

TEMPO :

Guide visant l'amélioration des interactions
entre les policiers et les personnes aux
prises avec un trouble mental

Terry Coleman, MOM, PhD
Dorothy Cotton, PhD, C. Psych.
Juin 2014



Mental Health
Commission
of Canada

Commission de
la santé mentale
du Canada

REMERCIEMENTS

Nous tenons à témoigner nos remerciements et notre reconnaissance à plusieurs personnes et groupes. Tout d'abord, la présente étude aurait été impossible sans la précieuse collaboration des académies et des services de police, non seulement du Canada mais aussi des États-Unis et de l'Australie. Leur concours nous a été indispensable. Deuxièmement, nous aimerions remercier tout particulièrement Jamie Livingston, PhD, chercheure émérite du domaine de la stigmatisation associée à la maladie mentale, qui a contribué un important mémoire (chapitre 5) sur la stigmatisation et les stéréotypes liés aux interactions policières avec les personnes atteintes de maladies mentales.

Troisièmement, nous sommes reconnaissants à Lindsay Balfour de la Commission de la santé mentale du Canada de son aide. Elle nous a fourni une importante analyse documentaire sur le lien entre le bien-être mental au travail et la qualité des interactions du personnel policier avec les personnes atteintes de maladies mentales. En quatrième lieu, le travail effectué par notre adjointe de recherche Cynthia Cotton a été déterminant pour terminer l'étude dans le délai serré. Enfin, nous devons notre gratitude aux personnes qui nous ont communiqué une information complémentaire et une rétroaction à mesure que progressait l'étude. Nous leur sommes tous profondément reconnaissants.

Terry Coleman, MOM, PhD
Dorothy Cotton, PhD, C. Psych.

ÉTUDE APPROFONDIE

TABLE DES MATIÈRES

Préface	5
Sommaire : Synopsis des faits et des constatations	6
Chapitre 1	
1. Introduction	13
2. Contexte	13
3. Méthode	15
Chapitre 2 - Justice en matière de procédure et approche axée sur l'utilisateur : La voix des personnes atteintes de maladies mentales	17
Chapitre 3 - Résumé des rapports de 2008 et 2010 sur la formation policière en santé mentale	20
4. Résumé de l'étude de 2008 sur l'éducation et la formation de base en santé mentale des policiers	20
5. Résumé de l'étude de 2010 sur l'éducation et la formation internes en santé mentale des policiers	21
Chapitre 4 - État actuel de la formation policière en santé mentale	24
6. Programmes notables à l'extérieur du Canada	24
Australie	24
Irlande	26
États-Unis	27
7. Programmes notables au Canada	29
8. Programmes non spécifiques à la police	35
9. Résultats du sondage de 2014 sur la formation de base	36
10. Résultats du sondage de 2014 sur l'éducation et la formation internes	43
Chapitre 5 - Importants facteurs touchant la conception et la prestation de l'éducation et de la formation en santé mentale des policiers	50
11. Quel est le contenu approprié?	50
A : Conception et prestation de la formation fondées sur des données probantes	52
B : Stigmatisation liée à la maladie mentale et aux troubles mentaux	55
C : Justice en matière de procédure et approche axée sur l'utilisateur des services	58
D : Pouvoir discrétionnaire de la police et prise de décision éthique	58
E : Comportements et attitudes du personnel policier	60
F : Désamorçage et désescalade de situations	62
G : Maladie mentale, violence et recours à la force	63

ÉTUDE APPROFONDIE

TABLE DES MATIÈRES

12. Qui devrait participer à la conception et à la prestation de l'éducation et de la formation?	65
A : Sélection du personnel de formation	65
13. Quelles méthodes et techniques didactiques sont nécessaires?	66
A : Conception et prestation de la formation	66
14. Qui devrait recevoir l'éducation et la formation?	67
A : Groupes cibles de la formation policière en santé mentale	67
B : Enseignement postsecondaire	67
C : Sélection du « bon » personnel	68
15. Conclusion	68
Chapitre 6 - Recommandations principales	71
Bibliographie	76
Annexes	81
Annexe A : Recommandations du rapport de 2010	81
Annexe B : Recommandations de la Commission Braidwood	85
Annexe C : Cadre national du recours à la force	86

PRÉFACE

À compter de 2007, la Commission de la santé mentale du Canada (CSMC), par l'entremise de son Comité consultatif sur la santé mentale et la loi, a entrepris une série de projets sur les interactions des policiers avec les personnes atteintes de maladies mentales¹. On a constaté une importante augmentation du nombre d'interactions au cours des dernières années et, en même temps, une inquiétude croissante concernant certains résultats. Alors que la plupart des interactions entre les forces policières et les personnes atteintes de maladies mentales sont sans histoire, certaines se sont soldées de façon désastreuse, par exemple le décès de personnes ayant une maladie mentale. Les projets de la CSMC visaient principalement à cerner les façons d'améliorer les issues de ces interactions pour qu'elles produisent de meilleurs résultats pour toutes les parties en cause.

Les projets comportaient les éléments suivants :

- un examen de la formation et de l'éducation de base données dans les académies de police sur les maladies mentales;
- un examen de la formation interne;
- une étude approfondie de l'expérience des personnes ayant une maladie mentale avec les agents de police, y compris les recommandations de ces dernières en vue de modifier la formation et la pratique;
- des lignes directrices à l'intention des services de police sur leurs interactions avec le système de santé mentale.

Il y a plus de sept ans qu'a commencé le travail de la CSMC à ce sujet. Où en sommes-nous actuellement? La situation a-t-elle progressé? Le présent guide porte uniquement sur l'éducation et la formation des policiers plutôt que sur les politiques et systèmes généraux affectant les interactions entre la police et les personnes atteintes de maladies mentales; il concerne l'éducation et la formation au sens le plus large. Comme mentionné dans la préface du rapport de 2010, *Interactions de la police avec les personnes atteintes de maladies mentales : éducation des policiers au sein de l'environnement contemporain des forces policières*² :

Peu importe le niveau de conception et de perfectionnement d'un programme, les résultats ne seront améliorés que si l'apprentissage implique les bonnes personnes dans le bon contexte. Ainsi, dans ce document, on porte également attention aux facteurs contextuels—pas seulement ce que l'on devrait enseigner, mais à qui on devrait l'enseigner et en collaboration avec quelles autres structures organisationnelles et quels autres systèmes sociaux. (p. 5).

Dans ce guide, nous mettons l'accent sur la FAÇON d'enseigner, ainsi que sur les sujets à enseigner, en tenant compte des nombreuses percées dans le domaine de la formation des adultes et de la conception des programmes de formation. Nous cherchons donc à déterminer la façon de mieux préparer le personnel policier aux interactions avec les personnes atteintes de maladies mentales.

¹ Des termes variés sont utilisés par les chercheurs, les policiers, les utilisateurs des services de santé mentale et d'autres pour décrire les personnes atteintes de maladies mentales ou ayant un vécu de la maladie mentale. Dans ce document, nous employons l'expression « personne atteinte de maladies mentales », car elle est connue de l'auditoire cible et décrit précisément les situations où les policiers interagissent avec cette population—c.-à-d. lorsque les signes et les symptômes de maladies mentales se voient facilement—contrairement aux personnes ayant des antécédents ou un vécu de la maladie mentale, mais dont les symptômes ne sont pas évidents.

² Consultable à : http://mentalhealthcommission.ca/Francais/system/files/private/document/Law_Police_Interactions_Mental_Illness_Report_FRE.pdf

SOMMAIRE

SYNOPSIS DES FAITS ET DES CONSTATATIONS

Il est de plus en plus évident que les interactions entre les policiers et les personnes atteintes de maladies mentales posent constamment des défis aux services de police. D'après les données de diverses sources, on rapporte même de telles interactions plus fréquemment qu'il y a cinq ou sept ans. Le manque de ressources pour offrir des services, des traitements et du soutien aux personnes aux prises avec des troubles mentaux et des maladies mentales de même que les attitudes et les comportements stigmatisants du public continuent de faire qu'on s'attend à une intervention policière quand ces personnes sont en crise.

Dans la foulée des demandes de renseignements sur des décès ainsi que des enquêtes des coroners et des enquêtes internes dans les services policiers eux mêmes, on continue de mettre l'accent sur la nécessité d'offrir une formation appropriée et suffisante aux policiers, non seulement pour qu'ils puissent reconnaître et comprendre les maladies mentales, mais aussi pour qu'ils puissent intervenir rapidement et avec empathie en employant les techniques de désescalade requises, en évitant un recours excessif à la force et en tentant de mettre les personnes atteintes de maladies mentales en rapport avec des organismes et des services communautaires.

S'il faut en croire les réponses à un sondage exhaustif, les organisations de police canadiennes semblent s'acquitter raisonnablement bien de la tâche d'offrir une formation de base solide, au niveau de l'académie³, pour assurer des interactions fructueuses entre les policiers et les personnes atteintes de maladies mentales. Les programmes d'enseignement tendent à être de plus en plus variés, en faisant appel à diverses méthodes didactiques (cours magistraux, vidéos, ressources en ligne, jeux de rôle et scénarios, simulation et ressources documentaires). Presque toutes les académies de police inculquent des bases solides dans les aspects les plus académiques de la compréhension des maladies mentales, en décrivant les signes et les symptômes de ces maladies, l'évaluation des risques de suicide, les stratégies de communication de base, les principes essentiels du droit en matière de santé mentale et les stratégies d'intervention. La plupart d'entre elles présentent également, au moins jusqu'à un certain point, un exposé des attitudes et des préjugés sociétaux sur les maladies mentales et sur la stigmatisation qui les accompagne. Et la majorité des académies de police offrent cette formation non seulement de façon didactique structurée, mais également sous forme de scénarios et de simulations.

Toutefois, il y a encore des lacunes importantes; la plus criante est qu'on oublie normalement de tenir compte des personnes atteintes de maladies mentales lorsqu'on élabore et qu'on offre des programmes de formation. Dans les documents de recherche

sur les changements d'attitudes, on reconnaît la grande valeur des interactions directes avec les personnes atteintes de maladies mentales pour changer les attitudes et, par conséquent, les comportements.

Dans une moindre mesure, certaines académies de police ne font toujours pas participer des professionnels de la santé mentale à l'élaboration ou à la prestation de leurs programmes de formation. Cela a parfois abouti à la production de programmes inexacts ou obsolètes. Cela prive également les nouveaux agents de la possibilité d'apprendre à bien connaître leurs homologues en santé mentale et de commencer à établir des alliances professionnelles avec les organismes du domaine.

Compte tenu de la préparation relativement solide que les nouveaux policiers reçoivent pendant leur formation de base, la formation durant le service a eu tendance à se concentrer davantage sur l'acquisition d'habiletés et sur l'apprentissage de comportements plutôt que sur l'acquisition de connaissances et de renseignements factuels sur les maladies mentales. On constate une tendance davantage axée sur l'apprentissage de techniques verbales de désescalade et d'autres aptitudes en communications, et cette tendance est constatée également pendant la formation sur le recours à la force. Toutefois, on n'inclut malheureusement pas invariablement les interventions non physiques dans la formation sur le recours à la force. Cela dit, il vaut la peine de souligner que dans une des provinces, la Colombie-Britannique, on envisage de changer la façon d'enseigner le recours à la force, dans la mesure où les critères et la sélection des formateurs sur le recours à la force seront modifiés pour faire en sorte qu'on privilégie une approche équilibrée insistant notamment sur les moyens d'intervention moins agressifs.

Le nombre d'heures consacrées à l'éducation durant le service varie d'une organisation à l'autre. Quelques organisations exigent une formation obligatoire pour se requalifier à cet égard, alors que bien d'autres n'en exigent aucune. La fréquence du recyclage obligatoire peut varier d'un an à plusieurs années, et le nombre d'heures d'éducation et de formation peut varier d'une heure seulement à 12, voire 18 heures. Là encore, on ne tient typiquement pas compte des personnes atteintes de maladies mentales aux étapes de la conception et de la prestation de l'éducation durant le service.

Les changements susmentionnés de la situation au Canada se sont produits à peu près en même temps que ceux qui sont arrivés dans d'autres pays, comme l'Irlande, l'Australie, la Suède et les États-Unis. Dans tous les cas, la tendance semble pencher pour une formation plus inclusive, à savoir offrir non seulement des renseignements factuels sur les troubles mentaux, mais aussi de

³ Certaines écoles de police sont appelées académies ou collèges. Aux fins du rapport, l'expression académie englobe les deux.

l'apprentissage par l'expérience pour composer avec les attitudes et les préjugés, ainsi que de l'apprentissage basé sur des scénarios ou des jeux de rôle pour insister sur l'acquisition d'habiletés. Néanmoins, il n'est pas clair, lorsqu'il s'agit de comprendre les maladies mentales et de composer avec elles, que les organisations policières, dans leur ensemble, ont pris des initiatives bien intégrées et efficaces pour créer un environnement policier sans stigmatisation.

Le changement qui est peut être le plus marqué, si l'on compare les constatations de l'étude de 2014 avec celles des études de 2008 et de 2010, est l'attention accrue accordée à la nécessité de préparer le personnel policier à la désescalade et au désamorçage des situations de crise chaque fois que c'est

possible. Bien que ce soit évident dans plusieurs organismes et académies de police, un des programmes les plus avancés et les plus prometteurs à cet égard est la formation sur l'intervention en situation de crise et sur la désescalade (Crisis Intervention and De-escalation) en Colombie-Britannique.

Après avoir examiné les conclusions émanant de la révision de la documentation, passé en revue les programmes d'apprentissage des policiers au Canada, aux États-Unis, au Royaume-Uni et en Australie, et avoir directement communiqué avec divers professionnels des services policiers et de la santé mentale, les recommandations⁴ suivantes ont été formulées pour mieux préparer le personnel policier au contact avec des personnes atteintes de maladies mentales.

Recommandation 1 : *Élaborer un cadre de travail pour la conception et la communication de l'apprentissage*

Malgré les nombreux éléments importants de la conception et de la communication de l'apprentissage concernant les services de police et la santé mentale, on devrait miser sur :

- la sensibilisation à la non-stigmatisation qui remet en question les comportements menant à des actions discriminatoires,
- les techniques de désescalade/désamorçage avec les personnes atteintes de maladies mentales au moyen de communications verbales et non verbales efficaces,
- la prise de décisions éthiques, la protection des droits de la personne et la responsabilité sociale.

Recommandation 2 : *Revoir le cursus*

Il convient, à tout le moins, que les objectifs du cursus⁵ nécessaires à la préparation du personnel policier relativement aux interventions des policiers avec les personnes atteintes de maladies mentales soient :

DE COMPRENDRE⁶ : l'importance d'adhérer aux éléments fondamentaux de la pratique policière contemporaine, tels que :

- une approche axée sur l'utilisateur,
 - une justice en matière de procédure,
 - l'établissement de liens,
 - une approche basée sur les résultats,
 - une approche fondée sur des services multiples,
- le rôle du personnel policier dans les interventions avec les personnes atteintes de maladies mentales,
 - le rôle des professionnels en matière de santé mentale, du soutien familial et du soutien communautaire dans les interventions des policiers avec les personnes atteintes de maladies mentales, en conformité avec une *approche systémique*.

DE COMPRENDRE :

- les symptômes tels les hallucinations, les idées délirantes, la paranoïa, les désordres cognitifs, les troubles de l'humeur, les déficiences intellectuelles, les troubles de la mémoire, les désinhibitions, les troubles comportementaux et les autres signes et symptômes qui peuvent accompagner les principales maladies mentales et leurs problèmes associés⁷,

- la maladie mentale, de façon suffisante pour être en mesure d'évaluer l'influence que la maladie mentale peut avoir sur le comportement d'une personne et la capacité de celle-ci de comprendre les demandes ou les instructions d'un policier et de s'y conformer,
- l'influence réciproque entre la culture, la race, le genre et d'autres caractéristiques propres à chaque personne qui affectent les expériences liées à la maladie mentale.

DE COMPRENDRE :

- l'importance de favoriser les liens entre les services de police et les organismes de santé mentale,
- l'importance des protocoles de partage d'informations entre les services de police et les organismes de santé mentale,
- la législation locale en matière de santé mentale suffisamment pour prendre les mesures voulues lorsque nécessaire,
- les autres législations pertinentes incluant celles qui définissent les droits de la protection de la vie privée et les droits de la personne,
- la fonction des organismes locaux de santé mentale et leurs options, en sachant où et comment appeler pour obtenir une consultation ou de l'aide ou pour y adresser une personne atteinte d'une maladie mentale,

⁴ Diverses questions soulevées dans le rapport méritent qu'on leur accorde de l'attention et qu'on prenne des mesures. Cette section regroupe celles qui ont été considérées comme étant les principales recommandations de l'étude.

⁵ Le cursus s'applique à la formation pour toutes les interactions des policiers avec les personnes atteintes de maladies mentales, soit la formation de base et la formation durant le service.

⁶ Note : Le mot « comprendre » est employé au sens large pour refléter non seulement une connaissance factuelle ou théorique du sujet, mais aussi la capacité d'appliquer cette connaissance et d'accomplir les tâches associées à sa compréhension.

⁷ Comme nous l'avons mentionné, la formation devrait être axée sur les signes et les symptômes des problèmes de santé mentale plutôt que sur les systèmes de classification ou les diagnostics.

- les politiques et les procédures organisationnelles policières liées aux interactions entre la police et les personnes ayant des maladies mentales.

DE COMPRENDRE :

- comment utiliser les compétences à la communication efficace et les techniques de désescalade pour désamorcer les crises mettant en cause des personnes ayant des maladies mentales,
- comment établir si la personne ayant une maladie mentale est en mesure de comprendre et de suivre les consignes qui lui sont données par le policier,
- la possibilité que les procédures et les pratiques policières courantes susceptibles de désarmer une personne n'ayant pas de maladie mentale, d'obtenir sa collaboration et de stabiliser la situation aient l'effet complètement inverse si la personne en cause se trouve en situation de crise de santé mentale.

DE COMPRENDRE :

- la relation entre la maladie mentale et sa dangerosité,
- comment pouvoir évaluer de façon raisonnablement précise le risque de suicide, gérer la situation et/ou intervenir au moment opportun.

DE COMPRENDRE :

- comment adapter la prise de décisions de façon appropriée, à savoir quand appréhender une personne, la mettre en état d'arrestation, l'orienter ou la référer et/ou quand chercher des solutions supplémentaires,
- la façon de résoudre les problèmes dans le milieu où les policiers sont en contact avec des personnes atteintes de maladies mentales,
- comment prendre des décisions conformes à l'éthique.

Recommandation 3 : Sélection des formateurs, des animateurs et des instructeurs

DE COMPRENDRE :

- que des formateurs, animateurs et instructeurs judicieusement sélectionnés ont de l'expérience et de l'expertise en la matière, en plus d'avoir été formés en animation/formation d'apprenants adultes,
- que les formateurs en recours à la force soient judicieusement sélectionnés, formés, certifiés et surveillés pour faire en sorte que toute la formation en recours à la force concilie l'apprentissage des aptitudes en communications/désescalade verbale et des aptitudes techniques de recours à la force,
- que les organisations policières disposant d'un modèle structuré d'intervention avec les personnes atteintes de maladies mentales font participer des membres de ces programmes à titre de formateurs, d'animateurs ou d'instructeurs au volet santé mentale de l'apprentissage des policiers.

Recommandation 4 : Gestion des ressources humaines fondée sur les compétences

DE COMPRENDRE :

- que la formation des policiers en matière de santé mentale, pour le personnel des services de police en préparation

aux interactions avec les personnes atteintes de maladies mentales, est basée sur un profil de compétences approprié aux exigences professionnelles des policiers jouant ce rôle,

- que le développement de compétences techniques et comportementales, relativement aux techniques de communication verbales, interpersonnelles, de résolution ou médiation de conflits et de désescalade, de prise de décisions conformes à l'éthique (toutes étant nécessaires pour assurer un contact efficace entre les policiers et les personnes atteintes de maladies mentales), doit être intégré et renforcé dans tout le cursus du personnel policier.

Recommandation 5 :

Un environnement policier sans stigmatisation

DE COMPRENDRE :

- que les chefs de police doivent s'assurer d'avoir en place des politiques contemporaines et sans stigmatisation qui serviront de guide à l'éducation, à la formation et aux opérations des services de police relativement à la maladie mentale,
- que les chefs des associations de police provinciales et nationales travaillent de concert avec la Commission de la santé mentale du Canada ainsi qu'avec les organisations en matière de santé mentale telles que l'Association canadienne pour la santé mentale (ACSM) et la Société canadienne de la schizophrénie (SCS) afin de créer un cadre de travail pour un programme de non-stigmatisation à l'intention du personnel policier,
- que le programme de non-stigmatisation est une composante clé de la formation policière de base qui doit être renforcée au cours de l'éducation et de la formation subséquentes des policiers durant le service.

Recommandation 6 :

Attitudes du personnel des services de police

DE COMPRENDRE :

- que l'éducation du personnel des services de police doit mettre l'accent sur le fait que les interactions avec les personnes atteintes de maladies mentales constituent un « vrai » travail policier.

Recommandation 7 : Éducation et formation sur le recours à la force et sur la désescalade

DE COMPRENDRE :

- que la formation policière sur le recours à la force doit être examinée par les académies de police et les services de police pour s'assurer qu'une période suffisante est consacrée à la compréhension, à l'apprentissage et à la mise en pratique des moyens de résolution de conflits sans le recours à la force,
- que, bien que considérant l'importance des compétences techniques par rapport aux techniques de recours à la force, il importe que toute la formation sur le recours à la force soit modifiée pour inclure et privilégier les connaissances sur la maladie mentale et sur ses symptômes, les communications verbales, les habiletés interpersonnelles et la pratique des techniques de désescalade,
- que les techniques de désescalade, de désamorçage et d'apaisement font l'objet d'une formation de requalification au moins tous les trois ans,

- d. que l'apprentissage portant sur la désescalade, le désamorçage et l'apaisement est structuré de manière à ce que le personnel policier doive réussir l'éducation et la formation requises, et qu'un échec doive être suivi d'une reprise réussie avant tout redéploiement opérationnel.

Recommandation 8 :

Le « bon » apprentissage pour le « bon » personnel DE COMPRENDRE :

- a. que, même si la documentation ne renferme pas d'éléments probants permettant de mettre en œuvre avec confiance un apprentissage « fondé sur des preuves », les chefs de police, les analystes des politiques policières et les éducateurs de police doivent être au fait de la recherche et des progrès en matière d'évaluation afin de modifier les politiques et les programmes en conséquence,
- b. que les organisations policières doivent s'allier aux universités et aux chercheurs afin d'étudier les effets de l'apprentissage communiqué relativement au contact entre les policiers et les personnes atteintes de maladies mentales dans l'environnement opérationnel.

Recommandation 9 : Conception et communication de l'apprentissage policier

- a. L'apprentissage policier doit être conçu et communiqué par une combinaison de policiers, d'enseignants aux adultes, de professionnels de la santé mentale, de représentants d'organisations de soutien en santé mentale et de personnes atteintes de maladies mentales. En outre, il est important que les personnes qui conçoivent et communiquent l'apprentissage proviennent, quand c'est faisable, de la juridiction locale.
- b. Tout l'apprentissage en rapport avec les politiques policières, les pratiques et les interactions entre les policiers et les personnes atteintes de maladies mentales doit être axé sur l'utilisateur et conforme aux principes de la justice en matière de procédure.
- c. Les services de police et les académies de police doivent utiliser une approche d'apprentissage axée sur les compétences et sur les problèmes pour les interactions entre les policiers et les personnes atteintes de maladies mentales similaire à celle utilisée par l'École de la Gendarmerie royale.
- d. Les personnes responsables de l'élaboration du programme de formation de base, de même que de l'éducation et de la formation durant le service, doivent envisager d'utiliser le modèle d'apprentissage TEMPO 2014 comme outil d'analyse des lacunes pour évaluer leur propre programme. En identifiant les lacunes et les faiblesses, les concepteurs de programmes de formation peuvent non seulement s'efforcer de combler ces lacunes, mais aussi de faire connaître les points forts et les points faibles de leurs programmes aux organismes de police susceptibles d'embaucher leurs diplômés.
- e. Les académies de police offrant des programmes d'éducation et de formation à divers organismes de police ou à des services de police de plus d'une juridiction maintiennent une communication claire avec les organismes ou les détachements qui reçoivent ces programmes afin que les deux parties soient au courant des aspects couverts ou non par la formation offerte aux divers endroits.

- f. Même si les organisations de police peuvent penser que l'apprentissage des aptitudes en communications et des techniques verbales de désescalade est mieux couvert dans des programmes autres que leur module sur le recours à la force, compte tenu de ce qu'on sait sur la généralisation de l'apprentissage, particulièrement au début de la carrière des policiers, il est impératif d'insister beaucoup sur les interventions NON physiques et d'inclure dans tous les cours sur le recours à la force des références spécifiques aux hypothèses relatives à la maladie mentale et à sa dangerosité.
- g. Bien qu'il soit impossible de répondre catégoriquement à la question : « Combien d'heures de formation faut-il? », les organismes qui semblent offrir une formation de base spécifique et identifiable de moins de dix heures dans ce domaine doivent réexaminer leur programme pour s'assurer qu'il est conforme à la pratique générale dans tout le Canada.
- h. Les académies de police dont la formation est totalement ou quasi totalement basée sur des cours magistraux doivent examiner des moyens d'enrichir l'apprentissage en ayant recours à des méthodes d'enseignement aux adultes, comme les simulations, les scénarios et d'autres méthodes d'apprentissage par l'expérience, ainsi qu'aux ressources multimédias et en ligne.
- i. Comme l'évaluation de l'apprentissage laisse encore à désirer tant au niveau de la formation de base que de l'éducation et de la formation durant le service, les programmes d'apprentissage à l'intention des policiers dans le contexte de leurs rapports avec les personnes atteintes de maladies mentales doivent comprendre une évaluation comportementale des compétences des apprenants et exiger que l'apprenant réussisse sa formation pour obtenir son diplôme de l'académie de police.
- j. Compte tenu des rapports étroits entre les attitudes, les comportements et la stigmatisation, toutes les académies de police doivent veiller à ce que ces facteurs, de même que les perceptions sur le lien entre la maladie mentale et sa dangerosité, soient intégrés dans le programme de formation de base.

Recommandation 10 :

Apprentissage fondé sur des données probantes

- a. Les associations nationales et provinciales des services de police collaborent avec les agences/organisations appropriées pour produire et conserver des données qui aideront à mieux comprendre la portée et la fréquence des interactions entre les policiers et les personnes atteintes de maladies mentales, de même qu'à évaluer les modèles d'intervention policière avec ces personnes et l'apprentissage des policiers en ce qui concerne la santé mentale.
- b. Que les services de police et les associations de policiers du Canada s'associent à des universitaires et des chercheurs pour étudier les lacunes des connaissances notamment celles relevées par l'étude dont il est question ici.

Recommandation 11 : Normes provinciales en matière de services de police

- a. Les gouvernements provinciaux établissent des normes en matière de services de police prévoyant une formation de

qualification/requalification de base et périodique obligatoire pour le personnel policier.

- b. Si l'essai du Certified Use of Force Instructor Course (cours de certification d'instructeur en recours à la force) en Colombie-Britannique est concluant, un processus semblable, sinon identique, deviendra la norme de tous les services de police partout au Canada pour les instructeurs en recours à la force.

Recommandation 12 : *Stratégies, politiques et normes*

- a. Le service de police doit élaborer les politiques, les stratégies et les procédures appropriées relativement aux contacts entre les policiers et les personnes atteintes de maladies mentales, afin que ces outils guident ensuite la conception et la prestation de l'apprentissage requis.
- b. La conception et la prestation de la formation des policiers dans leurs rapports avec les personnes atteintes de maladies mentales sont basées sur une stratégie organisationnelle insistant sur la nécessité, dans toute la mesure du possible, de désescalader/désamorcer une situation de crise en ayant recours à des communications verbales et non verbales efficaces.

Recommandation 13 : *Partage et diffusion des connaissances*

- a. Les services de police, au niveau local, doivent maintenir une « bibliothèque » de ressources à jour et facilement accessible.
- b. Comme l'élaboration et l'utilisation du matériel didactique par les services de police semblent caractérisées par une certaine redondance, ces services doivent collaborer pour répertorier les documents et les programmes et pour les partager entre eux.

Recommandation 14 : *Apprentissage intégré*

- a. Les chefs de police, tout comme les directeurs et gestionnaires des collèges ou académies de police, doivent intégrer dans tous les programmes d'apprentissage à l'intention des policiers le développement des compétences comportementales requises pour les interactions avec les personnes vulnérables, telles que les communications verbales, les techniques de désescalade, l'établissement de liens et l'apprentissage de la patience.

Recommandation 15 : *Éducation fondée sur le consommateur*

- a. Il importe d'intégrer au programme de formation les éléments probants des expériences des personnes atteintes de maladies mentales qui ont eu des interactions avec des policiers et les conseils que ces personnes pourraient offrir aux services de police.
- b. Les services de police doivent consulter les groupes d'utilisateurs et les intervenants locaux et/ou recueillir leurs problèmes, préoccupations et commentaires au moyen de questionnaires et sondages et les incorporer dans leur propre programme d'apprentissage et de formation.

L'étude a conclu que, dans l'ensemble, le modèle d'apprentissage TEMPO mis en place en 2010 était solide. Les quelques rajustements nécessaires se reflètent dans le modèle TEMPO 2014 qui suit. Il importe de souligner que ce modèle n'est pas un outil de formation comme tel, mais bien une approche générique pouvant être utile comme cadre d'évaluation du programme de formation policière et moyen d'en cerner les lacunes et comme source d'inspiration dans la conception de nouveaux programmes de formation. Il se veut utile également dans l'amélioration de l'intervention policière auprès des personnes atteintes d'une maladie mentale et, ce faisant, dans la protection de la sécurité publique.

Recommandation 16 : *Modèle d'apprentissage – TEMPO 2014*

On doit encourager les services de police canadiens à adopter – en collaboration avec leurs professionnels locaux en matière de santé mentale –, un modèle de communication de l'apprentissage à modules multiples – Training and Education about Mental health for Police Organizations (TEMPO) – afin de préparer les policiers à intervenir avec les personnes atteintes de maladies mentales.

TEMPO 100 :

L'objectif d'apprentissage du niveau TEMPO 100 est de s'assurer que les premiers intervenants des services de police aient les connaissances et les compétences suffisantes pour gérer les différents types d'interventions que le personnel policier effectue de façon régulière, et de comprendre à quel moment il doit aller chercher une aide supplémentaire ou, lorsqu'elle est disponible, demander une intervention plus spécialisée.

TEMPO 101 : Formation policière de base

Un module pour les « nouveaux policiers ou cadets de police » au collège ou à l'académie de police devant couvrir en entier le cursus recommandé. (On estime que ce module devrait être d'environ 35 à 40 heures pour offrir un programme intégré efficace.) Les étudiants recevront un renforcement des principaux thèmes abordés au cours de leur formation modifiée recommandée sur le recours à la force, notamment à propos des aptitudes à la communication verbale (voir le TEMPO 500).

TEMPO 102 : Policiers recrutés latéralement

Un module d'apprentissage mixte⁸ pour les policiers recrutés latéralement qui n'ont pas déjà reçu l'apprentissage complet en ce qui concerne le rapport entre les services de police et la maladie mentale tel qu'enseigné dans le module TEMPO 101. (On estime que ce module devrait être d'environ 15 heures pour offrir un programme intégré efficace.) L'objectif est de permettre à ces policiers de fonctionner au même niveau de compréhension que ceux qui ont suivi cet enseignement lors de la formation de base standard, TEMPO 101. Ce module devrait couvrir en entier le cursus recommandé.

TEMPO 103 : Membres du corps de police et personnel de soutien

Un module d'apprentissage mixte d'un à deux jours pour le personnel comprenant les opérateurs et superviseurs du centre

⁸ L'apprentissage mixte dont il est question dans le rapport a trait à un agencement de formation en ligne et de formation magistrale et/ou d'apprentissage pratique et de jeux de rôle.

de communication, le personnel de la « réception » et les employés des services d'aide aux victimes. Ce module devrait couvrir en entier le cursus recommandé.

