de prévention de crise et d'infirmières psychiatrique (Iacobucci, 2014, p.222). MCIT est financée par le service de police de Toronto (TPS) et le réseau local d'intégration des services de santé (RLISS) (Iacobucci, 2014 ; Lamanna et collab., 2015).

5.2. Les objectifs

Les objectifs de l'implantation des EM à Sherbrooke a deux grands volets ; premièrement, offrir une intervention psychosociale et deuxièmement avoir une meilleure gestion de la santé mentale (Choinière-Trans, 2019 ; Landry et collab., 2018). L'utilisation d'un travailleur social permet entre autres de mieux répondre aux besoins des personnes en situation de crise par le biais de l'évaluation psychosociale que le policier n'est pas autorisé à faire (Landry et collab., 2018). De plus, ce type d'intervention permet de répondre avec dignité et plus adéquatement aux besoins de la PEMP ainsi d'éviter le plus possible des situations de violence (Choinière-Trans, 2019 ; Landry et collab., 2018). En conséquence, de meilleures interventions lors des situations de crise auprès des PEMP permettent de

désengorger le système judiciaire et de santé (Landry et collab., 2018). Effectivement, désescalader les situations de crise et rediriger la personne dans la communauté quand le niveau de dangerosité n'est pas immédiat engendrent plusieurs bienfaits pour sur les autres organisations (Choinière-Tran, 2019). Par exemple, la prise en charge de l'EMIP permet de libérer plus rapidement les patrouilleurs et le service ambulancier des situations de crise dont ils ne sont pas nécessairement les experts (Landry et collab., 2018 ; Radio-Canada, 2019). L'intervention de l'EMIP devrait donc permettre une meilleure accessibilité aux services et soins de santé mentale (Choinière-Tran, 2019 ; Landry et collab., 2018).

Les objectifs de MCIT sont similaires à ceux de l'EMIP. En effet, l'équipe veut faciliter l'accès au traitement et aux services communautaires pour les PEMP en détournant ses personnes du système judiciaire et des urgences (Iacobucci, 2014). Il est aussi très important de réduire l'utilisation de la force, le nombre de blessures et de morts lors des interventions (Iacobucci, 2014 ; Lamanna et collab., 2015). C'est pourquoi MCIT veut libérer le plus rapidement possible les patrouilleurs des appels de crise, éviter les interventions qui escaladent et qui causent des blessures (Lamanna et collab., 2015). Contrairement à l'EMIP, MCIT a comme objectif d'assurer la responsabilisation du programme ; transparence, reddition de compte et autres (Lamanna et collab., 2015). Finalement, le programme voudrait être capable de réponse à plus de 11 000 appels de crise annuellement (Amin et Bruno, 2021).

5.3. Types d'interventions

L'EMIP intervient en première ligne quand leur présence est demandée pendant une crise. À l'opposé de l'équipe de Sherbrooke, MCIT ne répond pratiquement pas en première ligne. Effectivement, leur intervention est toujours à la suite de l'évaluation des patrouilleurs de la situation et de la nécessité de leur intervention (Iacobucci, 2014).

L'intervention de deuxième ligne se fait seulement si l'équipe a le temps et n'est pas sollicitée pour intervenir en première ligne. Dans ce cas, l'EMIP fait des suivis téléphoniques, de la patrouille, des interventions ponctuelles et des présentations dans la communauté pour se faire connaître (Choinière-Tran, 2019). En 2016, le suivi d'appel de détresse représentait une charge de travail de sept heures par jours et en 2018, la charge a

augmenté à 15 h par jours (Lemay, 2018). L'intervention MCIT est majoritairement en deuxième ligne, elle est un service complémentaire à l'intervention des patrouilleurs (Iacobucci, 2014). L'équipe peut aider le client à prendre un rendez-vous avec son psychiatre ou son médecin de famille, remplir des formulaires de références, faire des suivis téléphoniques et autres (Lamanna et collab., 2015).

5.4. Les résultats

Judiciarisation des PEMP : L'opinion des policiers sur l'influence que l'intervention EMIP a eu sur le taux de transport vers les services de détention est mitigée. La moitié des policiers ne pensent pas que la présence de l'EMIP a eu une incidence sur la prise de décision d'arrêter la personne ou non (Landry et collab., 2018, p.28).

MCIT répond à son objectif d'éviter la judiciarisation des PEMP, car 98,4 % des interventions ont permis d'éviter l'arrestation de la personne (Lamanna et collab., 2015, p.41). Toutefois, ceci pourrait s'expliquer par le fait que généralement MCIT répond à des situations de crise moins dangereuses que les patrouilleurs d'intervention primaire (PRU) (Lamanna et collab., 2015).

Transport vers l'urgence : Selon les travailleuses sociales de l'EMIP, 50 % des transports vers l'urgence auraient été évités par l'intervention conjointe de l'EM (Landry et collab., 2018). Effectivement, les patrouilleurs auraient tendance à faire appel à l'équipe EMIP à la place du service d'ambulance quand ils évaluent que la situation est en lien avec un problème de santé mentale (Choinière-Tran, 2019).

Les statistiques du nombre de transports des PEMP à l'urgence par MCIT sont intéressantes. Le MCIT ferait plus de transport vers les urgences, mais utiliserait moins la *Section 17* que le PRU (Lamanna et collab., 2015). Toutefois, le nombre de transports par MCIT inclut autant les transports volontaires qu'involontaires (Iacobucci, 2014). Effectivement, nous pouvons supposer que MCIT fait moins de transport involontaire puisqu'ils ont moins recours à la *Section 17*.

Usage de la force

Les interactions entre MCIT et les PEMP sont généralement moins violentes. En effet, 97,9 % des interventions n'ont pas causé de blessures et dans les cas de blessures, 1,4 % d'entre elles étaient mineures (Lamanna et collab., 2015, p.41).

Accessibilité aux soins : Les résultats en lien avec l'accessibilité aux soins et services en santé mentale pour une PEMP sont encore une fois mitigés. Certains rapportent que l'intervention a permis d'éviter l'hospitalisation ou l'incarcération et de rediriger adéquatement vers les organismes communautaires. En effet, l'EMIP réfère 52 % plus les personnes en crise dans les ressources communautaires que les équipes de patrouilles régulières (Landry et collab., 2018, p.30).

L'objectif d'offrir une meilleure accessibilité aux soins de santé mentale est partiellement atteint. Les PEMP accompagnées par MCIT sont vues en 56 minutes plutôt qu'en 85 minutes lorsqu'elles sont accompagnées des PRU. Malheureusement, seulement 38 % des transports à l'urgence ont fini par une hospitalisation (Lamanna et collab., 2015, p.5). De plus, la réalité est que l'intervention MCIT est temporaire, comme un « band-aid », car il a un manque de continuité des soins à la suite de la référence ou du transport à l'urgence de la personne (Lamanna et collab., 2015).

L'accessibilité aux soins est aussi affectée par la perception des partenaires. Dans l'étude de Lamanna et collab. (2015), il a été nommé par les policiers que les demandes d'aide n'étaient pas toujours bien accueillies par les ressources et que ce sont les connaissances du système possédées par les infirmières qui permettent de naviguer le système (p.26).

Meilleures connaissances des policiers en santé mentale Les recherches pour les deux EM ont démontré que les policiers étaient capables de partager leurs connaissances et nouvelles habiletés en intervention psychosociale (Choinière-Tran, 2019 ; Lamanna et collab., 2015).

Sollicitation et Statistiques de l'EMIP : Aucune étude n'a été faite sur l'EMIP depuis 2019, malgré son expansion et l'augmentation du financement octroyé. Il est donc difficile d'expliquer les statistiques données dans les rapports annuels de la police de Sherbrooke. Étonnamment, l'EMIP semble être moins sollicitée qu'au début de son implantation et fait moins de suivis. En 2019, 1716 dossiers ont été ouverts en lien avec une PEMP, en 2020, 1700 dossiers et en 2021, 1 661 dossiers liés à un état mental perturbé ou tentative de

suicide (Ville de Sherbrooke, 2020 ; Ville de Sherbrooke, 2021). La même tendance décroissance est notée pour le nombre d'évènements où l'EMIP est présente ; 2020, l'équipe est présente pour 844 situations alors que ce nombre ne s'élève qu'à 776 en 2021 (Ville de Sherbrooke, 2021 ; Ville de Sherbrooke, 2022). Le nombre de suivis réalisés par l'EMIP a chuté de quatre dossiers en un an. Finalement, une nouvelle statistique intéressante est le nombre d'appels répondus en solo par le policier de EMIP. En 2020, l'équipe complète intervient 274 fois ensemble et le policier en solo 570 fois (Ville de Sherbrooke, 2020). En 2021, l'EMIP intervient 271 fois et le policier en solo 505 fois (Ville de Sherbrooke, 2022).

Analyse

Cette section porte sur la première question de recherche à savoir quels sont les facteurs favorables à l'atteinte des objectifs de l'EM. En premier lieu, les données extraites de la littérature sont présentées pour montrer le portrait actuel de ces indicateurs. En deuxième lieu, ces données sont comparées à celle trouvées durant l'analyse des textes de l'EMIP et MCIT. Il est intéressant d'identifier ce qui est similaire, différent ou absent dans les documents étudiés pour mieux comprendre ce qui semble affecter ou non l'atteinte des objectifs des équipes. La variation notée dans les résultats peut être expliquée par les différences entre le type de modèle choisi par Sherbrooke et celui adopté à Toronto.

6.1. Facteurs favorables à l'atteinte des objectifs de l'EM

6.1.1. Compétences interpersonnelle

Il a été démontré que les compétences interpersonnelles du policier et de l'intervenant psychosocial sont des facteurs importants pour le recrutement des membres des EM. Effectivement, dans la littérature, les chercheurs avaient identifié la sélection des candidats comme un facteur essentiel à l'émergence d'une cohésion dans l'équipe (Adelman, 2003; Shapiro et collab., 2014). Par exemple, il est important que le policier démontre un intérêt pour l'intervention sociale et l'intervention de première ligne (Adelman, 2003). De plus, il est rapporté par la clientèle et les policiers que les compétences individuelles de l'intervenant psychosocial sont des atouts pour de bonnes interventions en situation de crise (Kisely et collab., 2010).

Les EM de Sherbrooke et Toronto semblent avoir respecté cette recommandation. Premièrement, les deux équipes recrutent de manière volontaire (Choinière-Tran, 2019; Lamanna et collab., 2015). Le recrutement volontaire assure que les policiers soient ouverts aux composantes de l'approche psychosociale telles que les attitudes de soutien, de compassion et la position d'empowerment (Iacobucci, 2014; Lamanna et collab., 2015). La sélection de ce type de profil augmente la possibilité de cohésion de l'équipe, car malgré la différence de profession, les acteurs ont en commun un intérêt pour l'aide sociale (Choinière-Tran, 2019). Cet objectif de faciliter la cohésion de l'équipe qui basé sur les compétences interpersonnelles des professionnels semble être atteint. D'après les témoignages de la clientèle, plusieurs PEMP ne se sont pas senties comme des criminelles lors de l'intervention de l'EM (Lamanna et collab., 2015). À Sherbrooke, les policiers reconnaissent l'atout d'avoir un travailleur social à leur côté, les individus en crise s'ouvrent plus rapidement à eux qu'aux équipes seulement policières (Landry et collab., 2018). À Toronto, les connaissances de l'infirmière sur la médication, le système hospitalier et les ressources disponibles sur le territoire sont un énorme avantage selon la majorité des policiers, car ce n'est pas seulement leurs connaissances qui facilitent l'intervention, mais les relations qu'elle a développées dans le système de services de santé (Lamanna et collab., 2015). Finalement, les recherches portant sur les deux équipes rapportent que la majorité des usagers préfèrent être servi par une EM, puisque l'approche des intervenants psychosociaux est plus rassurante et a donné de meilleurs résultats (Choinière-Tran, 2019; Lamanna et collab., 2015).

6.1.2. Facteurs structurels

Les facteurs structurels comme l'organisation des agences, les formations, l'uniforme, la composition de l'équipe, les horaires et autres jouent un rôle important dans l'atteinte des objectifs de l'EM et influencent les interactions entre les acteurs. Ce sont ces facteurs qui délimitent les grandes lignes des interventions et des communications. Si la structure du modèle EM est bien organisée et que l'échange d'information entre les acteurs est facile, il est probable que les résultats soient positifs.

6.1.3. Structure : Organisation

Dans les écrits disponibles, la collaboration des différents acteurs est importante autant au niveau du gestionnaire que de l'intervenant terrain pour la pérennité du modèle d'intervention. Par exemple, il a été démontré que l'élaboration de protocole conjoint entre les services de polices et le milieu hospitalier facilitait les interventions et l'accessibilité aux soins pour la PEMP (Adelman, 2003; Shapiro et collab., 2014).

Cette recommandation semble difficile à implanter officiellement. Par contre, des efforts pour faciliter la communication et les interventions sont faits. Du côté de MCIT, l'équipe a été implantée dans les hôpitaux, au contraire de l'EMIP qui est basée au poste de police (Amin et Bruno, 2021; Choinière-Tran, 2019). Le fait d'avoir une infirmière comme membre de l'équipe et de passer plus de temps dans l'hôpital semble être un facteur qui facilite le développement de relation entre le service de police et le milieu hospitalier. Aussi, les infirmières psychiatriques doivent avoir un minimum de trois ans d'expérience dans le domaine de la santé mentale et préférablement deux ans d'expérience dans le milieu communautaire (Iacobucci, 2014). Elles ont donc déjà navigué le système et ont déjà développé des relations dans le domaine de la santé mentale. Selon Bailey et collab (2018), avoir développé des bonnes relations avant l'implantation du projet est un atout pour la collaboration. De plus, le modèle torontois a créé un *Comité Directeur* qui chapeaute l'ensemble de l'équipe. Le comité est composé d'un chef adjoint du service de police et du PDG de l'hôpital Général de l'Est de Toronto (Lamanna et collab., 2015, p.30). Le partenariat du service policier et du système de santé au niveau administratif crée une interdépendance qui se transpose jusqu'au terrain et unit les deux professions. Par le fait même, ceci permet de limiter le travail en silo et favorise la discussion, par conséquent une meilleure communication (Bailey et collab., 2018). Finalement, un dernier facteur identifié par les gestionnaires de MCIT qui facilite l'efficacité du modèle est d'avoir gardé le rôle de l'équipe petit. Selon les témoignages, MCIT est vu comme un petit élément qui influence l'expérience de crise et qui fait partie du service de réponse de crise. Malgré l'envie d'aller supporter d'autre domaine qui sont eux aussi importants, pour assurer un bon service le rôle MCIT doit rester à petite échelle (Lamanna et collab., 2015).

Pour l'EMIP, les recherches ont peu abordé les efforts de collaboration en dehors de l'équipe elle-même. Il est donc impossible de conclure des résultats pour ce facteur.

Toutefois, les auteurs recommandent tous de développer des ententes pour arrimer les différents services, pour réduire le temps d'attente entre les interventions et assurer la prise en charge de la personne. Les changements doivent donc se faire dans toutes les sphères, autant politique, qu'administrative que sur le terrain (Choinière-Tran, 2019; Iacobucci, 2014).