TEMPO 104 : Transport des délinquants et du personnel de soins aux détenus

Un module d'un jour couvrant les objectifs d'apprentissage du cursus recommandé qui s'adresse au personnel responsable des détenus. Il devrait insister tout particulièrement sur les symptômes des maladies mentales et sur la sensibilisation au suicide dans une situation de travail avec des délinquants tant jeunes qu'adultes.

TEMPO 200 :

Le niveau TEMPO 200 requiert un niveau de compétences de base préexistant sur lequel il se fonde, mais il s'adresse avant tout aux premiers intervenants des services de police. Il vise à répondre au besoin de leur offrir périodiquement la formation de recyclage et/ou de requalification des connaissances déjà enseignées et une mise à jour sur les faits nouveaux.

TEMPO 201 : Perfectionnement (durant le service) pour les premiers intervenants des services de police

Un module d'au moins un jour pour :

- les policiers qui n'ont pas reçu la formation concernant les interventions avec les personnes atteintes de maladies mentales pendant leur formation de base,
- la formation de recyclage/requalification tous les trois ans environ pour tous les premiers répondants des services de police.

TEMPO 202 : Agents de formation sur le terrain et policiers instructeurs ou superviseurs nouvellement promus

Un module de deux jours conçu pour deux groupes cibles :

- les agents de formation sur le terrain et policiers instructeurs désignés, pour leur permettre de renforcer l'apprentissage que leurs « nouveaux » policiers ont reçu pendant leur formation de base,
- les superviseurs nouvellement promus (caporaux et sergents).

TEMPO 300 :

Le niveau d'apprentissage TEMPO 300 s'adresse aux employés de la police dont les tâches sont spécialisées et requiert soit un niveau de connaissances et de compétences plus étendues, soit une compréhension globale plus pointue que celle du premier intervenant.

TEMPO 301 : Tâches spécialisées

Un module d'apprentissage pour le personnel, par exemple les policiers négociateurs en situation de crise, les commandants sur le lieu de l'incident, les instructeurs de tir ou de recours à la force, les commandants des équipes d'intervention d'urgence ou des armes spéciales et tactiques (SWAT) et les responsables des opérations de sauvetage. (On estime que ce module devrait être d'environ 40 heures pour offrir un programme intégré efficace.)

TEMPO 400 :

Le niveau d'apprentissage TEMPO 400 s'adresse aux policiers spécialistes qui fournissent des services experts ou consultatifs relativement au contact entre les policiers et les personnes atteintes de maladies mentales.

TEMPO 401 : Apprentissage avancé pour le personnel des services policiers assigné à une équipe d'intervention conjointe en santé mentale et en services policiers ou pour des spécialistes des services policiers dans le contexte d'une intervention avec une personne atteinte de maladie mentale.

Ce module intensif devrait couvrir en entier le cursus recommandé. (On estime que ce module devrait être d'environ 40 heures pour offrir un programme intégré efficace.) Il devrait également inclure un test de la capacité de présenter des observations de vive voix et par écrit. Outre l'apprentissage théorique, ce module devrait également comporter un apprentissage en milieu de travail sous forme d'un minimum de quatre quarts de travail en situation d'observation avec une équipe d'intervention formée de policiers et de professionnels de la santé mentale, si le service de police en a une, et un minimum de quatre quarts de travail en situation d'observation dans un établissement psychiatrique.

TEMPO 500 :

Module d'apprentissage à insérer dans la « formation » sur le recours à la force. Il semble que les policiers passent trop peu de temps et ne dépensent pas assez d'énergie au début du continuum du recours à la force avant d'arriver au contact physique. Ce module d'une journée est conçu pour s'insérer dans la « formation » autonome traditionnellement donnée sur le recours à la force. Il devrait compléter et renforcer l'apprentissage de tous les autres modules TEMPO. Même si ce module doit couvrir les objectifs d'apprentissage du cursus recommandé, il doit particulièrement insister sur les aspects suivants et, par conséquent, les renforcer :

- la compréhension des symptômes tels que les hallucinations, les idées délirantes, la paranoïa, les désordres cognitifs, les troubles de l'humeur, les déficiences intellectuelles, les troubles de la mémoire, les désinhibitions, les troubles comportementaux et les autres signes et symptômes qui peuvent accompagner les principales maladies mentales et leurs problèmes associés,
- une connaissance suffisante des maladies mentales pour pouvoir déterminer dans quelle mesure le sujet est susceptible de contrôler son comportement,
- les aptitudes en communications verbales et non verbales et les techniques de désescalade pour désamorcer et calmer les situations dans lesquelles se trouvent les personnes atteintes de maladies mentales,
- la mesure dans laquelle il est vraisemblable que la personne atteinte d'une maladie mentale est capable de comprendre les instructions qui lui sont données par le policier et de s'y conformer,
- la connaissance du fait que les procédures standard des services de police qui désarmeraient normalement une personne qui n'est pas atteinte d'une maladie mentale, l'amèneraient à coopérer ou stabiliseraient la situation, peuvent avoir l'effet contraire sur une personne atteinte d'une maladie mentale en état de crise,
- la compréhension de la relation entre la maladie mentale et sa dangerosité,

- la capacité d'évaluer de façon raisonnablement précise le risque de suicide, de gérer la situation et/ou de décider quand intervenir,
- la capacité de résoudre les problèmes dans un milieu où les policiers sont en contact avec des personnes atteintes de maladies mentales,
- la capacité de prendre des décisions conformes à l'éthique et d'exercer la discrétion policière.

CHAPITRE 1

1. Introduction

Lorsque la Commission de la santé mentale du Canada (CSMC) a été fondée en 2007, l'un de ses premiers projets a consisté à examiner les situations comportant des interactions entre les policiers et les personnes atteintes de maladies mentales. Le projet de la CSMC sur les forces policières comptait une série d'études multidimensionnelles comprenant des examens de la formation et de l'éducation pertinentes des policiers, l'élaboration de lignes directrices pour les services de police souhaitant améliorer leurs interactions avec les personnes atteintes de maladies mentales, et une étude innovatrice sur les expériences et les perceptions de ces personnes relativement à leurs interactions avec les services de police et leur personnel⁹.

La documentation montre clairement que les personnes ayant une maladie mentale sont surreprésentées dans le système de justice pénale, qui comprend évidemment les forces policières. Ces personnes sont plus susceptibles d'être arrêtées, d'avoir des contacts officiels avec la police et d'être visées par le recours à la force (Krameddine, DeMarco, Hassel et Silverstone, 2013). Les raisons sont complexes, mais bon nombre ne concernent pas le comportement du personnel policier ou des services de police, mais une variété d'autres enjeux, notamment les attitudes sociales à l'égard de la maladie mentale, l'inaccessibilité de ressources adéquates pour les personnes atteintes de maladies mentales, ainsi que la législation qui confère des pouvoirs particuliers à la police—et des responsabilités précises—à l'égard de ces personnes. Pourtant, quelles que soient les raisons, il est indéniable que les agents de police continuent d'être les premiers intervenants dans le système de santé mentale, et les interactions entre eux et ces personnes sont fréquentes. Brink, Livingston, Desmarais, Greaves, Maxwell, Parent et Weaver (2011) ont fait les constatations suivantes :

- Deux personnes atteintes de maladies mentales sur cinq ont été arrêtées par la police au cours de leur vie.
- Trois personnes atteintes de maladies mentales sur dix ont été aiguillées par la police vers des soins.
- Une personne sur sept a été dirigée vers un service d'urgence psychiatrique pour patients internes par la police.
- Un appel à la police ou une intervention policière sur 20 met en cause une personne ayant un trouble mental.

Toutefois, alors que la nature des interventions policières auprès des personnes atteintes de maladies mentales varie, il n'est pas surprenant que les incidents qui retiennent le plus l'attention du public soient ceux où une personne ayant une maladie mentale meurt durant une interaction avec la police, mais ces cas sont rares. Ces dernières décennies, de nombreuses enquêtes de coroner et médico-légales ont examiné les circonstances entourant le décès d'une personne ayant une maladie mentale. Par le passé, des personnes comme Edmond Yu, Jonathan Yeo, Norman Reid, Darryl Power, Donald Mayer et récemment, Michael Eligon, Sylvia Klbingaitis, Reyal Jardine-Douglas, et d'autres encore qui étaient impliquées dans les enquêtes de coroner et médico-légales, ont atteint une notoriété en raison de leur décès tragique.

La majorité de ces enquêtes ont donné lieu à des recommandations en vue d'augmenter ou d'améliorer la « formation » des policiers. De fait, cette formation a augmenté et on peut soutenir qu'elle s'est améliorée considérablement au cours des 10 à 15 dernières années.

La présente étude : a) explore l'état de la formation des policiers canadiens pour les préparer aux interactions avec les personnes atteintes de maladies mentales, et b) recense la documentation existante à l'échelle internationale concernant l'état de la formation policière à ce chapitre.

2. Contexte

C'est dans ce contexte qu'en 2008, la CSMC a examiné la formation de base pour les recrues policières¹⁰, qui est principalement offerte aux collèges et académies de police au Canada relativement aux interactions avec les personnes atteintes de maladies mentales¹². En complément de cette étude, la CSMC a mené, en 2010, un examen de la nature et de l'envergure de l'éducation et de la formation internes ou continues des policiers dans les services de police canadiens¹³. À la suite de ces examens, un modèle ambitieux d'éducation et de formation des agents de police—**TEMPO** (*Training and Education about Mental Illness for Police Organizations*) (formation et éducation en matière de maladie mentale pour les services de police)—a été élaboré, exposé et diffusé. Le but de notre rapport est d'examiner les progrès réalisés depuis.

⁹ Le personnel policier comprend les agents de police, mais aussi d'autres employés des forces policières.

Nous cherchons notamment à déterminer si le modèle TEMPO est toujours valide. Existe-t-il une preuve récente montrant que le modèle doit être révisé? Le modèle a-t-il été mis en œuvre ou, de façon plus générale, l'éducation et la formation à ce sujet ont-elles progressé depuis les études antérieures, et ce, que les services de police aient adopté ou non le modèle? Quels sont les obstacles à sa mise en œuvre? Une évaluation significative de TEMPO ou d'autres modèles a-t-elle été réalisée depuis 2010? Pour répondre à ces questions, le rapport expose la situation actuelle (2013-2014) concernant l'éducation et la formation des policiers au Canada.

De prime abord, il n'est pas clair si la nature et l'étendue des interactions entre la police et les personnes atteintes de maladies mentales ont beaucoup changé depuis 2010. Comme souligné dans les rapports de 2008 et 2010, il est difficile d'obtenir des données probantes sur la nature et l'étendue des interactions¹⁴. À la conférence annuelle 2013 de l'Association canadienne des chefs de police (ACCP), le président Jim Chu (chef de la police de Vancouver) a déclaré que le nombre d'appels liés à la maladie mentale acheminés au service de police de Vancouver avait quadruplé depuis 2002, et 20 % des appels de service se rapportaient à des troubles mentaux. Il a ajouté que les appréhensions à Vancouver, en application de la *Loi sur la santé mentale* de la Colombie-Britannique, avaient haussé de 23 % depuis l'année précédente. Les données de la police de Toronto ont révélé que 8 500 appréhensions en vertu de la *Loi sur la santé mentale* de l'Ontario avaient eu lieu en 2011 (service de police de Toronto, 2013). Lisa Heslop et ses collègues du service de police de London, en Ontario, ont documenté une hausse de 134 % des coûts liés aux interactions entre la police et les personnes atteintes de maladies mentales pour la période 2000-2011 (Heslop, Stitt et Hoch, 2011).

En même temps, on constate une influence à la fois contraire et complémentaire à l'œuvre. Paradoxalement, on peut raisonnablement conclure qu'à mesure que s'accroissent l'apprentissage et les connaissances en santé mentale des policiers, plus ils sont en mesure de reconnaître correctement ces cas, ce qui a pour effet de hausser artificiellement leur nombre. De même, le nombre croissant de cas correctement cernés a comme effet corollaire d'augmenter le nombre d'appréhensions en vertu de la loi—vraisemblablement au lieu d'arrestations—, bien que des données ne soient pas disponibles pour le confirmer.

Ce qui est cependant évident et indiscutable, quelles que soient les tendances émergentes, c'est que le problème demeure entier. Les services de police s'inquiètent de plus en plus de leur rôle de contrôle sur les personnes ayant des troubles mentaux dans la collectivité et l'échec perçu du système de santé mentale.

Il faut préciser que le problème dépasse largement les fusillades policières hautement médiatisées où sont en cause des personnes atteintes de maladies mentales. Un rapport récent de la police de Vancouver a fait état d'autres cas de grande visibilité auxquels étaient mêlés des policiers et des personnes atteintes de maladies mentales (service de police de Vancouver, 2013) et où la police a réagi au comportement violent de ces personnes. Elle a signalé les incidents suivants :

- Un homme a perpétré trois actes de violence grave contre des femmes âgées, les frappant du pied et leur écrasant la tête.
- Un homme qui promenait son chien en soirée a été poignardé à de nombreuses reprises par un inconnu. Les agents qui sont intervenus ont vu les organes de la victime éviscérée durant l'attaque.
- Après un spectacle humoristique, deux témoins accidentels ont évité de justesse d'être tués dans une fusillade, et une balle a frôlé la tête d'une victime. Le tireur s'est ensuite tué en pleine rue.
- Une fillette de cinq ans et sa mère ont été attaquées alors qu'elles marchaient dans la rue. Une femme souffrant d'un trouble mental les avait approchées, a empoigné l'enfant par les cheveux et l'a violemment projetée contre le trottoir. Lorsque la mère est intervenue pour protéger sa fille, elle a été projetée tête première contre le sol et est par la suite décédée de blessures graves au visage.

Pourtant, la majorité des interactions entre la police et les personnes ayant une maladie mentale sont moins remarquées et même celles qui sont graves mènent rarement à la tragédie. On entend moins parler des cas de réussite. Par exemple, un incident à London, en Ontario, où une femme d'une soixantaine d'années avait été libérée d'hôpital et était rentrée chez elle, où elle vivait seule. Les policiers sont intervenus après qu'on a fait savoir qu'elle était suicidaire. Ils ont dépêché un psychiatre chez elle ainsi qu'une équipe d'intervention d'urgence et un négociateur de situation de crise. Le psychiatre a appris que la femme était diabétique; sa situation inquiétait à cause des risques immédiats pour sa santé. Il a aidé les négociateurs et a parlé directement à la femme et, après une heure environ, l'a convaincue de descendre du balcon où elle menaçait de sauter. La situation a été désamorcée et la femme est retournée à l'hôpital pour suivre un traitement.

Malgré la nature et la gravité des interactions individuelles entre la police et les personnes atteintes de maladies mentales, il est largement reconnu qu'elles se produisent trop souvent. Même si la majorité ne fait pas la une des journaux, tous les incidents sont graves et potentiellement traumatisants pour les personnes en cause. Comment faire pour bien préparer le personnel policier

¹⁰ Le terme « recrue » s'entend dans le jargon policier d'un nouvel agent de police. S'il désigne habituellement le nouvel agent qui suit la formation de base, il s'utilise aussi souvent pour désigner cet agent pendant toute la durée de sa première année de service.

¹¹ Si les établissements de formation des policiers sont appelés soit collège de police, soit académie de police, nous les appelons académies de police dans ce rapport.

¹² On peut consulter le rapport à : <http://www.mentalhealthcommission.ca/Francais/document/1121/%C3%A9tude-des-programmes-de-%C2%A0formation-%C2%A0et-d%E2%80%99%C3%A9ducation-offerts-par-%C2%A0les-%C2%A0%C3%A9coles-de-%C2%A0police-aux-%C2%A0>

¹³ On peut consulter le rapport à : <http://www.mentalhealthcommission.ca/Francais/document/1798/interactions-de-la-police-avec-les-personnes-atteintes-de-maladies-mentales-%C3%A9ducation->

¹⁴ Cette situation s'explique par le fait que la production et la collecte de ces données au Canada ne sont pas uniformes ni complètes.

pour réagir à ces situations possiblement difficiles? Le rapport vise justement à contribuer à l'atteinte de cet objectif.

Le rapport renferme l'information suivante :

1. un résumé du rapport de 2008 sur l'état (à l'époque) de l'éducation et de la formation de base des policiers dans les académies;
2. un résumé du rapport de 2010 sur l'éducation et la formation internes (continues), en mettant l'accent sur le fondement et la raison d'être du modèle TEMPO;
3. une mise à jour de la recherche et des données sur les résultats liés à l'efficacité de l'éducation et de la formation dans ce domaine;
4. les constatations du sondage de 2013-2014 sur l'éducation et la formation de base dispensées dans les académies de police canadiennes sur les troubles mentaux, y compris les maladies mentales;
5. les constatations du sondage de 2013-2014 auprès des services de police canadiens afin de déterminer la nature et l'état de la formation interne à ce sujet, particulièrement la modification du modèle TEMPO;
6. les conclusions et les prochaines étapes, y compris les révisions nécessaires du cadre TEMPO.

Il convient de faire une mise en garde concernant le rapport.

Les causes et les résultats des interactions entre la police et les personnes atteintes de maladies mentales sont complexes et sont souvent hors du seul contrôle de la police. Ils concernent autant les facteurs situationnels, les enjeux sociaux et les problèmes de ressources que les questions « policières ». Bien que l'éducation et la formation constituent des exigences essentielles pour améliorer la situation, elles ne sont pas suffisantes en soi. Même les meilleurs programmes d'éducation et de formation n'auront aucun effet sur la situation d'ensemble, c'est-à-dire le nombre et la fréquence des interactions entre la police et les personnes ayant une maladie mentale. Le personnel policier peut seulement utiliser les outils et l'information à sa disposition pour prendre des décisions au cas par cas, et ne peut compenser les préjugés et la stigmatisation dans les collectivités, l'absence de ressources en santé mentale et la recherche lacunaire dans ce domaine. Le problème déborde la seule formation des policiers. Une approche concertée à l'échelle de tous les systèmes est nécessaire et doit faire intervenir toutes les composantes non seulement du système de justice pénale mais aussi, par exemple, du système de santé et des services à la personne.

3. Méthode

Un nombre de conclusions et de recommandations au sujet de la nature et du contenu de l'éducation et de la formation des policiers dans ce domaine ont été formulées dans les rapports de 2008 et 2010 mentionnés ci-dessus, et étaient fondées sur la recherche et les programmes existants à ce temps. Notre étude a soulevé les questions fondamentales suivantes :

- Comparativement à 2008 et à 2010, quelles sont la nature et l'étendue de la formation actuelle des policiers dans ce domaine? Est-ce que la nature fondamentale, la quantité ou le contenu de l'éducation et de la formation ont changé ou évolué au cours des cinq dernières années?
- Est-ce que l'éducation et la formation des policiers ont évolué pour répondre aux recommandations relatives au contenu et à la conception formulées dans les rapports de 2008 et 2010?
- Est-ce que l'éducation et la formation des policiers canadiens ont été évaluées d'une façon quelconque afin d'influencer le perfectionnement continu et l'évaluation du rendement?
- Existe-t-il des données, des observations ou de nouveaux outils d'éducation ou de formation pour appuyer le perfectionnement ultérieur du cadre TEMPO?
- Quelles sont les forces et les lacunes existantes des programmes de formation?
- Quelles recommandations sont nécessaires pour renforcer le perfectionnement et la mise en œuvre?

Comme c'était le cas auparavant, l'étude des programmes d'éducation et de formation dans ce domaine porte sur deux niveaux : la formation de base pour les nouveaux policiers et cadets, et la formation interne du personnel policier.

Les stratégies suivantes ont servi à répondre à ces questions :

- L'examen par les pairs des publications a mis l'accent sur la période depuis 2010 afin de compléter les examens documentaires de 2008 et 2010 et de déterminer la recherche ultérieure pour répondre aux questions posées.
- Les chercheurs et les principaux intervenants travaillant dans ce domaine, à la fois au Canada et à l'étranger, ont été contactés au sujet des développements.
- La documentation « grise » a été relevée et examinée dans la mesure du possible.
- L'ensemble des académies de police et des établissements canadiens offrant de l'éducation et de la formation de base aux policiers a été sondé (partie 1).
- L'ensemble des services de police canadiens a été sondé au sujet de leurs pratiques existantes relatives à l'éducation et à la formation internes (partie 2).

Partie 1 : Formation et éducation dans les académies de police canadiennes

Au Canada, la formation policière de base est principalement offerte dans les académies de police, qui peuvent être soit des établissements autonomes se spécialisant en formation, soit des académies internes des services de police particuliers qui forment leurs propres agents. Les académies canadiennes autonomes suivantes ont pris part au sondage :

- l'Académie de police de l'Atlantique (APA);
- l'École nationale de police du Québec (ENPQ);
- le Collège de police de l'Ontario;
- le Collège de police de la Saskatchewan;
- l'Institut de justice de la Colombie-Britannique..

Les services de police sondés suivants offrent une formation ou une éducation à leurs nouveaux agents et cadets de police :

- Calgary;
- Edmonton;
- Lethbridge;
- Brandon;
- Halifax;
- Winnipeg;
- la GRC.

Les services de police sondés suivants offrent aux nouveaux agents et cadets de police une formation de base interne complémentaire à la formation provinciale :

- le service de police de Toronto;
- le service de police régional de Peel;
- le service de police régional d'Halton;
- le service de police de London;
- la Police provinciale de l'Ontario..

Partie 2 : Formation et éducation internes dans les services de police canadiens

La liste des services de police canadiens a été compilée à partir du rapport *Les ressources policières au Canada, 2012*, publié par le Centre canadien de la statistique juridique. Ensuite, une personne-ressource dans chaque service a été désignée, notamment le chef de police, le responsable de la formation interne ou une autre personne désignée responsable de ce secteur d'activité. Dans le cas de la GRC, nous avons contacté directement le Centre de formation de la région du Pacifique (PRTC) en Colombie-Britannique.

Plus de 200 services de police ont été désignés et sondés. En tout, 32 services de police ont répondu, dont la taille variait d'assez petite (moins de 50 agents) à très grande (plus de 5 000 agents).

Collecte de données et d'information

On a demandé à chaque service mentionné ci-dessus (parties 1 et 2) de répondre à un questionnaire, dans lequel il devait fournir l'information suivante :

- des renseignements sur la nature et le contenu du programme d'éducation et de formation dans ce domaine, évalués par rapport aux recommandations de 2010 relatives au modèle TEMPO (annexe A);
- des copies des plans de cours ou d'autres documents pertinents;
- une estimation de la durée totale consacrée au sujet;
- d'autres objectifs d'apprentissage ou compétences particuliers ou critères de résultats;
- les évaluations de l'éducation ou de la formation ou les mesures des résultats, y compris les critères et les processus d'évaluation utilisés;
- toute évaluation interne non officielle des forces et des faiblesses de la formation;
- d'autre information pertinente..

D'autres commentaires et renseignements ont été recueillis à la conférence *Concilier sécurité individuelle, sécurité communautaire et qualité de vie : une conférence pour améliorer les interactions avec les personnes ayant une maladie mentale*, coanimée par l'ACCP et la CSMC à Toronto, les 24-26 mars 2014.

Les auteurs de ce rapport sont reconnaissants aux conférenciers et délégués à la conférence représentant, par exemple, le personnel policier, les professionnels de la santé mentale, les analystes de politiques gouvernementales et les personnes ayant un vécu de maladie mentale. Leurs réflexions et commentaires ont enrichi le contenu de notre rapport.

CHAPITRE 2

JUSTICE EN MATIÈRE DE PROCÉDURE ET APPROCHE AXÉE SUR L'UTILISATEUR : LA VOIX DES PERSONNES ATTEINTES DE MALADIES MENTALES

Tous les Canadiens, y compris ceux aux prises avec une maladie mentale, s'attendent non seulement à ce que les services publics soient offerts dans une approche axée sur le client ou l'utilisateur, mais aussi à ce qu'ils soient traités avec équité et respect, en conformité aux principes de la justice en matière de procédure (voir le tableau 1).

Tableau 1 : Principes fondamentaux et attentes des services de police contemporains

PRINCIPES FONDAMENTAUX ET ATTENTES DES SERVICES DE POLICE CONTEMPORAINS

- procédure de recours, équité et justice (justice en matière de procédure)
- pratique éthique
- confiance de la collectivité
- adaptation à l'environnement
- approche axée sur l'utilisateur
- collaboration avec la collectivité et sa consultation
- service à la clientèle de qualité et souci connexe
- évaluation, amélioration et modification continues
- travail d'équipe
- décentralisation du pouvoir et de la prise de décision
- engagement total
- leadership participatif
- communication accrue
- harmonisation interne et externe
- approche axée sur les résultats

Dantzker, 1999; Hoover, 1996; Swanson, Territo et Taylor, 1998; Carter, Klein et Day, 1992; Tyler, 2004; Tyler, 1990; Kennedy et Moore, 1997.

Dans le cadre de leur travail quotidien, les agents de police font face à une myriade de situations, dont la plupart ne nécessitent pas l'application de la loi au sens strict du terme¹⁶. Toutefois, dans de nombreuses situations, l'agent doit être un expert de la désescalade et de la résolution de conflits et de la médiation. Toutes ces situations nécessitent l'application d'aptitudes de communications interpersonnelles supérieures et le souci du service. De plus, les agents de police se trouvent souvent, selon Worden (1989), dans des situations « d'ambiguïté et d'incertitude » (p. 671). Egon Bittner (1990), un chercheur réputé sur la surveillance policière, cité par LaGrange (2003), a conclu que les agents de police doivent posséder :

[...] la capacité d'analyser les situations, de déterminer laquelle des procédures ou décisions (potentiellement conflictuelles) à appliquer, et de prendre ces décisions rapidement—ces qualités peuvent demander d'importantes connaissances, de l'intelligence et du jugement, et ce sont ces qualités qui sont perçues comme étant les plus pertinentes à une éducation supérieure. (p. 92).

Certaines situations, comme celles où le sujet semble avoir une maladie mentale, nécessitent un jugement supérieur, l'utilisation judicieuse du pouvoir discrétionnaire et un important degré « d'intuition en matière de dynamique des problèmes humains » (Worden, 1990, p. 589). Par exemple, Watson et coll. (2010) ont précisé que la documentation mentionne que les personnes atteintes de maladies mentales qui entrent en contact avec la police seront moins perturbées si elles sentent qu'elles sont traitées « justement et de bonne foi » (p. 2). Il convient d'en tenir compte dans la conception et la prestation de l'éducation et de la formation pour le personnel policier.

¹⁶ Des études aux États-Unis et au Royaume-Uni ont révélé que, dans les différents pays, de 15 à 20 % seulement du travail policier se rapportait aux actes criminels; ce taux se situerait plutôt entre 7 et 10 % après un examen plus approfondi des appels de service (Bayley, 1996, p. 40).

Bien que la conception et la prestation de l'éducation et de la formation des policiers varient en ce concerne les contacts entre ces derniers et les personnes atteintes de maladies mentales, on constate une tendance croissante, y compris au Canada, d'utiliser le cadre de formation de l'équipe d'intervention en cas d'urgence¹⁷, du moins comme fondement du modèle. Les éléments importants de ce cadre, selon Watson et coll. (2010), sont l'établissement de relations entre les services de police et les ressources en santé mentale et la :

[...] transformation des rôles et des priorités organisationnelles des services de police d'un modèle traditionnel d'application de la loi, qui interagissait à contrecœur avec les personnes atteintes de maladies mentales, vers un modèle plus orienté vers le service qui répond à la maladie mentale dans une optique de préoccupation de sécurité communautaire et de santé publique. (p. 3).

Comme l'a expliqué Coleman (2012), *l'approche axée sur l'utilisateur* est un principe fondamental et une attente des services policiers (communautaires) contemporains (voir le tableau 1). La clé d'une telle approche est la conduite du personnel policier. Selon Watson et coll. (2010), la documentation est claire à propos des résultats produits par le comportement positif et respectueux de la police. Les services de police qui exercent leur autorité d'une manière procédurale juste favorisent la coopération et le respect communautaire. À l'inverse, le comportement irrespectueux des agents réduit la possibilité de coopération du public (p. 3-4). Par exemple, Watson et coll. (2010), citant McCluskey (2003), ont souligné que « les personnes atteintes de maladies mentales, [qui perçoivent] leur traitement par les policiers comme étant respectueux et empreint de dignité plutôt que coercitif, sont plus portées à se conformer aux instructions des agents » (p. 5). Watson et coll. (2010), citant Lind et Tyler (1988), Tyler (1990) et Tyler et Lind (1992), ont conclu que les aspects clés du respect de la justice en matière de procédure sont les suivants :

- **la version ou la participation**, y compris avoir l'occasion de présenter sa version des faits et d'être entendu par le décideur, c.-à-d. l'agent de police;
- **la dignité**, être traité avec respect, politesse et dignité, et la reconnaissance des droits du sujet par le décideur;
- **la confiance que l'autorité**, c'est-à-dire l'agent de police, se soucie du bien-être du sujet (p. 3).

Le travail de chercheurs, tels que Watson et coll. (2010), Lind et Tyler (1988), Tyler (1990), Tyler et Lind (1992), Bittner (1990), McCluskey (2003) et Worden (1990), établit clairement que le traitement juste des individus et le fait de leur laisser la perception d'équité sont des aspects importants pour l'établissement de relations et favorisent la compréhension de la situation par toutes les parties. Ces aspects réduisent la probabilité d'escalade d'une situation potentiellement explosive. De plus, ils ne font pas qu'améliorer la situation en cours, mais contribuent à améliorer les interactions futures avec ces personnes ou les personnes avec lesquelles ces dernières ont partagé leur expérience.

Même si les personnes ayant une maladie mentale ne sont pas nécessairement plus portées à la violence que les personnes d'esprit sain, la documentation révèle que certaines interactions peuvent comporter un degré de violence. D'après Ruiz et Miller (2004), les cinq situations suivantes peuvent donner lieu à des affrontements entre les policiers et les personnes ayant une maladie mentale. C'est pourquoi les policiers qui interviennent doivent être sensibilisés à cette possibilité :

- la personne ayant une maladie mentale peut avoir peur parce qu'elle ne connaît pas les policiers présents;
- la réticence de la personne en état de crise à coopérer avec les policiers ou à se conformer à leurs directives;
- la crainte inspirée par l'uniforme policier ou l'attitude dominante des agents;
- le manque de compréhension ou d'empathie des agents de police pour les difficultés de la personne ayant une maladie mentale;
- la crainte que ressentent les policiers à l'égard des personnes atteintes de maladies mentales.

La cinquième, de toute évidence, s'explique par les stéréotypes et la stigmatisation associés à la maladie mentale chez de nombreuses personnes, y compris certains policiers. La réponse appropriée à chacune de ces cinq situations doit faire partie de l'apprentissage du personnel policier.

Comme l'a affirmé Amanda Butler (2014) :

Les interventions traumatisantes avec violence sont directement visées par la justice en matière de procédure, car l'intensité de l'expérience peut l'emporter sur les expériences positives futures ou passées. (p. 64).

Comme l'a aussi bien expliqué Butler (2014, p. 64), il est difficile de contrer les interactions négatives avec la police, car elles créent des perceptions durables à son sujet. Le personnel policier doit donc être informé des « conséquences néfastes et durables des interactions négatives avec les forces policières ». À ce chapitre, la justice en matière de procédure et l'approche axée sur l'utilisateur sont cruciales. Il est donc important d'en tenir compte non seulement dans la formation des policiers, mais aussi dans leur recrutement, leur supervision et leur gestion continues ainsi que le leadership exercé auprès d'eux.