6.1.4. Structure : Formation

De manière unanime, toutes les études mentionnent que le contenu de la formation des policiers et de l'EM est la base d'une bonne intervention (Cotton et Coleman, 2008; Shapiro et collab., 2014). De plus, les simulations et les exercices pratiques des techniques non-violentes d'intervention de crise permettent une meilleure assimilation des nouvelles connaissances et de meilleures interventions (Adelman, 2003). La structure de la formation de base du modèle EM et un des points tournants de la réussite de l'équipe. Aussi, il est nécessaire d'offrir une formation complète sur les indicateurs de santé mentale, le risque suicidaire et l'intervention désescalade à tous les policiers. Les formations doivent être offertes en continu pour assurer que les connaissances des professionnels soient à jour en ce qui a trait à la santé mentale et aux meilleures pratiques (Adelman, 2003; Cotton et Coleman, 2008; Smith, 2023). De plus, une recherche suggère qu'une formation spécialisée devrait être ajoutée en fonction de la localisation géographique du policier. Par exemple, un policier qui va travailler dans une zone rurale ayant moins de ressources devrait avoir la formation appropriée pour s'adapter (Cotton et Coleman, 2008). Une dernière recommandation tirée de la littérature est de changer les programmes de formation académique des policiers pour y ajouter un volet en santé mentale (Cotton et Coleman, 2008).

Les études sur l'équipe de Sherbrooke ont très peu abordé l'importance de la formation des patrouilleurs. Les facteurs favorables à l'atteinte des objectifs en lien avec la formation sont spécifiquement par rapport aux formations de l'EM. Pour l'EMIP le succès de la formation donnée aux policiers et aux travailleurs sociaux est le résultat du parrainage de l'équipe de Montréal (Landry et collab., 2018). Les membres et les gestionnaires de l'équipe mixte de Montréal étaient présents durant la formation de deux jours pour l'équipe de Sherbrooke. Leur présence a permis d'explorer des mises en situation réelle et aborder

les difficultés déjà vécues par les policiers et travailleurs sociaux montréalais (Landry et collab., 2018). De plus, les participants ont rapporté avoir apprécié que la formation soit réalisée sur plusieurs jours, leur permettant d'assimiler l'information et d'avoir un meilleur niveau de participation (Landry et collab., 2018). Les policiers, eux, ont trouvé que les explications sur les symptômes de santé mentale et l'explication de la P.38 ont amélioré leur compréhension de la problématique ainsi que des besoins de la clientèle (Landry et collab., 2018).

Les études sur l'équipe de Toronto ont identifié les mêmes catégories recensées en lien avec la formation dans la littérature. Premièrement, les facteurs qui facilitent la formation du modèle de l'EM. La formation des membres de MCIT est un facteur si important à l'atteinte des objectifs qu'elle a été modifiée. Effectivement, la durée de formation a maintenant doublé et est aujourd'hui de 80 heures. De plus, une plus grande partie de la formation est consacrée à l'intervention de désescalade en situation délicate et tendue (Amin et Bruno, 2021). Le volet sur les troubles de santé mentale porte aussi sur le spectre de l'autisme, la défense des droits des patients et l'approche sensible au traumatisme. Finalement, une nouvelle section a été intégrée à la formation portant sur l'intersectionnalité vécue par les communautés racisées, les biais implicites, le mouvement « anti-black racism », « anti-indigenous racism » et la communication (Amin et Bruno, 2021). Deuxièmement, la formation pour tous les policiers est primordiale. Selon Iacobucci (2014), la formation sur la désescalade de crise et les techniques de maîtrise d'une personne en détresse sans l'utilisation de la force létale doit être offerte durant le parcours scolaire des futurs policiers. La formation traditionnelle enseigne aux futurs policiers à reconnaître les signes pouvant causer un risque, à répondre à un comportement et non un état mental et que la communication est un moyen d'avertir qu'il y aura recours à la force (Iacobucci, 2014), ce qui est bien différent des enseignements de base de l'intervention en santé mentale. Effectivement, la formation met plutôt l'accent sur les indicateurs de trouble de santé mentale importants à reconnaître. Aussi, elle déconstruit les mythes que la majorité des appels de détresse psychologique sont le résultat d'activité criminelle quand, en fait, la crise en est généralement la cause. L'élément clé de l'intervention de désescalade de situation de crise est la communication. Dans cet ordre l'idée, le rôle du policier est perçu comme une aide, une personne en soutien et non comme le responsable de l'application de

la loi (Iacobucci, 2014). C'est pourquoi le rapport d'enquête de Iacobucci (2014) recommande fortement de changer les critères de recrutement des policiers. Par exemple, de favoriser l'embauche de policiers ayant une éducation post-secondaire, des expériences de vies variées et une certification quelconque en santé mentale. (Iacobucci, 2014, p.134). Cette recommandation converge vers les écrits scientifiques qui identifient la formation policière actuelle comme la source du manque de connaissances des policiers en santé mentale (Adelman, 2003; Cotton et Coleman, 2008, Shapiro et collab., 2014).

Durant la réalisation des études sur les EM, la mise en application des recommandations sur la formation policière et les critères d'embauches ne semblaient pas avoir été faite. Toutefois, selon des publications non scientifiques, de nombreux changements ont été réalisés. Par exemple, en Ontario dans la ville d'Hamilton les policiers ont maintenant accès à une nouvelle formation par l'entremise de réalité virtuelle. Les policiers doivent répondre à six mises en situation de 90 minutes et de 10 minutes d'évaluation en lien avec la santé mentale (Hristove, 2022). Ce type d'apprentissage permet une amélioration des connaissances et des compétences en comparaison aux cours théoriques sur le sujet qui ne sont pas optimaux qui n'offrent pas le même niveau de réalisme (Adelman, 2003; Cotton et Coleman, 2008). À Montréal, un programme de recrutement favorisant l'embauche d'individus issus de la diversité ou profil social a été lancé. Le *AEC Diversité policière*, a pour objectif d'élargir le bassin de candidats et candidates admissibles au programme pour avoir une meilleure représentativité de la population et des futurs policiers possédant différentes expériences académiques et professionnelles (SPVM, 2023). Ces initiatives visant l'inclusion de la diversité ont été fortement recommandées dans les écrits à ce sujet (Cotton et Coleman, 2008; Iacobucci, 2014, Smith, 2023).

6.1.5. Structure : L'apparence policière (uniforme)

Très peu de littérature sur les EM a identifié le choix d'uniforme des membres de l'équipe comme un facteur favorable à l'atteinte des objectifs. Cependant, dans plusieurs entrevues avec la clientèle et les policiers, le fait d'être habillé en civil et d'avoir des véhicules non lettrés auraient facilité le premier contact (Puntis et collab., 2018; Thompson, 2020). Effectivement, les PEMP ne veulent généralement pas parler aux policiers, car elles ont, entre autres, peur d'interagir avec eux (Bailey et collab., 2018). Il est plus facile de

changer ce type d'association quand toute l'équipe et les véhicules ne sont pas associés à l'institution policière. De plus, l'apparence non distincte de l'équipe permettrait de diminuer la stigmatisation de l'intervention en santé mentale, car les voisins ou autres personnes ne peuvent pas identifier leur présence (Puntis et collab., 2018; Thompson, 2020).

Au début des implantations, plusieurs policiers étaient réticents face au changement d'uniforme qui est un symbole de leur profession (Iacobucci, 2014; Landry et collab., 2018). Pour les deux équipes, la sécurité était aussi un facteur qui a contribué à faire porter des vestes pare-balles et garder le policier dans son uniforme traditionnel. Toutefois, après l'implantation des deux équipes, des changements d'uniforme ont été faits. À Sherbrooke, les vestes pare-balles des policiers ont été enlevées et ils portent maintenant un brassard et ont une lampe de poche (Landry et collab., 2018). À Toronto, après avoir fait un sondage auprès de la population, un nouveau chandail a été choisi pour l'équipe MCIT et les véhicules seront changés pour ne pas avoir l'apparence traditionnelle des voitures policières (Amin et Bruno, 2021). Le changement d'uniforme permet une plus grande ouverture de la part de la clientèle à collaborer avec l'EM (Choinière-Tran, 2019). Leur apparence rappelle moins le rôle de contrôle, leur présence est moins intimidante, car il est maintenant plus facile de les distinguer des patrouilleurs (Iacobucci, 2014). Finalement, le rapport d'Iacobucci (2014) recommande aussi que les policiers portent des caméras en permanence durant leurs interventions pour démontrer plus de transparence, ce qui aiderait à rebâtir le lien de confiance avec la communauté et les organismes communautaires.

6.1.6. Facteurs de collaboration

La collaboration fait référence aux politiques, attitudes et actions que deux personnes ou plus prennent pour atteindre leurs objectifs (Morley et Cashell, 2017). Les relations de l'EM et des autres acteurs importants pour l'intervention de crise ont donc une grande influence sur le processus de collaboration. Selon différents auteurs, les différents volets de la collaboration sont facilités par de solides partenariats entre les services policiers, les services de santé mentale, les organismes communautaires et le système de justice (Shapiro et collab., 2014; Smith, 2023). Aussi, la contribution de tous les acteurs

tels que les politiciens, les représentants d'organisme et les gestionnaires facilite l'implantation de nouvelles interventions (Smith,2023). Bref, la collaboration est un processus à plusieurs dimensions qui peut être complexe, mais dans ce contexte, elle permet un meilleur arrimage des services de santé mentale.

6.1.7. Collaboration : accommodation culturelle

Pour qu'une équipe soit fonctionnelle, la cohésion et la collaboration entre les acteurs doivent être optimales. Un facilitateur est la capacité de l'équipe à s'adapter aux différentes cultures professionnelles de l'équipe. Ceci peut être facilité par des formations « cross-training » qui permettent de développer une meilleure compréhension des habiletés de chacun et crée une bonne cohésion dans l'équipe (Adelman, 2003; Smith, 2023). La collaboration entre différentes cultures est aussi possible grâce aux compétences et intérêts des membres de l'équipe. C'est pourquoi, il est si important de recruter des policiers et des intervenants psychosociaux ouverts à l'intervention d'équipe dans un contexte de cultures professionnelles différentes (Adelman, 2003; Shapiro et collab., 2014).

Les deux équipes reconnaissent que les accommodements culturels sont très importants (Choinière-Tran, 2019; Lamanna et collab., 2015). Par exemple, il est primordial que les policiers soient ouverts à l'intervention psychosociale et que les intervenants psychosociaux acceptent les limites de l'intervention policière par rapport à son devoir de garder l'environnement et les personnes en sécurité (Choinière-Tran, 2019). Traditionnellement le policier veut neutraliser le risque et l'intervenant psychosocial veut gérer le risque. Quand les membres de l'équipe se font confiance et collaborent, un compromis peut être fait. Par exemple, madame Choinière-Tran a assisté à une intervention où un l'individu avait un couteau non affûté dans ses mains. Sans négliger le risque, les policiers ont été tolérants et ont laissé la travailleuse sociale faire son évaluation. L'intervenant respectait la distance sécuritaire à avoir avec le patient pour que les policiers puissent intervenir en cas de besoin (Choinière-Tran, 2019, p.79). Ce type de démonstration de cohésion entre les membres de l'équipe permet d'exécuter une meilleure intervention auprès de la clientèle et de faire reconnaître l'approche aux patrouilleurs (Landry et collab., 2018). Les accommodements culturels sont aussi très importants pour le modèle torontois qui doit faire des compromis entre la culture policière, la culture

hospitalière et la sous-culture de chaque hôpital (Lamanna et collab.,2015). Ce compromis sur le plan des cultures se traduit par de la flexibilité dans les interventions de MCIT. En effet, l'équipe laisse le patient choisir l'hôpital où il voudrait être amené. Auparavant, les policiers amenaient la personne à l'hôpital le plus proche. Redonner du contrôle à la personne en crise permet d'établir un meilleur lien de confiance et d'effectuer une meilleure intervention en collaboration et non en confrontation (Lamanna et collab., 2015). La collaboration et la confiance entre les membres de l'équipe se développent durant les interventions qui ont des résultats positifs. Par exemple, dans certaines entrevues avec MCIT, les policiers expliquaient que les infirmières étaient capables d'évaluer si les médicaments pouvaient être un facteur contribuant à la crise de la personne. Ainsi, si une nouvelle médication est la cause, la personne en crise n'est pas obligée d'aller à l'urgence, mais doit plutôt prendre un nouveau rendez-vous avec son médecin ou psychiatre (Lamanna et collab., 2015). Depuis, les policiers ont l'habitude d'amener les médicaments de la personne lors d'un transport, ce qui facilite le transfert à l'hôpital et peut aider la compréhension d'une crise (Iacobucci, 2014). La mise en place de cette nouvelle habitude s'est développée par le processus de collaboration entre le policier et l'infirmière. L'expérience positive du policier envers l'expertise de l'infirmière lui a permis de développer une nouvelle connaissance qui par la suite, il a transféré à ses collègues (Iacobucci, 2014). Selon les recherches, le transfert de connaissances entre collègues est le moyen le plus rapide de développer de nouvelles approches, c'est pourquoi il est très important que tous les membres de l'équipe et des organismes partenaires travaillent plus souvent conjointement (Adelman, 2003; Cotton et Coleman, 2008; Shapiro et collab., 2014).

6.1.8. Collaboration : Terrain

La collaboration sur le terrain implique plusieurs acteurs. Cette collaboration se fait durant les interventions entre tous les professionnels qui sont sollicités pour une PEMP. Les facteurs qui facilitent une bonne collaboration sont la disponibilité de l'EM, la cohésion de l'EM, la compréhension de son rôle par les partenaires et la communauté (Shapiro et collab., 2014; Thompson, 2020).

À Sherbrooke, un facteur identifié comme facilitant la cohésion de l'équipe est de garder les mêmes partenaires et connaître tous les membres de l'équipe. Il est difficile de développer une complicité professionnelle quand les duos changent constamment (Choinière-Tran, 2019). La recommandation de garder les mêmes partenaires n'a pas été mentionnée pour le MCIT. Cela s'explique par les différences d'horaire des membres de l'équipe. L'EMIP a engagé les travailleurs sociaux à temps partiel et ceux-ci se partagent les jours de travail de la semaine. Les policiers de l'EMIP, eux, changent toutes les semaines donc les duos changent constamment (Choinière-Tran, 2019). Du côté de Toronto, les infirmières sont engagées à temps plein ce qui semble permettre une meilleure stabilité des équipes (Lamanna et collab., 2015).

La réalité terrain est que les patrouilleurs seront toujours les acteurs qui répondent le plus souvent aux appels de crise (Choinière-Tran, 2019; Lamanna et collab., 2015). Il est donc crucial que les policiers traditionnels collaborent avec l'EM. Il a été démontré que plus les patrouilleurs et les EM interviennent conjointement régulièrement, plus MCIT est sollicitée. En effet, la création de liens et la confiance se développent par l'interaction entre les acteurs (Lamanna et collab., 2015). Les patrouilleurs sont plus enclins à accepter cette nouvelle approche après en avoir expérimenté les bénéfices. Quand les patrouilleurs comprennent et reconnaissent le rôle de l'EMIP, ils ont tendance à prévenir la personne en crise de la mobilisation de l'EM ce qui facilite le début de l'intervention, car il n'y a pas d'effet de surprise (Choinière-Tran, 2019).

Un autre facteur de collaboration durant l'intervention terrain est la reconnaissance de l'expertise de l'autre (Thompson, 2020). Par exemple, plusieurs témoignages de policiers décrivent comment participer aux interventions avec l'aide de l'infirmière et les travailleurs sociaux ont changé leur perspective sur la situation de crise. Ils constatent aussi comment l'expertise en santé mentale des intervenants psychosociaux rassure la PEMP et sa famille. Du côté des intervenants psychosociaux, ils témoignaient que sans la présence du policier, il serait impossible de pouvoir intervenir en première ligne dans des situations de crise. Le facteur sécurité peut être rigide par moment, mais il permet d'intervenir avec le moins de risque possible (Iacobucci, 2014).

Aussi, selon les témoignages de PEMP, après avoir été un patient d'une MCIT, un facteur qui aidait à stabiliser la situation est le nombre de policiers présents et leur position. Il est moins intimidant pour la personne en crise de ne pas être encerclée par les policiers et de ne pas se sentir en surplomb numériquement (Lamanna et collab., 2015). Il est donc important que chaque équipe collaborant dans une intervention prenne conscience de leur positionnement et de leur rôle. Pour que cette cohésion entre les acteurs soit possible, celle-ci doit reconnaître l'importance de l'autre.

Les suggestions identifiées dans la littérature pour soutenir l'intervention terrain sont de développer des attentes et des protocoles pour faciliter les transferts des patients, les références et le temps d'attendre pour les services. Pour ce faire, il est important de développer de bonnes relations, ce qui pourrait être fait par des activités de formation et d'échanges avec les partenaires (Cotton et Coleman, 2008). Dans ce même ordre d'idée, l'étude de Landry et collab., (2018) suggère de faire plus d'activités de consolidation qui serait être un bon moyen de faire connaître la mission et le rôle d'EMIP à la communauté (Landry et collab., 2018). Par le fait même, c'est une bonne occasion de rencontrer les partenaires et la clientèle et commencer à bâtir des relations. C'est une manière proactive de se familiariser avec l'environnement de la clientèle et leurs besoins de manière plus informelle. De plus, il a été démontré que faire des activités de prévention visant à développer une alliance thérapeutique avec les personnes à risque d'interagir avec la police pour des raisons de santé mentale permet une meilleure collaboration lors d'une nouvelle crise (Choinière-Tran, 2019).

6.1.9. Collaboration : autres acteurs

La collaboration entre les partenaires est aussi importante, car l'EM ne peut être efficace sans leur participation. En effet, une grande partie du succès dépend de la capacité de la prise en charge de la PEMP par la communauté (Choinière-Tran, 2019; Lamanna et collab., 2015). D'après les études sur le sujet, une meilleure collaboration pourrait même avoir un effet positif pour les organismes œuvrant en santé mentale et autres problématiques connexes. Hypothétiquement, cela pourrait permettre aux organismes de recevoir plus de financement (Thompson, 2020). Le meilleur tri des patients aide à faire ressortir les vrais besoins de la population et la nécessité du financement communautaire.

6.1.10. Collaboration : Partage d'informations

L'échange d'information entre policiers et intervenants psychosociaux est un facteur ambigu. D'une part, il permet d'offrir un meilleur service de référence et une meilleure compréhension de la situation globale (Adelman, 2003, p.16). Le partage d'information « triangulaire » (entre le policier, l'intervenant social et le PEMP) permet de mieux localiser, servir et faire un suivi avec la clientèle (Bailey et collab., 2018). D'autre part, il est important de protéger les informations personnelles de tous, et de respecter la confidentialité des patients.

Le facteur du partage de l'information est favorable à la collaboration des policiers avec les PEMP selon les études québécoises (Choinière-Tran, 2019; Landry et collab., 2018). En effet, en Ontario aucun échange d'information n'est possible, donc ce n'est pas un facteur favorable. Le partage d'information facilite la mise en place de plan d'action et permet une plus grande ouverture chez les policiers durant l'intervention (Choinière-Tran, 2019). Effectivement, certains policiers rapportent qu'avoir les informations du dossier santé du PEMP a changé leurs attitudes vis-à-vis cette personne. Pour la majorité des policiers, les attitudes arrogantes, les comportements agités et l'irritabilité ne sont pas tolérés, cependant en sachant que la personne a un trouble de santé mentale, l'intervention peut changer d'orientation (Choinière-Tran, 2019, p.78). De plus, les travailleurs sociaux témoignent aussi, qu'il est plus facile de tracer un portrait factuel de la situation de crise quand il est possible d'avoir accès à la fois au dossier criminel et médical de la personne (Choinière-Tran, 2019).

6.1.11. Ressources

Les ressources sont définies comme la disponibilité des services, le financement et la rétention du personnel (Shapiro et collab, 2014; Thompson, 2020, Smith, 2023). Les études sur le sujet démontrent que la connaissance des ressources sur le territoire permet à la fois de faire de meilleures références, mais aussi de comprendre comment les organismes offrant des services similaires fonctionnent pour ne pas dédoubler le travail (Cardinal et Laberge, 1999; Thompson, 2020). De plus, il est important de pouvoir avoir des employés qualifiés qui s'impliqueront minimalement à moyen terme (Smith, 2023), ce qui donne un

financement adéquat pour avoir assez d'équipes couvrant le territoire et un horaire de travail sur 24 heures (Adelman, 2003; Smith, 2023). Finalement, il est suggéré d'avoir une structure en place pour être capable de mesurer les résultats de l'équipe, ce qui démontre de la transparence et la possibilité d'apporter des améliorations selon les résultats (Adelman, 2003; Ghelani, Douglin et Diebold, 2022; Smith, 2023).

L'accès à des ressources humaines suffisantes aide le fonctionnement et l'implantation du projet (Landry et collab., 2018). Il est donc important d'avoir le financement adéquat et une bonne rétention de personnel. Aussi, il a été constaté qu'il est difficile pour tous d'avoir accès à de l'information sur les services disponibles en santé. En Ontario, une plateforme numérique accessible sur le web ou par téléphone, centralise toute l'information en lien avec les services de santé. Cette plateforme se nomme ConnexeOntario, elle permet aux professionnels ainsi qu'aux citoyens d'avoir accès rapidement à de l'information sur les ressources disponibles (Iacobucci, 2014).

De plus, MCIT offre une structure de travail très stable pour les infirmières. Les infirmières ont un poste à temps plein et permanent au sein de l'équipe. Elles restent dans leur hôpital et sont supervisées par leur gestionnaire (Lamanna et collab., 2015). Ce type de condition de travail facilite le recrutement de personnel.

6.1.12. Facteurs légaux

D'après la littérature, les facteurs légaux qui peuvent faciliter l'atteinte des objectifs vont être en lien avec les politiques, les lois et les protocoles encadrant les activités de l'EM. Pour l'instant peu de facteurs facilitants liés aux questions légales ont été identifiés, ce qui peut s'expliquer par la complexité à changer rapidement les lois. Pour le moment, les policiers ont comme consignes de consulter l'EM quand une personne démontre des signes de détresse en lien avec la santé mentale, si l'unité est disponible. Les patrouilleurs sont aussi encouragés à demander le support de l'équipe quand ils sont incertains de comment procéder avec une situation qui pourrait être en lien avec de la santé mentale (Choinière-Tran, 2019; Iacobucci, 2014).

6.2. Facteur défavorable à l'atteinte des objectifs de l'équipe mixte

Les équipes mixtes ne sont pas un modèle standardisé puisque sa composition et son fonctionnement varient généralement selon l'endroit où il a été développé. Toutefois, selon l'analyse de l'EMIP et MCIT plusieurs facteurs défavorables sont similaires. Les résultats seront présentés en abordant premièrement les facteurs prédominants communs et par la suite les facteurs défavorables propres à chaque équipe.

6.2.1. Barrière structurelle : Financement

Durant le processus de catégorisation des données, certains facteurs semblent pouvoir être attribués à plusieurs catégories. Toutefois, en analysant plus profondément ces données, j'ai relevé le fait que la cause du facteur défavorable était en lien avec une barrière structurelle. Par exemple, dans la littérature il est rapporté de manière prédominante que les EM ne sont pas capables de couvrir un assez grand territoire, ils ne répondent pas à assez d'appels et leurs horaires sont trop limités (Kisely et collab., 2010; Ghelani, Douglin et Diebold, 2022; Puntis et collab., 2018; Thompson, 2020). Tous ces facteurs sont causés par le manque de financement des EM pour répondre à la demande de service (Marcus et Stergiopoulos, 2022). Un financement inadéquat de l'équipe est une barrière à l'atteinte des objectifs des EM, car il est impossible d'implanter le modèle de manière efficace. En effet, le manque de budget fragilise le service de l'EM, affecte la fiabilité et par le fait même le mandat du modèle difficile à comprendre. Ce qui diminue son utilisation par les patrouilleurs et sa reconnaissance au sein de la communauté (Ghelani, Douglin et Diebold, 2022).

L'analyse de la documentation de l'EMIP et MCIT dégage les mêmes facteurs défavorables en lien avec le manque de financement (Choinière-Tran, 2019; Lamanna et collab., 2015). Les deux équipes ont dû attendre de recevoir un plus grand financement pour augmenter le nombre d'heures de disponibilité et augmenter leur nombre d'unités disponibles (Amin et Bruno, 2021; Radio-Canada, 2019). Aucun des modèles n'est disponible 24h/7, ce qui explique que les policiers traditionnels restent les répondants de première ligne lors des situations de crise. De plus, le manque de présence des équipes sur le terrain augmente la difficulté de faire connaître le mandat et les services de l'EM, ce qui

crée de la frustration autant chez les membres de l'unité, que chez les patrouilleurs qui font appel à leurs services, que chez les partenaires et la communauté (Landry et collab., 2018; Iacobucci, 2014). Effectivement, au début de l'implantation du projet de l'EMIP à Sherbrooke, l'équipe était très peu sollicitée, car leur rôle et mandat n'étaient pas bien compris par la communauté et les organismes de santé mentale/crise (Landry et collab., 2018). Du côté de Toronto, la même tendance est décrite par rapport à l'incompréhension du mandat de la part des organismes communautaires, des autres premiers répondants tels que les pompiers, la population et les patrouilleurs (Lamanna et collab., 2015). Le manque de clarté du mandat des EM diminue les chances de l'utilisation de l'équipe pendant les situations de crise (Lamanna et collab., 2015). De plus, la mauvaise compréhension du rôle d'EM crée des tensions avec les partenaires, les patrouilleurs et entre les membres de l'équipe (Choinière-Tran, 2019; Landry et collab., 2018; Lamanna et collab., 2015). Par exemple, à Sherbrooke, lors de l'implantation, certaines personnes ne comprenaient pas la différence des services de l'EMIP et de l'Urgence Détresse (Landry et collab., 2018). Du côté de MCIT, les patrouilleurs pensaient que MCIT avait pour fonction de venir les libérer lors d'intervention auprès de PEMP, pour faire le transport et attendre à l'urgence avec la personne. Quand en réalité, MCIT ne fait pas le transport d'une personne en crise avec qui elle n'est pas intervenue, ce qui a créé beaucoup de tension entre ces différents professionnels, ne permettant pas, par le fait même, une collaboration optimale entre les parties (Lamanna et collab., 2015, p.28). Aussi, malgré l'augmentation de personnels et d'heures d'opération, l'EMIP n'arrive pas à faire un suivi d'intervention adéquat. Effectivement, plusieurs semaines peuvent passer sans que l'évaluation des appels et des demandes ne soient réalisées (Choinière-Tran, 2019).

Le manque de financement est aussi problématique dans le système de services sociaux et de santé. Le modèle EM a été développé dans l'optique de réduire la violence durant les interventions de crise et mieux gérer la crise des PEMP entre autres en référant la personne à la ressource appropriée (Iacobucci, 2014; Landry et collab., 2018). Cependant, les membres de l'EM ont peu d'options de services. Qu'importe le territoire, les recherches démontrent que le système de santé canadien et les organismes communautaires ne sont pas capables de prendre en charge les personnes en crise et leurs multiples problématiques connexes (Adelman, 2003; Bailey et collab., 2018; Cardinald et Laberge, 1999; Thompson,

2020). Ceci est problématique, car les membres de l'EM ne peuvent pas référer ou offrir d'alternatives à l'urgence ou à l'arrestation quand il n'y a pas de ressources disponibles. Les coupures dans le système de santé et les programmes connexes rendent l'accessibilité aux soins difficiles (Kisely et collab., 2010; Ghelani, Douglin et Diebold, 2022; Shapiro et collab., 2014; Smith, 2023; Thompson, 2020).

L'EM de Sherbrooke et de Toronto sont seulement un petit acteur dans l'organisation des soins et services sociaux en santé mentale. Sur le territoire de Sherbrooke, il n'y a pas beaucoup de ressources adaptées en santé mentale pour prendre en charge les PEMP dans la communauté. La majorité des ressources d'hébergement d'urgence n'ont pas d'intervenants spécialisés en santé mentale ou dans les autres problématiques connexes (Choinière-Tran, 2019). L'EMIP va quand même recommander la ressource à la personne, car c'est la meilleure option parmi les choix médiocres qui sont disponibles à la personne. À Toronto aussi, il n'y a un manque de ressources gratuites disponibles, ce qui complique la prise en charge par la communauté (Lamanna et collab., 2015). Les PEMP ont d'autres besoins que les soins de santé mentale, la personne vit souvent des problématiques concomitantes telles que des troubles de toxicomanie ou de l'instabilité au niveau du logement. Ce type de ressources doit aussi être disponible pour permettre aux équipes de faire des références adéquates, ce qui est difficile pour l'instant (Choinière-Tran, 2019; Iacobucci, 2014). De plus, il est impossible de savoir quelles ressources sont disponibles sans appeler directement tous les organismes offrant des services en santé mentale (Iacobucci, 2014). Les trous de service entre les différents soins de santé mentale sont un facteur contribuant au syndrome de la porte tournante. La personne se retrouve sans service et retourne souvent à la rue et donc à la charge de la police (Iacobucci, 2014). Le manque de services gratuits et la longueur du processus du traitement de dossier contribuent à l'achalandage des urgences par ces personnes. (Lamanna et collab., 2015). La disponibilité et le type de ressources présentes est une barrière à l'accessibilité des services, à la diminution de la chronicité et au désengorgement du système de santé et judiciaire.

6.2.2. Facteur défavorables : Formation

Un autre facteur défavorable à l'atteinte des buts de l'EM est le manque de formation en santé mentale. En ce moment au Canada, les formations policières ne sont

pas complètement standardisées (Coleman et Cotton, 2010; Koziarski, O'Connor et Frederick, 2020). Puisque le volet santé mentale est relativement nouveau, le peu d'études qui se sont penchées sur le sujet relèvent qu'il y a plusieurs variations au niveau du nombre d'heures, du contenu et du matériel utilisé (Cotton et Coleman, 2008; Koziarski, O'Connor et Frederick, 2020). Plusieurs conséquences sont identifiées dans les documents disponibles sur le sujet. Le manque de connaissance sur les indicateurs de santé mentale et sur la manière d'intervenir sont les plus grandes lacunes rapportées (Adelman, 2003 ; Cardinal et Laberge, 1999; Thompson, 2020). Par exemple, les policiers ont souvent une mauvaise compréhension de la santé mentale, ils ne comprennent pas nécessairement qu'une personne qui entend des voix a plus de difficultés à suivre les demandes ou qu'une personne avec un trouble de santé mentale est plus à risque de suicide (Adelman, 2003, p.6). De plus, quand les formations sont disponibles, les policiers ont peu d'opportunités mettre en pratique leurs nouveaux apprentissages. En effet, plusieurs programmes offrent ce volet de la formation de manière théorique ou en ligne (Cotton et Coleman, 2008; Koziarski, O'Connor et Frederick, 2020). Les résultats démontrent que les policiers développent des meilleures habiletés et réflexes quand ils ont l'occasion de pratiquer et participer régulièrement à ce type de situation. Il est essentiel que les policiers apprennent à identifier les situations de santé mentale et à communiquer de manière efficace pour réduire le nombre d'intervention en situation de crise qui escalade et de blessures auprès PEMP (Adelman, 2003).