La justice en matière de procédure (procédure de recours, justice et équité) et *l'approche axée sur le client ou l'utilisateur* vont de pair; elles sont toutes deux des principes fondamentaux et des attentes des services policiers contemporains (voir le tableau 1). Elles nécessitent toutes deux l'application adéquate d'aptitudes en communication verbale, l'établissement de liens et la compréhension de la maladie mentale. La justice en matière de procédure et l'approche axée sur l'utilisateur impliquent également la connaissance nécessaire des ressources communautaires aux fins de l'aiguillage et une bonne compréhension de la législation qui régit le travail policier. Le résultat souhaité est que les « bénéficiaires » du service sentent qu'ils sont bien traités. Cela doit influencer la conception et la prestation de la

¹⁷ Même si dans la documentation, les équipes d'intervention d'urgence et la formation connexe sont perçues comme homogènes dans différents pays, il faut interpréter avec circonspection les résultats des évaluations et de la recherche à ce chapitre. Même si le cadre semble relativement cohérent, il n'est pas toujours clair si le contenu et la prestation sont uniformes dans les différents pays.

formation policière en santé mentale, car un accent est requis non seulement pour assurer la connaissance des ressources et des procédés accessibles, mais aussi pour 1) comprendre les aptitudes permettant d'établir des liens et d'outiller les policiers pour la désescalade de situations parfois explosives, et 2) respecter les droits des personnes atteintes de maladies mentales.

Au Canada, la voix des personnes atteintes de maladies mentales n'est pas aussi forte qu'elle devrait l'être dans le contexte policier. Comme exposé ci-après, quelques services de police seulement intègrent les considérations relatives à ces personnes à leur formation. Notre étude n'a relevé qu'un seul service de police comptant un comité consultatif ou un groupe d'intervenants en santé mentale (p. ex. les groupes auxquels participent les membres d'autres populations vulnérables ou défavorisées ou encore des groupes raciaux ou éthiques). Il n'a pas été clairement démontré quels services de police utilisent des sondages communautaires sur les enjeux d'intérêt pour le milieu de la santé mentale ou les membres de ce milieu afin d'obtenir leurs commentaires et rétroaction.¹⁸

À quoi s'attendent les personnes atteintes de maladies mentales de la force policière locale? Il n'est pas étonnant qu'elles s'attendent à ce que celle-ci connaisse les méthodes à utiliser pour traiter les situations où elles sont en cause. Plus de 90 % des répondants à l'étude phare de Brink et coll. (2011) ont indiqué qu'ils considéraient ce facteur comme très ou extrêmement important. Voici ce qu'a dit un répondant :

Je crois que la formation en santé mentale est très importante pour les policiers et ils peuvent être efficaces lorsqu'ils savent quels facteurs rechercher ou cibler [...] Ils savent donc quelle mesure prendre pour régler une situation [...] Sans l'aborder dans une optique de criminalité, [...] ils peuvent la remettre en contexte, ou si un individu semble déconnecté de la réalité, ils peuvent comprendre pourquoi il répond ou agit comme il le fait. (p. 75)

De nombreux participants à l'étude de Brink et coll. (2011) ont parlé d'interactions précédentes avec des policiers qui ne semblaient pas comprendre la moindre chose aux maladies mentales, y compris leurs conséquences sur les capacités cognitives et le comportement. Les participants croyaient qu'accroître les connaissances sur les maladies mentales, notamment la façon dont elles sont vécues et leurs conséquences sur une personne, amènerait les policiers à améliorer leurs attitudes et comportements. Les participants ont aussi discuté de la formation à dispenser aux policiers pour leur apprendre à communiquer de façon plus respectueuse et efficace avec les personnes atteintes de maladies mentales. Ils ont notamment proposé que les policiers utilisent un langage positif, respectent la confidentialité et emploient les compétences en communication verbale pour désamorcer les situations.

Selon plusieurs participants, les policiers devaient apprendre à traiter les personnes atteintes de maladies mentales avec compassion, empathie et respect. Ils ont fait savoir que les policiers doivent apprendre à adapter leur comportement lorsqu'ils ont

affaire à ces personnes, surtout lorsqu'elles sont en état de crise de santé mentale. Plusieurs participants étaient d'avis que les policiers devaient davantage recourir aux méthodes non violentes et non agressives dans les interventions auprès des personnes atteintes de maladies mentales. Nombre d'entre eux estimaient que la réaction initiale des policiers est déterminante et influence si l'interaction suscitera l'agressivité et la violence.

Les participants ont également proposé plusieurs autres façons d'améliorer les interactions entre la police et les personnes atteintes de maladies mentales, notamment renforcer ses liens avec le milieu de la santé mentale, promouvoir les pratiques policières positives, améliorer la gestion des ressources humaines, créer des modèles positifs pour les policiers, accroître la responsabilisation de la police, et faire appel à des professionnels de la santé mentale pour les appels de service. De nombreux participants ont fait remarquer que si la police interagit avec les personnes atteintes de maladies mentales lorsqu'elles NE SONT PAS en état de crise, elle pourrait voir les choses différemment de lorsque ces personnes le sont.

Watson et Angell (2012) ont aussi signalé le lien entre la perception d'une personne ayant une maladie mentale à l'égard de la justice en matière de procédure et son degré de coopération avec la police ou de résistance à celle-ci. Cela dénote aussi l'importance de régler les problèmes posés par la stigmatisation dans la formation des policiers. Bien que les liens entre ces variables soient complexes, généralement, les personnes atteintes de maladies mentales sont plus enclines à coopérer et sont moins portées à résister lorsqu'elles croient être traitées équitablement.

Même s'il faut poursuivre la recherche à ce sujet, ce qui est d'intérêt pour la justice en matière de procédure dans la documentation, c'est qu'on y laisse entendre que les policières sont plus efficaces dans la désescalade de situations possiblement explosives (Balkin, 1988; Bell, 1982; Weisheit et Mahan, 1988 cités par Brecci, 1997, p. 155). Cette constatation, comme l'a affirmé Butler (2014), est « particulièrement importante pour les interventions policières auprès de personnes atteintes de maladies mentales ». D'après Butler, le désamorçage et la désescalade efficaces sont « cruciaux pour prévenir les blessures et renforcer les perceptions relatives à la justice en matière de procédure » (p. 54).

Est-ce qu'on accorde suffisamment d'attention aux principes de la justice en matière de procédure et à l'approche axée sur l'utilisateur dans la formation en santé mentale des policiers canadiens? Il s'agit d'un aspect important de la formation policière qui, comme le verra le lecteur ci-après, n'est pas toujours pris en compte. On recommande fortement aux services de police et à leurs partenaires en santé mentale, le cas échéant, de veiller à inclure ces deux éléments dans le cadre général de la formation en santé mentale des policiers et de leurs interactions avec les personnes atteintes de maladies mentales.

¹⁸ Tout ou partie de l'étude de la CSMC en Colombie-Britannique (Brink et coll., 2011) pourrait servir de modèle d'enquête approprié.

CHAPITRE 3

RÉSUMÉ DES RAPPORTS DE 2008 ET 2010 SUR LA FORMATION POLICIÈRE EN SANTÉ MENTALE

4. Résumé de l'étude de 2008 sur l'éducation et la formation de base en santé mentale des policiers

En 2008, 14 académies de police canadiennes offrant une formation de base aux nouveaux policiers ont été sondées afin de déterminer la nature et l'ampleur des cours en santé mentale compris dans la formation de base. Il n'est pas surprenant qu'une grande fluctuation existe entre les académies.

Certaines constatations étaient encourageantes. Par exemple, depuis au moins 2000, les programmes de base de toutes les académies comptaient au moins quelques cours sur l'intervention auprès des personnes atteintes de maladies mentales. Presque tous les programmes de formation policière de base renfermaient une information sur les signes et les symptômes des maladies mentales, des stratégies verbales pour interagir avec ces personnes, des stratégies pour diffuser l'agressivité et traiter avec les suicidaires, et des notions élémentaires de la législation sur la santé mentale. Il a cependant été difficile de déterminer dans quelle mesure ces sujets étaient abordés dans chaque académie, car le nombre d'heures variait grandement dans les différentes administrations. Au moment de notre étude de 2008, le nombre d'heures de formation variait d'une heure à plus de 24, bien que près de la moitié des académies aient déclaré moins de 10 heures.

Les résultats de l'étude de 2008 ont montré que la formation à ce sujet avait lieu dans différents contextes. Alors qu'il a été relativement facile de documenter les programmes autonomes consacrés spécifiquement aux maladies mentales, la majorité des académies ont déclaré que des cours sur les interactions avec les personnes atteintes de maladies mentales se déroulaient dans divers autres contextes, dont la formation sur le recours à la force, les communications tactiques, le droit et la sécurité des agents.

Il importe cependant de souligner qu'après un examen plus attentif des cours sur les interactions avec les personnes atteintes de maladies mentales, on a remarqué qu'ils ne faisaient pas partie de la formation sur le recours à la force de la majorité des académies ou n'y étaient pas bien intégrés. Cela a suscité des questions, car la recherche a révélé que les personnes atteintes de maladies mentales sont surreprésentées dans les incidents de recours à la force. On peut en dire autant de l'omission d'inclure les interactions avec les personnes atteintes de maladies mentales dans la formation sur les communications tactiques, par exemple.

L'étude de 2008 a aussi porté sur les méthodes utilisées pour offrir la formation de base. Presque toute la formation existante en 2008 a été offerte dans des cours magistraux devant une classe nombreuse. De toute évidence, cette méthode n'est pas optimale pour les apprenants adultes. Environ un tiers des répondants n'offrait pas de jeu de rôle ou de simulation, et près d'un quart utilisait les ressources en ligne et des films ou vidéos de formation. Étant donné l'abondance des ressources disponibles à l'époque, il est malheureux qu'on n'ait pas employé de méthodes didactiques plus variées. Une exception notable est la formation policière en santé mentale de base à l'École de la GRC, qui comptait très peu de matériel de cours magistral, mais faisait largement appel à l'apprentissage par résolution de problèmes.

Toutefois, la lacune la plus flagrante dans la formation de base était l'omission quasi généralisée des académies d'inclure des personnes ayant une maladie mentale ou leur famille dans la conception ou la prestation de la formation. Par exemple, seulement 2 des 14 académies sondées ont indiqué qu'elles intégraient le point de vue d'une personne ayant une maladie mentale. Puisque les rapports de recherche indiquent que le contact avec une personne ayant une maladie mentale était probablement l'outil le plus utile pour transformer les attitudes à l'égard de la maladie mentale, il s'agit d'une omission significative.

De nombreuses écoles policières ne font pas participer les organismes de santé mentale ou les professionnels de la santé mentale à la conception ou à la prestation de leur formation. Seulement 5 écoles sur 14 demandent à des organismes de santé mentale de présenter des exposés, et 8 écoles sur 14 incluent les exposés de professionnels de la santé mentale.

Le rapport de 2008 renfermait des recommandations sur la formation de base offerte dans les académies.

- Les écoles de police devraient s'efforcer d'adopter le type de formation exhaustive qui était offerte à ce temps par la Force constabulaire royale de Terre-Neuve et l'Académie de police de l'Atlantique et qui comprenait non seulement un grand nombre d'heures de formation directe sur les interventions auprès des personnes atteintes de maladies mentales, mais également divers supports d'apprentissage et un contact direct avec ces personnes et les professionnels de la santé mentale.

- Tous les programmes de formation devraient inclure des interactions avec des personnes atteintes de maladies mentales et leur famille ainsi que des exposés présentés par ces personnes et des professionnels de la santé mentale.
- Il était recommandé que le milieu policier se concerte pour élaborer ou encourager l'élaboration d'un tronc commun pour les écoles, idéalement en utilisant le matériel existant afin de réduire le dédoublement des efforts de l'ensemble des écoles.
- Les services ou les écoles de police qui se fondent sur des cours de formation préalables externes à leur propre programme—comme c'est le cas des cégeps au Québec—ont intérêt à ce que la formation sur les interactions avec les personnes atteintes de maladies mentales fasse expressément partie du contenu des cours externes.
- Les programmes reposant sur une approche axée sur les compétences et la résolution de problèmes, comme ceux de l'École de la GRC, pourraient élaborer des objectifs et des

compétences traitant particulièrement des enjeux liés aux interventions auprès des personnes atteintes de maladies mentales pour s'assurer de couvrir effectivement tous les objectifs principaux concernant cette population dans l'environnement de formation.

Soulignons qu'à la parution du rapport de 2008, le modèle TEMPO n'avait toujours pas été élaboré. Par conséquent, les principaux aspects de la formation dans ce domaine n'avaient pas été déterminés ou clairement définis. L'étude de 2008 n'avait pas non plus demandé spécifiquement aux académies sondées si elles avaient établi des buts et des objectifs d'apprentissage ou des compétences en santé mentale à intégrer à leur programme ou des mesures des résultats. En fait, l'un des principaux objectifs de l'étude de 2008, et de l'étude subséquente en 2010, était de définir et de délimiter les sujets désignés comme essentiels par les services de police, en l'absence d'évaluation et de recherche rigoureuses, pour s'assurer d'inclure ce contenu dans le modèle prototype proposé.

5. Résumé de l'étude de 2010 sur l'éducation et la formation internes en santé mentale des policiers

L'étude découlait logiquement de l'analyse de la formation de base et des programmes liés à la maladie mentale dans les académies de police canadiennes. Alors que l'objectif de l'étude de 2008 était d'exposer le contexte et la façon dont les agents de police canadiens recevaient leur enseignement pendant la « formation de base », l'étude de 2010 visait un objectif double. Premièrement, elle cherchait à déterminer les types existants de programmes de formation « internes » relatifs aux interactions entre les policiers et les personnes atteintes de maladies mentales et deuxièmement, en consultant la documentation pertinente, à déterminer et à recommander un modèle ou un cadre contemporain d'éducation et de formation de ce type pour le personnel policier. L'étude de 2010 sur la formation interne, à l'opposé de l'étude de 2008 auprès des académies, n'était pas un examen approfondi de tous les programmes d'éducation et de formation et ne cherchait pas à déterminer qui avait suivi la formation ou le nombre d'heures effectuées.

L'étude de 2010 comprenait les éléments suivants :

- un examen de la documentation publiée et grise sur l'évaluation de tels programmes, leur efficacité et leurs résultats;
- la détermination des programmes d'apprentissage et des méthodes de formation des policiers au Canada et à l'étranger reconnus comme de grande qualité et qui semblaient, à un certain degré, aborder efficacement la vaste question des interactions policières avec les personnes ayant une maladie mentale;
- un examen et une discussion de facteurs autres que le contenu qui contribuent à l'efficacité de la formation policière en général et dans ce domaine en particulier;
- l'intégration de l'information ci-dessus pour élaborer le modèle d'apprentissage TEMPO proposé, qui remplirait les conditions nécessaires et suffisantes de la formation policière dans ce domaine.

Étant donné que l'un des objectifs de notre étude est d'évaluer dans quelle mesure les recommandations du rapport de 2010 ont été opérationnalisées par les académies et les services de police, il est utile de se reporter aux 15 recommandations qui y sont formulées (voir l'annexe A). Les recommandations 1 et 2 sont présentées ci-dessous et servent de fondement aux 13 autres recommandations. La recommandation 3 préconisait l'établissement d'un cadre complet multiniveau (TEMPO) pour la conception et la prestation de la formation en santé mentale des policiers.

Recommandation 1: *Élaborer un cadre de travail pour la conception et la prestation de la formation*

Malgré les nombreux importants éléments de la conception et de la prestation de la formation policière en santé mentale, on devrait miser sur :

- la sensibilisation à la non-stigmatisation qui remet en question les comportements menant à des actes discriminatoires,
- la prise de décisions éthiques, la protection des droits de la personne et la responsabilité sociale.

Recommandation 2: *Revoir le cursus*

Il convient, à tout le moins, que les objectifs du cursus⁹ nécessaire à la préparation du personnel policier aux interventions auprès des personnes atteintes de maladies mentales soient :

DE COMPRENDRE :

- l'importance d'adhérer aux éléments fondamentaux de la pratique policière contemporaine, tels que :
 - l'approche axée sur l'utilisateur;
 - la justice en matière de procédure;
 - l'établissement de liens;
 - l'approche basée sur les résultats;

- l'approche fondée sur des services multiples;
- le rôle du personnel policier dans les interventions auprès des personnes atteintes de maladies mentales;
- le rôle des professionnels de la santé mentale et du soutien familial et communautaire dans les interventions des policiers auprès des personnes atteintes de maladies mentales, en conformité avec une *approche systémique*.

DE COMPRENDRE :

- les symptômes tels que les hallucinations, les idées délirantes, la paranoïa, les désordres cognitifs, les troubles de l'humeur, les déficiences intellectuelles, les troubles de la mémoire, les désinhibitions, les troubles comportementaux et les autres signes et symptômes qui peuvent accompagner les principales maladies mentales et leurs problèmes associés;
- la maladie mentale, de façon suffisante pour être en mesure d'évaluer son influence sur le comportement d'une personne et sa capacité à comprendre les demandes ou les instructions d'un policier et de s'y conformer;
- l'influence réciproque entre la culture, la race, le genre et d'autres caractéristiques propres à chaque personne qui affectent les expériences liées à la maladie mentale.

DE COMPRENDRE :

- l'importance de favoriser les liens entre les services de police et les organismes de santé mentale;
- l'importance des protocoles de partage d'informations entre les services de police et les organismes de santé mentale;
- la législation en matière de santé mentale en vigueur au niveau local, de manière suffisante pour prendre les mesures voulues au besoin;
- les autres législations pertinentes incluant celles qui définissent les droits à la protection de la vie privée et les droits de la personne;
- la fonction des organismes locaux de santé mentale et leurs options, en sachant où et comment appeler pour obtenir une consultation ou de l'aide ou pour y aiguiller une personne ayant une maladie mentale;
- les politiques et procédures organisationnelles pertinentes pour les interactions entre les policiers et les personnes atteintes de maladies mentales.

DE COMPRENDRE :

- les aptitudes en communications verbales et les techniques de désescalade pour désamorcer et calmer les situations dans lesquelles se trouvent les personnes atteintes de maladies mentales,
- la façon de déterminer si la personne ayant une maladie mentale est en mesure de comprendre et de se conformer aux directives de la police;
- les procédures standards des services de police qui désarmeraient normalement une personne qui n'est pas atteinte d'une maladie mentale, l'amèneraient à coopérer ou stabiliseraient la situation, peuvent avoir l'effet contraire sur une personne atteinte d'une maladie mentale en état de crise.

DE COMPRENDRE :

- la relation entre la maladie mentale et sa dangerosité;
- comment évaluer de façon raisonnablement précise le risque de suicide, gérer la situation ou intervenir au moment opportun.

DE COMPRENDRE :

- comment adapter la prise de décisions de façon appropriée, à savoir quand appréhender une personne, la mettre en état d'arrestation, l'aiguiller ou recourir à la déjudiciarisation ou quand chercher des solutions supplémentaires;
- la façon de résoudre les problèmes dans le milieu où les policiers sont en contact avec des personnes atteintes de maladies mentales;
- la capacité de prendre des décisions conformes à l'éthique.

Recommandation 3: Modèle d'apprentissage—TEMPO

TEMPO est un cadre multiniveau complet pour la conception et la prestation de la formation policière sur les interactions avec les personnes atteintes de maladies mentales (voir l'annexe A). L'utilité de TEMPO est double. Tout d'abord, il offre un cadre au milieu canadien de la police et de la santé mentale qui repose sur le cursus énoncé à la recommandation 2 pour aborder les aspects essentiels à la préparation du personnel policier tout au long de la carrière, y compris les affectations aux unités spécialisées. Deuxièmement, c'est un outil servant à analyser les lacunes dans les programmes existants de formation policière en santé mentale. Cet outil permet aussi d'évaluer les programmes actuels et de déterminer les ajouts ou changements nécessaires.

Afin de promouvoir le concept TEMPO auprès des services de police canadiens, la CSMC a eu recours à plusieurs tribunes de 2011 à 2013. La rétroaction communiquée dans une tribune en particulier a servi à envisager les modifications à apporter à TEMPO en 2010. En mars 2012, la CSMC a réuni un groupe de représentants de la police, de professionnels de la santé mentale, de défenseurs locaux, de personnes ayant un vécu de maladie mentale et d'intervenants pour discuter de TEMPO. La table ronde a élaboré une série de principes et de mesures suggérés pour favoriser l'adoption de TEMPO. Les principes suivants sont essentiels au succès futur de TEMPO :

- une approche d'apprentissage continu à étapes multiples;
- l'adoption par l'ensemble des services de police;
- l'élaboration et la prestation de la formation en incluant les personnes ayant un vécu de maladie mentale, les travailleurs en santé mentale, et les hôpitaux et défenseurs locaux.

Les participants se sont entendus sur les principaux points suivants :

- TEMPO devrait offrir une formation intégrée et continue afin d'améliorer la qualité, les résultats et les perceptions concernant les interactions entre les policiers et les personnes ayant une maladie mentale;
- le cadre TEMPO pourrait surtout servir d'outil d'analyse des lacunes dans les organisations afin d'évaluer leurs propres besoins, forces et faiblesses;

¹⁹ Le cursus s'applique à l'ensemble de la formation sur les interactions entre les policiers et les personnes atteintes de maladies mentales, y compris la formation de base et interne.

- TEMPO ne doit pas être perçu comme un programme fixe à adopter pour normaliser la formation au Canada. Il devrait plutôt reposer sur une approche d'apprentissage modulaire (un cadre) qui accorde de la valeur à l'expérience vécue des membres communautaires et des personnes atteintes de maladies mentales, à l'apprentissage expérientiel et à la coopération du milieu policier et des intervenants;
- TEMPO devrait facilement s'intégrer aux modules, pratiques et méthodes d'apprentissage existants afin de fournir des messages et une formation généralisés, continus et unifiés;
- TEMPO devrait contribuer à reconnaître et à éliminer la stigmatisation, à modifier les comportements et les pratiques, et finalement à améliorer les résultats.

On a convenu qu'il était essentiel pour le succès de TEMPO de faire participer les professionnels de la santé mentale et les personnes ayant une maladie mentale à la création et à la présentation du contenu, ainsi que de perfectionner de manière continue l'ensemble des modules de formation et de favoriser l'adhésion du personnel policier de tous les échelons, et que TEMPO soit appuyé et prisé par les dirigeants policiers. Ensuite il a été question des prochaines étapes, c'est-à-dire les mesures à prendre pour assurer la progression de TEMPO, soit du concept à la création des programmes. Les principales suggestions comprennent :

- la création d'outils pour évaluer les lacunes actuelles dans la formation;
- l'élaboration de scénarios de formation et la collecte de matériel d'apprentissage axé sur les compétences en conformité à TEMPO;
- l'analyse des pratiques exemplaires afin d'améliorer les interactions entre les policiers et les personnes atteintes de maladies mentales en recourant à la désescalade et à d'autres moyens;
- l'identification d'intervenants compétents ayant la capacité de favoriser l'adoption du modèle TEMPO.

Soulignons que le groupe est parvenu à un consensus, à savoir que bien qu'il soit nécessaire d'élaborer un programme général, TEMPO ne constitue pas un outil de formation en soi, mais bien une approche générique que les services de police peuvent utiliser comme cadre pour évaluer leurs progrès en matière de formation et pour cerner les lacunes, ainsi que comme source d'inspiration pour concevoir des programmes de formation appropriés.

CHAPITRE 4

ÉTAT ACTUEL DE LA FORMATION POLICIÈRE EN SANTÉ MENTALE

Avant de présenter les constatations des deux sondages abordés dans notre étude, il serait utile d'examiner les programmes suivants, nouveaux ou relativement nouveaux, élaborés non seulement au Canada mais aussi à l'étranger. Ces programmes présentent une utilité, en totalité ou en partie, pour le contexte canadien.

6. Programmes notables à l'extérieur du Canada

Australie

Projet PRIMeD : Police responses to the interface with mental disorder (interventions policières à l'interface de la maladie mentale)²⁰

Il s'agit d'un projet de recherche en collaboration entre le Monash University Centre for Forensic Behavioural Science et le service de police de Victoria, en Australie, qui a examiné les pratiques, les politiques et les procédures policières actuelles pour traiter avec les personnes ayant des troubles mentaux ainsi que les interactions avec les organismes offrant des services de santé mentale. Le projet visait à explorer la nature, le but et les résultats des contacts de la police avec les personnes atteintes de maladies mentales. Il tentait de répondre aux six principales questions de recherche suivantes :

2. Quel est le niveau de connaissances actuelles du personnel du service de police de Victoria concernant la maladie mentale, quelles sont les attitudes des agents à l'égard des personnes atteintes de maladies mentales et quelles sont leurs expériences pertinentes?
3. Quelles sont les initiatives policières en cours ou entre la police et les organismes de santé mentale pour aider les personnes ayant des troubles mentaux et comment ces initiatives sont-elles perçues par les particuliers et les organismes de justice et de santé et les organisations non gouvernementales?
4. De quelle façon la police définit-elle actuellement les troubles mentaux et quel est le degré d'exactitude des jugements portés en ce sens?
5. À quelle fréquence la police entre-t-elle en contact avec les personnes ayant des troubles mentaux, et est-ce que les processus et les résultats liés à ces contacts diffèrent de ceux visant les personnes d'esprit sain?

6. Quelles sont les lacunes actuelles en matière de connaissances, de formation, d'intégration et de prestation des services dans les forces policières et comment peuvent-elles être comblées?
7. Quels sont les types d'infractions et les tendances de perpétration pour lesquels la police entre en contact avec les personnes ayant une maladie mentale?

Alors que ce projet a répondu à une vaste gamme de questions qui débordent le champ de notre rapport, plusieurs constatations étaient directement pertinentes pour la question de la conception et de la mise en œuvre de la formation. Il s'agit des suivantes :

- Il était plus probable que la compréhension des maladies mentales des agents de police soit fondée sur leur formation en cours d'emploi et leur expérience privée des personnes en étant atteintes que sur l'information communiquée dans les cours officiels offerts par la police de Victoria ou d'autres organismes externes; une approche de type apprentissage tendait à être la norme.
- Les contacts avec les personnes atteintes de maladies mentales survenaient surtout dans les situations de crise.
- Alors que la majorité des policiers pouvaient raisonnablement reconnaître les signes comportementaux de la maladie mentale, ils avaient aussi tendance à assimiler l'agressivité et la tolérance élevée à la douleur à la maladie mentale.
- Les attitudes négatives envers les personnes atteintes de maladies mentales, y compris les préjugés et le manque de sensibilisation (c.-à-d. les agents qui « ne savent pas ce qu'ils ignorent »), étaient associées au recours limité aux ressources en santé mentale et à la tendance à ignorer une situation

²⁰ Consultable à : <http://www.med.monash.edu.au/psych/research/centres/cfbs/project-primed/>

ou à recourir à des mesures plus restrictives, comme une arrestation ou une appréhension en vertu de la Loi sur la santé mentale. Cette constatation a été jugée conforme à la recherche antérieure, qui avait révélé que les décisions des policiers étaient fondées sur des déductions au sujet de la dangerosité des suspects.

- Même lorsque des services de santé mentale, tels que les équipes d'intervention mobiles, étaient disponibles, la grande majorité des policiers n'étaient pas informés de leur existence.
- Lorsque les agents usaient d'un vocabulaire approprié pour décrire les personnes atteintes de maladies mentales, les communications entre eux et les professionnels de la santé mentale s'amélioraient.
- Les personnes atteintes de maladies mentales étaient grandement surreprésentées dans les contacts mortels avec la police, alors que plus de 50 % des décès mettaient en cause une personne connue pour avoir reçu un diagnostic de trouble mental.
- Les personnes atteintes de maladies mentales étaient aussi surreprésentées dans les interventions comportant le recours à la force, même si le degré de force utilisée se situait au niveau inférieur de l'échelle. Les policiers avaient plus tendance à menacer un recours à la force contre une personne ayant des antécédents de maladies mentales et à user de formes de force plus sévères.

Il existe des implications claires pour la conception de la formation qui découlent du fait que les policiers acquièrent surtout leurs connaissances, qu'elles soient correctes ou non, dans leur expérience professionnelle et personnelle, à l'opposé de la formation officielle. De toute évidence, on ne peut contrôler le type de connaissances acquises dans ces expériences pratiques. Alors que le modèle d'apprentissage semble être la méthode optimale pour l'acquisition de nombreuses compétences, la difficulté dans ce cas est apparente. Si plus d'agents expérimentés ne possèdent pas les compétences voulues, par exemple s'ils ont des attitudes stigmatisantes, alors les nouveaux policiers adopteront aussi ce style. En général, la documentation (y compris ce corpus de recherches) laisse supposer que les agents plus expérimentés ont moins tendance à recourir aux mesures restrictives auprès des personnes atteintes de maladies mentales comparativement aux agents relativement subalternes. Bien que cette constatation soit encourageante, il n'en demeure pas moins que les méthodes passées utilisées continueront de l'être à l'avenir, aussi longtemps qu'une formation non officielle prédomine. Le fait que la formation n'ait pas semblé avoir d'impact substantiel sur la compréhension des maladies mentales peut s'expliquer par les caractéristiques de la formation particulière (p. ex. formation insuffisante, programme inadapté) ou peut refléter les enjeux généralisés dans un service de police concernant les interactions avec les personnes ayant une maladie mentale.

La stratégie employée par le service de police de Victoria, en Australie, dénote que la formation est un aspect seulement d'une approche globale visant à améliorer les interactions policières avec les personnes ayant une maladie mentale. Comme mentionné ci-haut, la solution doit reposer sur une *approche systémique* structurelle. Néanmoins, dans la conception des programmes d'éducation et de formation, la crédibilité opérationnelle des formateurs et l'applicabilité pratique demeurent des enjeux primordiaux. De plus, les constatations confirment la nécessité d'intégrer la formation en santé mentale à celle sur le recours à la force.

Service de police de la Nouvelle-Galles du Sud (Australie)

Un autre projet australien approfondi a été réalisé par Victoria Herrington et Rodney Pope (2013) de la Charles Sturt University, conjointement avec le service de police de la Nouvelle-Galles du Sud²¹.

En 2008, le service de police de la Nouvelle-Galles du Sud a lancé un projet pilote afin d'offrir une formation poussée en santé mentale à certains agents de première ligne dans trois régions. La réalisation du projet, ainsi que les rapports et publications connexes décrivant les résultats font ressortir les enjeux complexes et les dilemmes que doivent gérer les services de police dans leurs tentatives pour résoudre le problème posé par les interactions avec les personnes ayant une maladie mentale. Le projet visait quatre principaux objectifs :

1. réduire le risque de blessures pour les agents et les utilisateurs des services de santé mentale durant les situations de crise;
2. améliorer la sensibilisation des policiers de première ligne aux risques liés aux interventions auprès des personnes ayant une maladie mentale et aux stratégies pour réduire les blessures des deux parties;
3. renforcer la collaboration avec d'autres organismes publics et les organisations non gouvernementales pour gérer les situations de crise en santé mentale;
4. réduire le temps que prend la police pour confier les personnes atteintes de maladies mentales au système de soins de santé.

Le projet Mental Health Intervention Team (MHIT) (équipe d'intervention en santé mentale) était principalement fondé sur le cadre des équipes d'intervention d'urgence des États-Unis. Le but était de former les premiers intervenants en tant que spécialistes des interactions avec les individus présentant des troubles mentaux. Le modèle MHIT reposait sur une équipe principale chargée d'élaborer et d'offrir la formation. Un surintendant-commandant dirigeait cette équipe et était aussi le porte-parole en santé mentale du service de police. Il était secondé par un agent d'élaboration de programmes de formation, un analyste, et une infirmière clinicienne consultante détachée de l'organisme de santé de la Nouvelle-Galles du Sud.