Les recherches sur l'EMIP et MCIT s'entendent pour dire que le manque de connaissances des policiers sur la santé mentale et les réactions appropriées en cas d'escalade d'une situation de crise a des conséquences sur leur capacité à intervenir et à collaborer avec les intervenants psychosociaux et les PEMP (Choinière-Tran, 2019; Lamanna et collab., 2015). En effet, leur manque de connaissances sur ces sujets fait qu'il pourrait avoir des erreurs dans leur évaluation du niveau de risque réel quand une personne est en crise (Iacobucci, 2014, p.62). Ce qui peut créer des frustrations entre l'intervenant psychosocial et le policier. De plus, puisque l'EM intervient beaucoup avec les patrouilleurs, le manque de connaissance en santé mentale des patrouilleurs est un grand enjeu à la collaboration. Effectivement, si les patrouilleurs ne sont pas capables de reconnaître les situations en lien avec la santé mentale, ils ne feront pas appel aux services de l'EM (Choinière-Tran, 2019;

Lamanna et collab., 2015). La recherche de Choinière-Tran (2019), rapporte que le manque de connaissances porte principalement sur la question du risque suicidaire et sur les ressources disponibles dans la communauté à Sherbrooke. De plus, depuis l'implantation de l'EMIP aucune formation standardisée n'a été offerte aux membres policiers de l'organisation. Sans ces formations, il est plus difficile pour les patrouilleurs qui répondent encore à un plus grand nombre d'appels des PEMP de changer leur manière d'intervenir (Choinière-Tran, 2019). Un changement structurel au niveau de la formation de tous les policiers doit être fait.

Selon la littérature, le manque de connaissances en santé mentale n'affecte pas seulement les policiers dans l'intervention auprès des PEMP, mais les répartiteurs aussi. En effet, habituellement, les répartiteurs policiers ne demandent pas ou ne disent pas dans leur communication si la personne a un trouble de santé mentale (Adelman, 2003). Le partage d'information erronée sur l'état de santé mentale peut avoir plusieurs répercussions négatives telles que faire une mauvaise évaluation du risque et de demander l'intervention de plusieurs équipes policières alors que la situation ne l'exige pas (Marcus et Stergiopoulos, 2022).

La procédure actuelle de tri des appels d'urgence rend l'intervention de première ligne des EM difficile. En général, les EM sont sollicitées après qu'un appel au 911 soit effectué. Ce sont donc des répartiteurs du milieu policier qui trient et codent les appels (Choinière-Tran, 2019; Iacobucci, 2014). Les connaissances des répartiteurs ne sont pas optimales pour déceler rapidement si l'appel est lié à une situation de santé mentale (Johnson, 2022). Conséquemment, plusieurs situations ne sont pas considérées « santé mentale » et la personne en détresse n'a pas la chance d'être servie par l'EM. Les erreurs de codage d'intervention diminuent les opportunités d'intervention auprès de la clientèle cible. Aussi, le fait qu'il est obligatoire de faire l'appel au 911 pour avoir les services de l'EM est une barrière à la collaboration avec les organismes partenaires (Choinière-Tran, 2019; Lamanna et collab., 2015). En effet, à Sherbrooke, l'Urgence-Détresse intervient dans des situations similaires à celles de l'EMIP, mais quand il y a un risque de violence, l'intervention doit être transférée à une unité avec un policier. Toutefois, le personnel de l'Urgence-Détresse ne peut pas contacter directement l'EMIP, la demande doit être faite

au 911 (Choinière-Tran, 2019). L'obligation de passer par plusieurs intermédiaires est une barrière à la collaboration ainsi qu'à l'accessibilité au service. Les erreurs des répartiteurs sont une limite reconnue par le service de police de Toronto. Cependant, la situation pourrait changer si le nouveau projet pilote du 911 s'avère efficace. Ce projet a comme objectif d'améliorer le triage des appels de crise. Les intervenants de l'organisme communautaire *Gerstein Crisis Center (GCC)* travaillent au centre d'appel du 911 et répondent à la place des répartiteurs de la police. Le policier est encore responsable d'évaluer le niveau de dangerosité potentielle, mais l'intervenant va référer à des ressources communautaires ou au *Mobile Team Crisis Response Support Service*. GCC peut aussi offrir de faire un suivi et faire des références pour de la thérapie individuelle, par exemple (Johnson, 2022). Les intervenants sont disponibles sept jours sur sept, 20 heures par jour. Le service de police de Toronto finance le projet qui a un coût estimé de 552 000\$. Le projet sera évalué à la fin de l'année 2023 et d'autre financement pourrait être alloué pour que ce service soit disponible dans tous les arrondissements de Toronto (Johnson, 2022). Aussi, spécifiquement pour l'EMIP, les travailleurs sociaux rapportent que le partage d'information est très difficile parce que la structure policière demande de respecter une hiérarchie rigide composée de plusieurs acteurs. Les travailleurs sociaux se sentent souvent exclus des communications et perçoivent un manque de transparence des policiers envers eux (Choinière-Tran, 2019; Landry et collab., 2018). Une barrière rapportée uniquement par MCIT est le manque d'inclusion d'un représentant des PEMP dans la structure administrative. Selon Lamanna et collab. (2015), il est impossible de vérifier de manière continue si les besoins de la clientèle cible sont compris et répondus si elle ne participe pas au comité directeur.

6.2.3. Barrières légales (Politique, loi et protocole)

Les facteurs associés aux barrières légales incluent les politiques, les lois et les protocoles. Ils peuvent être défavorables à l'atteinte des objectifs de l'EM, car dans certains cas, les structures légales standardisent et limitent la flexibilité d'intervention des professionnels.

L'implantation de protocole d'intervention entre les différents services utilisés par les PEMP est importante pour une bonne prise en charge de la personne. Toutefois, selon

l'information relevée dans la documentation disponible sur le sujet, les protocoles sont difficiles à mettre en place. Par exemple, de manière officielle, aucune entente de service ne semble avoir été faite entre les EM et les urgences sur la manière de transférer les patients. En conséquence, le temps d'attente aux urgences est long et l'état du patient peut changer, ce qui crée de la frustration pour toutes les personnes impliquées dans l'intervention. D'une part, le temps d'attente peut faire augmenter l'agitation ou l'inconfort du patient (Lamanna et collab., 2018). D'autre part, les symptômes du patient peuvent diminuer, le rendant inadmissible à l'hospitalisation (Adelman, 2003; Thompson, 2020). De plus, le manque de protocole commun avec les hôpitaux et les organismes communautaires affecte aussi la communication qui n'est pas fluide ou efficace entre les agences (Bailey et collab., 2018; Thompson, 2020).

Les recherches portant sur l'EMIP et MCIT ont identifié des lacunes similaires à celles de la littérature en lien avec le transport des patients à l'hôpital. La réglementation qui encadre le transport de PEMP à l'urgence cause certains conflits entre les policiers, l'EM et le personnel de l'urgence. Selon la P-38 et la Section 17, quand un individu répond aux critères d'admissibilité de la loi sur la santé mentale de la province, celle-ci doit être accompagnée durant le transport et l'attente à l'urgence par le policier responsable de l'intervention (Choinière-Tran, 2019; Lamanna et collab, 2015). D'une part, le fait que les EM et les patrouilleurs doivent attendre avec le patient à l'urgence les empêchent de se libérer rapidement pour aider d'autres personnes (Iacobucci, 2014; Landry et collab, 2018). D'autre part, quand le transport d'une PEMP est volontaire, la loi ne stipule pas que le policier doit rester à l'urgence avec elle. À Toronto, les infirmières reprochent aux policiers de vouloir transférer la charge de la personne rapidement et en laissant la personne seule, même si elle représente tout de même un risque (Lamanna et collab., 2015). Ce type de zone grise dans les protocoles d'intervention nuit à la collaboration et la création de lien positif entre les différents acteurs. Effectivement, le manque de clarté de certains protocoles revient fréquemment comme une limite à la fluidité du service. Par exemple, il n'y a pas de protocoles ou d'ententes officielles pour établir un plan concret quand l'EM se présente à l'urgence avec une personne en crise. Cette même limite est relevée pour le traitement des références et la prise en charge du dossier PEMP (Choinière-Tran, 2019;

Lamanna et collab., 2015). La clientèle dit que, souvent, l'intervention d'EM est seulement de courte durée, c'est un « band-aid » sur la vraie problématique (Landry et collab., 2018). Une autre barrière à l'atteinte des objectifs de l'EM est la limite du rôle légale des membres de l'équipe. Les législations comme la *Loi sur la santé mentale de l'Ontario*, *La loi sur les services de Police de l'Ontario*, *Loi sur la protection du malade mental* et *La P-38* qui encadrent le travail des policiers et des intervenants psychosociaux limitent le type d'intervention possible (Cardinal et Laberge, 1999; Thompson, 2020). La loi sur les services de santé et les services sociaux protège le droit des patients de consentir aux soins. Dans plusieurs situations, il est impossible d'imposer un traitement à la personne. Ces personnes sont donc vues par les policiers comme des individus difficiles et une perte de temps. Ils ont donc moins de services (Cardinal et Laberge, 1999).

La documentation de l'EM de Sherbrooke mentionne spécifiquement que dans certains cas, *la loi sur la protection du malade mental* au Québec restreint les membres de l'équipe dans le type d'intervention possible et dans l'accessibilité à l'information. En effet, pour préserver l'autonomie de la personne, il est interdit d'obliger un service de soin à un individu qui ne représente pas un danger immédiat (Choinière-Tran, 2019). Choinière-Tran décrit la situation démontrant l'inhabilité de l'EMIP à pouvoir agir à court terme (2019). L'EMIP s'est présentée au domicile familial d'un jeune homme qui vit chez ses parents. L'homme est calme, a une bonne hygiène, mais il a un discours décousu et des idées paranoïdes. Il pense que ses parents sont des inconnus. Il refuse catégoriquement toute intervention ou suggestion de référence (Choinière-Tran, 2019, p.64). Il est possible de voir la complexité de l'intervention dans ce type de situation où l'individu démontre clairement un niveau de détresse psychologique, mais il n'est pas en danger ou ne présente pas un danger pour autrui dans l'immédiat. En bref, la structure de la loi sur la santé mentale ne permet pas aux professionnels d'intervenir de manière préventive à la crise si le patient n'est pas volontaire à l'intervention. En conséquence, il y a plus de chance que la personne sollicite les services policiers à plusieurs reprises, soit judiciairisée ou se retrouve de force à l'urgence (Choinière-Tran, 2019). Les études sur MCIT ne mentionnent pas que la Loi sur la santé mentale peut restreindre leur intervention, mais Iacobucci (2014) dit que le droit de refuser des soins est un facteur qui augmente les interactions entre les policiers et les PEMP (p.83). De plus, les résultats des entrevues avec la clientèle, des partenaires

communautaires et de l'équipe s'entendent pour dire qu'il est très difficile avec la structure du système de soins et service de santé de prévenir les futures crises (Lamanna et collab., 2015).

Les recherches de l'EMIP et MCIT indiquent toutes qu'il y a une grande difficulté à échanger l'information sur le dossier santé et criminelle d'une personne au sein de l'EM (Choinière-Tran, 2019; Iacobucci, 2014; Lamanna et collab., 2015; Landry et collab., 2018). Dans la littérature, cette barrière ne semble pas être prise en considération. Une étude démontre des limites du système informatique de la police qui ne permet pas d'inclure que la santé mentale est la raison pourquoi la personne est connue. Par exemple, le système ne permet pas d'inclure des facteurs subjectifs comme quels policiers ont une bonne relation avec la personne, qui connaît le dossier (Adelman, 2003). Du côté de Sherbrooke et Toronto, le partage d'information est identifié comme une barrière à l'atteinte des objectifs des EM. Le partage d'information est considéré comme un atout pour orienter les mesures de sécurité et pour développer un plan d'action pré-intervention (Choinière-Tran, 2019, p.59). Du côté de Sherbrooke, la limite du partage d'information est par rapport aux personnes hors région. En général, le dossier de santé d'une personne résidente du territoire est accessible au travailleur social de l'EMIP. L'équipe peut donc dresser un portrait préliminaire en lien avec le diagnostic, le médecin de famille, la médication et les hospitalisations (Choinière-Tran, 2019). Toutefois, lorsque de la personne ne réside pas sur le territoire, une demande d'accès au dossier doit être faite et les délais sont trop longs pour y avoir accès. Il est impossible d'attendre l'autorisation pour commencer l'intervention. Les intervenants vont donc intervenir à l'aveuglette dans ce type de situation (Choinière-Tran, 2019). Pour l'Ontario, l'échange d'information est encore plus limité. Le *Personal Health Information Protection Act, 2004* (PHIPA), empêche toute transmission d'information entre l'infirmière et le policier de l'équipe MCIT. Il est donc difficile pour le policier d'intervenir de manière différente dès le début, car aucune information sur le diagnostic n'est partagée. Ce type de situation peut aussi nuire à la cohésion de l'équipe, puisqu'un membre a plus d'information que l'autre (Iacobucci, 2014, p.60).

Un volet important qui est défavorable aux interventions des EM est certains protocoles policiers qui laissent peu de flexibilité aux intervenants. En effet, d'après les recherches scientifiques, les policiers ont tendance à brusquer les interventions, car ils ont une pression de leurs supérieurs pour neutraliser la situation le plus rapidement possible (Koziarski, O'Connor et Frederick, 2020). L'utilisation protocolaire des menottes a été identifiée comme un facteur stigmatisant pour la clientèle et le manque d'explication sur le déroulement de l'intervention pour la PEMP crée ce sentiment de peur envers la police (Lamanna et collab., 2018). Pour l'EMIP et MCIT, la divergence de protocole en situation de « danger » est une des barrières créant le plus de tension entre les membres de l'équipe (Choinière-Tran, 2019; Lamanna et collab., 2015).

Par exemple, les critères qui étiquettent une personne comme « dangereuse » sont différents selon la profession de l'acteur. Généralement, quelqu'un qui fait des menaces ou qui est armé est considéré comme dangereux pour les policiers (Goldsein, 2020). Un appel incluant une PEMP en crise est toujours considéré comme une priorité 1, ce qui oblige la mobilisation de deux agents de police armés (Iacobucci, 2014). Quand un individu ou une situation est identifiée comme dangereuse, elle devient inaccessible aux EM (Choinière-Tran, 2019). En plus, selon les témoignages, certains intervenants voudraient plus de flexibilité. Selon eux, une PEMP en crise n'a pas toujours une arme sur elle dans le but de l'utiliser contre un policier, mais plutôt parce qu'elle a une réelle peur et un véritable besoin de protection (Iacobucci, 2014, p.62). La divergence de perception du risque peut créer des tensions et des frustrations au sein de l'équipe (Choinière-Tran, 2019; Lamanna et collab., 2015). De plus, certaines entrevues avec la clientèle révèlent que l'utilisation de véhicule de police à Toronto est stigmatisante. Les usagers trouvent la voiture inconfortable et c'est une expérience négative en général, car le véhicule alerte le voisinage et attire les regards (Lamanna et collab., 2015). De plus, en voulant assurer la sécurité des infirmières, celles-ci devaient porter des vestes pare-balles et le policier MCIT avait le même uniforme que les patrouilleurs. Cette visibilité de l'équipe est problématique, car il est impossible de les différencier des autres policiers. La PEMP peut donc être plus réticente à accepter de parler à MCIT. Ce peut aussi être un facteur qui aggrave des situations de crise, car la personne en détresse pense que d'autres policiers s'ajoutent à l'intervention, ce qui est très intimidant (Lamanna et collab., 2015).