²¹ Voir Herrington, V. et R. Pope. (2013). « The impact of police training in mental health: an example from Australia ». *Policing and Society: An International Journal of Research and Policy*. <http://dx.doi.org/10.1080/10439463.2013.784287>, ainsi que Herrington, Victoria, Katrina Clifford, Pota F. Lawrence, Sharon Ryle, et Rod Pope (décembre 2009). *The Impact of the NSW Police Force Mental Health Intervention Team: Final Evaluation Report*. Charles Sturt University, Centre for Inland Health Australian, Graduate School of Policing, et police de la Nouvelle-Galles du Sud. https://www.police.nsw.gov.au/_data/assets/pdf_file/0006/174246/MHIT_Evaluation_Final_Report_241209.pdf

Le lecteur a intérêt à consulter les publications originales pour obtenir des détails sur le projet et la méthode de recherche qui en fait partie intégrante. Soulignons que divers intervenants ont pris part au projet, non seulement du service de police et de l'organisme de santé de la Nouvelle-Galles du Sud, mais aussi du service ambulancier, de diverses organisations non gouvernementales et les représentants d'associations de personnes atteintes de maladies mentales. Une vaste gamme de mesures quantitatives et qualitatives a été utilisée pour les résultats associés aux quatre objectifs ci-haut. L'évaluation a révélé ce qui suit ²² :

- La majorité des agents formés croyaient que la formation avait modifié leur approche dans les incidents liés à la maladie mentale, et près de la moitié d'entre eux croyaient que leur comportement avait énormément changé, particulièrement en ce qui concerne l'empathie.
- Le personnel du système des soins de santé a confirmé ces constatations et a remarqué l'amélioration de la compréhension de la santé mentale et, en conséquence, un effet positif sur les relations entre les policiers et le système de santé mentale.
- Les policiers étaient généralement plus confiants dans leurs interactions avec les personnes atteintes de maladies mentales, et cette confiance accrue semblait se manifester par leur tendance à consacrer plus de temps à leur parler et possiblement à recourir davantage aux techniques de désescalade.
- On a constaté un changement marginal seulement dans la collaboration entre le service de police et le système de soins de santé. Il reste beaucoup de place à l'amélioration à ce chapitre.
- On ne savait pas si la formation avait eu un effet déterminant sur la durée des réponses aux appels en santé mentale ou la quantité de « temps mort » dans les appréhensions en vertu de la *Loi sur la santé mentale*.

Ce bref résumé des résultats du projet MHIT effleure à peine la complexité des enjeux abordés et les nombreuses observations intéressantes formulées relativement au projet.

Il existe de nombreux enjeux complexes liés aux méthodes de collecte de données, aux changements simultanés opérés dans le service de police, aux effets indirects de la formation d'un petit nombre d'agents, aux effets secondaires généralisés sur les autres agents, et aux perceptions des personnes à l'extérieur du service de police. Malheureusement, les publications sur le projet ne renferment pas de détails sur la nature et le contenu de la formation dispensée et, à l'heure actuelle, l'équipe de recherche de la Nouvelle-Galles du Sud n'est pas autorisée à les communiquer. On sait cependant que la formation dure quatre jours et est fondée sur les nombreuses observations des groupes d'utilisateurs des services de santé mentale.

Compte tenu de tous ces facteurs, il est difficile de déterminer les effets de la formation en soi sur les résultats, et il est encore plus difficile de définir les aspects essentiels de la formation requise.

Néanmoins, un service de police voulant changer en profondeur ses interactions avec le système de santé mentale en général, et les personnes ayant une maladie mentale en particulier, a intérêt à s'arrêter aux expériences et aux leçons dégagées de ce projet. Il convient de réitérer les conclusions qu'ont tirées les auteurs au sujet du rôle de la police dans les interventions auprès des personnes atteintes de maladies mentales. Herrington et Pope (2013) ont affirmé :

En conclusion, nous sommes incités à poser une question pointue : Est-ce que la police devrait intervenir dans les problèmes de maladie mentale? [...] Est-ce que les interventions policières auprès des personnes atteintes de maladies mentales contribuent à réduire le risque de blessures pour toutes les personnes en cause ou entraînent-elles plutôt la criminalisation inutile et accidentelle des personnes en état de crise, qui n'ont rien fait de mal sinon être malades? Si la police veut intégrer la santé mentale et d'autres problèmes sociaux à son champ d'action, il faut alors poursuivre le travail afin de reconcevoir son rôle et considérer ces activités comme s'inscrivant dans la surveillance policière de base. (p. 19).

Irlande

An Garda Siochana (service de police irlandais)

Comme c'est le cas de nombreux services de police, la Garda a diverses initiatives en cours afin d'améliorer les relations entre le système de santé mentale et la police. Les programmes généraux comprennent les rencontres intersectorielles avec une variété de ministères et d'organismes publics, y compris les ministères de la Santé et de la Justice, les organismes de justice et de réforme du droit, les services d'incarcération d'Irlande, la police, les dirigeants des services de santé et le service national de santé mentale judiciaire. Un protocole d'entente a été établi, dont est signataire l'ombudsman de la police. Plusieurs initiatives ont été entreprises, y compris des programmes de liaison avec les établissements carcéraux et de déjudiciarisation, ainsi que des ententes locales entre les services de santé mentale et les détachements de police associés. Comme c'est habituellement le cas dans de nombreuses administrations, une formation policière de base est offerte dans les académies, ainsi que de brefs cours sur les droits de la personne, le droit en santé mentale et la gestion thérapeutique de la violence et de l'agressivité.

Toutefois, ce qui retient surtout l'intérêt dans le contexte actuel, c'est l'accent sur la sensibilisation à la maladie mentale, conjointement avec la formation des négociateurs des situations de crise et des commandants sur le lieu d'incidents critiques. Pour mettre en contexte, précisons que l'équipe de recherche comptant cinq consultants en psychiatrie judiciaire était disponible en tout temps pour conseiller la police ou intervenir dans les incidents critiques. Le programme normalisé pour les négociateurs des situations de crise et les commandants sur le lieu d'incident offre une formation particulière visant à développer des connaissances en santé mentale.

²² Les évaluations de ce projet reposaient sur des analyses multiphases employant des méthodes mixtes à trois dates précises et comprenaient des données quantitatives et qualitatives.

Cependant, selon le Dr Harry Kennedy, directeur général de clinique du service national de santé mentale judiciaire, les principaux aspects du programme considérés comme les plus efficaces étaient : 1) la sensibilisation aux problèmes de santé mentale, qui sous-tend l'ensemble des modules des deux cours; 2) le fait que les négociateurs, les commandants sur le lieu et les psychiatres participaient tous en même temps aux cours, à la formation et aux exercices; et 3) l'accent sur les exercices pratiques qui favorisent « l'immersion et la participation globales à l'ensemble des activités quotidiennes ». La formation ciblait en partie non seulement les connaissances factuelles en santé mentale, mais aussi la consultation des spécialistes, comme les psychiatres et d'autres intermédiaires, tels que les familles et les amis. On accordait aussi une grande importance aux suicides provoqués de victimes et à la façon dont les négociations avec une personne en état de crise peuvent nécessiter une approche différente de celle pour d'autres types d'incidents critiques.

États-Unis

Initiative de l'Association internationale des chefs de police—Renforcer la sécurité dans nos collectivités : Améliorer les interventions policières auprès des personnes atteintes de maladies mentales ²³

En 2009, l'Association internationale des chefs de police (AICP) a convoqué un sommet, qu'elle a parrainé conjointement avec le Bureau of Justice Assistance, la Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA), la JEHT Foundation and National Federation, et la National Coalition of Mental Health Consumer/Survivor Organizations (NCMHCSO). Le sommet a publié le document ci-dessus (en anglais seulement) qui présentait plusieurs politiques, pratiques et programmes à l'appui d'un plan directeur pour favoriser le changement dans les interactions entre la police et les personnes atteintes de maladies mentales. Ce rapport détaillé a exposé un vaste éventail d'initiatives et de points de jonction dans le processus. Les recommandations s'inscrivaient dans les catégories suivantes :

- l'amélioration de la qualité et de l'accessibilité des services communautaires en santé mentale;
- la collaboration à l'échelle de la localité;
- les points de décision du système de justice;
- la réintégration sociale à la sortie des établissements carcéraux ou des centres de détention de mineurs;
- l'aide législative, financière et technique.

Un « plan d'action en application de la loi » était présenté en conclusion. Les mesures et les recommandations suivantes visaient particulièrement la formation et l'éducation :

- *Les groupes consultatifs locaux doivent examiner les protocoles de formation des organismes d'application de la loi et autres qui offrent des services aux personnes atteintes de maladies mentales en état de crise, et formuler des recommandations pour améliorer les programmes et méthodes de formation au besoin.*

- *Les organismes d'application de la loi doivent examiner attentivement leur programme de formation pour s'assurer de couvrir tous les sujets nécessaires pour préparer les policiers à intervenir auprès des personnes atteintes de maladies mentales en état de crise et à communiquer efficacement avec elles..*

Les recommandations précisaient ensuite que la formation en ce sens devait porter sur :

- les comportements associés aux catégories du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM IV) concernant les maladies mentales graves et les déficiences développementales;
- les problèmes propres aux jeunes ayant une maladie mentale;
- les troubles concomitants;
- les médicaments psychotropes et leurs effets;
- les techniques de désescalade;
- la communication efficace avec les utilisateurs des services de santé mentale et les membres de leur famille;
- la prévention du recours contre-indiqué à la force;
- les ressources disponibles dans la collectivité;
- les politiques, procédures et outils décisionnels pour réagir aux situations de crise en santé mentale;
- les lignes directrices sur la sensibilité aux différences culturelles;
- les enjeux et les préoccupations en matière de responsabilité.
- *En consultation avec leurs partenaires communautaires, les dirigeants des organismes d'application de la loi doivent déterminer si tous les agents doivent participer à une formation approfondie en intervention d'urgence ou s'il s'agit plutôt d'un programme volontaire comportant un niveau convenu de formation de base en intervention d'urgence que doivent suivre tous les autres membres du personnel.*
- *Les possibilités de formation polyvalente pour les professionnels de la santé mentale et d'autres intervenants doivent être intégrées au programme de formation en intervention d'urgence des organismes d'application de la loi.*
- *Les dirigeants des organismes d'application de la loi doivent veiller à ce que les répartiteurs des services d'urgence reçoivent une formation spécialisée pour les informer des lignes directrices locales relatives aux ressources d'urgence appropriées auxquelles diriger chaque type d'appel lié à une crise en santé mentale.*
- *Les organismes d'application de la loi doivent veiller à faire participer les utilisateurs des services de santé mentale, les membres de leur famille et les défenseurs à la planification, à la prestation et au suivi de l'impact de la formation en intervention d'urgence et de la formation connexe offerte aux agents et aux autres intervenants dans les situations de crise.*

²³ Consultable à : <http://www.theiacp.org/Building-Safer-Communities-Improving-Police-Response-to-Persons-with-Mental-Illness>.

- L'AICP doit collaborer avec la Commission pour l'accréditation des services d'application de la loi (CALEA)²⁵ pour mettre en place un programme modèle que les organismes d'application de la loi peuvent utiliser pour mettre en œuvre, étendre ou maintenir les programmes de formation en intervention d'urgence (AICP, 2009).

À l'exception de la dernière recommandation qui concerne l'AICP plutôt que les services de police et les organismes d'application de la loi, parmi les 23 mesures énoncées dans le rapport qui s'inscrivent dans le plan d'action en application de la loi, 6 seulement portaient spécifiquement sur la formation.

En général, le rapport de l'AICP fournit une orientation aux services de police; des observations intéressantes peuvent être faites à son sujet. Premièrement, le modèle d'intervention d'urgence est implicitement reconnu comme la norme de référence dans ce domaine. Ce modèle prédomine aux États-Unis, et le programme de formation de 40 heures associé établit généralement la norme par rapport à laquelle les autres programmes sont modélisés et évalués²⁶. Il n'en demeure pas moins que nous ne savons pas quelles composantes du modèle sont efficaces ou si la formation à elle seule (sans le reste du modèle) contribue actuellement à améliorer les résultats. Malheureusement, le rapport ne renferme pas de recommandation particulière concernant la recherche et l'évaluation relatives aux résultats. En outre, alors que le rapport reconnaît le rôle de la stigmatisation dans le milieu, il n'y est pas mentionné que celle-ci doit être abordée dans le programme de formation de base (même s'il peut en être question dans certains cours, comme indiqué ci-dessus).

Commission pour l'accréditation des services d'application de la loi (CALEA)

Comme mentionné dans la dernière recommandation de l'AICP, la CALEA considère un nombre d'éléments liés aux interactions avec les personnes atteintes de maladies mentales²⁷. Son site Web (en anglais seulement) donne les précisions suivantes :

Des questions sont périodiquement soulevées concernant l'applicabilité des normes et les enjeux à considérer lorsque les organismes maintiennent ou démontrent leur conformité aux fins de l'accréditation. La norme suivante a récemment donné lieu à des discussions de suivi lors des évaluations sur place; il est donc utile d'en revoir l'objet.

La norme 41.2.7 visant les organismes d'application de la loi porte ce qui suit : Le service de police doit adopter des directives écrites concernant l'interaction de son personnel avec les personnes soupçonnées d'avoir une maladie mentale, qui comportent :

- des lignes directrices pour reconnaître les personnes atteintes de maladies mentales;*
- des procédures pour accéder aux ressources communautaires en santé mentale disponibles;*

- des directives précises que doivent suivre les agents de police lorsqu'ils interagissent avec des personnes soupçonnées d'avoir une maladie mentale lors des contacts dans la rue et pendant les entrevues et les interrogatoires;*
- la formation documentée de premier échelon du personnel du service de police;*
- la formation de recyclage documentée au moins tous les trois ans.*

Cette norme obligatoire vise à exiger des services de police qu'ils offrent une orientation à leur personnel sur la façon d'interagir avec les personnes soupçonnées d'avoir une maladie mentale. Les conseils dans la section des commentaires portent sur les aspects à considérer dans l'élaboration d'une formation sur ce domaine, notamment l'accès au système judiciaires et la jurisprudence pertinente. De plus, on insiste sur la consultation des spécialistes lors de l'élaboration de la formation du personnel.

Une question souvent soulevée au sujet de l'applicabilité de la norme concerne les personnes qui doivent suivre la formation. La majorité des services emploient un personnel nombreux qui exécute différentes tâches, par exemple, des policiers, des agents de tenue des dossiers, des adjoints administratifs, des détectives, des spécialistes des technologies de l'information (TI), etc. Évidemment, tout ce personnel n'a pas besoin de suivre une formation sur les interactions avec les personnes atteintes de maladies mentales. Pour déterminer ceux qui doivent y participer, la précision suivante dans la section des commentaires de la norme est utile : « personnel qui peut entrer en contact avec le public ».

Par exemple, le gestionnaire des TI ne travaille pas avec le public et ne reçoit pas ses appels. Le titulaire de ce poste interagit seulement avec le personnel du service, donc il n'est pas nécessaire qu'il suive la formation. Par ailleurs, le téléphoniste dans le hall d'entrée du quartier général ou un télécommunicateur doivent suivre la formation, car ils peuvent entrer en contact avec le public dans l'exercice de leurs fonctions et responsabilités.

La formation peut aussi varier en fonction du poste et des responsabilités de l'employé. La formation que suivent la téléphoniste, le télécommunicateur et le patrouilleur peut différer, car chacun interagit différemment avec le public. Le service de police doit déterminer la façon d'offrir la formation et la structure du programme, en tenant compte des exigences de chaque poste et des ressources accessibles pour chaque type d'employé.

Précisons que malgré la recommandation de l'AICP ci-dessus, un programme de formation type n'a pas encore été élaboré.

Compte rendu de recherche 1 de la Kent State University : Effet de la formation en intervention d'urgence sur la réponse policière aux appels de personnes ayant des troubles mentaux (2005) (en anglais seulement)²⁸

Compte rendu de recherche 4 de la Kent State University : Conceptions de la police relatives à la maladie mentale :

²⁵ Commission pour l'accréditation des services d'application de la loi.

²⁶ Ce rapport renvoie souvent à la formation en intervention d'urgence et désescalade relativement uniforme et un cadre connexe ont été élaborés, de sorte que la documentation les présente habituellement comme homogènes dans l'ensemble des administrations, il faut interpréter avec circonspection les résultats des évaluations et de la recherche à leur sujet. Même si le cadre semble relativement uniforme dans l'ensemble des administrations, il n'est pas toujours clair si le contenu et la prestation y sont les mêmes.

²⁷ Consultable à : <http://www.calea.org/content/mental-health-training>.

Étiquetage, causes, dangerosité et distance sociale (2005) (en anglais seulement)²⁹

Ces comptes rendus de recherche résumant les études où les auteurs ont utilisé les données d'une enquête longitudinale sur les policiers d'une ville du centre-ouest des États-Unis avant et au moins un an après la formation en intervention d'urgence, afin de caractériser leurs conceptions de la maladie mentale et de ses causes, leur perception de la dangerosité des personnes ayant une maladie mentale, et leur distance sociale souhaitée de ces personnes. Les études reposaient sur un questionnaire comportant une série de vignettes où était décrit un sujet masculin présentant des symptômes de schizophrénie. Il n'est pas étonnant que les résultats montrent qu'à la fois les agents formés et non formés souhaitaient s'éloigner de l'individu qu'ils percevaient comme dangereux. Toutefois, abstraction faite de la perception de danger, les agents formés cherchaient moins à s'éloigner des personnes atteintes de maladies mentales que les agents non formés. Ces études corroborent, à un certain degré, l'utilité de la formation en intervention d'urgence ou d'une formation similaire afin de changer les attitudes des policiers à l'égard de ces personnes.

Les études présentaient aussi une preuve que le nombre et la proportion d'appels liés à une maladie mentale possible ont augmenté à la suite de la formation. Les auteurs avancent l'hypothèse que la hausse peut s'expliquer par le fait que le public était informé de la disponibilité du service spécialisé et était donc plus susceptible d'appeler la police, et que les policiers et les répartiteurs étaient mieux en mesure de reconnaître et de catégoriser correctement les appels provenant de personnes atteintes de maladies mentales.

7. Programmes notables au Canada

Certains travaux récents au Canada ont reflété la tendance à une formation précise et ciblée. En effet, au lieu de fournir simplement une information didactique sur les diagnostics de maladies mentales, on constate une tendance—du moins dans certaines régions—à offrir une formation ciblée et axée sur le comportement ou à couvrir un nombre réduit de sujets et de s'y attarder plus longuement³⁰. Avant de se pencher sur certaines initiatives canadiennes récentes, il convient d'examiner certains programmes complets et bien conçus qui sont en place au pays depuis un certain temps et qui englobent la formation de base et continue, notamment le modèle de formation matricielle utilisé par la police régionale de Halifax.

Police régionale de Halifax

La police régionale de Halifax (HRP) a adopté une approche intéressante en construisant une matrice d'éducation et de

formation à quatre niveaux. Cette matrice a été élaborée en collaboration par la HRP et l'équipe mixte d'intervention mobile de crise en santé mentale, qui a travaillé avec le Département de psychiatrie de l'Université Dalhousie pour concevoir des modules du programme. La composante élaborée par le Département de psychiatrie, « Reconnaître les personnes perturbées affectivement », est accessible en ligne sur le site du Réseau canadien du savoir policier (RCSP).

Niveau 100 : Formation policière de base

- formation de 3,5 jours pour toutes les catégories de recrues;
- formation d'un jour pour les recrues latérales (résumé et révision).

Les objectifs d'apprentissage sont :

- de présenter aux nouveaux agents de police les catégories générales de maladies mentales et les difficultés associées, précisément en lien avec les personnes perturbées affectivement³¹;
- d'offrir une éducation sur les stratégies et les directives adéquates pour répondre aux personnes perturbées affectivement;
- d'augmenter le niveau de confiance, de confort et de sensibilisation pour répondre aux personnes perturbées affectivement et résoudre certaines situations;
- de comprendre la politique et la procédure de la HRP relatives aux personnes perturbées affectivement et l'*Involuntary Psychiatric Treatment Act* (IPTA) (loi sur le traitement psychiatrique involontaire)³² et de se familiariser avec elles, afin de comprendre le rôle de l'équipe d'intervention mobile, le service qu'elle offre et sa relation avec la HRP et présenter aux agents de police la carte de triage de l'équipe d'intervention concernant les personnes perturbées affectivement.

Niveau 200 : Perfectionnement pour premiers intervenants

- formation de trois heures pour les agents de police qui n'ont pas reçu la formation de base (niveau 100);
- offerte quatre jours par année dans huit séances distinctes de trois heures;
- comprend le cours en ligne du RCSP;
- un exposé interactif avec l'équipe d'intervention mobile est à l'étude.

Les objectifs d'apprentissage sont :

- d'offrir une formation continue au personnel policier sur les catégories générales de signes et de symptômes de maladies mentales;
- d'offrir une formation sur les directives pour répondre aux appels de personnes perturbées affectivement et de renforcer la compréhension de l'IPTA;

²⁸ Consultable à : http://www.publicsafety.ohio.gov/links/ocjs_researchbriefing1.pdf.

²⁹ Consultable à : http://www.publicsafety.ohio.gov/links/ocjs_researchbriefing4.pdf.

³⁰ Les trois initiatives auraient pu faire partie de la discussion ultérieure sur la formation de base existante ou les initiatives de formation internes. Toutefois, en raison de leur importance et parce qu'il s'agit essentiellement de programmes autonomes, elles sont présentées dans cette section.

³¹ Les expressions « personne perturbée affectivement » et « personne atteinte de maladies mentales » sont synonymes et employées de manière interchangeable.

³² Cette loi est comparable à la Loi sur la santé mentale en vigueur dans d'autres provinces.

- d'expliquer le rôle de l'équipe d'intervention mobile, le service qu'elle offre et sa relation avec la HRP;
- de présenter aux agents de police la carte de triage de l'équipe d'intervention concernant les personnes perturbées affectivement.

Niveau 300 : Formation en intervention d'urgence

- 40 heures d'éducation et de formation;
- offerte au moins deux fois par année civile.

Les objectifs d'apprentissage sont :

- d'augmenter la sensibilisation et la compréhension concernant les problèmes de santé mentale et, particulièrement, de mieux comprendre le point de vue des utilisateurs des services de santé mentale et de leur famille;
- de développer et d'améliorer les compétences des participants en entrevue et communication avec les personnes atteintes de maladies mentales, nommées personnes perturbées affectivement;
- d'augmenter les connaissances des participants concernant les maladies mentales les plus communes et les façons les plus adéquates d'approcher les individus en souffrant et d'interagir avec eux;
- d'augmenter les aptitudes à communiquer les observations pour rédiger des rapports en réponse aux appels de personnes perturbées affectivement;
- d'augmenter la connaissance des ressources communautaires offrant de l'assistance dans la collectivité aux personnes atteintes de maladies mentales, aux membres de leur famille et aux agents de police ayant des rapports avec eux;
- de développer des connaissances, des compétences et des stratégies pour que les policiers soient en mesure de calmer de façon sécuritaire une personne en état de crise de santé mentale;
- d'augmenter la compréhension et la connaissance du rôle de l'équipe d'intervention mobile de crise en santé mentale, de l'ITPA et de sa relation avec la HRP;
- d'augmenter la compréhension de la relation systémique entre le service d'urgence, les services d'évaluation psychiatrique et la HRP.

Niveau 400 : Formation avancée pour les agents de police de l'équipe d'intervention mobile de crise en santé mentale

- la réussite préalable du cours de niveau 300 est exigée;
- le cours d'initiation à la santé mentale d'une semaine de Capital Health est offert à tout le nouveau personnel de la santé mentale;
- un minimum de quatre quarts d'observation au poste de travail avec l'équipe d'intervention mobile de crise en santé mentale.

Les objectifs d'apprentissage sont :

- d'approfondir la connaissance pratique de la maladie mentale : les signes et symptômes, les stratégies pour maximiser la sécurité individuelle et publique, et les stratégies appropriées pour répondre aux personnes perturbées affectivement;

- d'augmenter les aptitudes de communication et les stratégies pour répondre aux personnes perturbées affectivement;
- d'améliorer les compétences en communication verbale et écrite pour les rapports d'observations.

En plus de couvrir une vaste gamme de sujets, le programme de formation de la HRP comprend diverses techniques didactiques (exposés, ressources en ligne, scénarios, apprentissage expérientiel) et la participation de personnes atteintes de maladies mentales. Il s'inscrit dans un effort conjoint avec les professionnels et les organismes locaux de santé mentale et offre une formation aux téléphonistes, aux répartiteurs et au personnel des services aux victimes. À de nombreux égards, le programme de la HRP constitue la « norme de référence » et, comme mentionné, est un exemple qui a inspiré l'élaboration du cadre TEMPO. À tout le moins, le modèle de la HRP, ainsi que les modèles similaires d'autres services de police, met en doute la croyance commune qu'une formation approfondie est impossible ou trop coûteuse.

Approche de formation novatrice des agents de police pour l'interaction avec les individus pouvant présenter un trouble psychiatrique (en anglais seulement) (Silverstone, Krameddine, DeMarco et Hassel, 2013)

Comme l'ont souligné les auteurs dans leur introduction :

La majorité des forces policières offrent une formation quelconque sur les affections psychiatriques, mais les types de formation varient grandement pour ce qui est de leur nature, conception, durée et moment [...] Jusqu'ici, très peu de recherches ont porté sur les approches de formation optimales. (p. 344)

Ils ont ajouté que la majorité des séminaires s'attardent à la connaissance de troubles psychiatriques particuliers, mais il n'est cependant pas clair si cette connaissance a un impact sur les attitudes ou les comportements des policiers. Le projet décrit dans leur étude comprenait une séance de formation d'un jour, où les policiers interagissaient avec des acteurs formés dans plusieurs scénarios spécialement conçus pour imiter des situations ordinaires que les policiers peuvent rencontrer dans leurs interactions avec les personnes atteintes de maladies mentales. Les agents étaient évalués concernant leur capacité à entrer en relation avec l'individu, à désescalader les situations et à faire preuve d'empathie ainsi que leur usage d'un langage corporel approprié.

Après chaque scénario, chaque agent recevait une rétroaction détaillée des acteurs et du personnel de supervision sur la nature et la pertinence de son comportement. On accordait beaucoup d'importance à la formation sur l'empathie, où les acteurs insistaient sur leurs propres réactions et leur expérience de l'interaction avec la police. Le programme visait spécifiquement à changer les comportements, au lieu d'accroître les connaissances ou de modifier les attitudes, ce qui de l'avis des auteurs différerait du but de la majorité des programmes de ce genre.

L'une des principales caractéristiques du programme était l'accent sur l'évaluation des résultats comportementaux et attitudinaux (en plus de documenter la satisfaction des agents ou l'évaluation de la formation). Les mesures des résultats portaient sur les aspects suivants :

- les attitudes à l'égard de la maladie mentale;

- la distance préférée des personnes ayant une maladie mentale;
- la capacité de reconnaître les maladies mentales;
- la connaissance des maladies mentales;
- les notes attribuées par le personnel de supervision à la capacité des participants de communiquer et d'interagir avec les personnes atteintes de maladies mentales;
- le nombre d'appels reconnus comme provenant de personnes atteintes de maladies mentales;
- le temps consacré aux appels provenant de personnes atteintes de maladies mentales;
- le recours à la force contre des personnes atteintes de maladies mentales;
- les économies réalisées par le service de police en réduisant le temps consacré aux personnes atteintes de maladies mentales;
- la rétroaction communautaire anecdotique.

Un nombre de changements importants a été souligné, de même que l'absence de changement dans d'autres domaines. Aucun changement n'a été constaté dans les attitudes à l'égard des personnes atteintes de maladies mentales, la distance sociale préférée ou la connaissance des maladies mentales. Les notes attribuées par le personnel de supervision ont révélé une amélioration d'environ 10 % (mesurée six mois après la formation) de la capacité de bien communiquer, de désescalader une situation et de faire preuve d'empathie (Krameddine, De Marco, Hassel et Silverstone, 2013). Selon certaines indications, les agents répondaient plus efficacement aux appels de service liés aux personnes atteintes de maladies mentales (donc, la réduction du temps total consacré) et le recours à la force avait diminué pendant la période. Les auteurs ont cependant noté plusieurs autres initiatives en cours durant cette période qui visaient à réduire le recours à la force; donc la réduction dans ce domaine ne peut seulement être attribuée à la formation. Enfin, les auteurs ont présenté une preuve de la rentabilité du programme. Ils ont avancé que les économies découlant du temps moindre consacré par les agents aux appels en santé mentale avaient plus que compensé le coût de la formation. Compte tenu de toutes ces variables, il y aurait lieu de poursuivre la recherche et la vérification concernant cette constatation.

La preuve semble généralement montrer que ce genre de formation intensive axée sur l'empathie et les scénarios améliore le rendement des policiers, du moins dans une population d'agents ayant déjà suivi une formation de base pour acquérir des connaissances sur les maladies mentales. (Par le passé, la police d'Edmonton a abordé adéquatement ce sujet dans sa formation à l'académie.)

Les participants semblent avoir évalué favorablement le projet, mais la valeur de cette évaluation est limitée, surtout en raison du taux de réponse relativement faible aux sondages de suivi. Néanmoins, cette approche pourrait servir de complément utile aux programmes existants et mérite une recherche ultérieure. Il ne faut pas oublier que l'étude a été menée dans un service de police qui offre une formation de base poussée sur la maladie mentale. Puisque la majorité des agents participants étaient relativement récents, il se peut qu'ils aient déjà suivi une formation sur les

notions élémentaires et les stratégies de communication de base qui sont pertinentes pour les interactions avec les personnes ayant une maladie mentale.

Recours à la simulation pour assurer la participation des policiers à la formation : Initiative de la police de Durham, de l'Institut universitaire de technologie de l'Ontario, du Centre des sciences de la santé mentale Ontario Shores (anciennement le Centre de santé mentale de Whitby) et du Collège Durham (en anglais seulement) (Goodman, Hinton, Stanyon et Tashiro, 2009)

Le projet comportait l'utilisation de simulations pour améliorer les compétences et les connaissances des agents de police dans leurs interactions avec les personnes ayant une maladie mentale. Quatre simulations ont été élaborées, dont chacune comprenait un vidéoclip interactif présentant des options de réponse, des activités d'apprentissage, une rétroaction détaillée aux participants sur leurs choix de réponses et leurs réponses aux activités d'apprentissage, et une bibliothèque renfermant d'autres ressources d'apprentissage. Le module de formation était autonome, où chaque agent effectuait les scénarios et les activités associées sur un portable à son propre rythme. Les quatre scénarios portaient sur :

- un jeune homme manifestant un comportement suicidaire;
- un homme adulte ayant des pensées délirantes;
- un homme adulte ayant des hallucinations;
- une jeune femme présentant un comportement autodestructeur.

Les études initiales ne visaient pas seulement à évaluer la capacité des simulations à communiquer de l'information aux agents, mais aussi à comparer les changements dans les connaissances et attitudes des agents ayant terminé la formation par simulations en ligne à ceux ayant participé aux séances d'information en personne sur les maladies mentales. Compte tenu à la fois des mesures écrites préalables et subséquentes à la formation et des conclusions des groupes de discussion, les résultats de l'étude initiale étaient prometteurs. Ils ont révélé que les simulations constituaient un outil efficace pour enseigner les maladies mentales aux agents. Les participants se sont montrés très intéressés aux objectifs d'apprentissage. Les chercheurs ont conclu que les simulations étaient réalistes et d'utilisation facile, et plusieurs participants ont fait savoir que ce type de formation devrait être obligatoire pour tous les agents de première ligne. Pourtant, malgré ces évaluations favorables, la majorité des agents préféraient les séances de formation en personne, en raison de la possibilité de dialoguer, d'échanger des idées et des expériences, de demander des clarifications et d'autres explications au besoin. Les auteurs de l'étude ont conclu en recommandant un modèle de formation hybride comprenant à la fois une formation en personne et par simulations.

En raison de la petite taille de l'échantillon et de l'analyse limitée des données de cette étude, il est difficile de tirer des conclusions définitives sur l'efficacité ou la caractère général de l'information apprise par les agents, soit dans la séance didactique traditionnelle ou les exercices de simulation. Cependant, les auteurs ont ancré leur étude dans la documentation existante sur le recours à la technologie en éducation et les principes de l'apprentissage

des adultes. Certes, l'un des messages à retenir de l'étude est que les simulations et autres stratégies d'apprentissage axé sur la technologie, comme celles utilisées dans le projet, peuvent servir tant pour normaliser la formation et l'éducation que pour maximiser le temps que peuvent consacrer les instructeurs et les enseignants. Il va sans dire que cette stratégie particulière ne représente pas une approche exhaustive de la formation policière en santé mentale, mais pourrait être significative dans un régime d'apprentissage complet.

Vulnérable: Webinaire élaboré par l'École nationale de police du Québec

Cette formation Web innovatrice est décrite comme une stratégie d'apprentissage multicouche comprenant non seulement une vidéo, mais aussi plusieurs outils d'enseignement et d'apprentissage. Elle peut être utilisée par les individus ou comme méthode didactique en classe. Il convient de souligner que, d'après les concepteurs du programme, le titre a été choisi avec soin pour refléter le changement dans les attitudes, c'est-à-dire la perception des personnes atteintes de maladies mentales comme vulnérables plutôt que menaçantes. Le rythme de la formation et les vidéos, en particulier, visent à ralentir le rythme des interventions et à encourager les agents à prendre leur temps lorsqu'ils interviennent dans les incidents où sont en cause des personnes atteintes de maladies mentales.

Vulnérable compte neuf sections, chacune communiquant de l'information sur un thème précis et une intervention policière auprès d'une personne en état de crise ou éprouvant un trouble mental. Chacune des neuf sections est à la fois autonome et interactive. Les sections renferment un segment vidéo d'une durée d'environ dix minutes, suivi des principaux points et d'information aux fins de discussion sur la vidéo. Les vidéos sont spécialement conçues pour illustrer des principes généraux, qui sont ensuite approfondis dans les sous-sections où est présentée une information factuelle sur un thème donné.

Les objectifs généraux de la formation sont :

- de favoriser une meilleure compréhension de la nature de la détresse et des personnes en état de crise;
- d'expliquer les différents troubles mentaux et leur manifestation dans une situation de crise;
- d'offrir aux agents des outils concrets pour interagir plus efficacement avec une personne en état de crise ou ayant un trouble mental, en leur proposant des stratégies d'intervention pour désamorcer la situation de manière sécuritaire et efficace;
- de répondre concrètement aux questions des agents sur ce type d'intervention.

La structure du webinaire Vulnérable est la suivante :

Part 1: Le policier face à la crise humaine

- Section 1 : Qu'est-ce qu'un état de crise? Quel est le rôle du policier dans ce genre d'intervention?
- Section 2 : Établir un contact avec la personne en crise : Stratégie en quatre points
- Section 3 : En crise, mais dangereux? Évaluer les risques de danger
- Section 4 : Le meilleur allié de la police : la communication

Part II: Intervenir auprès des personnes en crise atteintes d'un trouble mental

- Section 5 : Schizophrénie, trouble bipolaire, trouble de la personnalité limite, trouble délirant, dépression majeure, délire agité : Les stratégies d'intervention qui fonctionnent
- Section 6 : Délires et hallucinations : Règles de base pour une intervention sécuritaire et efficace
- Section 7 : Comment désamorcer une crise suicidaire?

Part III: Pouvoirs et devoirs du policier

- Section 8 : Intervenir auprès d'une personne présentant un trouble mental : Pouvoirs et devoirs du policier

Part IV: Bottin des ressources

- Section 9 : Cinq experts, cinq conseils précieux

Part V: Bottin des ressources

- Section 10 : Bottin des ressources en ligne

Réponse du service de police de Toronto aux personnes perturbées affectivement, 2013 (en anglais seulement)³³

Formation

Le service de police de Toronto offre une formation à tous les agents sur les interactions avec les personnes perturbées affectivement pour les aider à intervenir de manière appropriée. La formation met l'accent sur les techniques de communication et de désescalade. Le contenu du cours reflète les plus récentes connaissances et pratiques du domaine de la santé mentale, de la résolution de crises et du recours à la force par la police. L'utilisation de scénarios inspirés d'événements réels (souvent visés par les enquêtes de coroner) s'inscrit dans le programme annuel de requalification sur le recours à la force pour tous les agents de première ligne; cette composante est offerte aux nouvelles recrues policières dans le programme de formation. Les techniques de désescalade particulières enseignées comprennent l'établissement de relations avec les individus. Durant la communication avec une personne en crise, on recommande aux agents :

- d'évaluer constamment la menace que posent à la fois la personne et le contexte;
- de faire preuve de professionnalisme;
- de garder son sang-froid;
- d'être conscient du langage corporel;
- de garder sa distance au besoin;
- d'utiliser les noms des personnes et de les engager;
- de parler de façon calme et claire;
- de valider les sentiments de la personne perturbée affectivement et les situations;
- de promouvoir la relaxation;
- de donner des apaisements réalistes;
- de connaître les limites et les pouvoirs;
- de faire preuve de patience.

³³ Élaboré par le service de police de Toronto. Le rapport original est consultable à : http://www.torontopolice.on.ca/community/tps_response_to_edp.pdf.

Lors de la formation, on recommande aux agents d'éviter :

- d'accroître la panique;
- de nier les délires;
- d'user d'humour, de chuchoter ou de rire;
- de porter des jugements de valeur ou de sermonner;
- de monopoliser la conversation;
- d'invalider la personne en état de crise ou la situation;
- de semer la confusion chez la personne en lui posant une série de questions rapides;
- de donner des choix multiples;
- de menacer ou de tromper;
- de toucher la personne (dans la mesure du possible).

Ces techniques de désescalade sont présentées dans la formation dynamique par scénarios, où chaque agent participe à au plus six scénarios durant une séance. Les scénarios ont été conçus de façon que 80 % nécessitent une désescalade à titre de réponse anticipée et suggérée.

Un volet particulier du programme de 2013 était un exposé sur la communication et les troubles mentaux. Ce cours de 90 minutes portait sur la communication efficace, le jugement sûr et la prise de décisions éclairées. Les techniques de maîtrise de soi sont enseignées en insistant sur la conduite professionnelle en tout temps. L'exposé portait également sur la justification du recours à la force, en soulignant la désescalade et le repli comme options viables. Trente minutes sont consacrées à des stratégies particulières de désescalade et de prévention des conflits. L'exposé insistait sur le fait que la sécurité de la personne, du public et de l'agent est primordiale. Pour appuyer l'élaboration de la formation et intégrer les expériences des utilisateurs des services de santé mentale et des survivants à la formation policière afin de déstigmatiser la maladie mentale et les personnes qui en souffrent, le service de police de Toronto a mené de vastes consultations auprès de groupes de défense, de professionnels de la santé mentale et d'utilisateurs des services et de survivants.

En janvier 2012, le sous-comité sur la santé mentale de la commission des services policiers a participé à un atelier au collège de police de Toronto, afin d'examiner et de renforcer la formation par scénarios. Les membres de la commission des services policiers ont convenu d'intégrer les principaux aspects suivants à la formation policière sur les interactions avec les personnes atteintes de maladies mentales :

- adopter une approche respectueuse;
- utiliser les ressources disponibles;
- créer et utiliser le temps et l'espace pour contribuer à désescalader une situation;
- éviter les suppositions;

- faire preuve de flexibilité et d'ouverture à différentes solutions;
- donner plus de contrôle à la personne en état de crise;
- être prêt à répondre à chaque appel;
- viser le but de réduire le recours à la force;
- se concentrer sur ce qui se passe au moment même.

Par conséquent, le service de police de Toronto a appliqué ces concepts et principes à la formation policière. Les éléments qui concernent la connaissance, la réflexion et le jugement qui remettent en question les suppositions et contribuent à déstigmatiser la maladie mentale sont compris dans le programme de formation interne de 2013. D'après le rapport du service de police, ce programme est désigné comme la formation annuelle obligatoire que doivent suivre tous les agents de police de Toronto.

Ministère de la Justice de la Colombie-Britannique, Division des services de police : Formation sur les interventions d'urgence et la désescalade (en anglais seulement)

Les policiers ont plusieurs options en recours à la force, y compris les armes à feu, mais une option : l'arme à impulsions³⁴, qui a été conçue et commercialisée comme une arme sans effet mortel, est controversée. Cette controverse est en grande partie attribuable à son recours inapproprié et insuffisamment réglementé. Dans plusieurs cas documentés au Canada, l'utilisation de l'arme à impulsions a causé le décès des personnes en cause, y compris plusieurs ayant une maladie mentale. Un incident en 2007 a causé la mort d'un homme à l'aéroport de Vancouver, après que la police l'eut neutralisé en employant cette arme³⁵. Cet incident a donné lieu à la Commission Braidwood sur l'utilisation des armes à impulsions.

En juin 2009, la Commission a publié le premier de deux rapports : *Restoring Public Confidence: Restricting the use of conducted energy weapons in British Columbia* (restaurer la confiance du public : restreindre l'usage des armes à impulsions en Colombie-Britannique), qui faisait état de son travail. Le commissaire a fait de nombreuses recommandations, dont certaines directement pertinentes pour notre étude (voir l'annexe B). Le gouvernement de la C.-B. a ensuite mis sur pied le comité de mise en œuvre Braidwood pour donner suite aux recommandations du commissaire.

Un des résultats du comité de mise en œuvre est la formation sur l'intervention d'urgence et la désescalade, qui est obligatoire pour tous les premiers intervenants et superviseurs de police de première ligne en C.-B.³⁶ et comporte à la fois la formation en académie et interne. Tous les agents de police de la province doivent avoir terminé cette formation d'ici janvier 2015. Depuis janvier 2012, tous les nouveaux policiers candidats de l'Académie de police de l'Institut de justice de la Colombie-Britannique (JIBC) doivent suivre le cours ainsi que les agents actuels partout dans la province. Avec le temps, un nombre croissant d'agents auront terminé la formation offerte par l'académie et devront participer,

³⁴ Souvent appelé « pistolet Taser ».

³⁵ Il n'a pas été déterminé si cet homme était aux prises avec un trouble mental, mais il était évident qu'il était perturbé affectivement et qu'il manifestait un comportement perturbé.

³⁶ Cela comprend les agents de la GRC en C.-B. engagés aux termes de contrat auprès du gouvernement et des municipalités. Il faut aussi noter que la C.-B. travaille à former tous les agents de la GRC, quel que soit leur rang ou affectation, à l'établissement de formation de la GRC à Chilliwack.

tous les trois ans, à la formation de requalification obligatoire. La formation sur l'intervention d'urgence et la désescalade de la C.-B. :

[...] est conforme aux normes de la police provinciale de la C.-B. et est conçue pour faire en sorte que les agents de police utilisent les techniques de communication dans les interventions d'urgence afin de désescalader efficacement les situations, y compris celles où sont en cause des personnes atteintes de maladies mentales. (Norme de formation, 2012)

Puisqu'il s'agit d'un programme relativement récent, la formation sur l'intervention d'urgence et la désescalade fait fond sur un nombre de programmes existants, mais repose aussi sur une méthodologie pointue pour l'élaboration et la prestation du programme. Le cours en soi a été conçu en utilisant une méthode de conception systémique et des techniques didactiques axées sur le rendement. Il met l'accent sur le rendement au travail et vise à faire en sorte que les méthodes d'enseignement transforment le contenu et les connaissances en apprentissage concret et favorisent le changement.

Une analyse préliminaire des besoins d'apprentissage a aussi favorisé l'intégration de façon réaliste des méthodes employées dans la formation dans les environnements d'apprentissage existants de la police. La consultation de spécialistes en la matière a fait en sorte que le cours reflète les pratiques exemplaires actuelles dans ce domaine. Les personnes qui ont contribué à l'élaboration du programme comprennent divers personnel policier, des spécialistes en élaboration de programmes d'apprentissage pour adultes, des professionnels de la santé mentale, des services de santé et des organismes de santé mentale, des experts en technologie et cyberapprentissage, et les personnes vivant avec une maladie mentale.

Le résultat est un cours d'apprentissage mixte comprenant le cours en ligne de trois à quatre heures du RCSP, « Reconnaître les personnes perturbées affectivement », auquel s'ajoutent sept heures d'instruction en classe et des jeux de rôle, qui ont lieu dans les services de police individuels et sont animés par leurs propres instructeurs. Les agents doivent terminer le cours en ligne tous les trois ans à titre de formation d'appoint.

Le volet en ligne du programme comprend :

1. une introduction et un aperçu, y compris une discussion des normes de surveillance policière en vigueur dans la C.-B., ainsi que des recommandations du rapport de la Commission Braidwood et un examen de l'importance des techniques d'intervention d'urgence et de désescalade en général;
2. une compréhension des conflits et de la façon dont ils donnent lieu à des crises, afin d'aider les agents à évaluer les risques et les situations de crise et, finalement, à désescalader ces situations en toute sécurité;
3. un examen et une discussion des principales catégories de troubles mentaux, de leurs symptômes et des comportements associés ainsi que des médicaments pertinents;

4. une discussion de la *Loi sur la santé mentale* de la C.-B. et de ses implications pour la police;
5. un modèle d'intervention d'urgence et de désescalade en quatre phases, comptant des techniques précises;
6. un volet comportant des scénarios, qui intègre les principes ci-dessus et exige une analyse et une intervention face à un scénario évolutif présenté dans une vidéo;
7. une révision et un résumé en conclusion.

La formation en personne comprend :

1. une introduction à la formation en intervention d'urgence et en désescalade et aux exigences générales;
2. un examen de la réponse policière dans les interventions et la désescalade des crises;
3. la détermination des politiques et procédures du service relatives aux interventions auprès de personnes pouvant vivre une crise émotionnelle, et une table ronde comprenant des ressources en santé locales et des personnes ayant un vécu de maladie mentale;
4. un examen complémentaire du modèle et des techniques d'intervention d'urgence et de désescalade;
5. une discussion du modèle d'écoute active et son application;
6. l'application du modèle et des techniques d'intervention d'urgence et de désescalade dans des jeux de rôle et des scénarios pratiques;
7. une évaluation écrite finale;
8. une révision générale et une conclusion.

L'Académie de police du JIBC et le Centre de formation de la région du Pacifique de la GRC à Chilliwack, en C.-B., conjointement avec la Division des services policiers du gouvernement provincial, animent les séances d'orientation en intervention d'urgence et en désescalade pour préparer les agents de tous les services provinciaux à donner la formation³⁸. Cette formation a été conçue pour être présentée dans les programmes de formation et d'éducation internes existants, qui varient dans les différents services. Actuellement, les répartiteurs de la GRC en C.-B. seulement suivent le volet en ligne de trois à quatre heures sur l'intervention d'urgence et la désescalade. À l'heure actuelle, il semble que la priorité est de former tous les agents.

Une variété de matériel et de documents d'appoint accompagnent le cours, notamment des écrits fournis aux agents à utiliser comme aide-mémoire au travail, un guide sur les troubles mentaux et les médicaments communs, un guide de l'animateur, un guide de discipline et les évaluations écrites finales. Une évaluation rigoureuse est prévue une fois que le programme sera pleinement mis en œuvre en 2015. Entre-temps, le cours structuré sur l'intervention d'urgence et la désescalade semble être réussi.

³⁸ Les animateurs reçoivent un excellent guide d'intervention d'urgence et de désescalade.

8. Programmes non spécifiques à la police

Premiers soins en santé mentale

Le cours de premiers soins en santé mentale (PSSM) (en anglais seulement), élaboré à l'origine en Australie, est maintenant utilisé partout dans le monde. Au Canada, il est administré et offert par la CSMC. Un nombre de services de police canadiens a adopté et utilise le programme. Le programme PSSM Canada³⁹ vise à :

Améliorer les connaissances en santé mentale et fournir les compétences et les connaissances pour aider à mieux gérer les problèmes de santé mentale potentiels ou évolutifs chez les personnes mêmes, un membre de la famille, un ami ou un collègue. (PSSM, 2011)

Même si le but du cours PSSM n'est pas d'apprendre aux gens à être des thérapeutes, il montre aux participants à :

- reconnaître les signes et symptômes des problèmes de santé mentale;
- offrir une aide initiale;
- aiguiller une personne vers l'aide professionnelle adéquate.

Particulièrement, le cours PSSM est fondé sur les conseils spécialisés et l'examen d'un groupe d'experts internationaux. Le cours de base dure 12 heures et comprend des techniques reconnues comme efficaces pour certains problèmes de santé mentale, notamment :

- la dépression;
- les pensées et les comportements suicidaires;
- la psychose;
- les crises de panique;
- l'automutilation non suicidaire;
- les troubles de l'alimentation;
- les traumatismes chez les adultes;
- les traumatismes chez les enfants;
- l'abus d'alcool;
- la toxicomanie;
- la consommation excessive de cannabis.

Programme de sensibilisation aux personnes handicapées pour premiers intervenants—Organismes d'application de la loi de l'Université Niagara (en anglais seulement)⁴⁰

Cette initiative a été élaborée à l'Université Niagara, dans l'État de New York, à la suite de l'octroi de la subvention *First Responder Disability Awareness Training Grant* par le New York State Developmental Disabilities Planning Council. Dans une certaine mesure, le contenu de cette formation recoupe celui de nombreux

programmes décrits dans notre rapport, mais aborde certains domaines qui débordent le cursus en santé mentale, notamment :

- les déficiences définies comme appartenant au champ d'intervention de la police;
- les approches progressives pour répondre aux situations d'urgence;
- les comportements déviants et les interventions;
- la victimisation et les personnes handicapées;
- la prestation de services et de soutiens, et la façon d'établir une relation collaborative;
- les services d'urgence—la collaboration avec les prestataires de services;
- le rôle et la responsabilité de la municipalité;
- l'étiquette appropriée et les aptitudes à l'interaction.

Le programme, de genre « formation des formateurs », qualifie les participants pour offrir un enseignement de huit heures dans leur propre organisme. Le programme porte sur les déficiences suivantes :

- la malvoyance et la cécité;
- la malentendance et la surdité;
- la déficience intellectuelle;
- le syndrome de Tourette;
- diverses déficiences physiques, dont la paralysie cérébrale, la dystrophie musculaire, et les lésions médullaires;
- les troubles d'apprentissage;
- le trouble de l'hyperactivité avec déficit de l'attention;
- l'autisme;
- l'épilepsie et les troubles épileptiques;
- la démence.

Le but principal de la formation est d'accroître la sensibilité aux déficiences reconnues et d'attirer l'attention sur le rôle des soignants et des prestataires de services. Les méthodes didactiques comprennent l'exposé et les vidéos, et des ressources d'appoint sont fournies aux participants.

De toute évidence, certains domaines abordés dans ce programme sont hors du domaine de la santé mentale et des troubles mentaux. Toutefois, bien qu'il ne porte pas explicitement sur les problèmes de santé mentale, il en est question dans les déficiences couvertes. Le contenu complète généralement celui abordé dans la plupart des programmes de formation en santé mentale. Même s'il est offert dans l'État de New York, le coordonnateur du projet veille à ce que les séances soient ouvertes aux services de police canadiens. Le programme pourrait convenir aux services de police dont le personnel a déjà suivi une formation générale en santé mentale et qui doit suivre une formation d'appoint dans les domaines indiqués ci-dessus.

³⁹ Le guide est accessible au <http://www.mentalhealthfirstaid.ca/FR/about/Pages/default.aspx>

⁴⁰ Consultable à : <http://www.fr-dat.com>.

Initiative sur la maladie d'Alzheimer de l'AICP

En plus de l'initiative générale en santé mentale décrite ci-dessus, l'AICP offre diverses initiatives ciblant particulièrement les interactions avec les personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer, y compris des ateliers de formation, des baladodiffusions, des vidéos, des documents, des aide-mémoire et des questionnaires structurés. Le but de l'initiative est d'améliorer la capacité des policiers à :

- mieux comprendre la maladie d'Alzheimer;
- reconnaître les différentes situations que les premiers intervenants peuvent rencontrer où sont en cause des personnes ayant la maladie Alzheimer;
- distinguer les symptômes de la maladie d'Alzheimer de ceux d'autres troubles;
- apprendre des techniques pour interviewer et interroger efficacement les personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer, afin de déterminer l'intervention la plus efficace;
- communiquer et collaborer avec les soignants;
- mobiliser les ressources communautaires;
- adopter des protocoles pour les activités de recherche-sauvetage propres à cette population.

Aucune évaluation officielle de cette initiative n'est accessible, mais ses composantes peuvent être intégrées à une formation exhaustive sur les interactions policières avec les personnes atteintes de maladies mentales.

Programme de formation appliquée en techniques d'intervention face au suicide (FATIS)⁴¹

Le programme FATIS est un atelier de 14 heures conçu par LivingWorks Education Inc., où les participants apprennent à comprendre les personnes à risque de se suicider et à les aider. Ce programme est bien connu au Canada et dans d'autres pays. Une preuve acceptable démontre qu'il permet d'améliorer non seulement les connaissances et les attitudes relatives au suicide, mais aussi les compétences en intervention et leur application. Une preuve plutôt limitée montre que moins de tentatives de suicide sont déclarées par les services dont le personnel a suivi la formation.

Le programme FATIS a été conçu comme un atelier de formation pour les agents de première ligne. À l'encontre de nombreux programmes similaires, son but n'est pas nécessairement d'aiguiller vers le système de santé mentale, mais plutôt de rétablir les liens et les soutiens communautaires en mettant l'accent sur la qualité des interactions entre les agents de première ligne et les personnes à risque. Le modèle repose sur une structure en trois volets où ces agents apprennent à établir une relation avec les personnes à risque afin de les comprendre et finalement de les aider.

Plusieurs services de police (dont celui de Winnipeg) et établissements correctionnels au Canada ont adopté le programme FATIS pour former leur personnel. LivingWorks, la société de conception, offre des programmes de formation des formateurs aux organisations pour qu'elles puissent mettre en

place une expertise interne. Le programme est décrit comme favorisant l'acquisition de compétences, au lieu de simplement sensibiliser au suicide.

9. Résultats du sondage de 2014 sur la formation de base

Contexte global

Si l'on devait qualifier les données sur la situation actuelle relative à la formation policière de base en santé mentale, on utiliserait des termes comme :

- exhaustive,
- intégrée,
- renforcée.

Comme constaté dans l'étude de 2008, la formation de base dans toutes les institutions policières qui en offrent comprend différents cours sur la santé mentale. Curieusement, à mesure que la formation policière dans ce domaine a évolué et s'est perfectionnée, il est de plus en plus difficile de la quantifier. Alors que par le passé, la formation en santé mentale était plus autonome (et était donc plus facile à discerner), la tendance actuelle est d'intégrer des scénarios et des études de cas sur les personnes atteintes de maladies mentales dans d'autres programmes, comme sur les compétences en communication, l'éthique et la gestion de crise.

À vrai dire, cela a toujours été le cas à un certain degré. Comme souligné dans le rapport précédent (2008), la formation sur les interactions avec les personnes atteintes de maladies mentales peut avoir lieu dans différents contextes. Les constatations actuelles laissent cependant entendre que même si cette tendance se maintient, on remarque une nouvelle tendance à les intégrer de manière délibérée.

Répondants au sondage

Douze des quatorze académies qui offrent une formation de base aux agents de police ont répondu à l'étude :

- Académie de police de l'Atlantique (APA);
- Police régionale de Halifax (HRP);
- École nationale de police du Québec (ENPQ);
- Collège de police de l'Ontario;
- Service de police de Winnipeg;
- Collège de police de la Saskatchewan;
- École de la GRC;
- Service de police d'Edmonton;
- Service de police de Calgary;
- Service de police de Lethbridge;
- Service de police de Brandon;
- Institut de justice de la Colombie-Britannique (JIBC).

⁴¹ Consultable à : <http://www.livingworks.net/programs/awareness-vs-skills-training>.

Deux organisations n'ont pas répondu aux demandes d'information (bien qu'on doive souligner que dans l'étude de 2008, une de ces organisations offrait une formation de base exceptionnelle dans ce domaine.)

Ainsi, les données qui suivent reflètent les réponses communiquées par 12 écoles et académies de police qui dispensent une formation de base complète.

Des renseignements ont aussi été communiqués par plusieurs services de police qui fournissent une formation de base en plus de celle dans leur académie désignée. En outre, des informations ont été obtenues de plusieurs services et institutions qui offrent une formation aux groupes étroitement associés à la police (p. ex. le bureau du solliciteur général de l'Alberta) ou une formation préalable à celle en académie (p. ex. le programme « Rudiments des techniques policières » de l'Ontario et le programme de premier cycle en études policières de l'Université de Regina). Ces groupes ne sont pas compris dans les résumés statistiques, mais des commentaires pertinents sur leurs programmes sont présentés le cas échéant.

De façon générale, les écoles de police canadiennes offrent-elles une formation de base spécifique sur les interventions auprès des personnes atteintes de maladies mentales?

Il n'est pas surprenant que toutes les écoles de police aient déclaré que leur programme de formation de base comprenait des cours obligatoires sur les interactions avec les personnes atteintes de maladies mentales. C'est le cas depuis de nombreuses années dans la majorité des administrations. Le rapport de 2008 avait relevé cet état de fait. Cependant, au cours des cinq ou six dernières années, on observe une demande croissante et un accent accru concernant la nature et le contenu de la formation policière de base. Il est donc quelque peu rassurant de noter qu'il n'y a pas eu de réduction de la formation en santé mentale et que les écoles de police sondées considèrent toujours la formation à ce sujet comme un volet obligatoire du programme de base.

Comme c'était le cas auparavant, la majorité des établissements de formation signalent que du temps est consacré à l'acquisition de connaissances et de compétences relatives aux personnes atteintes de maladies mentales, mais aussi qu'ils intègrent des études de cas, des scénarios et d'autre contenu sur ces personnes ainsi que d'autres exercices et enseignements. Il en est question en détail dans le rapport.

Contenu de la formation

La première recommandation du modèle TEMPO 2010, décrit ci-haut (voir l'annexe A), précisait que :

Malgré les nombreux importants éléments de la conception et de la prestation de la formation policière en santé mentale, on devrait miser sur :

- la sensibilisation à la non-stigmatisation qui remet en question les comportements menant à des actes discriminatoires;
- la prise de décisions éthiques, la protection des droits de la personne et la responsabilité sociale.

Chaque école devait indiquer si la formation abordait ou non la stigmatisation, les sentiments personnels et sociaux, les attitudes et les suppositions relatives aux troubles mentaux (questions 2-6), et si celle-ci portait sur la prise de décisions éthiques, y compris le renvoi à la Loi sur la santé mentale et à la Loi sur les droits de la personne, les décisions qu'un agent doit prendre à savoir s'il met en état d'arrestation, appréhende en vertu de la Loi sur la santé mentale ou prend une autre mesure lorsqu'il intervient auprès d'une personne qui semble présenter un trouble mental (questions 2-7).

Les 12 écoles offrant une formation de base ont déclaré un contenu particulier sur les attitudes à l'égard des personnes atteintes de maladies mentales et les répercussions sur le comportement et la réponse de l'agent. La façon d'opérationnaliser le programme variait dans l'ensemble des services :

- 8 services sur 12 ont indiqué que la formation mentionnait précisément la stigmatisation et abordait ses effets sur le comportement de l'agent;
- 8 services sur 12 ont affirmé couvrir les attitudes sociales et personnelles à l'égard des personnes atteintes de maladies mentales;
- 9 services sur 12 s'arrêtaient aux suppositions relatives au lien entre la dangerosité, la violence et les troubles mentaux.

Particulièrement, seuls les programmes de l'Académie de police de l'Atlantique, des services de police de Calgary et d'Edmonton et du JIBC couvraient ces trois sujets. L'ENPQ a indiqué que ces domaines étaient abordés, mais certains conjointement avec la formation collégiale obligatoire qui précède la fréquentation de l'École. Deux répondants ont fait savoir que ces domaines n'étaient pas couverts dans leur programme. Même si de prime abord il peut s'agir d'une minorité, il faut préciser que ces deux répondants forment un grand nombre d'agents au Canada. De toute évidence, il y a place à l'amélioration à ce chapitre.

Concernant la question de la prise de décisions éthiques visant les personnes aux prises avec une maladie mentale et l'examen de la législation pertinente :

- 11 répondants sur 12 ont confirmé qu'ils offrent une instruction spécifique sur la compréhension de la *Loi sur la santé mentale*;
- la seule académie qui ne couvre pas la *Loi sur la santé mentale*, l'École de la GRC, signale que parce qu'elle est un établissement de formation national et ses diplômés peuvent être affectés à n'importe quel territoire ou province au Canada, la législation sur la santé mentale n'est pas abordée dans la formation de base, car elle est provinciale. Elle note cependant que ce sujet est couvert durant les six premiers mois de mentorat que reçoivent les nouveaux agents à leur première affectation.

Il semble donc que dans l'ensemble, le sujet du droit en santé mentale soit largement couvert.

Cependant, il est moins question du domaine des droits de la personne, car 9 des 12 académies seulement ont affirmé que leur programme de formation de base l'abordait.

Les 12 académies ont dit couvrir spécifiquement la prise de décisions au sujet d'une arrestation, d'une appréhension en vertu de la loi ou d'une autre mesure dans les interventions auprès de personnes atteintes de maladies mentales.

Lorsqu'on compare ces résultats à ceux de l'étude de 2008, on constate l'absence de preuve de changement dans les programmes. À cette date, le programme de 8 répondants sur 11 abordait la dangerosité, alors que la présente étude fait état de 9 sur 12. Néanmoins, une minorité d'académies ne semble pas couvrir ce sujet particulier. Compte tenu du temps limité dont disposent les agents de police lors de leurs interventions auprès de personnes atteintes de maladies mentales en état de crise et de la possibilité que les suppositions intrinsèques des agents au sujet du danger que ces personnes peuvent présenter ou que les attitudes stigmatisantes des agents peuvent les prédisposer, comme le signalent les documents de recherche, à prendre des mesures plus coercitives, tous les programmes de formation de base devraient comprendre un examen des attitudes et une discussion de la stigmatisation, y compris la dangerosité, comme mentionné dans le modèle TEMPO 2010.

La seconde recommandation sur le modèle TEMPO 2010 concernait le cursus général et, spécifiquement, le contenu suivant :

Signes et symptômes de la maladie mentale : L'aspect le plus fondamental de la formation relative aux personnes atteintes de maladies mentales est l'acquisition de connaissances de base sur leurs signes et symptômes, de façon que le personnel policier puisse identifier correctement une personne éprouvant un problème de santé mentale et ainsi, réagir de manière appropriée. Il n'est pas surprenant que cet aspect de la formation soit bien couvert dans presque tous les programmes de base. À l'exception d'un petit service de police, tous les autres services ont fait savoir que les signes et symptômes des maladies mentales étaient un sujet obligatoire de leur programme de formation de base. La majorité des académies incluaient du matériel sur les troubles psychotiques, y compris la schizophrénie et le trouble bipolaire, ainsi que sur les symptômes associés, tels que les hallucinations et les idées délirantes.

La majorité incluait aussi des documents de référence sur l'anxiété et les troubles de l'humeur, la maladie d'Alzheimer et d'autres formes de démence, et les troubles de la personnalité. Il était moins fréquent (de fait dans moins de la moitié des académies) que soient couverts les sujets liés à l'autisme, au retard du développement, aux lésions cérébrales, au trouble de déficit de l'attention et au syndrome de stress post-traumatique (SSPT). Ces constatations dénotent que, généralement, la formation de base procure au personnel une connaissance appropriée des affections les plus fréquentes (p. ex. les troubles psychotiques). Cependant, d'autres sujets n'étaient pas abordés de manière aussi approfondie dans la formation.

L'Académie de police de l'Atlantique couvre en général presque tous les sujets ci-haut, en plus du syndrome d'alcoolisme foetal et du SSPT. Toutes les académies ont indiqué qu'elles offraient une formation de base sur l'évaluation du risque de suicide et l'interaction avec les personnes ayant exprimé des idées suicidaires.

Alors que les signes et symptômes, comme mentionné, étaient abordés dans la majorité des programmes, il semble y avoir une grande variabilité dans la façon de le faire. Certains programmes utilisaient la terminologie des diagnostics psychiatriques plutôt

que les signes et symptômes observables. Cette approche n'est pas sans danger, car cette terminologie fluctue avec le temps (on n'a qu'à penser à la récente parution du DSM V, qui aura un effet sur les termes utilisés par les professionnels de la santé mentale), ce qui accroît le risque de communiquer de l'information inexacte aux professionnels de la santé mentale. Par exemple, alors qu'un policier peut ne pas faire de distinctions claires, le médecin traitant interprétera la déclaration : « cette personne semble halluciner » différemment de « cette personne est schizophrène ». Bien qu'il soit utile pour le personnel policier de comprendre ce que comportent les diagnostics particuliers, il est essentiel qu'à tout le moins, il puisse reconnaître et décrire les symptômes et les comportements.