Dernièrement, certains facteurs défavorables ont été identifiés seulement par le MCIT. Premièrement, les patrouilleurs ne sont pas obligés d'aviser MCIT qu'ils se déplacent pour un appel de santé mentale avant d'arriver sur la scène et d'avoir fait leur évaluation (Iacobucci, 2014). D'un côté, ce protocole empêche un triage des appels de santé mentale plus efficaces pour MCIT. De l'autre côté, ce protocole ne facilite pas l'automatisme des patrouilleurs à faire appel à MCIT pour des situations de crise (Iacobucci, 2014). Aussi, plusieurs policiers et intervenants psychosociaux collaborent très bien ensemble, toutefois, malgré leur volonté à travailler en équipe, certaines difficultés ont été observées. Par exemple, à Toronto, les infirmières et les policiers MCIT ne définissent pas de la même façon les clients récidivistes. En effet, pour les infirmières, un client récurrent est une personne qui a été vue pendant l'année fiscale. Du côté des policiers, c'est une personne connue de l'équipe ou du système de police, ce qui est problématique du point de vue de l'approche psychosociale, car la personne demeure toute sa vie étiquetée comme étant « récidiviste » (Lamanna et collab., 2015, p.40).

6.2.4. Barrières de la culture policière

Le facteur défavorable le plus complexe est la barrière de la culture policière. La culture policière est définie comme l'ensemble de croyances, des valeurs et attitudes qui influencent le comportement des policiers. La littérature et les chercheurs de EMIP et MCIT ont tous rapporté que la culture policière était la source première de la résistance des policiers à changer leur rôle et accepter la nouvelle équipe (Bailey et collab., 2018; Choinière-Tran, 2019; Lamanna et collab., 2015, Koziarski, O'Connor et Frederick, 2020). Par exemple, les policiers sont très fiers de leur uniforme et du symbole qu'il représente. C'est pourquoi malgré les recherches démontrant le stigma attaché à l'uniforme pour les PEMP, les policiers étaient généralement réticents à changer leur apparence (Bailey et collab., 2018 ; Cardinal et Laberge, 1999). De plus, certaines croyances partagées par les membres du poste de police sont néfastes pour le changement. Par exemple, la croyance au sein de la culture policière selon laquelle les interactions avec une PEMP « is not real police work » montre la résistance à vouloir participer et changer la manière de fonctionner au sein de l'organisation (Koziarski, O'Connor et Frederick, 2020, pr.7). Finalement, il y a une disjonction entre la politique du département et la culture policière, ce qui impacte la

capacité des agents à interagir correctement avec les PEMP. D'un côté, la politique veut que des techniques de diversion et de désescalade soient utilisées, mais de l'autre côté, les agents ont de la pression de rapidement terminer une intervention pour passer à l'autre (Koziarski, O'Connor et Frederick, 2020).

Des constats similaires ont été identifiés en début d'implantation autant du côté de Sherbrooke que de Toronto. D'après l'étude de Lamanna et collab. (2015), les attitudes et actions des policiers sont grandement modelées par la culture du poste policier malgré le type de formation reçue préalablement. Un sergent expliquait que les policiers adhèrent à la « culture triangulaire », ce qui consiste à vouloir répondre, maîtriser et passer à la prochaine situation le plus rapidement possible (Lamanna et collab., 2015, p.20). La culture triangulaire est un facteur défavorable à l'intervention MCIT, car dans les situations de crise impliquant une PEMP, l'intervention ne peut pas être brusquée ou accélérée. De plus, autant dans les études sur l'expérience de Sherbrooke que de Toronto, une réticence de la part des policiers est nommée. Par exemple, un policier dit que le travailleur social a une vision idéaliste qui est plus théorique que pratique, ils font « du pelletage de nuage » (Choinière-Tran, 2019, p.76). Un autre lui dit que l'intervention de désescalade en situation de crise n'est pas une priorité par rapport aux autres tâches policiers (Iacobucci, 2014, p.124). Certains ne pensent pas que l'intervention psychosociale est inutile, mais soulèvent la difficulté pour tous les professionnels d'entrer en relation avec une personne en crise. L'intervention est tellement difficile que la situation finie par être la même que si le patrouilleur était intervenu seul. Le nombre d'intervention serait donc multiplié (Choinière-Tran, 2019, p.76).

De plus, une source de grande frustration lors des situations de crise est que la clientèle chronique ne semble pas vouloir s'aider malgré l'offre de soutien multiple. L'intervention est perçue comme une perte de temps (Choinière-Tran, 2019, p.80). Les policiers ne sont pas habitués de devoir accepter qu'une personne ne veuille pas s'aider, mais qu'un service doive tout de même être octroyé. En outre, le policier est habitué d'être le maître de son intervention et il peut être difficile de s'adapter à la nouvelle manière de faire qui implique de partager la prise de décision lors de l'intervention (Iacobucci, 2014; Landry et collab., 2018). Certaines situations problématiques ont émergé de cette difficulté à ne pas

monopoliser la prise de décision. Par exemple, si le policier n'accepte pas l'évaluation du travailleur social par rapport à l'application de la P.38, il peut utiliser son pouvoir légal pour judiciariser l'individu et contourner la décision du travailleur social de ne pas intervenir. Ce type de situation peut créer beaucoup de tension dans l'équipe et briser le lien de confiance (Choinière-Tran, 2019, p.82).

Une conséquence de la culture policière rapportée seulement dans les études de l'EMIP et MCIT est la difficulté de recrutement. Effectivement, le recrutement dans les deux équipes a été difficile du côté policier durant les premières années d'implantation. La majorité des policiers étant davantage attirés par le volet de prévention de la criminalité du métier de policier que par le volet intervention sociale (Choinière-Tran, 2019). Plusieurs policiers trouvent la charge émotionnelle très lourde et préfèrent ne pas avoir cette responsabilité, ce qui démotive plusieurs à intégrer l'EM. À Sherbrooke, au début du projet, le rôle de l'EMIP semblait être mal compris et n'était pas pris au sérieux. L'équipe se faisait demander d'intervenir en situation hors contexte, par exemple, avec des personnes en situation d'itinérance qui ne sont pas en crise (Choinière-Tran, 2019, p.70). Aussi, selon l'enquête Iacobucci (2014), faire partie de MCIT pour un policier n'était pas un moyen de faire avancer sa carrière. Au contraire, cette expérience pouvait même s'avérer un obstacle pour rejoindre l'unité des homicides, de drogues ou d'urgences (p.223). Le modèle EM était très confrontant pour les policiers, car le nouveau rôle ne correspondait pas à l'image du policier traditionnelle véhiculée par la culture policière (Choinière-Tran, 2019; Iacobucci, 2014).

Une dernière limite de la culture policière a été identifiée pour MCIT. Un certain langage est utilisé entre les policiers et dans les rapports qui sont contraires aux valeurs de l'intervention psychosociale. Par exemple, les policiers vont utiliser des expressions comme « mental health arrest » pour décrire l'utilisation de la *Section 17* ou ils vont référer à la personne en détresse comment étant des « bodies », ce qui est considéré déshumanisant par les professionnels sociaux et de santé (Lamanna et collab., 2015, p.22). Iacobucci (2014) explique que le détachement émotionnel des policiers est, entre autres, lié à la culture de l'organisation qui prône l'autonomie et la résilience des agents. À force d'être exposés à plusieurs situations extrêmement difficiles, les policiers peuvent développer un

détachement émotionnel envers les PEMP (Iacobucci, 2014), ce qui se reflète dans le langage utilisé. Ainsi, les discours des policiers étaient très défensifs et démontraient très peu d'ouverture à la critique ou à une volonté d'introspection sur les actions de leurs collègues ou de l'organisation dans son ensemble (Iacobucci, 2014). Le discours était que le service policier ne pouvait pas faire plus, qu'il était impossible d'éviter toutes les morts et qu'il y aura toujours des policiers avec des mauvais comportements (Iacobucci, 2014, p.122).

6.2.5. Barrières à la collaboration

L'EM est un modèle basé sur la collaboration multidisciplinaire qui agit comme une partie du plus grand système de l'organisation des services de santé et sociaux ainsi que les services de police. Le manque de collaboration est donc une barrière qui a plusieurs conséquences sur les différentes structures et les différents acteurs qui forment l'EM et les autres systèmes. L'objectif de développer une collaboration réciproque avec les professionnels de la santé est de diminuer l'intervention policière dans les situations de crise (Marcus et Stergiopoulos, 2022). Toutefois, quand il est difficile de bâtir une relation de confiance et de collaborer avec les acteurs des autres secteurs, la diminution de l'interaction entre la police et les PEMP ne sera pas possible. Une recherche explique que la relation avec les professionnels des hôpitaux est difficile à cause de la perception d'un manque de respect de la part des deux parties et empêchant une bonne la collaboration (Thompson, 2020). Les policiers sentent que leur présence n'est pas appréciée et que leurs opinions ne sont pas prises en considération. Le personnel de l'hôpital estime que les policiers sont seulement présents pour « dumper » les patients à l'hôpital (Thompson, 2020, p.76). Une autre étude mentionne le manque de collaboration entre l'EM et la clientèle. En fait, peu d'équipes offrent de faire les transports volontaires, la responsabilité revient donc à la famille, aux proches et à la personne en détresse. Le refus de transporter la PEMP est souvent perçue par la personne et sa famille comme une limite à la relation thérapeutique, et qui peut avoir des incidences sur la collaboration lors des interventions, une diminution de la mobilisation de la PEMP et limite la prévention de prochaine crise (Wiebe, 2016).

Les études ont beaucoup abordé le thème de la collaboration, mais n'ont pas basé leur recherche sur le sujet. Les barrières à la collaboration sont donc diverses et touchent

différents acteurs. À Sherbrooke, par exemple, il est nommé qu'une des barrières à la cohésion entre le policier et le travailleur social est le jumelage. Le jumelage ne se fait pas durant les formations. Landry et collab. (2018) rapportent que le jumelage des équipes dès le début de la formation faciliterait le développement des liens professionnels et la confiance au sein des duos. Le manque de cohésion dans les équipes était toujours une limite identifiée après six mois d'implantation (Landry et collab., 2018). À noter, que le manque de collaboration entre le policier et l'infirmière dans le modèle torontois n'est pas identifié comme un facteur défavorable. Cependant, les recherches sur les deux équipes notent qu'il y a un manque de soutien pour les policiers des EM. Par exemple, à Sherbrooke, les horaires de travail empêchent les policiers de se rencontrer. Ils ont peu d'opportunité de se parler et d'échanger entre eux, ce qui peut contribuer à un sentiment de manque d'appartenance pour l'équipe, un manque de moments pour échanger et ventiler sur les interventions (Landry et collab., 2018). À Toronto, les policiers de MCIT sont supportés par le sergent de l'unité *Community Response Unit (CRU)*. Toutefois, plusieurs sergents ont admis ne pas se sentir qualifiés pour superviser ces policiers, car leur unité ne répondait pas à des appels en première ligne (Lamanna et collab., 2015, p.22).

Discussion : L'analyse stratégique de Crozier et Friedberg (1977)

À la lumière des résultats, il est évident que le policier et l'intervenant psychosocial sont influencés par la nature et la dynamique des relations qui se forment entre les différents acteurs interdépendants. En analysant ces interactions à l'aide de l'information recueillie en lien avec les facteurs favorables et défavorables à l'atteinte des objectifs, il est possible de mieux comprendre la nature et la dynamique des relations qui se forment entre les acteurs (Barabel, Meier et Taboul, 2013). De plus, une meilleure compréhension de l'interdépendance des acteurs permet de développer de nouvelles pistes de réflexion et d'émettre certaines hypothèses pour améliorer la pratique.

En premier lieu, en relevant les différents facteurs propres aux EM en lien avec la structure organisationnelle, il est possible d'identifier certains facteurs qui influencent les interactions des membres de l'équipe. Le premier concept influençant les comportements stratégiques des acteurs est la structure organisationnelle choisie par chaque équipe

(Barabel, Meier et Taboul, 2013). Du côté de Toronto, l'environnement de MCIT est l'hôpital. L'acteur qui est donc le « visiteur » est le policier (Amin et Bruno, 2021). Du côté de Sherbrooke, l'EMIP a été implanté au poste de police, le « visiteur » est le travailleur social (Choinière-Tran, 2019). Dans les études torontoises, aucun témoignage ne rapporte que les policiers au sein de MCIT se sont sentis exclus ou traités différemment à l'hôpital, contrairement aux études de Sherbrooke qui mentionnent plusieurs fois que l'intégration des travailleurs sociaux au poste de police est difficile. Plusieurs hypothèses pourraient expliquer cette différence (Choinière-Tran, 2019; Landry et collab., 2018).

Premièrement, l'influence de la structure de l'EM qui va définir les relations formelles entre les policiers, intervenants psychosociaux, patrouilleurs et autres acteurs ainsi que les règles qui encadrent leur comportement (Lefevre, 2009). Du côté de l'EMIP, l'équipe est implantée au poste de police. Les policiers de Sherbrooke passent beaucoup de leur temps au poste de police à côtoyer leurs collègues, participer aux rencontres d'équipe et autres (Choinière-Tran, 2019). De plus, les policiers de l'EMIP travaillent majoritairement dans les équipes traditionnelles, car ils alternent chaque semaine avec les autres policiers spécialisés. Malgré que le policier entretienne deux relations formelles, une avec sa nouvelle équipe et l'autre avec son équipe principale, plus de temps est consacré avec les autres policiers. En plus, avec la structure actuelle, les policiers de l'EMIP ont de la difficulté à se côtoyer, les liens sont donc plus difficiles à développer. En conséquent, le sentiment d'appartenance semblerait plus grand envers les collègues du poste de police que ceux de l'EM. En effet, même si le policier EM a des attitudes plus sociales puisqu'il s'est porté volontaire pour l'unité, le fait qu'il passe plus de temps de travail avec les unités policières fait en sorte qu'il est dans son intérêt d'agir et de collaborer avec le reste des membres du poste policier. Dans cette optique, il est possible de supposer que la culture policière dans laquelle évolue le poste réduit la liberté individuelle du policier de l'EMIP de développer une relation et de faire accepter le travailleur social au sein de l'organisation, car sa reconnaissance et légitimité proviennent de son habileté à démontrer sa loyauté à son organisation. Cette relation semble différente au sein de MCIT, parce que l'infirmière n'intègre pas le milieu de l'organisation policière. L'influence du groupe et de leur culture policière n'est donc pas aussi présente dans la dynamique du duo. Aucune étude ne s'est penchée sur l'impact de l'endroit de l'implantation, il est donc impossible de conclure sur

le sujet sans faire des entrevues. Toutefois en analysant les études de l'EMIP et MCIT, il est valide de penser que le lieu de l'implantation de l'EM a une incidence sur la collaboration des acteurs.