Aptitudes en communication verbale et désescalade :

Encore une fois, il n'est pas surprenant qu'on accorde beaucoup d'importance à l'évaluation de personnes présentant des troubles mentaux, y compris leur capacité à comprendre les instructions des agents et à communiquer. Presque toutes les académies mettent l'accent sur ce sujet. Certains services ont adopté des modèles décisionnels structurés pour appuyer les compétences en évaluation et en communication. Par exemple, l'Académie de police de l'Atlantique aborde le cycle de crise de Mandt et la méthode d'évaluation RADAR. Le JIBC fait référence au modèle d'intervention d'urgence et de désescalade en insistant sur l'établissement de relations et la désescalade, l'évaluation des crises, la collaboration et la résolution. On encourage les agents de la GRC à recourir, au besoin, au modèle de résolution de problèmes CAPRA et au modèle d'intervention pour la gestion d'incidents (MIGI). Ces modèles servent non seulement à orienter les interactions avec les personnes atteintes de maladies mentales, mais sont aussi utilisés comme modèles décisionnels dans de nombreux types d'interactions. Plusieurs services renvoient aussi à la stratégie « Tête-cœur-mains » qui est illustrée dans la vidéo de formation du RCSP intitulée « Reconnaître les personnes perturbées affectivement », mentionnée ci-haut.

Même s'il est difficile de quantifier l'importance actuellement accordée à ce sujet, presque toutes les réponses faisaient état d'efforts considérables consentis pour expliquer les approches en matière de communication verbale et de désescalade employées dans les académies. Quelques-unes ont indiqué qu'elles insistaient en général sur les aptitudes en communication, sans cependant tenir compte des besoins uniques des personnes atteintes de maladies mentales. Mais la majorité des répondants ont mentionné particulièrement la formation relative à la communication avec les personnes ayant des capacités cognitives limitées, en état de délire ou d'hallucination, qui peuvent ne pas répondre aux demandes ou aux ordres, et dont les facultés sont affaiblies. Ils ont aussi mentionné les questions liées à la modification nécessaire des communications tactiques; au recours à la force la moins restrictive possible; à l'utilisation de langage « neutre »; et au besoin de garder ses distances. La majorité ont mentionné diverses stratégies didactiques utilisées pour couvrir ce sujet, notamment des documents écrits variant du guide complet *Not Just another Call*, du Collège de police de l'Ontario, aux fiches de conseils ainsi que l'instruction en classe, les jeux de rôle, les scénarios et les vidéos.

Il est intéressant que 3 académies sur 12 aient fait savoir qu'il n'était pas question de la flexibilité possible par rapport aux procédures policières standards lors des interactions avec les

personnes atteintes de maladies mentales. Cela est malheureux car parfois, les procédures standards ont un effet contraire à celui souhaité dans les interventions auprès de ces personnes. Bien entendu, c'est une question délicate, car il importe que les agents—surtout les nouvelles recrues—appliquent ces procédures pour ne pas courir le risque de se blesser ou de blesser autrui. Pourtant, ces procédures peuvent poser problème, et les agents doivent disposer d'une marge de manœuvre dans l'exercice de leur jugement. On n'a qu'à penser, par exemple, à la recommandation 10A émanant du Verdict du jury du coroner : *Enquête de coroner sur les décès de Reyal Jardine-Douglas, Sylvia Klibingaitis et Michael Eligon* (février 2014), qui précise :

Si une personne perturbée affectivement ne répond pas initialement aux injonctions ordinaires de la police (p. ex. « Arrêtez, police », « Police, ne bougez pas » ou « Lâchez votre arme »), les agents doivent être formés de façon qu'ils cessent de répéter ces ordres pour employer différentes stratégies de communication et de désamorçage.⁴²

Liens et ressources communautaires

De la même façon, presque toutes les académies de police dispensent de la formation sur la façon d'établir des liens et de travailler avec les organismes communautaires ainsi que sur la façon de faire appel aux spécialistes de la santé mentale des forces qui en comptent. La plupart des organisations policières fournissent de l'information sur les organismes locaux de santé mentale et sur leurs personnes-ressources. Comme nous le soulignons ci-haut, selon la région géographique où la formation est dispensée et l'étendue des ressources disponibles, il se peut qu'une académie ne soit pas en mesure d'offrir ce genre de services.

Résumé du contenu des programmes

Dans l'ensemble, la majorité des académies de police canadiennes qui ont répondu au sondage semblent offrir un cours d'initiation aux interactions avec les personnes atteintes de maladies mentales. Les nouveaux diplômés des académies policières devraient, en début de carrière, avoir au moins des connaissances rudimentaires des signes et symptômes des maladies mentales et des stratégies de communication appropriées. La majorité, mais non tous, ont pris connaissance dans la formation de base de problèmes qui peuvent nuire à leur prise de décisions, comme leurs attitudes personnelles, les suppositions relatives à la dangerosité et la stigmatisation. Beaucoup d'académies offrent aussi une information sur les organismes et les ressources communautaires, mais cela peut poser problème dans les académies formant des agents qui, à leur diplomation, sont affectés dans différentes régions ou différents services de police.

Méthodes de prestation de l'éducation et de la formation

Il va sans dire qu'il est essentiel de décider du contenu du programme et de la formation, mais il est aussi important pour l'apprentissage des adultes de déterminer les méthodes de prestation. Alors que certains aspects de la formation se prêtent aux exposés (p. ex. l'apprentissage des signes et symptômes des maladies mentales), il est peu probable que les policiers

candidats amélioreront leurs comportements ou compétences particulières simplement en écoutant en classe. Il n'est donc pas surprenant que la plupart des académies utilisent des méthodes d'enseignement variées relatives aux maladies mentales.

Parmi les académies sondées, toutes sauf deux utilisaient beaucoup les exposés, et 3 sur 12 offraient leur formation surtout sous forme d'exposés. Le JIBC, l'une des deux écoles qui ne recourent pas aux exposés, utilise une approche mixte, où le matériel standard est présenté en ligne dans des exposés portant sur l'information factuelle, combinés à une formation en personne qui favorise la discussion et l'application. L'autre exception était l'École de la GRC, qui utilise une série de modules et de scénarios interactifs soigneusement formulés pour transmettre aux cadets l'information variée qu'ils doivent assimiler, à laquelle s'ajoutent des scénarios interactifs plutôt que des exposés.

Neuf des douze répondants incluaient des exposés par les professionnels de la santé mentale, et huit sur douze utilisaient les exposés par les organismes de santé mentale. Une des principales raisons du recours aux professionnels et aux organismes de santé mentale est, bien entendu, l'assurance de l'exactitude de l'information présentée. Dans notre examen du matériel d'apprentissage, nous avons cependant constaté que la participation de professionnels de la santé mentale N'ÉTAIT PAS comprise⁴³. D'ailleurs, certains documents renfermaient des termes diagnostiques périmés et de l'information inexacte.

Toutefois, en plus de l'exactitude, une autre raison de faire appel aux professionnels de la santé mentale pour présenter le programme est que, de cette façon, les formateurs de la police ont l'occasion de rencontrer ces professionnels, avec lesquels ils peuvent interagir à l'avenir. Autrement dit, le recours aux professionnels et aux organismes de santé mentale s'inscrit dans les principes et les attentes des services de police contemporains (voir le tableau 1).

Il n'est peut-être pas étonnant que trois académies (l'École de la GRC, le Collège de police de l'Ontario et l'ENPQ) ne fassent pas appel aux professionnels de la santé mentale, car ce sont de grands centres offrant une formation aux services de police sur un territoire dispersé (c.-à-d. la GRC, la PPO, et la Sûreté du Québec)⁴⁴ ou une formation à une grande variété de services sur leur territoire respectif. En raison des caractéristiques uniques de ces académies, il est logique qu'elles ne recourent pas aux professionnels de la santé mentale pour leur formation. Cependant, répétons-le, cela implique la nécessité de coordonner la formation entre les services et les détachements qui emploient les diplômés.

Fait plus surprenant, dans deux académies, les professionnels de la santé mentale n'avaient pas participé à l'élaboration du programme. Il se peut bien que ces deux académies utilisaient un programme élaboré ailleurs, auquel n'avaient pas contribué de professionnels de la santé mentale. Il est cependant utile pour les académies concevant leur propre programme de tenir compte du fait que bien qu'un grand nombre de policiers peuvent avoir une grande expertise de ce domaine, l'apport de professionnels qualifiés est recommandé dans une optique tant pratique que de gestion du risque.

⁴² En anglais, une personne perturbée affectivement se traduit par Emotionally Disturbed Person (EDC).

⁴³ S'ils ont participé, les connaissances de ces professionnels étaient fort périmées.

⁴⁴ Il s'agit des services de police déployés.

Il est cependant plus inquiétant que seulement 6 académies sur 12 ont fait appel à une personne ayant une maladie mentale pour développer leur programme, et que seulement 5 académies sur 12 ont régulièrement eu recours à une telle personne pour la prestation du programme (bien qu'une académie ait créé une vidéo à laquelle avait participé une personne ayant une maladie mentale). Cela soulève de sérieuses préoccupations au sujet de la nature et de l'envergure de la formation. Si l'on établissait une analogie, par exemple, avec la formation en diversité culturelle, c'est comme si l'académie élaborait ou offrait une formation en sensibilité aux différences culturelles, raciales et religieuses sans consulter de groupes culturels ou ethniques.

Il se peut que le non-recours à une personne ayant une maladie mentale reflète la supposition qu'elle ne peut apporter de contribution valable à ces activités. Il n'en demeure pas moins que près de la moitié des académies le font, ce qui démontre clairement que c'est une possibilité. Comme mentionné précédemment, c'est un fait bien documenté que l'un des moyens les plus efficaces de changer les attitudes et la stigmatisation relatives à la maladie mentale est le contact direct avec les personnes qui en sont atteintes. Il est encourageant que plus d'académies fassent appel à ces personnes pour leur formation comparativement à 2008, mais il est préoccupant que la majorité ne le fasse toujours pas.

On a constaté un accent accru porté aux jeux de rôle et aux simulations dans 8 académies sur 12 qui ont indiqué que ces méthodes font partie de leur formation. Il semble aussi que le degré de sophistication des simulations a été rehaussé. De nombreuses académies ont fourni des détails sur la nature des simulations utilisées, les mécanismes de rétroaction et les attentes plus claires des participants.

Sept académies utilisaient des films et vidéos pour compléter leur formation, et cinq académies sur douze avaient recours aux ressources en ligne. Étant donné le temps et l'énergie consacrés pour élaborer et présenter les programmes, il semble que ce sont des aspects à améliorer, car l'utilisation de ces ressources est rentable et assure une certaine normalisation entre les services. (Une version bilingue de la série Vulnérable de l'ENPQ pourrait être d'une grande utilité en ce sens.) Les ressources en ligne et les vidéos accessibles (du RCSP et de l'Ontario Police Training Video Alliance [OPTVA]) semblent être largement utilisées.

Méthodes d'évaluation des activités de formation

Étant donné la grande variété d'outils de formation utilisés, il n'est pas étonnant qu'on emploie aussi des outils d'évaluation variés. La majorité des académies évaluent l'efficacité de leur formation au moyen de tests écrits et d'évaluations courantes par les instructeurs (des exercices pratiques). On constate une tendance croissante à la démonstration des connaissances plutôt qu'à leur verbalisation. Même si les évaluations rigoureuses axées sur les résultats sont peu fréquentes, l'ENPQ, par exemple, effectue une évaluation des apprenants dans le cadre d'un processus de certification, où les candidats sont évalués par rapport à une série de compétences (voir le tableau 2).

Alors que de nombreuses académies ont recours aux jeux de rôle et aux scénarios, on ne sait trop comment les expériences

pratiques sont évaluées—ou si une personne qui ne maîtrise pas les techniques de désescalade, par exemple, peut échouer ou suivre une formation de rattrapage, de la même façon qu'un policier échouerait, par exemple, s'il n'atteignait pas le seuil de précision de tir fixé. Les rapports non officiels révèlent qu'au moins dans certaines académies, les critères de réussite à ce sujet sont stricts. Le collège de police de la Saskatchewan, par exemple, fait appel aux professionnels de la santé mentale pour évaluer le rendement des agents dans des scénarios.

Quels volets du programme portent sur les enjeux liés aux personnes atteintes de maladies mentales?

Étant donné la variété des approches de formation utilisées et des méthodes de formation policière en général, il n'est pas surprenant qu'il existe une grande fluctuation dans la façon et le volet où les sujets liés à la santé mentale sont abordés. En plus de la formation ciblée qui porte particulièrement sur les interactions avec les personnes atteintes de maladies mentales, d'après les répondants, ces sujets peuvent être couverts dans des modules, des cours ou des activités portant sur :

- le droit ou les lois provinciales;
- le recours à la force;
- la gestion des situations de crise;
- les aptitudes en communication;
- la sécurité des policiers;
- la formation sur les populations vulnérables ou la diversité.

Comme noté ci-haut, presque toutes les formations abordent la *Loi sur la santé mentale*, et de nombreuses écoles couvrent aussi la *Charte canadienne des droits et libertés*, et la *Loi sur les droits de la personne*.

De même, de nombreux services ont indiqué qu'ils incluent des renvois aux personnes atteintes de maladies mentales dans les séances de formation sur la gestion des crises, les aptitudes en communication, la sécurité des policiers et les populations vulnérables ou la diversité.

Toutefois, ce qui importe le plus dans ce contexte, c'est si on accorde ou non de l'attention à ce sujet dans la formation sur le recours à la force qui, de toute évidence, est une composante fondamentale de l'apprentissage et de la formation des policiers. Seulement 6 académies sur 12 ont indiqué que les enjeux du recours à la force auprès des personnes atteintes de maladies mentales sont abordés dans la formation sur le recours à la force. Étant donné la surreprésentation de ces personnes dans les interactions avec recours à la force, il s'agit d'une omission majeure (Brink et coll., 2011). D'autres académies ont mentionné un enseignement dans d'autres modules ou cours portant sur la communication verbale ou d'autres approches moins invasives pour gérer les situations. Dans l'ensemble, il demeure préoccupant que cela ne soit pas accentué ou spécifiquement abordé dans la formation sur le recours à la force.

Attardons-nous, par exemple, à la réponse d'un instructeur sur le recours à la force qui dit qu'essentiellement la persuasion,

Tableau 2. Compétences de l'ENPQ relatives aux interactions policières avec les personnes atteintes de maladies mentales

Compétences de l'ENPQ relatives à l'intervention auprès de personnes en état de crise ou présentant des troubles mentaux, qui sont observées et évaluées. Dans le processus d'évaluation aux fins de la certification, les apprenants sont mis en situation où ils doivent intervenir et montrer leurs compétences.	
<p><i>Éléments observés dans l'évaluation de certification :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Commencer l'intervention • Recueillir l'information pertinente pour prendre en charge un événement • Formuler la situation dans un langage adéquat • Planifier l'arrivée sur les lieux • Demander du renfort au besoin • Effectuer l'intervention sur les lieux • Exécuter le plan d'action adapté à la situation • Effectuer une intervention adéquate • Exercer un contrôle adéquat sur la personne • Mener l'enquête policière • Planifier adéquatement les opérations subséquentes • Consigner la preuve • Remplir adéquatement les rapports et les formulaires 	<p><i>Les apprenants doivent montrer comment ils appliquent les compétences suivantes acquises lors de la formation collégiale :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Adapter les principes de base de la communication au contexte de l'intervention policière • Interagir avec une clientèle variée • Intervenir dans des situations privées • Exercer les pouvoirs et les devoirs du policier en conformité aux lois et aux règlements municipaux en vigueur au Québec

les conseils et les avertissements sont seulement utiles lorsque la personne que le policier tente d'influencer est capable « de rationaliser et de comprendre les conséquences de ses actes ». En d'autres mots, dans les situations où le comportement des personnes semble insensé, psychotique ou autrement « irrationnel », l'agent peut passer outre aux techniques verbales et user directement de moyens de contrôle physique⁴⁵.

Par contraste, en réponse à une question sur les enjeux liés à la santé mentale dans la formation sur le recours à la force, la HRP a répondu :

On informe les agents que la sécurité est toujours la première priorité. Cependant, en présence de signes et de symptômes de maladies mentales, il faut prendre du recul, parler lentement et clairement, et être conscient que la personne peut avoir des hallucinations auditives et visuelles. La non-conformité peut résulter de la crainte ou de la confusion, ce n'est pas le comportement de choix. La formation sur le recours à la force de la HRP comprend des scénarios sur la santé mentale.

Voici ce qu'a répondu le collège de police de la Saskatchewan :

Le collège accorde une grande importance aux compétences en communication et en désescalade dans les situations tendues. Par conséquent, on voit plus de temps, d'effort et d'aptitude investis pour désescalader les situations, à la fois celles impliquant des personnes atteintes de maladies mentales et générales. Nous continuons de cibler ce domaine. Maintenant qu'on prévoit plus de temps pour notre programme de formation, la communication est un domaine d'intérêt particulier.

Une pratique prometteuse est la certification de formateurs en recours à la force, par exemple le modèle de formation des formateurs qu'élabore le JIBC, pour faire en sorte que les instructeurs soient outillés pour offrir une formation pertinente sur toutes les options de recours à la force, y compris les stratégies de désescalade et de communication.

⁴⁵ Pour ne pas mettre le service de police dans l'embarras, nous avons paraphrasé le commentaire, qui n'est pas une citation exacte. Cependant, l'information communiquée par plus d'un instructeur du recours à la force de plus d'une académie indiquait que le recours à la force physique était presque inévitable, voire recommandé, dans les interventions auprès de personnes « irrationnelles ».

Combien de temps est consacré aux sujets liés aux personnes atteintes de maladies mentales?

À première vue, il semble y avoir de grande variation entre les académies, qui déclarent consacrer de 1,5 à 52 heures à ce sujet. Cependant, après un examen approfondi des programmes, on constate qu'il est presque impossible de répondre à cette question - surtout si l'académie obtient de bons résultats dans ce domaine. La majorité des académies, mais non toutes, consacrent un certain nombre d'heures à la formation didactique structurée sur ce sujet. Mais de plus en plus, l'information sur les interactions avec les personnes atteintes de maladies mentales est intégrée à d'autres cours ainsi qu'aux scénarios et simulations. Dans de nombreux programmes, il peut être question des personnes atteintes de maladies mentales dans 5 ou 10 différentes parties de la formation de base, par exemple les aptitudes en communication, la gestion des crises, les communications tactiques, le recours à la force, la surveillance policière dans les collectivités et les relations communautaires.

Résumé et questions soulevées

Alors qu'il est facile de conclure que la formation (ou son absence) pose problème lorsque surviennent des incidents très médiatisés, notre examen montre que les policiers canadiens suivent une formation de base assez générale à ce sujet. Aucune académie n'a déclaré de formation entièrement inadéquate. Presque toutes les académies inculquent des bases solides concernant les signes et les symptômes, les stratégies de communication, les questions liées au suicide et le droit en santé mentale. La majorité couvre les attitudes et la stigmatisation relatives à la santé mentale, et certaines abordent les organismes communautaires. Il existe de nombreux exemples de ce qu'on peut considérer comme d'excellents programmes de formation.

Comme mentionné, la HRP a une expérience relativement longue de la prestation d'un programme bien conçu et approfondi dans ce domaine, à la fois pour les nouvelles recrues et sous forme de formation interne continue. Comme signalé dans le rapport de 2010, le modèle TEMPO est inspiré de celui de la HRP, qui a été l'un des premiers services de police à élaborer un modèle de formation matricielle multiniveau. Son programme occupe toujours une place prééminente, car il fournit une formation à divers niveaux et à différents membres du personnel, repose sur une variété d'outils didactiques et fait largement appel aux personnes atteintes de maladies mentales. Les nouveaux policiers suivent 3,5 jours de formation consacrée spécifiquement aux sujets liés à la maladie mentale, qui sont aussi intégrés à la formation sur le recours à la force, comme il en a été question ci-haut.

Le service de police d'Edmonton offre aussi de nombreux cours sur ce domaine. Son programme, qui comprend une formation consacrée à la santé mentale, aux aptitudes en communication, à la gestion des crises, du stress et des relations humaines et aux tactiques de maîtrise, est d'une durée d'environ 52 heures et est dispensé à l'académie. Il couvre en profondeur les signes et les symptômes des maladies mentales et compte plusieurs scénarios structurés ciblés et des exercices actifs de résolution de problèmes.

De plus, le collège de police de la Saskatchewan a fait d'importants investissements ces dernières années pour réviser et améliorer son programme, qui comprend des approches didactiques variées et met l'accent sur les aptitudes en communication. L'APA a aussi adopté une vaste approche approfondie pour ses cours de formation. Le service de police de Calgary et le CPO ont rédigé des documents utiles pour les agents. Le service de police régional de Lethbridge a élaboré un programme interne exhaustif pertinent pour son territoire. Le nouveau programme d'intervention d'urgence et d'escalade de l'académie de police du JIBC pourrait hausser la barre par rapport à celui d'autres écoles. La police de Winnipeg utilise le programme FATIS dans une approche intégrée pour les interventions auprès de suicidaires. La vidéo de l'ENPQ a été adoptée par de nombreux services au Québec et sera encore plus populaire une fois qu'elle sera disponible en anglais. L'École de la GRC a établi des objectifs clairs et a intégré systématiquement les enjeux liés aux personnes ayant une maladie mentale à son programme principalement axé sur les scénarios.

Il convient également de noter qu'un certain nombre de services de police comptent sur les académies de police provinciales pour la formation de base, mais dispensent une formation complémentaire aux recrues (comme plusieurs des gros services de police en Ontario et la Police provinciale de l'Ontario). La police régionale de Peel, par exemple, fait des exercices de simulation destinés à familiariser ses agents à la maladie mentale. L'objectif est d'aider les agents de police à ressentir de l'empathie envers la personne qui connaît un épisode aigu de délire ou d'hallucination et à comprendre ce qui lui arrive. Plusieurs services de police font aussi appel à des membres d'organismes tels la Société canadienne de schizophrénie et les invitent à parler aux agents de police du vécu des personnes ayant des maladies mentales et du vécu tout aussi important de leur famille et amis.

Précisons aussi que plusieurs services comptent sur les académies provinciales pour leur programme de base, mais offrent une formation complémentaire après l'achèvement du programme (il s'agit notamment de plusieurs grands services de l'Ontario ainsi que la PPO). La police régionale de Peel, par exemple, travaille avec des experts en simulation pour créer des expériences en maladies mentales, afin d'aider les policiers à faire preuve d'empathie et de compréhension lorsqu'ils entrent en contact avec une personne ayant un épisode délirant ou hallucinatoire. Plusieurs services font participer la collectivité en demandant aux membres d'organismes, comme les associations locales de schizophrénie, de donner un exposé aux nouveaux agents sur les expériences de la maladie mentale et, de manière plus importante, les expériences des membres de la famille et des amis de personnes ayant une maladie mentale.

Le service de police de Toronto offre aussi une formation complémentaire à celle du programme du Collège de police de l'Ontario, qui comprend des scénarios et donne des précisions sur les compétences en communication et désescalade.

Certaines académies, dont celle de la police de Toronto, évaluent leurs nouveaux agents dans des scénarios ou des jeux de rôle avec des acteurs jouant le rôle de personnes présentant des troubles mentaux. Il s'agit d'un excellent moyen, peu stressant,

d'initier les apprenants aux comportements qu'ils peuvent rencontrer et aux stratégies et tactiques à utiliser. C'est aussi un moyen efficace d'identifier les apprenants qui dénigrent ou rejettent ce domaine, car il est plus difficile pour eux de se *comporter* de manière appropriée dans un jeu de rôle que de répondre correctement à une épreuve à choix multiple.

Toutefois, il y a encore des lacunes. La majorité des académies ne font pas beaucoup appel aux personnes atteintes de maladies mentales ou à leur famille, et beaucoup n'intègrent pas directement l'information sur ces personnes dans leur formation sur le recours à la force. Beaucoup n'ont pas de moyens efficaces d'évaluer les résultats d'apprentissage. Certaines utilisent uniquement les exposés en classe comme méthode d'enseignement. La plupart ont dit avoir besoin de temps pour parvenir aux buts fixés relativement à la formation de base. Quoi qu'il en soit, la majorité des académies ne peuvent déterminer les lacunes ou les faiblesses de leurs programmes (ou du moins, elles ont de la difficulté à les reconnaître). La plupart ne connaissent pas le modèle TEMPO et, à ce titre, il n'était pas clair si elles se fondaient sur des modèles de référence pour élaborer leur propre programme.

Même si cet aspect n'a pas été évalué explicitement dans le questionnaire, il était apparent que les académies échangeaient peu de matériel et de stratégies didactiques. Autrement dit, il leur arrivait souvent de « réinventer la roue ».

D'après l'ensemble de l'information recueillie, les observations suivantes ont été formulées concernant la formation de base :

1. Les responsables des programmes qui ne font appels aux personnes atteintes de maladies mentales pour l'élaboration et la prestation doivent considérer cette possibilité comme prioritaire pour l'évolution de la formation.
2. Les responsables de l'élaboration du programme au niveau de l'académie doivent se familiariser avec le modèle TEMPO 2014 et envisager de l'utiliser comme outil d'analyse des lacunes pour évaluer leur propre programme. En cernant les lacunes et les faiblesses, les concepteurs peuvent non seulement y remédier, mais aussi faire connaître les forces et les lacunes aux services de police qui embauchent les diplômés.
3. Les académies fournissant la formation à plus d'un service de police ou territoire ont intérêt à communiquer clairement avec les organismes ou détachements qui reçoivent ces programmes pour que les deux parties soient au courant des aspects couverts ou non dans la formation offerte à différents endroits. Elles peuvent, par exemple, voir à informer les organismes ou détachements des sujets couverts, tels que le droit provincial en santé mentale ou les ressources communautaires. De même, puisque la majorité des académies n'abordent pas en profondeur certains problèmes, tels le retard de développement et l'autisme, ceux-ci peuvent être traités en premier dans la formation interne des services de police.
4. Les responsables de l'élaboration et de la prestation des programmes peuvent envisager de mettre en place un réseau à l'échelle nationale où échanger de l'information, des

connaissances et du matériel d'apprentissage pour minimiser les dédoublements et maximiser l'utilisation de matériel bien conçu et documenté, qui repose sur des outils didactiques éprouvés⁴⁶.

5. Même si les services croient qu'il est préférable d'aborder les techniques de communication verbale et de désescalade dans des cours autres que sur le recours à la force, compte tenu de ce qu'on sait sur la généralisation de l'apprentissage particulièrement en début de carrière, il est impératif d'insister sur les interventions NON physiques et d'inclure dans tous les cours sur le recours à la force des académies des références spécifiques aux suppositions relatives à la maladie mentale et à la dangerosité.
6. Même s'il n'y a pas de réponse claire à la question : réponse claire à la question de savoir combien d'heures de formation suffisent, les services dont la formation dans ce domaine est inférieure à 10 heures devraient réviser leur programme pour qu'il soit conforme à la pratique générale au Canada. La formation des services de police de Halifax et d'Edmonton et le modèle TEMPO 2014 peuvent servir d'exemples.
7. Les écoles dont la formation repose presque intégralement sur les exposés ont intérêt à envisager des moyens de favoriser l'apprentissage des candidats en utilisant des méthodes de formation des adultes, comme les simulations, les scénarios et autres apprentissages expérientiels ainsi que les multimédias et les ressources en ligne.
8. Concernant les ressources en ligne, il serait utile si une académie ou le réseau national envisagé (voir le point 4 ci-dessus) mettait en place une bibliothèque accessible à toutes les écoles de police.
9. Les stratégies d'évaluation de certains services de police sont déficientes. Il n'est probablement pas suffisant qu'un candidat réussisse un examen écrit pour montrer ses connaissances et compétences dans ce domaine. À tout le moins, les programmes devraient comprendre une évaluation comportementale des compétences et sa réussite devrait être exigée pour qu'un candidat puisse recevoir le diplôme de l'académie. Par ailleurs, les services pourraient envisager de sonder les personnes atteintes de maladies mentales pour évaluer la pertinence de leur programme de formation⁴⁷.
10. En raison des liens étroits entre les attitudes, la stigmatisation et les comportements, toutes les académies doivent veiller à intégrer ces enjeux, ainsi que les croyances relatives à la santé mentale et à sa dangerosité, au programme de formation de base.

10. Résultats du sondage de 2014 sur l'éducation et la formation internes

La question concernant les sujets à couvrir ou non dans la formation interne est beaucoup plus complexe que celle portant sur les sujets abordés dans la formation de base dans les académies. Dans une certaine mesure, la formation interne

⁴⁶ On peut se demander si l'Association canadienne des intervenants en formation policière (ACIFP) est l'organisme indiqué pour cette initiative.

⁴⁷ Tout ou partie de l'étude de la CSMC en C.-B. (Brink et coll., 2011) pourrait constituer un modèle convenable.

reflète nécessairement la formation de base fournie. Par exemple, comme noté dans la section ci-dessus, il est impossible qu'une académie, telle que le Collège de police de l'Ontario, formant des agents qui seront engagés par différents services de police, fournisse de l'information sur les ressources locales en santé mentale. Ainsi, en Ontario, on peut s'attendre à ce que les services de police locaux ou individuels offrent ce genre d'enseignement. Il n'est pas pratique que l'École de la GRC forme les nouveaux agents au droit en santé mentale, car ces lois sont provinciales et les diplômés de l'École peuvent être affectés dans n'importe quel territoire ou province au Canada. Les services de police et les collectivités qu'ils desservent diffèrent aussi grandement sur le plan des besoins communautaires. On peut raisonnablement supposer que Brandon, au Manitoba, et Toronto n'auront pas exactement les mêmes besoins de formation.

Il existe aussi des différences entre les services de police pour ce qui est des agents actuels qui peuvent avoir suivi une formation exhaustive au niveau de l'académie. Par exemple, si un service emploie les diplômés d'une académie qui fournit depuis plusieurs décennies une formation approfondie en santé mentale, on peut supposer sans risque d'erreur que la majorité des agents de première ligne auront à tout le moins une formation de base dans ce domaine. Même s'ils peuvent avoir besoin de formation de recyclage, ils n'auront pas tous besoin d'un enseignement poussé sur ce sujet. À l'inverse, si une académie qui par le passé a fourni une formation limitée en santé mentale ou si un service de police compte un nombre supérieur à la moyenne d'agents plus expérimentés dans les postes de première ligne, une formation de base peut être nécessaire. Enfin, comme décrit ci-haut, il existe une grande variation entre les académies. Il se peut que les agents ayant suivi la formation poussée dispensée par les académies de la HRP et du service de police d'Edmonton aient besoin de moins de formation interne que ceux qui ont reçu une formation de beaucoup inférieure dans une autre académie.

Sur le plan méthodologique, il est beaucoup plus difficile de sonder sur la formation interne et de la résumer, que ce qui est le cas de la formation de base. Alors que 14 académies seulement offrent une formation de base au Canada et un petit nombre de services offrent aussi une formation de base en plus de la formation qu'offrent les académies, il y a plus de 200 services au pays dont l'effectif varie de quelques agents à plus de 15 000. Même dans un service individuel, les différents détachements peuvent avoir des besoins variés et leur effectif doit suivre différents types de formation interne de durée variée.

Afin de se faire une idée de la formation interne, les services de police canadiens ont été sondés individuellement. De plus, une demande d'information a été envoyée directement aux membres de l'ACCP. Nous avons reçu 31 réponses. Il n'est pas surprenant que ces réponses décrivent des programmes approfondis, alors que d'autres services ont indiqué qu'il ne s'agissait pas d'une priorité organisationnelle et qu'aucune formation interne n'avait récemment été donnée sur ce sujet.

Il va sans dire qu'on ne peut considérer 32 répondants comme un échantillon raisonnable ou représentatif de la formation offerte au Canada. C'est pourquoi au lieu d'indiquer des moyennes ou des pourcentages, le rapport présente les observations pertinentes et souligne des programmes

particuliers qui semblent efficaces. La présente étude décrit aussi les tendances ou rapporte les commentaires qui représentent les points de vue de plus que quelques services de police seulement. Répétons qu'ils ne peuvent être considérés comme représentatifs de la pratique à l'échelle du pays, mais dénotent probablement des enjeux, des préoccupations ou des activités communs à de nombreux services.