La prise de décision ainsi que les actions des membres de l'EM et des patrouilleurs sont aussi influencées par les règlements de leurs organisations (Lefeuve,2009). En effet, la dynamique à l'interne de l'EM est fortement influencée par les règlements et protocoles encadrant la police, le travailleur social et l'infirmière. Du côté du Québec, les policiers doivent, entre autres, respecter la *loi sur la police P-13.1*, la *Loi sur la sécurité civile*, les *règlements municipaux de la Ville de Sherbrooke* et les lois fédérales telles que le *Code criminel du Canada*, la *Charte canadienne des droits et libertés* (Gouvernement du Québec, 2023). De plus, les policiers ont aussi des obligations envers la *Loi sur la protection du malade mental*, qui leur permet de transporter involontairement une personne pour une évaluation psychiatrique (Brisebois, 2019). Les policiers ont donc des obligations de surveillance et d'aide, réglementées par des lois, ce qui peut limiter les options d'intervention ou empêcher une flexibilité d'action. Par exemple, dans une situation de crise où il y a eu une escalade de violence et des menaces, le policier peut choisir d'utiliser son pouvoir légal à faire respecter les lois ou son mandat de santé mentale. Le travailleur social, lui, est encadré par son ordre professionnel. Il n'a pas de mandat de surveillance, sauf certaines exceptions (OTSTCFQ, 2023). C'est cette différence de mandat qui peut causer des conflits entre les membres de l'EMIP (Choinière-Tran, 2019). Habituellement, le policier et le travailleur social vont discuter et négocier l'intervention à privilégier. Un compromis est souvent fait (Choinière-Tran,2019; Lamanna et collab., 2015). Cependant, quand la communication et collaboration n'est pas optimale, la police est l'acteur avec le plus de pouvoir légal. En effet, sa position d'autorité lui permet, s'il le veut, de contourner la demande du travailleur social (Choiniere-Tran, 2019). Toutefois, la police ne peut pas appliquer la P-38, seulement faire le transport, tandis que le travailleur social peut appliquer la P-38 (Brisebois, 2019). Ce qui donne au travailleur social un plus grand pouvoir de négociation lors des situations de crise en lien avec la santé mentale. Du côté de Toronto, la dynamique est similaire, car les policiers ont des pouvoirs semblables au Québec et en Ontario. Toutefois, l'infirmière a beaucoup plus de connaissances médicales sur la santé mentale et sur les manières de naviguer le système (Lamanna et collab.,2015). L'avantage

obtenu grâce aux connaissances et la présence d'un bon réseau de relations professionnelles donnent à l'infirmière une plus grande légitimité pour guider l'intervention et négocier le plan d'action avec son collègue policier, qui a alors un rôle davantage de soutien (Lamanna et collab.,2015). Il serait intéressant d'étudier cette dynamique maintenant que les policiers ont de meilleures connaissances en santé mentale et des ressources. En bref, les EM ne sont efficaces que si les membres de l'équipe peuvent travailler ensemble. Il est donc essentiel que les membres développent une bonne capacité à faire des compromis, à négocier ou à persuader pour le bon fonctionnement du modèle. C'est ce qui s'appelle « le jeu » dans la théorie de l'analyse stratégique (Martin, 2012).

Ce « jeu » entre les acteurs n'est pas seulement important dans les relations internes de l'EM, mais aussi avec ses partenaires, par exemple, les patrouilleurs. Tel qu'expliqué dans les facteurs défavorables, la manque de protocole officiel pour encadrer l'intervention de l'EM a pour conséquence de laisser un plus grand pouvoir décisionnel aux patrouilleurs dans le choix ou non d'inclure l'EM dans leurs interventions (Choinière-Tran, 2019; Iacobucci, 2014). En raison de facteurs externes comme le manque de disponibilité, le manque de financement et de ressources, les patrouilleurs sont encore les intervenants de première ligne à Sherbrooke (Choinière-Tran, 2019). À Toronto, l'organisation a choisi que MCIT n'intervienne qu'en deuxième ligne, donc après l'évaluation des patrouilleurs (Lamanna et collab., 2015). Malgré la structure d'intervention différente, les deux équipes entretiennent une relation d'interdépendance avec les patrouilleurs de leur municipalité. D'une part, les patrouilleurs semblent influencés par leur propre intérêt. Ils expriment ne pas être équipés pour répondre adéquatement aux situations de crises (Iacobucci, 2014 ; Landry et collab., 2018). Il y a donc une motivation à déléguer cette partie du travail aux équipes spécialisées. Il est possible de supposer que le manque de connaissances en santé mentale des patrouilleurs et l'intérêt personnel de répondre à des appels plus traditionnels du rôle de la police les motivent à faire appel à l'EM. En effet, il a été mentionné que les patrouilleurs veulent répondre rapidement au prochain appel, ce qui peut être difficile quand une personne vit une détresse psychologique (Lamanna et collab., 2015). D'autre part, le manque de disponibilité de l'EM, le manque de ressources pour prendre en charge la personne dans la communauté et le peu de temps d'interaction entre les patrouilleurs et l'EM peut avoir l'effet contraire sur leur prise de décision à faire appel aux EM (Choinière-

Tran, 2019; Iacobucci, 2014). Effectivement, si le patrouilleur ne perçoit pas les gains personnels de faire appel à l'EM, il y a une plus grande probabilité de ne pas le faire. De plus, aucune obligation légale ne le force à solliciter l'intervention de l'EM. Les patrouilleurs reçoivent des suggestions ou recommandations de leur supérieur (Choinière-Tran, 2019; Lamanna et collab., 2015). En grande partie, les EM sont dépendantes de l'intérêt des patrouilleurs à faire appel à leurs services.

Cependant, les patrouilleurs sont également influencés par les motivations et la vision de leurs supérieurs. Les EM ne sont donc pas seulement une relation d'interdépendance avec les patrouilleurs, mais aussi avec les sergents policiers et les autres gestionnaires. À Sherbrooke, peu d'information est disponible sur l'implication et l'influence des sergents et des gestionnaires (Choinière-Tran, 2019; Landry et collab., 2018). Toutefois, d'après ce que la littérature relève, la pression que ceux-ci peuvent exercer sur les patrouilleurs et les autres membres de l'organisation peut augmenter et/ou diminuer l'utilisation de l'EM (Bailey et colla., 2018). Les études torontoises ont permis de mieux comprendre l'implication des gestionnaires, des sergents et du comité directeur dans la structure de MCIT. Il est donc possible d'établir une tendance sur l'influence positive que l'arrimage de philosophie des différents acteurs peut avoir sur l'EM. En effet, il semblerait que la collaboration du représentant de la police et de l'hôpital au sein du comité directeur incite les membres de leur organisation respectives à reproduire cet esprit collaboratif (Lamanna et collab., 2015). D'où l'importance de s'assurer qu'autant les représentants administratifs que les professionnels terrains ont des intérêts similaires par rapport au projet d'EM, puisque leur vision a un effet domino sur les autres acteurs. De plus, il est possible de supposer que le manque de représentativité d'un des acteurs donne un avantage considérable quand il est le temps de négocier ou prendre une décision. Dans la logique que chaque acteur veut de protéger les intérêts de son organisme, si le représentant des travailleurs sociaux ou de la clientèle n'est pas invité aux discussions et comités, leurs intérêts seront probablement peu pris en considération (Barabel, Meier et Teboul, 2013; Bouchard et collab., 2017; Thibault, 2019). Il serait intéressant d'étudier l'impact de ce manque de représentativité administrative surtout présent à Sherbrooke pour valider l'hypothèse que cela favorise la prise de décision pour un acteur en particulier.

Deuxièmement, un autre concept clé qui influence les décisions des acteurs, est la disponibilité des ressources dans l'organisation, leur répartition et la manière dont elles sont utilisées pour influencer les décisions et les actions des autres acteurs (Martin, 2012). Encore une fois, sans entrevue il est difficile de savoir exactement comment les ressources sont divisées entre les acteurs. Toutefois, d'après l'information disponible sur les budgets financiers et les ressources allouées chaque année, l'organisation de la police semble avoir le plus ressources humaines, matérielles et financières. Effectivement, puisque les policiers sont des premiers répondants et ils ont un mandat de protection pour tous les citoyens et beaucoup de ressources leur sont allouées. En effet, à Toronto le budget pour les services policiers est une des plus grandes dépenses de la municipalité (Jones, 2022) Nous supposons donc que le budget va déterminer le type et le nombre de ressources disponibles. Les services de police ont plus d'équipement et d'employés, ils sont donc capables de répondre à plus d'appels de crise car ils sont plus nombreux et disponibles en tout temps. Il y arrive que l'EM soit sollicitée en même temps pour plusieurs demandes, à cause du manque de disponibilité, le duo doit choisir auprès de qui intervenir en priorité (Choinière-Tran, 2019; Lamanna et collab.,2015). Les patrouilleurs doivent intervenir auprès des PEMP pas seulement parce que l'EM ne travaille pas 24h sur 24h, mais aussi parce qu'il n'y a pas assez d'équipes disponibles durant leurs quarts de travail (Lamanna et collab., 2015). Le manque de ressources de l'EM peut avoir comme impact la diminution de leur sollicitation, car il est plus rapide pour les patrouilleurs de faire l'intervention eux-mêmes qu'attendre que l'EM se libère (Choinière-Tran, 2019). Un des grands facteurs de motivation pour les patrouilleurs à utiliser l'EM est de pouvoir être libéré rapidement pour répondre à d'autres appels. Il semble essentiel que l'EM aille les ressources permettant d'intervenir rapidement auprès de la clientèle.

Le manque de ressources dans la communauté et le manque de lits en psychiatrie ont aussi une incidence sur la prise de décisions des EM et des patrouilleurs. Effectivement, si les ressources pour prendre en charge la personne sont incomplètes ou inexistantes, la prise de décision des acteurs peut en être affectée. Par exemple, au-delà de certaines résistances des policiers à changer leurs manières d'intervenir, certains témoignages exprimaient le manque d'options d'intervention qui laissaient peu de d'alternatives aux patrouilleurs à la judiciarisation de la PEMP (Choinière-Tran, 2019; Iacobucci, 2014). Aussi, les membres

de l'EM témoignent qu'ils doivent référer des PEMP à des ressources plus ou moins adéquates pour leurs besoins faute de ressources adaptées à leurs besoins complexes (Choinière-Tran, 2019). De plus, il est difficile d'expliquer pourquoi l'EMIP a des travailleurs sociaux 4 jours par semaine, alors que les policiers de l'équipe sont disponibles 7 jours par semaine, mais l'hypothèse serait la disponibilité du budget (Radio-Canada, 2019). Il serait intéressant d'étudier la différence d'efficacité et d'efficience des duos policier-travailleur social et les duos policiers formés en santé mentale.

Enfin, le dernier concept clé de l'analyse stratégique est les enjeux qui sont caractérisés par les objectifs et les intérêts de chaque acteur qui sont en conflits (Lefevre, 2009). L'enjeu le plus conflictuel entre le policier et l'intervenant psychosocial semble être la différence d'objectif de l'intervention (Lamanna et collab., 2015; Landry et collab., 2018). D'un côté le policier a tendance à vouloir neutraliser la situation alors que l'intervenant psychosocial veut gérer la crise. Cette divergence de but peut créer des conflits (Choinière-Tran, 2019). Par exemple, une priorité pour le policier est de sécuriser les lieux alors que pour l'intervenant, c'est de faire un premier contact avec la PEMP. Le policier est donc souvent peu flexible sur le niveau de risque toléré (Iacobucci, 2014). L'intervenant aimerait souvent pouvoir intervenir plus tôt, parce que son évaluation du risque est différente vu ses connaissances en santé mentale. De plus, tel que mentionné dans les facteurs défavorables, les policiers ont peu d'intérêt à aider les personnes qui démontrent des comportements désorganisés, qui ne veulent pas s'aider et qui sont arrogantes (Choinière-Tran, 2019). Cette intolérance est dysfonctionnelle avec la clientèle qui est en crise et qui peut fréquemment avoir ce type de comportement. Le travailleur social ou l'infirmière sont plus habitués à reconnaître ce type de comportement comme un symptôme de la maladie et ils ont donc une approche différente et démontrent plus d'empathie (Choinière-Tran, 2019; Lamanna et collab., 2015). Le conflit est problématique, encore une fois, quand il est impossible pour les acteurs de faire des compromis entre leurs intérêts et leurs objectifs. Les comportements individuels du policier et de l'intervenant psychosocial sont premièrement motivés par l'intérêt de répondre aux attentes de leurs organisations. C'est pourquoi au début de l'implantation du projet, on note beaucoup de frustration entre les membres de l'équipe (Landry et collab., 2018; Iacobucci, 2014). En effet, quand un policier utilise sa position d'autorité pour imposer ses intérêts et

sa manière de faire, la collaboration professionnelle est brisée et cela empêche une intervention fluide et l'atteinte des objectifs globaux de l'équipe. Il serait donc intéressant d'étudier comment les compromis entre les acteurs sont réalisés et comment les intérêts de chacun peuvent tout de même être respectés.

Conclusion

Cette recherche avait pour but d'identifier les facteurs favorables et défavorables à l'atteinte des objectifs des équipes mixtes créées pour intervenir auprès des PEMP en situation de crise. Pour cette étude, la stratégie d'analyse de contenu a été choisie pour extraire les données souhaitées. Il n'y a pas eu d'entrevue possible, car les processus de demande d'éthique et le recrutement étaient impossibles pour les délais de production de ce mémoire. Compte tenu du fait que les résultats viennent d'une analyse de contenu, ils ne peuvent pas être généralisés. Toutefois, les données recensées dans ce mémoire permettent d'identifier des sujets de recherche intéressants pour continuer à développer la compréhension du fonctionnement et de l'efficacité du modèle de l'équipe mixte. À la lumière de cette recherche, les facteurs favorables à l'atteinte des objectifs de l'EM sont en lien avec les compétences interpersonnelles des membres de l'équipe, la structure de l'organisation, les formations de santé mentale, l'uniforme, la collaboration, les ressources disponibles et les facteurs légaux qui encadrent l'EM. Du côté des facteurs défavorables, il semblerait que le financement, les formations, les barrières légales, la culture policière et les limites de collaboration limitent l'atteinte des buts du modèle EM.

Cette recherche tentait de développer la compréhension des facteurs engendrant des résultats mitigés dans les études réalisées jusqu'à présent. D'après l'analyse et les conclusions tirées dans la discussion à l'aide de l'analyse stratégique, les résultats varient notamment parce que les facteurs influençant la décision des différents acteurs sont spécifiques au lieu d'implantation, à la structure de l'organisation et à la culture policière. D'une part, il est positif que le modèle ait la flexibilité de s'adapter aux besoins de la clientèle de sa région. D'autre part, le manque de standardisation du modèle fait en sorte qu'il est impossible de développer un guide des meilleures pratiques ou d'implantation de l'approche. Certaines erreurs et difficultés semblent se répéter lors de chacune des

implantations. Par exemple, le manque de clarté du mandat, la question du port ou non de l'uniforme policier et le manque de disponibilité de l'équipe. En standardisant une structure, il serait peut-être possible d'implanter de manière plus efficace le modèle. Il serait intéressant d'étudier les manières de standardiser l'approche tout en laissant une flexibilité pour l'adapter au contexte et aux besoins spécifiques de la clientèle.

Finalement, cette étude n'est pas sans limite. J'aurais aimé pouvoir faire des entrevues avec les policiers et les intervenants psychosociaux ainsi que la clientèle pour répondre de manière plus précise à ma question de recherche. De plus, les entrevues auraient permis d'identifier plus facilement les relations d'interdépendance entre les acteurs. Sans ces contacts directs avec les acteurs impliqués, il demeure difficile de comprendre ce qui motive leurs actions en contexte d'intervention. De plus, l'analyse de contenu a été faite à partir d'un très petit échantillon. L'inclusion de plus d'articles et de plus d'EM au Canada amènerait une analyse et des résultats plus riches qui permettraient de faire des recommandations mieux appuyées. Pour l'instant, il est difficile de savoir si le modèle EM est vraiment la solution pour une meilleure gestion de l'intervention auprès des PEMP. Les membres de l'EM sont confrontés aux mêmes problèmes que les autres professionnels, le système de service social et de santé n'est pas capable de répondre dans des délais raisonnables aux besoins de la population. Tout porte à croire que les interventions problématiques des policiers envers les PEMP sont causées par le manque de formation en santé mentale des policiers, mais aussi par le manque d'accessibilité des services et des soins en santé mentale et ce, autant dans le système public que privé et communautaire. Je pense que malgré la bonne volonté des acteurs, sans un système de santé adéquat, l'intervention du modèle EM ne sera jamais optimale, car il n'est qu'une petite pièce du système.

Annexe

Annexe I : Concepts de recherche

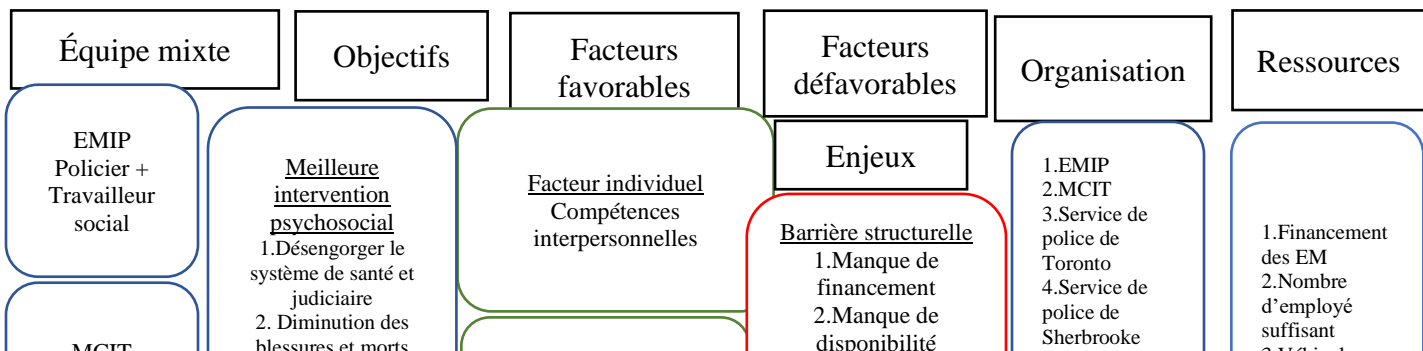
Quels sont les facteurs favorables et défavorables à l'atteinte des objectifs des équipes mixtes ?
Concepts

Facteurs favorables	Facteurs défavorables	Objectifs	Équipe mixte
Facilitateurs	Barrières	Meilleure gestion de la santé mentale	Équipe spécialisée en santé mentale
Propices	Désavantageux	Diminution des blessures lors des interventions	Policier + travailleur social
Positif	Négatif	Diminution de la criminalisation de la santé mentale	Policier+ intervenant psychosocial
Loi	Loi	Diminution du temps d'attente à l'urgence	Équipe multidisciplinaire en santé mentale
Interactions	Interactions		
Critères/ protocoles	Critères/ protocoles		
Ressources	Ressources		

Concepts : Analyse stratégique

La structure de l'organisation	Les ressources disponibles	Les enjeux
Équipe mixte	Financement	Motifs personnels
Institution policière	Transport	Intérêt
P-38	Formation	Objectifs des policiers
Loi sur la santé mentale	Connaissance	Objectifs des travailleurs sociaux
Code civil, Code criminel	Employés	
Ordre des travailleurs sociaux	Partenariat	
Syndicat	Horaire	
Protocole		

Annexe II : Arbre de catégories



Bibliographie

- Adelman, J. (2003). *Study in Blue and Grey: Police Interventions with People with Mental Illness: A Review of Challenges and Responses*. Canadian Mental Health Association/Association canadienne pour la santé mentale, BC Division.
- Agence de la santé publique du Canada. (2022, juin 3). *Maladie mentale* [Éducation et sensibilisation]. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies-chroniques/maladie-mentale.html>
- Amin, F., et Bruno, J. (2021). *Toronto Police expanding mobile crisis teams*. Toronto City News. <https://toronto.citynews.ca/2021/04/28/toronto-police-expanding-mobile-crisis-teams/>
- Anderssen, E. (2020). Half of Canadians have too few local psychiatrists, or none at all. How can we mend the mental-health gap. *The Globe and Mail*.
- Association Canadienne de Santé Mentale. (s. d.). *History of CMHA*. Consulté 6 juin 2023, à l'adresse <https://ontario.cmha.ca/about-cmha/history-of-cmha/>
- Bailey, K., Paquet, S. R., Ray, B. R., Grommon, E., Lowder, E. M., et Sightes, E. (2018). Barriers and facilitators to implementing an urban co-responding police-mental health team. *Health & Justice*, 6(1), 21. <https://doi.org/10.1186/s40352-018-0079-0>
- Barabel, M., Meier, O., & Teboul, T. (2013). Chapitre 4. L'école de l'analyse stratégique des organisations. In *Les fondamentaux du management: Vol. 2e éd.* (p. 71-95). Dunod; Cairn.info. <https://www.cairn.info/les-fondamentaux-du-management--9782100589319-p-71.htm>
- Bardin, L. (2013). Chapitre premier. Organisation de l'analyse. Dans : L. Bardin, *L'analyse de contenu* (pp. 125-133). Paris cedex 14: Presses Universitaires de France.
- Balfour, M. E., Hahn Stephenson, A., Delany-Brumsey, A., Winsky, J., et Goldman, M. L. (2022). Cops, Clinicians, or Both? Collaborative Approaches to Responding to Behavioral Health Emergencies. *Psychiatric Services*, 73(6), 658-669. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.202000721>
- Beaudette, J.N., Power, J., et Stewart, L. A. (2015). La prévalence nationale des troubles mentaux chez les délinquants de sexe masculin sous responsabilité fédérale nouvellement admis (Rapport de recherche, R-357). Ottawa (Ontario) : Service correctionnel du Canada.
- Bittner, E. (1967). Police discretion in emergency apprehension of mentally ill persons. *Social problems*, 14(3), 278-292.

- Bouchard, P., Savard, J., Savard, S., Vézina, S., et Drolet, M. (2017). Des connaissances nouvelles pour des services en français de qualité et sécuritaires à l'intention des communautés francophones en situation minoritaire, Conclusion. *Accessibilité et offre active: Santé et services sociaux en contexte linguistique minoritaire*, 408-446.
- Brady, M. (2022, avril 21). *1 in 4 Ontarians access mental health help : The highest rate during the pandemic*. CMHA. <https://cmhaww.ca/1-in-4-ontarians-access-mental-health-help-the-highest-rate-during-the-pandemic/>
- Brisebois, D. (2019). *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*. [Thèse en maîtrise, Université Montréal]. Papyrus. <https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/23280>
- Brown, G., J. Barker, K. McMillan, R. Norman, D. Derkzen et L. Stewart. (2018). Prévalence nationale des troubles mentaux chez les délinquantes sous responsabilité fédérale : échantillon de la population carcérale (R-406). Ottawa (Ontario) : Service correctionnel du Canada.
- Blais, E., Landry, M., Elazhary, N., Carrier, S., et Savard, A.-M. (2022). Assessing the capability of a co-responding police-mental health program to connect emotionally disturbed people with community resources and decrease police use-of-force. *Journal of Experimental Criminology*, 18(1), 41-65. <https://doi.org/10.1007/s11292-020-09434-x>
- Blais, M., et Martineau, S. (2006). L'analyse inductive générale : Description d'une démarche visant à donner un sens à des données brutes. *Recherches qualitatives*, 26(2), 1-18. <https://doi.org/10.7202/1085369ar>
- Canadian Mental Health Association. (2018). Mental health in the balance: Ending the health care disparity in Canada. *Canadian Mental Health Association*.
- Canadian Mental Health Association (CMHA). (2023). *Justice Services*. <https://ontario.cmha.ca/documents/justice-services/>
- Caputo, T., et Vallée, M. (2003). *Vers une vision d'avenir des corps policiers du Canada : Les services de police essentiels et la prévention du crime*. Sécurité publique et Protection civile Canada. <https://www-securitepublique-gc-ca.proxy.bib.uottawa.ca/lbrr/archives/hv%207935%20c37%202003-fra.pdf>
- Cardinal, C., et Laberge, D. (1999). Le système policier et les services de santé mentale. *Santé mentale au Québec*, 24(1), 199-220.
- Cecco, L. (2020, juin 5). Canada police under scrutiny after two women die after encounters with officers. *The Guardian*. <https://www.theguardian.com/world/2020/jun/05/canada-police-under-scrutiny-after-two-women-die-after-encounters-with-officers>

- Cecco, L. (2018, décembre 10). Black Toronto residents 20 times more likely to be shot dead by police, study says. *The Guardian*.
<https://www.theguardian.com/world/2018/dec/10/toronto-black-residents-more-likely-shot-dead-ontario-human-rights-commission-report>
- Chaimowitz, G. (2012). The criminalization of people with mental illness. *Canadian Journal of Psychiatry*, 57(2),1-6.
- Choinière-Tran, K. (2019). *La mise en scène de l'intervention psychosociale en contexte de crise : Ethnographie d'un partenariat « policier-travailleur social »*. [Thèse de maîtrise, Université de Montréal]. Papyrus.
<https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/22468>
- Code de déontologie des policiers du Québec appliqué*. (2008). Commissaire à la déontologie policière.<https://numerique.banq.qc.ca/patrimoine/details/52327/1902925?docpos=5>
- Code de déontologie des policiers du Québec*. (2021). Canlii; CanLII.
<https://www.canlii.org/fr/qc/legis/regl/rlrq-c-p-13.1-r-1/derniere/rlrq-c-p-13.1-r-1.html>
- Commissaire à la déontologie policière du Québec. (2021). *Rapport annuel de gestion 2021-2022*.https://deontologiepoliciere.gouv.qc.ca/fileadmin/contenu/publications/RAG_2021_2022_COMDP_VF_20221031.pdf
- Commission canadienne des droits de la personne. (2020). *Open letter calling for a national strategy*. <https://www.chrc-ccdp.gc.ca/en/resources/open-letter-calling-a-national-strategy>
- Compton, T. M., Bakeman, R., Broussard, B., D'Orio, B., et C Watson, A., (2017). Police officers' volunteering for (rather than being assigned to) Crisis Intervention Team (CIT) training: Evidence for a beneficial self-selection effect. *Behavioral Sciences & the Law*, 35(5–6), 470– 479.
- Coleman, T. G., et Cotton, D. H. (2010). Reducing risk and improving outcomes of police interactions with people with mental illness. *Journal of Police Crisis Negotiations*, 10(1-2), 39-57
- Collège National de Pharmacologie Médicale. (2022). **Antipsychotiques : Les points essentiels*. pharmacomedicale. <https://pharmacomedicale.org/medicaments/par-specialites/item/antipsychotiques-les-points-essentiels>
- Cotton, D., et Coleman, T. (2008), A Study of Police Academy Training and Education for New Police Officers Related to Working with People with Mental Illness. *Canadian Alliance on Mental Illness and Mental Health*, Ottawa, ON.
- De Bonville, J. (2006). Chapitre 1. Définition et domaines d'application. Dans: J. de Bonville, *L'analyse de contenu des médias: De la problématique au traitement statistique* (pp. 9-33). Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur.

- Dean, C., Lumb, R., Proctor, K., Klopovic, J., Hyatt, A., et Hamby, R. (2000). *Social Work and Police Partnership: A Summons to the Village Strategies and Effective Practices / Office of Justice Programs* [Gouvernemental]. U.S Department of Justice Office of Justice Programs. <https://www.ojp.gov/ncjrs/virtual-library/abstracts/social-work-and-police-partnership-summons-village-strategies-and#additional-details-0>
- Dietzel, M. (2020). *The Albuquerque Crisis Intervention Model: Training, Responders, and Application*. New Mexico Legislature <https://www.nmlegis.gov/handouts/BHS%20082020%20Item%204%20Albuquerque%20Crisis%20Intervention%20Model.pdf>
- Doré, I. et Caron, J. (2017). Santé mentale : concepts, mesures et déterminants. *Santé mentale au Québec*, 42(1), 125–145. <https://doi-org.proxy.bib.uottawa.ca/10.7202/1040247ar>
- Dorvil, H. (2005). Nouveau plan d'action : Quelques aspects médicaux, juridiques, sociologiques de la désinstitutionnalisation. *Cahiers de recherche sociologique*, 41-42, 209-235. <https://doi.org/10.7202/1002467ar>
- Duxbury, L., Bennell, C., Halinski, M., et Murphy, S. (2018). Change or be changed: Diagnosing the readiness to change in the Canadian police sector. *The Police Journal*, 91(4), 316-338.
- Dyck, E. (2011). Dismantling the Asylum and Charting New Pathways into the Community: Mental Health Care in Twentieth Century Canada. *Histoire sociale / Social History* 44(2), 181-196. [doi:10.1353/his.2011.0016](https://doi.org/10.1353/his.2011.0016).
- Erickson, B.H. (1979) 'Some problems of inference from chain data', *Sociological Methodology*, Vol. 10, pp. 276-302.
- Fisher, W. H., Silver, E., et Wolff, N. (2006). Beyond Criminalization: Toward a Criminologically Informed Framework for Mental Health Policy and Services Research. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 33(5), 544-557. <https://doi.org/10.1007/s10488-006-0072-0>
- 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.
- Foucault, M. (2001), « La folie et la société », *Dits et Écrits*, I, Paris, Éditions Gallimard, pp. 996-1003.
- Gauthier, E. (2007). Bilan de la méthodologie de recherche utilisée dans les études en loisir : analyse de contenu d'articles empiriques publiés dans quatre revues scientifiques en 2002. [Mémoire, Université du Québec à Trois-Rivières], *Cognito le dépôt institutionnel de l'UQTR*. <https://depot-e.uqtr.ca/id/eprint/1220/1/030015017.pdf>

- Ghelani, A., Douglin, M., et Diebold, A. (2022). Effectiveness of Canadian police and mental health co-response crisis teams : A scoping review. *Social Work in Mental Health*, 0(0), 1-15. <https://doi.org/10.1080/15332985.2022.2074283>
- Goldstein, L. (2020, June 25). *Mayor's reform plan better than 'defund the police' rhetoric*. Toronto Sun. <https://torontosun.com/opinion/columnists/goldstein-mayors-reform-plan-better-than-defund-the-police-rhetoric>
- Gouvernement du Québec. (2023). - *Loi sur la police*. LégisQuébec. <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/p-13.1>
- Gouvernement du Québec.(2023). *Loi sur la protection du malade mental, Chapitre P-41*.Légis Québec, <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/lc/p-41>.
- Gouvernement du Québec. (2020). - *Code de déontologie des membres de l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec*. LégisQuébec. <https://www.legisquebec.gouv.qc.ca/fr/document/rc/C-26,%20r.%20286.1%20/>
- Gouvernement Ontario. (2014, juillet 24). *Law Document French View*. Ontario.ca. <https://www.ontario.ca/fr/lois/view>
- Halpern, C. (2013). Histoire de la folie à l'âge classique. Dans : Catherine Halpern éd., *Pensées rebelles: Foucault, Derrida, Deleuze* (pp. 41-46). Auxerre: Éditions Sciences Humaines. <https://doi-org.proxy.bib.uottawa.ca/10.3917/sh.colle.2013.02.0041>
- Hristova, B. (2022, mai 13). *Hamilton police use virtual reality to improve response to people in mental health crises*. CBC. <https://www.cbc.ca/news/canada/hamilton/virtual-reality-training-mental-health-police-1.6451011>
- Huppert, D., et Griffiths, M. (2015). Police mental health partnership project: police ambulance crisis emergency response (PACER) model development. *Australasian Psychiatry*, 23(5), 520-523.
- Iacobucci, F. (2014). *Police encounters with people in crisis/an independent review conducted by the Honourable Franl Iacobucci for Chief of Police William Blair, Toronto Police Service*. [Gouvernemental]. Public Safety Canada. <https://www.publicsafety.gc.ca/cnt/rsrscs/lbr/ctlg/dtls-en.aspx?d=PS&i=80581693>
- Johnston, L., et Sabin, K. (2010). Échantillonnage déterminé selon les répondants pour les populations difficiles à joindre. *Methodological Innovations Online*, 5, 38.2-48. <https://doi.org/10.4256/mio.2010.0017a>
- Johnson, J. S. (2022, avril 25). *Toronto Police launch 911 mental health call diversion pilot with the Gerstein Crisis Centre*. The Toronto Observer. <https://torontoobserver.ca/2022/04/25/toronto-police-launch-911-mental-health-call-diversion-pilot-with-the-gerstein-crisis-centre/>

Jones, R. P. (2022, octobre 21). *The police budget is one of Toronto's largest expenses. Here's what you need to know about it* | CBC News. CBC.
<https://www.cbc.ca/news/canada/toronto/toronto-police-spending-1.6623747>

Khalsa, H. M. K., Denes, A. C., M. Pasini-Hill, D., Santelli, J. C., et Baldessarini, R. J. (2018). Specialized police-based mental health crisis response: the first 10 years of Colorado's crisis intervention team implementation. *Psychiatric services*, 69(2), 239-241.