Thèmes généraux

Participation de personnes atteintes de maladies mentales

Comme c'est le cas de la formation dans les académies, de nombreux services ne font pas directement appel aux personnes atteintes de maladies mentales ou à leur famille, soit pour élaborer ou offrir la formation interne. Toutefois, ce n'est pas toujours le cas. Sept services sondés ont indiqué que ces personnes participaient directement à la prestation du programme, et dix services ont déclaré qu'elles avaient contribué à l'élaborer. Plusieurs services ont mentionné des moyens relativement uniques d'assurer que la voix de ces personnes soit entendue. Regina, par exemple, organise une table ronde de 90 minutes à laquelle participent un professionnel de la santé mentale, une personne vivant avec une maladie mentale et un membre de la famille d'une personne ayant une maladie mentale. La police de Toronto a créé une vidéo sur des personnes ayant des troubles mentaux qui discutent de leurs interactions antérieures avec la police, et celle-ci sert à engager la discussion sur ce qui s'est passé, ce qui pourrait être amélioré et les interventions efficaces. D'autres services, y compris ceux de Brockville, Cobourg et Delta, et la police de la régie des transports de Vancouver font aussi directement participer ces personnes. De nombreux autres les incluent dans les activités didactiques normalisées, comme le cours du RCSP ou le webinaire Vulnérable de l'ENPQ. Cependant, dans la majorité des cas, elles ne participent pas directement.

Utilisation de matériel didactique normalisé

Le rapport de 2010 a signalé qu'un nombre de services utilisait la vidéo de formation « Reconnaître les personnes perturbées affectivement », élaborée par le RCSP. C'est toujours le cas actuellement, car plusieurs services ont déclaré l'utiliser. Depuis le rapport de 2010, l'ENPQ a conçu le programme de formation approfondie Vulnérable (décrit ci-haut). Au moment de rédiger notre rapport, il était seulement offert en français, ce qui en limitait l'accès. Cependant, au Québec, plusieurs services l'utilisaient. Un nombre de services ont aussi indiqué qu'ils se servaient des vidéos produites par l'OPTVA. De toute évidence, il existe un marché pour le matériel didactique normalisé de ce genre.

Éducation et formation obligatoires ou facultatives

La majorité des services n'ont pas de formation interne obligatoire sur la santé mentale et n'imposent pas de formation obligatoire sur ce sujet aux fins de la requalification périodique. Parmi les 32 services qui ont répondu au sondage, 7 exigeaient des agents qu'ils suivent une formation d'une certaine durée durant leur carrière. Onze ont indiqué qu'une formation de recyclage périodique était obligatoire, dont la fréquence variait d'un an

à tous les trois ans. Il n'est pas étonnant que l'envergure de la formation varie aussi dans l'intervalle de requalification. Les services qui imposaient une formation de recyclage annuelle exigeaient seulement qu'elle soit d'une durée d'une à deux heures. On a constaté que les services qui exigeaient une formation de recyclage tous les trois ans tendaient à offrir une formation plus approfondie, parfois d'une durée variant entre 12 et 18 heures.

Il n'est pas facile de répondre à la question concernant la durée et la fréquence de la formation. Encore une fois, tout dépend de la nature de la formation initiale offerte par l'académie, de son âge, du degré de compétence de l'agent et de la mesure dans laquelle les questions liées aux interactions avec les personnes atteintes de maladies mentales sont intégrées aux autres types d'enseignement. Par exemple, 16 des 32 répondants ont affirmé qu'au moins une certaine attention était accordée à ces questions lors de la formation sur le recours à la force, même si dans certains cas ce n'était pas tout à fait exact ou il s'agissait seulement d'une discussion du délire agité. Dix services incluaient un examen de la législation pertinente (p. ex. le droit en santé mentale ou droits de la personne) et des mises à jour des lois provinciales. Un nombre similaire accordait de l'attention aux enjeux en santé mentale dans l'enseignement des aptitudes en communication et désescalade, de la sécurité des agents et de la diversité.

Perception variée des besoins

Il existe une grande variabilité dans les perceptions du besoin de formation à ce sujet. Plusieurs répondants ont fait savoir que ce domaine n'était pas prioritaire pour le service et qu'en conséquence, aucune formation interne récente n'avait été fournie. Selon d'autres, c'était hautement prioritaire et la formation était obligatoire pour tous les agents. De nombreux services qui ont désigné ce domaine comme hautement prioritaire étaient situés en C.-B., où la formation a été imposée par le gouvernement provincial. Cependant, quelques autres services hors de cette province offrent aussi une formation obligatoire, comme indiqué ci-dessous.

Sur le questionnaire du sondage, chaque service devait indiquer le pourcentage d'agents qui avaient reçu une éducation et une formation suffisantes dans ce domaine. Les réponses variaient grandement, et il était évident que « suffisant » signifiait différentes choses pour les différents répondants. Plusieurs services ont affirmé que leurs agents avaient reçu une formation suffisante à l'académie et, par conséquent, une formation supplémentaire n'était pas requise. Particulièrement, on ne tenait pas compte de l'académie que les agents avaient fréquentée ni de la durée de la formation de base. D'autres services, comme Delta et Toronto, ont indiqué que 100 % de leurs agents avaient non seulement suivi une formation de base à l'académie, mais aussi une formation interne obligatoire.

D'autres ont déclaré que la grande majorité des agents avaient au moins terminé le cours en ligne du RCSP. Plusieurs services étaient plus critiques au sujet de leur propre rendement à ce chapitre, affirmant que moins de 30 % avaient reçu une formation suffisante à ce sujet, qu'ils se fiaient à la formation de l'académie et n'avaient pas offert de formation subséquente, ou que bien que les agents novices aient récemment suivi une formation à l'académie, les agents expérimentés ne l'avaient

pas suivie ou avaient suivi une autre formation. Fait intéressant, aucun service n'a désigné de groupe particulier qui avait suivi une formation complémentaire ou de recyclage. Un nombre de services offraient une formation ciblée aux agents spécialisés (Halifax, par exemple), mais il n'était pas clair si des services se limitaient, par exemple, à la formation d'agents expérimentés qui n'avaient pas suivi la formation à l'académie ou d'agents pour lesquels on avait constaté des compétences moindres en communication ou désescalade ou ayant fait l'objet de plaintes de personnes atteintes de maladies mentales.

Il faut préciser que le sondage ne demandait pas spécifiquement cette information et il va sans dire que nous ne pouvons nous prononcer sur les plans de rattrapage d'agents individuels. Il convient cependant de souligner que la minorité d'agents éprouvant des difficultés à ce chapitre étaient connus au sein du service. Il serait prudent de les identifier et de les aiguiller vers des ateliers ciblés puisqu'une formation obligatoire n'était pas la norme.

Ressources accessibles au personnel policier

Quelle que soit l'ampleur de la formation à l'académie ou interne qu'a suivie l'agent, invariablement il aura besoin, à un certain temps, d'information supplémentaire ou qu'il aura des questions sur ses interactions avec les personnes atteintes de maladies mentales. Une question du sondage visait à déterminer si les services étaient en mesure d'offrir de l'information à un agent en réponse à une question précise ou à un besoin en ce sens. Près de la moitié des services répondants ont simplement répondu non. Certains ont indiqué que les agents avaient accès à des vidéos de formation, comme le cours du RCSP ou le programme Vulnérable au Québec. La formation en intervention d'urgence et désescalade de la C.-B., offerte par les services et des centres de formation comme l'académie du JIBC et le Centre de formation de la région du Pacifique de la GRC, comprend beaucoup d'information utile supplémentaire sous forme de guides pour le personnel policier ayant suivi cette formation.

Plusieurs grands services ont mentionné la présence de « spécialistes » internes, comme un agent assumant le rôle de coordonnateur en santé mentale ou de responsable des services aux populations vulnérables. Plusieurs ont aussi parlé de bibliothèques régionales ou provinciales extérieures, que les agents peuvent consulter. Quelques services ont précisé que des ressources étaient disponibles, comme un site intranet. Un service (Brockville) a mentionné les bonnes relations de travail avec l'équipe locale d'intervention en santé mentale, et que les agents étaient toujours les bienvenus à contacter cette équipe pour obtenir de l'information ou des conseils.

Il semble que la majorité des ressources accessibles aux agents soient en ligne, sous forme de programmes ou de cours, au lieu d'une personne-ressource qu'ils peuvent consulter lorsqu'ils ont une question précise. Si un agent se demande, par exemple, si les mêmes stratégies sont utiles auprès d'une personne ayant des hallucinations auditives qu'une autre ayant des hallucinations visuelles, il est peu probable qu'il visionne une vidéo au complet ou examine d'autre matériel de formation. Même si de nombreux services dans l'échantillon du sondage ne l'ont pas indiqué, il semble probable que certains consultent de façon non officielle

des homologues en santé mentale au sujet de problèmes ou de questions spécifiques. De plus, on peut évidemment présumer que les agents consultent généralement Internet, du moins à l'occasion, et peuvent lancer une recherche dans Google sur une question donnée. Néanmoins, il y a place à d'autres améliorations dans les ressources accessibles à consulter à l'opposé d'une formation officielle.

La taille du service de police n'est pas un indicateur prévisionnel de l'envergure de la formation offerte

On se demande souvent si les petits services sont avantagés ou désavantagés par une formation interne. Ils sont souvent désavantagés du fait qu'ils ne peuvent engager de concepteurs de programme ou d'éducateurs internes à temps plein et, ainsi, peuvent ne pas avoir accès aux types de matériel que les grands services peuvent créer. D'ailleurs, les petits services peuvent utiliser le matériel conçu ailleurs, ce qu'ils font de fait. Il va sans dire que les frais pour former l'effectif d'un petit service, qui peut être plus flexible sur le plan du calendrier, sont de beaucoup inférieurs à ceux d'un grand service.

En effet, nous avons constaté une grande variation dans les petits services qui ont répondu au sondage. Comme le montre la première observation ci-dessus, plusieurs petits services ne semblent pas offrir de formation interne à ce sujet. Plusieurs ont dit ne pas avoir les ressources nécessaires et d'autres, qu'il ne s'agissait pas d'une importante priorité organisationnelle. Parmi les petits services qui offraient la formation, des mécanismes variés étaient utilisés.

Comme mentionné, quelques services recouraient au matériel existant, comme le programme du RCSP, les vidéos de l'OPVTA ou le programme Vulnérable du Québec. Le service de police de Brockville, en Ontario, qui compte près de 65 agents, organise une conférence annuelle ou bisannuelle, à laquelle participent des agents et des membres de la collectivité, y compris les partenaires communautaires en santé mentale. La conférence présente des exposés spécialisés sur les maladies mentales et des stratégies pour traiter avec les personnes en étant atteintes, ainsi que des mises à jour des ressources communautaires et des interventions interservices.

Le service de police de Delta en C.-B., un service de taille « petite-moyenne » (170 agents), offre une formation interne approfondie durant de 12 à 16 heures, qui doit être suivie tous les trois ans. Cette formation couvre une grande variété de sujets et repose sur diverses méthodes didactiques. À l'encontre de la majorité des services de police, celui de Delta effectue une évaluation qui semble particulièrement pertinente et emploie divers mécanismes. Il a aussi mentionné que les personnes ayant des troubles mentaux prennent part régulièrement à la prestation du programme ainsi que des organismes locaux de santé mentale.

L'évaluation de l'éducation et de la formation laisse à désirer

L'évaluation, de quelque rigueur qu'elle soit, laisse à désirer dans la majorité des services. Dans de nombreux cas, les agents doivent tout simplement se présenter, et leurs connaissances ou compétences ne sont pas évaluées par la suite ni leur

application. Dans d'autres cas, les agents évaluent la formation qu'ils suivent et fournissent une rétroaction. Néanmoins, les agents mêmes ne sont pas évalués ni leur capacité à retenir et à appliquer l'information présentée. Même si l'on peut soutenir que toute déficience dans les capacités d'un agent se refléterait dans ses évaluations du rendement courantes, il n'existe pas de mécanisme pour faire le lien entre ces évaluations et le fait d'avoir suivi ou non une formation. Plusieurs services ont précisé que l'évaluation à cet égard était reflétée dans les examens du rendement annuels, mais nous n'avons pas recueilli d'information précise sur ces examens et nous ne pouvons donc commenter ce mécanisme ou son efficacité. On pourrait avancer qu'il serait préférable d'évaluer la formation sur la santé mentale de la même façon, par exemple, que celle visant le maniement d'une arme à feu, qui est régulièrement évalué. Autrement dit, si l'évaluation de requalification annuelle d'un agent ne satisfait pas la norme minimale, un plan de rattrapage est établi ou une formation de recyclage est suivie pour qu'il puisse la satisfaire.

Quelques services semblent évaluer le rendement des agents de façon valable. La police de Victoria au Canada, par exemple, attribue une note aux agents pour leur capacité à :

- désescalader les situations;
- faire preuve d'empathie;
- appliquer les techniques d'écoute active;
- offrir le soutien nécessaire;
- régler les situations de manière appropriée, y compris aiguiller vers l'hôpital ou un organisme communautaire.

La police de Toronto exige des agents qu'ils participent à une formation par scénarios, où les interactions sont observées et évaluées et, si des lacunes sont relevées, une formation de recyclage est imposée.

La police de Delta, comme indiqué ci-dessus, semble aussi effectuer des évaluations pertinentes. Elle surveille le rendement des agents au moyen d'une analyse statistique en utilisant le formulaire sur le comportement des personnes et l'intervention des agents (CPIA); elle sollicite une rétroaction subséquente à la formation auprès des participants; et procède aussi à des débriefings situationnels en personne avec les participants. De même, la police de Hamilton surveille les rapports sur le recours à la force et les appréhensions en vertu de la *Loi sur la santé mentale* en guise de méthode de rétroaction générale.

Il ne semble pas y avoir de lien entre la durée de la formation interne et celle de la formation de base

Une hypothèse soulevée dans la partie du rapport sur la formation de base est que les lacunes et faiblesses de cette formation dans les académies seraient compensées dans la formation interne subséquente. Notre étude n'a pas relevé de tendance particulière en ce sens dans l'information disponible sur la formation interne. Plusieurs services répondants, dont les agents sont formés dans les académies provinciales ou centrales, ont indiqué qu'ils n'offraient pas de formation obligatoire ultérieure, car ils croyaient que leurs agents avaient reçu une formation suffisante à l'académie. Toutefois, d'autres services, dont les agents avaient aussi été formés dans ces académies, leur offraient une formation poussée complémentaire.

Répétons qu'il semble approprié d'assurer une communication et une collaboration entre les différentes académies et les services de police et détachements pour faire en sorte d'aborder tous les sujets. Il n'est pas clair quelle formation interne est accessible aux agents de la GRC dans les divisions et les détachements au Canada, à l'exception de celle dispensée à son Centre de formation de la région du Pacifique.

Élaboration de programmes

Il semble y avoir un nombre de questions et de problèmes liés à l'élaboration de programmes dans ce domaine. La moitié seulement des services faisaient appel aux professionnels de la santé mentale ou aux personnes ayant une maladie mentale pour élaborer leur programme, et encore moins incluaient à la fois ces professionnels et personnes. Il est curieux que quelques services aient précisé que leurs spécialistes en conception de programmes avaient démissionné et qu'ils cherchaient à doter leur poste. Parce qu'il est rare que les employés ayant des compétences et qualifications particulières en élaboration de programmes soient des agents de police et qu'ils semblent que les services soient réticents à solliciter l'avis de personnes autres que des agents, du moins dans ce domaine de formation, cela peut constituer une difficulté systémique pour l'élaboration de formation efficace pour le personnel policier.

Notre étude n'a pas déterminé dans quelle mesure les services échangent du matériel dans ce domaine ou d'autres. De toute évidence, il existe des ressources en ligne ou des vidéos conçues par des organisations comme le RCSP, l'OPVTA ou l'ENPQ, que s'échangent volontiers et qu'utilisent souvent de nombreuses organisations. On ne peut dire si les services échangent d'autres documents d'apprentissage, matériel de cours ou scénarios. Comme mentionné pour la formation de base, étant donné les besoins relativement communs des différents services, il serait sensé d'éviter les doublons, de mettre en commun le matériel et d'élaborer conjointement des programmes, dans la mesure du possible.

Contenu des programmes

En raison de la variabilité de la formation interne à l'échelle des services, on peut difficilement commenter de manière exhaustive le contenu précis. Nous avons cependant relevé certaines tendances notables.

Les programmes internes qui traitent les signes et symptômes des maladies mentales semblent porter sur les mêmes diagnostics que ceux de la formation de base. Il s'ensuit que les troubles dont il est moins question dans les académies sont aussi moins examinés dans les services. Par exemple, alors que la majorité des programmes internes portent sur les troubles psychotiques, l'anxiété et la dépression, peu de programmes abordent les lésions cérébrales, l'autisme et les autres retards de développement.

Comparativement à la formation dans les académies, on accorde beaucoup plus d'importance aux interactions collaboratives avec les organismes communautaires de santé mentale, dont il est question dans la plupart des programmes.

Durant la formation interne, on semble accorder un accent soutenu aux compétences en communication verbale et autres, y compris aux techniques d'accalmie et de désamorçage et aux

stratégies de désescalade. Environ les deux tiers des services répondants tiennent aussi compte du besoin de flexibilité opérationnelle dans les procédures policières normalisées lorsque les agents interagissent avec les personnes ayant une maladie mentale.

Formation offerte au personnel policier autre que les agents

Le rapport 2010 sur le modèle TEMPO indiquait que la formation en santé mentale convenait non seulement aux agents, mais aussi à d'autre personnel policier. De fait, dans notre étude, un nombre de services ont déclaré offrir une formation à d'autre personnel. Il est plus fréquent que les répartiteurs et les agents de communication suivent cette formation. Les services suivants fournissent cette formation : Bridgewater, Brockville, Sudbury, Timmons, Regina, Delta, Hamilton et Victoria. La police de Victoria offre la formation non seulement aux répartiteurs, mais aussi au personnel des services aux victimes, aux agents de sécurité affectés à l'Assemblée législative provinciale et aux travailleurs de première ligne en santé mentale. La police de Hamilton offre la possibilité au personnel des services aux victimes, aux gendarmes auxiliaires et spéciaux et aux répartiteurs de suivre la formation. Le programme élaboré par le solliciteur général de l'Alberta est spécialement conçu pour le personnel non policier, tels les shérifs. Le programme du collège de police de l'Atlantique est ouvert à un personnel diversifié.

Même si le sondage visait seulement à obtenir de l'information sur la formation du personnel policier, un nombre de services ont indiqué offrir un enseignement à d'autres groupes—non seulement des premiers intervenants, comme le personnel ambulancier et les pompiers, mais aussi des travailleurs en santé mentale. Plusieurs répondants ont commenté la valeur de former ensemble ces travailleurs et les policiers, pour faire en sorte non seulement qu'ils soient sur la même longueur d'onde, mais aussi pour faciliter l'établissement de relations de travail entre les différents systèmes. Plusieurs répondants ont aussi commenté la nécessité d'offrir aux travailleurs en santé mentale une formation sur les rouages des systèmes de police et de justice pénale, car habituellement, le personnel des services de santé mentale ne connaît pas bien ce domaine.

Collaboration entre les services et les académies de police

Même si une question particulière à ce sujet n'a pas été posée, il était évident dans les réponses des répondants que les services ont de plus en plus tendance à élaborer conjointement le matériel de formation, à collaborer avec d'autres services et à échanger le matériel. De nombreux services ont indiqué avoir « emprunté » le matériel d'autres organisations, qu'ils ont intégré au matériel existant pour leur programme de formation, ou avoir collaboré avec d'autres services pour concevoir le matériel didactique.

Cela était surtout le cas des vidéos et des ressources en ligne, mais c'était aussi évident par le nombre de répondants qui ont mentionné de façon informelle qu'ils participaient à des comités de planification ou groupes de travail régionaux pour élaborer des protocoles de formation. Les avantages de ce genre d'approche sont évidents.

Étant donné le nombre croissant de sources et d'apport spécialisé pour les produits, la collaboration accrue entre les services devrait améliorer ces produits encore plus. Cela devrait hausser la barre en encourageant les organisations, dont la formation est moins avancée, à tirer parti de l'expertise extérieure et des programmes existants et, ainsi, d'améliorer leurs propres produits. Cela devrait aussi réduire le temps et les frais que doit engager un service pour élaborer des programmes adéquats.

Comme discuté ci-haut, à cause des différences dans la formation de base des académies et des besoins communautaires locaux, il se peut qu'un programme uniforme ne convienne pas à tous les services. Pourtant, on constate un degré élevé de chevauchement. C'est pourquoi la collaboration entre les services et leurs organisations partenaires est souhaitable, sinon essentielle.

Résumé et questions soulevées

Répétons qu'en raison du faible nombre de réponses reçues au sondage sur la formation interne, nos conclusions ne sont pas définitives. Pourtant, il convient d'en tenir compte dans l'élaboration de la formation interne. Ces réserves émises, nous formulons les observations suivantes :

1. Le fait d'omettre les personnes atteintes de maladies mentales de l'élaboration des programmes de formation interne pose problème. Tous les services de police devraient chercher à obtenir leur contribution d'une certaine façon, soit dans des exposés sur place, normalisés ou sur vidéo. Pour répéter notre analogie au sujet de la formation en sensibilité culturelle, il est peu probable que les services de police engagent un acteur et le forme pour jouer le rôle d'un membre d'un groupe ethnique ou racial. Les services qui ont recours à la formation par scénarios et surtout ceux qui emploient des acteurs ont intérêt à faire appel aux personnes ayant des antécédents de maladies mentales pour ces rôles. Ils peuvent aussi envisager de travailler de plus près avec leurs partenaires communautaires pour obtenir l'apport et la participation de personnes ayant une maladie mentale lorsqu'ils donnent la formation.
2. C'est un fait que de nombreux services n'intègrent pas de manière délibérée et fiable les enjeux liés aux personnes atteintes de maladies mentales à leur formation sur le recours à la force. Le fait de séparer la formation sur les maladies mentales de la formation sur le recours à la force propage la conception erronée que les deux sont dissociées, alors que les données révèlent le contraire. Toute discussion sur le recours à la force comporte implicitement la référence à la possibilité qu'une personne éprouve un trouble mental, donc des stratégies de rechange particulières devraient être envisagées.
3. Comme noté dans l'examen de la formation en académie, il importe que les services individuels maintiennent des voies de communication ouvertes avec leurs établissements de formation afin d'assurer la complémentarité de la formation interne et de base. Il est évident que dans certains cas, les académies offrant la formation de base présument que les services destinataires compléteront la formation pour l'adapter à la situation locale. On peut cependant se demander si les services eux-mêmes sont conscients de cette possibilité ou s'ils assument cette responsabilité.
4. Il est indéniable qu'il existe un vaste marché pour le matériel didactique normalisé, surtout les ressources en ligne et les vidéos. Le franc succès des programmes existants en témoigne. Puisque tout matériel normalisé doit inmanquablement être étoffé pour répondre aux besoins locaux, il y a un besoin constant d'élaborer et d'améliorer ce matériel. Le programme de l'ENPQ est exceptionnel du fait qu'il comporte beaucoup plus que l'observation passive de vidéos, mais bien des interactions, des discussions, de l'analyse et l'acquisition de compétences. Le milieu policier canadien devrait tâcher de trouver des fonds pour offrir cette ressource précieuse dans les deux langues officielles.
5. Généralement, on constate beaucoup de redondance entre les services en ce qui concerne l'élaboration de matériel didactique. Comme mentionné dans les recommandations sur la formation de base en académie, les services doivent collaborer pour répertorier les documents et programmes largement accessibles aux autres services. Cela est particulièrement important étant donné la difficulté qu'éprouvent de nombreux services à engager et à retenir le personnel ayant l'expertise voulue pour élaborer des programmes.
6. Les services pourraient aussi travailler en collaboration pour créer une bibliothèque de ressources accessible aux agents qui cherchent réponse à des questions précises au lieu d'une formation générale. Les services individuels pourraient aussi désigner de manière officielle des partenaires en santé mentale pour répondre aux questions et donner des conseils au personnel policier qui en fait la demande.
7. Un des défis que doivent relever les services pour élaborer leur programme de formation interne est la variabilité substantielle dans le personnel, pour ce qui est de leurs antécédents, connaissances et compétences dans les interactions avec les personnes atteintes de maladies mentales. La formation obligatoire peut être utile, mais elle est coûteuse et n'est souvent pas bien reçue des destinataires. Non seulement dans le milieu policier mais dans d'autres secteurs d'emploi, le personnel qualifié peut être offensé et sera dissuadé de suivre la formation qu'il considère comme inférieure. Les employés peu qualifiés et aux attitudes négatives peuvent ne pas tirer parti non plus d'une telle formation et se contenteront de jouer le jeu au lieu de participer activement et d'apprendre. Il peut être approprié de tenir compte du niveau de connaissances et de compétences du personnel dans ce domaine lors du processus d'évaluation du rendement périodique, et de cibler la formation vers les effectifs qui ont une scolarité insuffisante, qui demandent de suivre une formation complémentaire ou qui sont identifiés par les superviseurs pour rehausser leurs aptitudes dans ce domaine.
8. L'évaluation de l'apprentissage à presque tous les niveaux laisse beaucoup à désirer. Les services de police devraient concevoir des mécanismes pour surveiller et mesurer les effets de la formation au niveau de l'agent individuel, et ce qui est encore plus important, à l'échelle du milieu. Brink et coll. (2011) ont suggéré dans leur rapport que les personnes ayant une maladie mentale seraient plus enclines à coopérer et à donner le bénéfice du doute aux policiers, si elles savaient que ceux-ci

ont été bien préparés à ce chapitre. Les sondages du milieu de la santé mentale communautaire constituent un mécanisme approprié pour surveiller ce genre d'attitude et les problèmes de rendement.

9. Lorsque les organisations policières élaborent des programmes de formation interne dans ce domaine, elles ont intérêt à adopter un cadre de référence exhaustif, comme TEMPO 2014, et à l'utiliser pour analyser les lacunes non seulement dans leur propre formation, mais aussi celle offerte dans leur académie ou en cours d'emploi. Il n'est pas réaliste, et de fait largement inutile, que chaque service individuel élabore un programme à partir de zéro, y compris la formulation et la conceptualisation des besoins à ce sujet, car cela a déjà été fait. Il faut mettre en place un mécanisme pour informer les services des cadres, comme TEMPO 2104, et des nombreux programmes de formation remarquables qui ont servi de fondement à ce cadre.

CHAPITRE 5

IMPORTANTS FACTEURS TOUCHANT LA CONCEPTION ET LA PRESTATION DE L'ÉDUCATION ET DE LA FORMATION EN SANTÉ MENTALE DES POLICIERS

Le rapport de 2010 par Coleman et Cotton pour le compte de la CSMC, *Interactions de la police avec les personnes atteintes de maladies mentales : éducation des policiers au sein de l'environnement contemporain des forces policières*, reposait sur un vaste examen de la documentation internationale, qui a servi de fondement pour le cursus intégré de formation policière (TEMPO) afin de préparer le personnel policier à son travail auprès de multiples organismes et aux interactions avec les personnes atteintes de maladies mentales. La présente étude a conclu que la documentation de 2010 était actuelle et pertinente, mais a tenu compte des facteurs suivants pour refléter d'autre documentation appropriée.

Dans la conception et la prestation de programmes pour préparer le personnel policier aux interactions avec les personnes ayant une maladie mentale, plusieurs importantes questions doivent être prises en compte :

11.0 Quel est le contenu approprié?

12.0 Qui devrait participer à la conception et à la prestation de l'éducation et de la formation?

13.0 Quelles méthodes et techniques didactiques sont nécessaires?

14.0 Qui devrait recevoir l'éducation et la formation?

11. Quel est le contenu approprié?

Il est important de construire un programme ou un continuum d'apprentissage pour maximiser l'échange efficace des connaissances, afin non seulement de transmettre des connaissances factuelles, mais aussi d'examiner le processus et les résultats des interactions entre les policiers et les personnes atteintes de maladies mentales. Comme exposé ci-dessous, on constate que l'évaluation et la recherche existantes ne sont que modérément utiles. Néanmoins, en l'absence de preuve détaillée et concluante, il est raisonnable d'utiliser le contenu de certains programmes actuels, comme la formation de l'équipe d'intervention d'urgence, en tant que base. En effet, Watson et coll. (2008) ont indiqué que d'après la recherche courante, cette formation constituait une « approche prometteuse pour améliorer la réponse des agents de police aux personnes atteintes de maladies mentales » (p. 366). En plus du contenu de cette

formation, Lamb et coll. (2002) ont conclu que, dans le contexte américain, les policiers voulaient connaître les aspects suivants :

- comment reconnaître les maladies mentales;
- comment traiter les comportements psychotiques;
- comment traiter la violence réelle et potentielle;
- les mesures à prendre auprès d'une personne suicidaire;
- les ressources communautaires disponibles et comment y avoir accès;
- quand faire appel à une équipe mobile spécialisée en intervention d'urgence (p. 1269).

Lamb et coll. (2002) ont conclu que l'éducation et la formation des policiers devraient, à tout le moins, comprendre les aspects suivants :

- la familiarisation avec la classification des troubles mentaux;
- la façon de gérer les personnes atteintes de maladies mentales et les démonstrations connexes, y compris l'intervention d'urgence;
- la façon d'accéder à des mesures utiles moins restrictives que l'hospitalisation;
- les lois visant les personnes atteintes de maladies mentales, en particulier les critères de l'évaluation et du traitement psychiatrique involontaire (p. 1269-1270).

Ils ont ajouté : « On ne peut trop insister sur la désescalade des situations, sinon elles peuvent donner lieu à un recours meurtrier à la force sur des personnes atteintes de maladies mentales » (p. 1269).

La Division de la Saskatchewan de la CSMC a signalé que les pratiques exemplaires fondées sur des données probantes, en vue d'assurer une intervention d'urgence efficace, doivent comprendre :

- la mise en place d'un noyau d'agents d'intervention d'urgence de « premier appel » soigneusement choisis, disponibles 24 heures par jour, 7 jours par semaine;
- un système spécialisé de répartition;
- une formation intégrée complète de 40 heures pour les agents désignés, répartiteurs, infirmières psychiatriques

de liaison, et autres premiers intervenants (p. ex. les ambulanciers paramédicaux), et une formation annuelle continue;

- une information utile et des systèmes de partage d'informations;
- des protocoles pour assurer la collaboration avec les organismes de santé mentale;
- le perfectionnement et le soutien continus des équipes collaboratrices d'intervention d'urgence dans la collectivité, une fois ces professionnels formés;
- une méthode d'évaluation et de mesure des résultats (Breffage à la Commission de police de la Saskatchewan, 2009, p. 5).

Tablant sur leur vaste expérience du milieu policier et du domaine de la santé mentale, Cotton et Coleman (2008) ont suggéré que les policiers devraient à tout le moins :

- connaître suffisamment les signes et symptômes des maladies mentales, de manière à reconnaître les personnes ayant des troubles mentaux;
- connaître les troubles mentaux, afin de déterminer dans quelle mesure le sujet est susceptible de maîtriser son comportement,
- déterminer s'il est probable que la personne ayant une maladie mentale puisse comprendre les instructions du policier et s'y conformer,
- reconnaître que les procédures policières standards et les interventions qui normalement désarmeraient une personne non atteinte de maladie mentale, l'amèneraient à coopérer ou neutraliseraient la situation, peuvent avoir l'effet contraire sur une personne ayant une maladie mentale en état de crise;
- savoir comment adapter le processus décisionnel de façon appropriée, à savoir quand appréhender une personne, la mettre en état d'arrestation, recourir à la déjudiciarisation ou demander des conseils supplémentaires;
- user les techniques de manière compétente pour désamorcer, désescalader et calmer les situations où sont en cause des personnes atteintes de maladies mentales en état de crise;
- évaluer de façon raisonnablement précise le risque de suicide;
- connaître suffisamment bien la législation sur la santé mentale pour prendre des mesures appropriées;
- connaître les différents organismes de santé mentale et les différentes ressources dans ce domaine, et savoir qui appeler pour une consultation ou obtenir de l'aide;
- être au courant de la stigmatisation et des préjugés avec lesquels

la plupart des gens-y compris le public et les policiers-approchent une personne ayant une maladie mentale, afin que les policiers puissent modifier leur comportement en conséquence (p. 4-5).