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. <https://doi.org/10.1177/070674371005501005>

Knaak, S., Mantler, E., et Szeto, A. (2017). Mental illness-related stigma in healthcare: Barriers to access and care and evidence-based solutions. *Healthcare management forum*, 30(2), 111–116. <https://doi-org.proxy.bib.uottawa.ca/10.1177/0840470416679413>

Koziarski, J., O'Connor, C., et Frederick, T. (2020). Policing Mental Health: The Composition and Perceived Challenges of Co-Response Teams and Crisis Intervention Teams in the Canadian Context. In *CrimRxiv*. <https://doi.org/10.21428/cb6ab371.032b351b>

Klein, A. (2017). De la scientificité de la psychiatrie francophone. Unité linguistique et continuité historique des représentations de la santé mentale au Québec entre 1948 et 1960. *Histoire, économie & société*, 36, 76-89. <https://doi-org.proxy.bib.uottawa.ca/10.3917/hes.171.0076>

Laberge, D., et Morin, D. (2001). La criminalisation de la maladie mentale [Revue Relations]. *La criminalisation de la maladie mentale*. Consulté 10 mai 2023, à l'adresse <https://cjf.qc.ca/revue-relations/publication/article/la-criminalisation-de-la-maladie-mentale/>

Lamanna, D., Kirst, M., Shapiro, G., Matheson, F., Nakhost, A., et Stergiopoulos, V. (2015). Toronto Mobile Crisis Intervention Team (MCIT): Outcome evaluation report. *Centre for Research on Inner City Health*, 58.

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(2), 891-900. <https://doi.org/10.1111/inm.12384>

Lamb, H. R., Shaner, R., Elliott, D. M., Decuir, W. J., et Foltz, J. T. (2001). Outcome for psychiatric emergency patients seen by an outreach police–mental health team. *New directions for mental health services*, 2001(90), 67-76.

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, Rapport de recherche, 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, 140p.

Lefevre, G. (2009). Comprendre et expliquer le travail collectif des enseignants au travers de l'analyse stratégique de l'action: le cas de l'élaboration d'un dispositif pédagogique inter-classes au sein de l'école primaire. *Revue des Hautes Ecoles Pédagogiques et institutions assimilées de Suisse romande et du Tessin*, 8, 153-172.

Lemay, V. (2018). ÉMIP : Équipe mobile d'intervention psychosociale - Journal de rue. *Journal de rue de l'Estrie*. <https://www.jdrestrie.ca/2018/10/01/emip-equipe-mobile-dintervention-psychosociale/>

Leray, C. (2008). *L'analyse de contenu : de la théorie à la pratique : La méthode Morin-Chartier*. Presses de l'Université du Québec.

L'histoire du maintien de l'ordre au Canada. (2019, août 13). Université Wilfrid Laurier. https://online-wlu-ca.translate.google.com/news/2019/08/13/history-policing-canada?x_tr_sl=en&x_tr_tl=fr&x_tr_hl=fr&x_tr_pto=sc

Marcoux, J., et Nicholson, K. (2018, avril 5). *Deadly force*. CBC News. <https://newsinteractives.cbc.ca/longform-custom/deadly-force>

Marcus, N., et Stergiopoulos, V. (2022). Re-examining mental health crisis intervention: A rapid review comparing outcomes across police, co-responder and non-police models. *Health & Social Care in the Community*, 30(5), 1665-1679. <https://doi.org/10.1111/hsc.13731>

Martin, D. (2012). L'analyse stratégique en perspective: Retour sur la sociologie des organisations de Michel Crozier. *Revue européenne des sciences sociales*, 2, 93-114.

McClelland, A., Crosby, A., et Sharpe, T. L. (2023, avril 18). *Data shows that police-involved deaths in Canada are on the rise*. The Conversation. <http://theconversation.com/data-shows-that-police-involved-deaths-in-canada-are-on-the-rise-201443>

Moroz, N., Moroz, I., et D'Angelo, M. S. (2020). Mental health services in Canada : Barriers and cost-effective solutions to increase access. *Healthcare Management Forum*, 33(6), 282-287. <https://doi.org/10.1177/0840470420933911>

Morley, L., et Cashell, A. (2017). Collaboration in health care. *Journal of medical imaging and radiation sciences*, 48(2), 207-216.

Munetz, M. R., et Griffin, P. A. (2006). Use of the Sequential Intercept Model as an Approach to Decriminalization of People With Serious Mental Illness. *Psychiatric Services*, 57(4), 544-549. <https://doi.org/10.1176/ps.2006.57.4.544>

- Neatby, H. (2021). William Lyon Mackenzie King. Dans *l'Encyclopédie Canadienne*. Repéré à <https://www.thecanadianencyclopedia.ca/fr/article/william-lyon-mackenzie-king>
- OCSWSSW. (2023). *Possibilités d'emploi*. <https://www.ocswssw.org/fr/lordre-en-bref/possibilites-demploi/>
- OCSWSSW. (2023). *Loi et règlements*. <https://www.ocswssw.org/fr/lordre-en-bref/loi-et-reglements/>
- Ormston, E. F. (2010). La criminalisation des personnes ayant des problèmes de santé mentale. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 29(2), 11-18. <https://doi.org/10.7870/cjcmh-2010-0015>
- Otero, M. (2010). Le fou social et le fou mental : Amalgames théoriques, synthèses empiriques et rencontres institutionnelles. *SociologieS*. <https://doi.org/10.4000/sociologies.3268>
- OTSTCFQ. (2023). *Règlements*. <https://www.otstcfq.org/l-ordre/publications-et-reglements/reglements/>
- PACER and the Mental Health, Emergency, Ambulance and Police Collaboration*. (2016, avril ,21). Australian Capital Territory Policing. <https://www.police.act.gov.au/about-us/programs-and-partners/pacer-and-mental-health-emergency-ambulance-and-police-collaboration>
- Paillé, P. et Mucchielli, A. (2021). L'analyse thématique. Dans P. Paillé & A. Mucchielli (Dir), *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (pp. 269-357). Paris: Armand Colin.
- Paradis, (1998). L'asile, de 1845 à 1920. Dans Normand Séguin (Édit.). *L'institution médicale*. (pp.37-76). Québec, Québec : Les presses de l'université Laval.
- Puntis, S., Perfect, D., Kirubarajan, A., Bolton, S., Davies, F., Hayes, A., Harriss, E., et Molodynski, A. (2018). A systematic review of co-responder models of police mental health 'street' triage. *BMC psychiatry*, 18(1), 256. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1836-2>
- Québec. (1962). *Rapport de la Commission d'étude des hôpitaux psychiatriques (Rapport Bédard)*, Québec, Ministère de la Santé.
- Radio-Canada. (2019). *L'équipe mobile d'intervention sociale maintenant en action en tout temps à Sherbrooke*. ICI. Radio-Canada; Radio-Canada.ca. <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1216690/equipe-mobile-intervention-sociale-emip-police-sherbrooke>
- Ritter, C., Teller, J. L. S., Marcussen, K., Munetz, M. R., et Teasdale, B. (2011). Crisis intervention team officer dispatch, assessment, and disposition : Interactions with

- individuals with severe mental illness. *International Journal of Law and Psychiatry*, 34(1), 30-38. <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2010.11.005>
- Robert, A. et Bouillaguet, A. (2007). Chapitre II. Méthodologie générale de l'analyse de contenu et application à un exemple. Dans : André Désiré Robert éd., *L'analyse de contenu* (pp. 24-46). Paris cedex 14: Presses Universitaires de France.
- Roberts, K., et Brennan, B. (2021, février 3). *Police Intervention and Wellness Checks*. Public Safety Canada. <https://www.publicsafety.gc.ca/cnt/trnsprnc/brfng-mtrls/prlmntry-bndrs/20201119/025/index-en.aspx>
- Rodriguez, V. M. (2016). *The Impact of Psychiatric Emergency Response Team (PERT) Training on Law Enforcement Officers on Time and Disposition Responding to Mental Health Related Emergencies in Urban, Suburban, and Rural Communities*. <https://www-proquest-com.proxy.bib.uottawa.ca/dissertations-theses/impact-psychiatric-emergency-response-team-pert/docview/1801724771/se-2>
- 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.
- Roy, M. (2013). L'individualisation et la médicalisation du travail social dans le domaine de la « santé mentale ». *Reflets: Revue d'intervention sociale et communautaire*, 19(1), 226. <https://doi.org/10.7202/1018047ar>
- Samulowitz, A., Gremyr, I., Eriksson, E., et Hensing, G. (2018). “Brave men” and “Emotional women”: A theory-guided literature review on gender bias in health care and gendered norms towards patients with chronic pain. *Pain Research & Management : The Journal of the Canadian Pain Society*, 2018, 14.
- Saint-Arnaud, J. (2001). Désinstitutionnalisation et responsabilité de l'État dans l'accessibilité aux services en santé mentale au Québec. *Éthique publique. Revue internationale d'éthique sociétale et gouvernementale*, vol. 3, n° 1, Art. 3, n° 1. <https://doi.org/10.4000/ethiquepublique.2622>
- Schneider, R.D. (2010). Mental health courts and diversion programs: A global survey. *International Journal of Law and Psychiatry*, 33(4), 201-206.
- Shapiro, G., Cusi, A., Kirst, M., O'Campo, P., Nakhost, A., et Stergiopoulos, V. (2014). Co-responding Police-Mental Health Programs : A Review. *Administration and policy in mental health*, 42. <https://doi.org/10.1007/s10488-014-0594-9>
- Shearing, C., Stenning, P., et Bruin, T. (2013). *La police au Canada*. L'encyclopédie Canadienne. <https://www.thecanadianencyclopedia.ca/fr/article/police>
- Shepherd, J. P., et Sumner, S. A. (2017). Policing and Public Health—Strategies for Collaboration. *JAMA*, 317(15), 1525-1526. <https://doi.org/10.1001/jama.2017.1854>

- Smith, T. (2023). *Formation of a Mental Health Co-Responder Unit* (Thesis, Concordia University, St. Paul). Récupéré à https://digitalcommons.csp.edu/criminal-justice_masters/23
- SPVM. (2023). *Le SPVM lance l'opération recrutement : Diversité ou profil social*. <https://spvm.qc.ca/fr/Communiques/Details/15534>
- Statistique Canada. (2022, avril 20). *Statistiques sur les services correctionnels pour les adultes et les jeunes, 2020-2021*. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/220420/dq220420c-fra.htm>
- Statistique Canada. (2020, septembre 21). *La maladie mentale au Canada—Infographie* [Gouvernement du Canada]. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/maladies-et-affections/maladie-mentale-canada-infographie.html>
- Thibault, J. F. (2019). Étude du projet Énergie Est de l'entreprise TransCanada à l'aide de l'analyse stratégique de Crozier et Friedberg. *Mémoire*. Repéré à <https://biblos.hec.ca/biblio/memoires/m2019a614617.pdf>.
- Thompson, J. (2021). *A qualitative evaluation of a co-responding mobile crisis intervention team in a small Canadian police service* (Doctoral dissertation, Carleton University).
- Vil, F. (2021, août 7). *Le danger du 911*. La Presse+. https://plus.lapresse.ca/screens/bb1a1189-1741-4090-9650-bd86ff15d77c|_0.html
- Ville de Gatineau. (2022). *Unité d'intervention de crise (UNIC)*. https://www.gatineau.ca/portail/default.aspx?p=guichet_municipal/police/unite_intervention_crise
- Ville de Sherbrooke. (2021). *Rapport-Annuel 2020*. MaRuche. <https://contenu.maruche.ca/Fichiers/3337a882-4a53-e611-80ea-00155d09650f/Sites/333dd3d3-915d-e611-80ea-00155d09650f/Documents/Bilans%20et%20rapports/2020/2020-Rapport-annuel-SPS.pdf>
- Ville de Sherbrooke. (2022). *Rapport-Annuel 2021*. MaRuche. <https://contenu.maruche.ca/Fichiers/3337a882-4a53-e611-80ea-00155d09650f/Sites/333dd3d3-915d-e611-80ea-00155d09650f/Documents/Bilans%20et%20rapports/2021/2021%20-%20Rapport%20annuel%20-%20Service%20de%20police.pdf>
- Waldron, I. R. G. (2021). The wounds that do not heal: Black expendability and the traumatizing aftereffects of anti-Black police violence. [Aftereffects of anti-Black police violence] *Equality, Diversity and Inclusion: An International Journal*, 40(1), 29-40. <https://doi-org.proxy.bib.uottawa.ca/10.1108/EDI-06-2020-0175>

- Watson, A. C., Owens, L. K., Wood, J., et Compton, M. T. (2021). The Impact of Crisis Intervention Team Response, Dispatch Coding, and Location on the Outcomes of Police Encounters with Individuals with Mental Illnesses in Chicago. *Policing: A Journal of Policy and Practice*, 15(3), 1948-1962. <https://doi.org/10.1093/police/paab010>
- Wiebe, S. D. (2016). *Vancouver Police Mental Health Strategy*. Vancouver Police Department.
- Wood, J., Swanson, J. W., Burris, S., et Robertson, A. G. (2011). *Monograph : « Police Interventions with Persons Affected by Mental Illnesses »* (SSRN Scholarly Paper N° 1781909). <https://doi.org/10.2139/ssrn.1781909>
- Yang, S. M., Gill, C., Kanewske, L. C., et Thompson, P. S. (2018). Exploring police response to mental health calls in a nonurban area: A case study of Roanoke County, Virginia. *Victims & Offenders*, 13(8), 1132-1152.