Un examen de la documentation récente révèle que même si le contenu recommandé demeure généralement inchangé depuis l'examen de 2010, certaines modifications pourraient être appropriées en ce qui concerne l'accentuation et l'importance. Particulièrement, il existe une nouvelle information sur les sujets de la stigmatisation, la pertinence des enjeux de la maladie mentale dans la formation sur le recours à la force, l'accent continu sur les techniques de désescalade, et le pouvoir discrétionnaire et les décisions éthiques. Il faut aussi reconnaître que même si l'importance des sujets ci-dessus est confirmée dans la documentation, des questions substantielles associées à l'évaluation de l'apprentissage continuent de se poser.

A: Conception et prestation de la formation fondées sur des données probantes

La conception et la prestation de la formation seront plus efficaces et efficaces si elles sont basées sur les conclusions d'évaluations et de recherches rigoureuses. Toutefois, la documentation montre que l'évaluation rigoureuse de l'éducation et de la formation policières sur les interactions avec les personnes atteintes de maladies mentales, et les recherches connexes, ne sont pas exhaustives ou répandues. L'examen évaluatif de Tucker, Van Hasselt et Russel (2008) a révélé des faiblesses méthodologiques dans les recherches existantes, qui :

- empêchent de tirer des conclusions définitives sur l'efficacité des interventions policières (p. ex. le modèle d'intervention d'urgence de Memphis);
- comportent d'importantes implications pour l'élaboration des politiques, les procédures opérationnelles normalisées et la formation du personnel policier;
- sont potentiellement pertinentes pour la sécurité des personnes atteintes de maladies mentales qui, en tant que sujets ou suspects, peuvent être des victimes potentielles (p. 236).

Watson, Angell, Vidalon et Davis (2010) ont expliqué que les lacunes résultent probablement du fait que les capacités internes de tenue de dossiers des organisations policières sont telles que les données empiriques requises pour l'évaluation ne sont souvent pas accessibles. Parmi les recherches existantes, la majorité met l'accent sur l'éducation ou la formation en intervention d'urgence⁴⁸. Pourtant, cela n'est pas suffisant pour assurer la qualité générale des études, ce qui rend discutable son fondement pour la conception de programmes d'apprentissage « fondés sur des données probantes ».

⁴⁸ Les équipes d'intervention d'urgence, qui datent de 1988 lorsque le service de police de Memphis a mis sur pied ces équipes en collaboration avec la National Alliance on Mental Health (NAMI), s'inscrivent dans une approche policière préalable à l'appréhension. Cette approche fait appel à des agents spécialement formés pour offrir une première intervention aux appels de service impliquant les personnes ayant une maladie mentale et ensuite assurer la liaison, au besoin, avec le système de santé mentale (Borum, Williams, Deans, Steadman et Morrisey, 1998). Conformément aux principes des services policiers contemporains, le nouveau concept d'intervention d'urgence repose sur une approche de résolution de problèmes qui vise les raisons sous-jacentes aux appels de service plutôt que de « seulement neutraliser l'individu ou le retirer de la collectivité » (Thompson et Borum, 2006, p. 27). Les éléments essentiels de l'intervention d'urgence sont : l'établissement de partenariats entre les policiers et les ressources communautaires en santé mentale; et la transformation du rôle des policiers et des priorités organisationnelles, passant du modèle traditionnel qui traitait à contrecœur avec les personnes atteintes de maladies mentales, à un modèle axé sur le service (Watson et coll., 2008). Même si les directives relatives aux équipes d'intervention d'urgence prévoient que 25 % du personnel policier soit éduqué et formé, cela peut varier selon les circonstances locales.

Même si, à son établissement, le modèle de l'équipe d'intervention d'urgence visait surtout à réduire les blessures des policiers et des citoyens, il a depuis évolué de sorte que la déjudiciarisation, au besoin, des personnes ayant une maladie mentale est tout aussi importante. Watson, Morabito, Draine et Ottati (2008) ont soutenu que :

[...] les suppositions de base relatives à la formation en intervention d'urgence, à savoir que cette formation, combinée aux nouvelles politiques de répartition et de patrouille et aux partenariats avec les fournisseurs de services de santé mentale, favorisera le recours à ces services pour les personnes atteintes de maladies mentales, et réduira le recours à la force lors des interventions ainsi que les arrestations et les blessures des citoyens et des policiers, n'ont pas été vérifiées, à l'encontre de l'hypothèse contraire que l'existence et la facilité d'accès des traitements en santé mentale constituent les principaux mécanismes pour parvenir à ces résultats. (p. 362)

Pour assurer l'opérationnalisation réussie de la formation en intervention d'urgence, et un facteur important de notre étude, est le programme de formation de 40 heures qui est de plus en plus reconnu comme la « norme de l'industrie » aux États-Unis et de prévalence croissante, bien que dans une forme modifiée, au Canada, en Australie et au Royaume-Uni. Ce sont les professionnels de la santé mentale, les policiers, les défenseurs des droits en santé mentale et les personnes ayant un vécu de maladie mentale dans les différentes collectivités qui facilitent habituellement l'apprentissage, l'élaboration et la maîtrise des compétences efficaces en intervention d'urgence. Le contenu comprend généralement un enseignement sur les causes, les signes, les symptômes et le traitement des maladies mentales, l'abus d'alcool et d'autres drogues, les médicaments psychotropes; de l'information sur les critères et les procédures de placement, les droits des personnes ayant un vécu de maladie mentale, leurs histoires personnelles et celles de leur famille, les rendez-vous chez les fournisseurs de traitements en santé mentale et les modalités de traitement, en plus d'une formation sur les aptitudes de communication et de désescalade.

Watson et coll. (2008) ont souligné que la documentation ne précisait pas « quelles composantes de la formation en intervention d'urgence sont les plus importantes pour quels résultats ou dans quelles conditions cette formation est plus susceptible d'être efficace » (p. 362). Alors qu'il existe une abondante documentation expliquant ce que constitue la formation en intervention d'urgence, peu de recherches ont été publiées sur son efficacité (A. Watson, communication personnelle, janvier 2010; Compton, Bahora, Watson et Oliva, 2008). En voici quelques exemples :

- a. Après un vaste examen documentaire, Compton et coll. (2008) n'ont trouvé que 12 rapports décrivant une recherche empirique sur la formation en intervention d'urgence. Ils ont conclu que « le modèle d'équipe d'intervention d'urgence

peut être une composante efficace pour diriger les personnes atteintes de maladies mentales, entrant en contact avec des agents de police, vers les ressources psychiatriques adéquates » (p. 52). De plus, « les premières recherches indiquent que la composante de formation du modèle d'équipe d'intervention d'urgence peut avoir un effet positif sur les attitudes, croyances et connaissances des agents relativement aux interactions avec [les personnes atteintes de maladies mentales] » (p. 52). Ils ont rapporté qu'à un niveau systémique « l'intervention d'urgence, comparativement aux programmes de pré et de postdédjudiciarisation, peut contribuer à réduire le taux d'arrestation et les coûts connexes de justice pénale » (p. 52). Ils ont par contre reconnu que beaucoup plus de recherches étaient nécessaires.

- b. Ce qui aggrave la pénurie de recherches, c'est la qualité des études, ainsi que la nature et la valeur de la recherche pour mettre en place une éducation et une formation « fondées sur des données probantes ». Même si, de façon intuitive, il semble que l'éducation ou la formation des policiers soit nécessaire pour améliorer les interactions avec les personnes atteintes de maladies mentales, Watson et coll. (2008) ont précisé que « la recherche actuelle ne détermine pas si la formation est suffisante ou non pour améliorer les résultats, ni la quantité de formation à offrir » (p. 363). Ils ont mis en garde que bien que le modèle d'équipe d'intervention d'urgence soit attirant, il manque une « base solide fondée sur des preuves aux équipes d'intervention d'urgence ou aux autres types d'interventions pour améliorer l'interaction de la police avec les personnes atteintes de maladies mentales » (p. 366).⁴⁹
- c. Concernant la qualité des études menées jusqu'ici, la documentation comprend plusieurs exemples d'évaluations préalables et subséquentes⁵⁰ de la formation en intervention d'urgence. Par exemple, une recherche par Compton, Esterberg, McGee, Kotwicki et Oliva (2006), se basant sur les évaluations préalables et subséquentes de 159 agents de police⁵¹, a indiqué que :

Les programmes de formation en intervention d'urgence peuvent corriger de façon efficace les mythes, améliorer la compréhension et le soutien, et réduire le nombre de rapports faisant état d'attitudes de stigmatisation des agents de police qui répondent aux appels impliquant des schizophrènes. Ils peuvent favoriser l'amélioration des compétences en établissement de relations, désescalade et communication entre les agents et les membres de la famille ainsi que de la sécurité des patients et des agents; produire de meilleurs résultats pour les patients en matière d'aiguillage vers les services de santé mentale; et diminuer les incarcérations pour des infractions mineures lorsque sont présents des comportements associés aux maladies mentales graves. (p. 1201)

- d. Bahora, Hanafi, Chien et Compton (2008) sont arrivés à une conclusion similaire dans leur évaluation préalable et

⁴⁹ En 2013, Amy Watson, PhD, et ses collègues ont entrepris une évaluation pluriannuelle rigoureuse des programmes d'apprentissage en intervention d'urgence aux États-Unis.

⁵⁰ L'évaluation préalable et subséquentes n'est pas considérée comme rigoureuse, car elle ne donne aucune indication du degré d'assimilation de la matière et de son application avec le temps.

⁵¹ On n'a pas fait appel à un groupe témoin.

subséquente de la formation en intervention d'urgence de 40 heures; leur étude a porté sur 92 policiers.⁵²

- e. Steadman, Deane, Borum et Morrissey (2000) ont conclu que le déploiement du modèle d'intervention d'urgence à Memphis a réussi à réduire le « taux d'arrestation » dans les contacts entre les agents de police et les personnes atteintes de maladies mentales, en plus d'augmenter le nombre d'aiguillages vers les ressources en santé mentale.
- f. Hanafi, Bahora, Demir et Compton (2008) ont effectué une analyse thématique des groupes de discussion après la formation en intervention d'urgence pour en évaluer l'efficacité. Leurs conclusions montrent que les agents ont augmenté leurs connaissances de la maladie mentale, font preuve d'une plus grande patience lorsqu'ils traitaient avec une personne ayant une maladie mentale, ont amélioré leur application des compétences acquises, augmenté le nombre d'aiguillages et diminué le nombre d'accusations criminelles et d'arrestations. Ils ont déterminé que cette formation avait réduit l'imprévisibilité des interventions d'urgence et les risques de blessures. Toutefois, compte tenu de la méthodologie, ils ont mis en garde contre la généralisation de leurs résultats. Leur échantillon était de petite taille et présentait une perspective seulement des interactions entre les agents et les personnes atteintes de maladies mentales.
- g. Compton, Bakeman, Broussard, Hankerson-Dyson, Husbands, Krishan et Watson (2014a) ont comparé les agents de six services de police en Géorgie, aux États-Unis; 251 agents avaient suivi la formation en intervention d'urgence et 335 qui ne l'avaient pas suivie⁵³. La comparaison a porté sur les six aspects suivants du modèle de formation en intervention d'urgence :
- la connaissance des maladies mentales;
 - les attitudes à l'égard des maladies mentales graves et des traitements;
 - l'autoefficacité à désescalader les situations de crise et à aiguiller vers les services de santé mentale;
 - les attitudes de stigmatisation;
 - les aptitudes en désescalade;
 - les décisions d'aiguillage.

Des évaluations approfondies en personne des connaissances, des attitudes et des compétences des policiers ont été réalisées. De nombreuses mesures étaient liées à deux vignettes dans les documents écrits et les vidéos, qui illustraient les interactions policières habituelles avec des personnes psychotiques ou suicidaires. L'étude a révélé que les agents formés en intervention d'urgence avaient constamment obtenu de meilleurs résultats que ceux qui ne l'avaient pas suivie relativement aux six aspects de la formation. Comme l'ont signalé Compton et ses collègues, les effets liés à certaines mesures, y compris les aptitudes en désescalade et les décisions d'aiguillage dans les cas de personnes psychotiques, étaient substantiels.

L'étude tend à confirmer que l'apprentissage, comme la formation en intervention d'urgence évaluée dans l'étude de Compton et coll. (2014a), peut améliorer les interactions entre la police et les personnes ayant une maladie mentale. Comme l'ont souligné Compton et coll. (2014a), il faut poursuivre la recherche sur les résultats potentiels au niveau systémique ainsi qu'au niveau des personnes avec lesquelles les policiers interagissent. Une recherche future pourrait aussi porter sur d'autres effets, en particulier les issues plus sécuritaires pour le public et les agents, y compris la réduction de l'agitation et du recours à la force. À leur avis, la recherche doit aussi déterminer si la formation en intervention d'urgence est un moyen efficace d'augmenter le recours aux services de santé mentale, en plus des effets bénéfiques démontrés pour les agents.

- a. Compton, Bakeman, Broussard, Hankerson-Dyson, Husbands, Krishan et Watson (2014b) ont étudié les degrés de la force utilisée par les agents dans les interactions avec les personnes soupçonnées de maladie mentale grave, d'abus de drogue ou d'alcool ou de déficience développementale. Un échantillon de 180 policiers (91 formés en intervention d'urgence et 89 non formés), venant de six services de police, ont déclaré plus de 1 000 interactions, y compris le degré de force utilisée et l'issue des interactions. Les auteurs cherchaient à déterminer si le problème avait été résolu sur les lieux, les options retenues en matière d'aiguillage ou de transport aux services appropriés, ou encore si la personne avait été arrêtée.

Il est intéressant de noter que d'après les chercheurs, la formation en intervention d'urgence, offerte par les six services de police, ne permettait pas généralement de prédire le degré de force utilisée. Compton et coll. (2014b) ont précisé : « les constatations n'ont pas indiqué quand le recours à la force était nécessaire » (p. 1). Toutefois, les agents formés étaient beaucoup plus susceptibles de déclarer une interaction verbale ou une négociation au point culminant de l'intervention et de procéder à un aiguillage ou de transporter les personnes en cause, et moins portés à effectuer une arrestation que les agents non formés. Compton et coll. (2014b) ont conclu : « la formation en intervention d'urgence semble accroître la probabilité d'un aiguillage ou du transport aux services de santé mentale et diminuer la possibilité d'une arrestation ».

Même si la formation en intervention d'urgence, selon les paramètres de l'étude, n'a pas eu d'effet significatif sur le recours à la force, Compton et coll. (2014b) croient qu'elle semble être efficace en favorisant la déjudiciarisation, c.-à-d. éviter l'inculpation dans le système de justice pénale.

- h. Horace Ellis, du Jackson Memorial Hospital en Floride (Ellis, 2013), a mesuré les effets de la formation en intervention d'urgence chez les policiers de la région de Miami-Dade et a constaté des améliorations dans les attitudes, les connaissances et la perception à l'égard des personnes atteintes de maladies mentales. Il a particulièrement observé la réduction des attitudes de stigmatisation. Bien que cela demeure hors du champ de son étude, il a aussi remarqué,

⁵² Cela comprend un groupe témoin de 34 agents.

⁵³ Ils ont suivi une formation en intervention d'urgence de 40 heures sur une période médiane de 22 mois avant l'étude. Soulignons que le programme particulier de formation en intervention d'urgence varie d'une organisation à l'autre

à la suite de l'adoption de ce modèle à Miami-Dade, une réduction notable du nombre d'arrestations de personnes atteintes de maladies mentales et de leur décès lors des interactions avec la police.

- i. Comme mentionné ci-haut, les évaluations rigoureuses de la formation en intervention d'urgence, ainsi que de la formation et de l'éducation préparatoires des agents pour leur affectation aux équipes d'intervention d'urgence, sont entravées par l'absence, dans de nombreux services de police, de « capacités internes de tenue de dossiers pour déterminer si l'équipe d'intervention d'urgence a atteint ses objectifs » (Watson et coll., 2008, p. 362). Par conséquent, l'accessibilité aux données empiriques nécessaires pour évaluer l'efficacité des équipes d'intervention d'urgence est limitée. En général, Watson et coll. (2008) déplorent que « les conceptualisations et recherches actuelles sur l'efficacité des équipes d'intervention d'urgence soient de faible étendue et n'insistent pas assez sur les forces contextuelles élargies qui peuvent influencer l'implantation et les résultats » (p. 362). Ils ont fait la remarque suivante :

[...] vu les diverses contraintes sur le plan des méthodes et des ressources inhérentes à l'évaluation des interventions, les études menées jusqu'à présent n'ont pas inclus de groupes témoins et n'ont pas modélisé les facteurs organisationnels et contextuels importants, qui peuvent influencer l'implantation d'une équipe d'intervention d'urgence et les résultats recherchés. (p. 362)

Néanmoins, on présume que le modèle d'intervention d'urgence présente un vaste éventail d'effets et donc de résultats. D'après Watson et coll. (2008), la formation en intervention d'urgence :

[...] devrait améliorer les compétences des agents de police dans leurs rencontres avec des personnes atteintes de maladies mentales et leur famille, réduire le recours à la force par les agents et les cas de violence lors de ces rencontres et le nombre d'arrestations et de blessures pour chaque partie, et augmenter l'accès aux traitements pour les cas de crise ou aux autres traitements psychiatriques. Ces concepts sont facilement mesurables. La façon d'étudier les modifications de ces concepts pour évaluer l'efficacité des interventions policières, telles que les équipes d'intervention d'urgence, constitue une question plus épineuse. Ce défi est apparent dans certains résultats, tels que la diminution du nombre de fusillades. Pourtant, que veut dire, pour un service de police, la modification de l'ordre d'une ou de deux fusillades au cours d'une année pour ce qui est de l'efficacité de l'équipe d'intervention d'urgence? En conceptualisant ces résultats de façon plus approfondie, nous pouvons trouver des occasions de formuler des preuves pour la logique de l'efficacité de ces équipes, raffiner le modèle et nous diriger vers des modèles à résultats testables. (p. 362)

Malgré certaines réserves concernant les évaluations existantes, Watson et coll. (2008) sont d'accord pour dire que « la recherche actuelle confirme l'équipe d'intervention d'urgence en tant qu'approche prometteuse pour améliorer la réponse de la police aux personnes atteintes de maladies mentales » (p. 366). Ils

suggèrent que, quoique la recherche sur l'efficacité du modèle d'intervention d'urgence laisse à désirer, une preuve croissante démontre qu'il peut réduire le nombre de blessures aux agents et le recours à la force, améliorer leurs connaissances et leur reconnaissance des maladies mentales, ainsi que les attitudes du personnel policier et sa confiance pour répondre aux personnes atteintes de maladies mentales, au moins à court terme, en plus d'augmenter le nombre de transports aux installations de traitement d'urgence et d'aiguillages vers les services de santé mentale. Cependant, ils mettent en garde contre l'absence de « preuve que les autres résultats [souhaités] du modèle ont été réalisés », particulièrement que « l'adoption du modèle d'intervention d'urgence a réduit le nombre d'arrestations des personnes atteintes de maladies mentales » (p. 362).

Même si les études ci-dessus semblent s'attarder aux lacunes dans les recherches sur la formation en intervention d'urgence, l'intention n'était certes pas de formuler de commentaires négatifs sur le programme ou l'éducation et la formation en soi. Il ne fait aucun doute que le modèle d'intervention d'urgence a influencé le contexte des interactions entre la police et les personnes atteintes de maladies mentales aux États-Unis. De fait, c'est en raison de l'adoption de ce modèle par de nombreux États américains que nous pouvons évaluer systématiquement les aspects efficaces et inefficaces, les éléments essentiels d'une intervention constructive, et les sujets à intégrer à une éducation optimale. Même si la recherche sur la formation en intervention d'urgence est imparfaite, elle est plus poussée que celles sur d'autres aspects de ce domaine. Dans notre étude, nous soulignons volontiers les difficultés d'ordre éthique et logistique de la conduite d'une recherche à ce sujet.

Bien que les équipes d'intervention d'urgence et l'éducation et la formation associées soient répandues aux États-Unis, il ne s'agit pas du seul modèle d'apprentissage utilisé par la police pour préparer les agents aux interactions avec les personnes atteintes de maladies mentales. Voici d'autres exemples de recherche relative à la formation policière en santé mentale, autre que celle sur l'intervention d'urgence :

- a. McAfee et Musso (1995) ont relevé quatre thèmes communs dans l'éducation et la formation sur les interactions policières avec les personnes atteintes de maladies mentales dans les 50 États américains :
- l'intervention d'urgence;
 - les communications interpersonnelles et les relations humaines;
 - la maladie mentale et la débilite mentale⁵⁴;
 - l'aiguillage vers les organismes de santé mentale (p. 57).

Ils ont précisé :

[...] les nouveaux agents de police doivent être sensibles au fait que beaucoup de citoyens ont des besoins spéciaux, qu'ils peuvent ne pas comprendre leurs ordres ou les concepts d'avertissement par les agents, et qu'ils peuvent avoir de la difficulté à communiquer des renseignements sur un crime. (p. 62)

⁵⁴ Il s'agit de la terminologie utilisée dans leur rapport.

- b. L'étude réalisée par Vermette, Pinals et Applebaum (2005) auprès de 150 agents de police américains a révélé que la dangerosité, le suicide provoqué par l'agent, la diminution des risques de suicide, la Loi sur la santé mentale et les « responsabilités possibles découlant des conséquences négatives » (p. 42) représentaient les aspects les plus importants pour les agents de police. Vermette et coll. (2005) ont reconnu que vu les limites de leur étude, telles que le petit échantillon et la partialité possible de la population de l'étude, les résultats devaient être interprétés avec prudence.
- d. Une recherche menée aux États-Unis par Godschalx (1984) a conclu qu'alors qu'un bref séminaire était efficace pour rehausser les connaissances des agents de police, il n'était pas efficace pour changer leurs attitudes. Puisque que cette recherche comptait un petit échantillon, il faut user de prudence dans l'application des constatations.
- e. Dans une évaluation effectuée au Royaume-Uni au moyen de questionnaires préliminaires et subséquents, Pinfold, Huxley, Thornicroft, Farmer, Toulmin et Graham (2003) ont conclu que « les courtes interventions éducatives peuvent engendrer des changements d'attitudes chez les participants. Les agents de police peuvent se sentir mieux informés et plus confiants pour soutenir les personnes en détresse mentale » (p. 337). Cette étude présentait également des limites vu l'absence de groupe témoin et parce qu'il s'agissait d'une activité d'apprentissage de quatre heures seulement. Ils ont conclu que l'effet de l'intervention était négligeable.

Il est apparent que bien qu'il existe une documentation sur l'éducation et la formation policières relatives aux interactions avec les personnes atteintes de maladies mentales en général, et sur l'intervention d'urgence en particulier⁵⁵, les chercheurs émettent des réserves au sujet de la méthodologie de la recherche existante (p. ex. en ce qui concerne la qualité), y compris l'utilisation fréquente de méthodes d'évaluation préalable et subséquente⁵⁶ et la taille souvent petite des échantillons.

Au Canada, Angell et Watson (2010), conjointement avec la police de Chicago, ont examiné le rendement relatif des agents formés et non formés en intervention d'urgence en employant une approche dimensionnelle éprouvée. Ils ont conclu que les agents formés avaient tendance à utiliser un éventail plus vaste de réponses dans leurs interactions quotidiennes, comparativement aux agents non formés. Cette étude qualitative est truffée d'un nombre de citations et d'anecdotes intéressantes, qui semblent dénoter un lien direct entre la formation et les interventions des agents. Particulièrement, les agents ayant participé à l'étude ont souvent mentionné que les aspects expérientiels de la formation étaient les plus efficaces, à l'opposé de la communication d'information factuelle et des « exposés ».

B: Stigmatisation liée à la maladie mentale et aux troubles mentaux

Même si tous les facteurs abordés dans le chapitre 5 sont pertinents et importants, on peut soutenir que *l'un des plus importants est la stigmatisation* ainsi que les stéréotypes associés à la maladie mentale. La manifestation de la stigmatisation et des stéréotypes nuit souvent aux comportements des personnes qui ne comprennent pas bien la maladie mentale. Cela tend à influencer le comportement des prestataires de services, par exemple les conducteurs de transport en commun, le personnel des services de santé, les éducateurs et les policiers. Même s'il faut entreprendre d'autres recherches ciblées, il semble que certains membres du personnel policier véhiculent toujours des stéréotypes au sujet des personnes ayant une maladie mentale, c'est-à-dire que beaucoup croient que la maladie mentale engendre la violence et, donc, des risques personnels pour les agents. Même si c'est l'une de plusieurs manifestations de la stigmatisation associée à la maladie mentale, elle peut avoir un effet sur l'approche et la réponse de l'agent envers une personne traversant une crise de santé mentale.

Puisque la compréhension de la stigmatisation liée à la maladie mentale est cruciale pour la conception et la prestation de la formation sur notre sujet d'étude, Jamie Livingston, PhD, chercheuse respectée de ce domaine, a préparé l'analyse suivante :

Effets de la stigmatisation sur les interactions entre le personnel policier et les personnes atteintes de maladies mentales

La stigmatisation liée à la maladie mentale est un processus social dans lequel les personnes ayant un vécu de maladie mentale sont exclues, rejetées, rabaissées et dévalorisées. La stigmatisation repose sur des croyances sociales prédominantes, selon lesquelles les personnes ayant une maladie mentale sont dangereuses, incompetentes, non traitables et sans valeur (c.-à-d. la stigmatisation sociale). Les personnes qui véhiculent ces stéréotypes sont plus prédisposées à adopter un comportement préjudiciable, que ce soit par leur action ou inaction, à l'endroit de ceux ayant des troubles mentaux. La stigmatisation s'inscrit aussi dans les règles, les politiques et les pratiques des institutions sociales qui restreignent arbitrairement les droits et les occasions des personnes atteintes de maladies mentales (c.-à-d. la stigmatisation structurelle). Dans ce contexte social et structurel, ces personnes sont socialisées de façon à croire qu'elles présentent peu de valeur pour la société, ce qui nuit à leur estime de soi, à leurs relations avec autrui et à leurs perceptions du monde (c.-à-d. la stigmatisation individuelle) (Livingston et Boyd, 2010).

La stigmatisation se manifeste sur le plan comportemental dans les interactions interpersonnelles, par exemple, lorsque les

⁵⁵ Dans les deux cas, surtout pour le contexte américain.

⁵⁶ Les évaluations préalables et subséquentes relevées dans l'examen documentaire ont été effectuées immédiatement avant l'activité de formation et peu après son achèvement. Elles ne peuvent donc pas tenir compte du changement comportemental nécessaire de moyen à long terme chez le personnel policier.

personnes atteintes de maladies mentales interagissent avec les membres de leur famille, leurs amis ou les prestataires de soins de santé. Les personnes vivant avec une maladie mentale peuvent faire l'objet de traitement injuste de la part d'autres personnes qui ont des attitudes et croyances négatives au sujet de la maladie mentale. La conséquence néfaste de ces comportements empreints de stigmatisation est particulièrement grave dans les interactions caractérisées par un déséquilibre extrême des forces, comme les contacts avec la police. Ces situations peuvent susciter des sentiments d'impuissance, d'injustice et d'inégalité chez les personnes ayant une maladie mentale.

Il y a de nombreuses façons dont la stigmatisation peut exercer une influence négative sur les interactions entre la police et les personnes ayant une maladie mentale. La recherche au Canada (Cotton, 2004), en Australie (Godfredson, Ogloff, Thomas et Luebbers, 2010; Godfredson, Thomas, Ogloff et Luebbers, 2011), aux États-Unis (Compton et coll., 2014a; Compton, Esterberg, McGee, Kotwicky et Oliva, 2006; Watson, Corrigan et Ottati, 2004a) et dans autres pays (Chen et coll., 2013; Pinfold et coll., 2003; Psarra et coll., 2008) a examiné les attitudes qu'exhibent les policiers à l'endroit des personnes ayant une maladie mentale. Alors que les agents ne sont pas à l'abri de la stigmatisation associée à la maladie mentale (Chen et coll., 2013; Psarra et coll., 2008), on constate une grande diversité dans leurs perceptions concernant à la fois la maladie mentale et leur rôle dans la gestion des situations où ces personnes sont en cause (Cotton, 2004; Ruiz et Miller, 2004). À de nombreux égards, les attitudes des agents à l'endroit de ces personnes semblent comparables à celles du grand public ainsi que de professionnels d'autres secteurs (p. ex. la santé mentale).

De toute évidence, en raison de leur puissant rôle dans la société, tout geste posé par un agent qui découle directement de croyances et d'attitudes stigmatisantes peut avoir des conséquences préjudiciables et durables sur les personnes ayant une maladie mentale, y compris leur volonté à interagir et à coopérer avec la police. Certains chercheurs avancent que les croyances stigmatisantes des agents contribuent à la surreprésentation des personnes ayant une maladie mentale dans les fusillades policières, les incidents où entrent en jeu les armes à impulsion et les décès. La théorie veut que les agents qui véhiculent les stéréotypes liés à la maladie mentale recourent plus rapidement à la force comme moyen de régler un conflit où est en cause une personne ayant une maladie mentale. Quoi qu'il en soit, cette affirmation ne repose pas sur une preuve empirique solide. Deux études ont cependant examiné le lien entre les attitudes et les comportements des agents de police dans le contexte de la maladie mentale. Les constatations préliminaires démontrent que les attitudes et croyances des agents relatives à la maladie mentale peuvent avoir un effet sur leur comportement durant les interactions avec les personnes qui en sont atteintes. Par exemple, les agents qui ont des attitudes négatives à propos de la maladie mentale peuvent être plus portés à user de mesures coercitives, comme la mise en arrestation ou la détention, à titre de principal moyen de régler les situations impliquant ces personnes (Godfredson et coll., 2010). D'ailleurs, les agents qui perpétuent les stéréotypes au sujet des personnes atteintes de maladies mentales (p. ex. elles manquent de crédibilité) peuvent être moins enclins à enquêter sur les allégations de ces personnes qui ont

été témoins ou victimes d'un crime (Watson, Corrigan et Ottati, 2004b). Conjointement, ces études montrent que les agents présentant des attitudes et croyances stigmatisantes relatives à la maladie mentale usent moins de stratégies pour promouvoir la résolution sécuritaire, efficace et juste des interventions auprès des personnes ayant une maladie mentale.

La recherche au Canada (Brink et coll., 2011; Livingston et coll., 2013; Livingston et coll., sous presse) et aux États-Unis (Watson et Angell, 2012; Watson, Angell, Morabito et Robinson, 2008; Watson, Angell, Vidalon et Davis, 2010) a révélé que les personnes ayant une maladie mentale déclarent de nombreuses expériences où, à leur avis, leur maladie a suscité le traitement inéquitable ou injuste de la police. Généralement toutefois, ces personnes tendent à évaluer la qualité de leurs interactions avec la police de manière mitigée (c.-à-d. à la fois positive et négative). Par exemple, une étude auprès de 60 personnes ayant une maladie mentale à Vancouver a conclu que, malgré les expériences prévalentes du recours à la force par la police, la majorité avaient une attitude favorable concernant leurs interactions avec celle-ci (Brink et coll., 2011). Il importe de souligner que les perceptions positives étaient associées aux interactions où les agents avaient appliqué des compétences en justice procédurale, notamment l'écoute active, la considération des différents points de vue, l'empathie, le respect et l'équité, plutôt que la coercition et la force. Dans cette étude, presque tous les participants ont souligné la nécessité de mieux préparer les policiers pour faire face aux situations mettant en cause des personnes atteintes de maladies mentales.

La majorité du personnel policier et des chercheurs s'entendent pour dire que la prestation d'éducation et de formation en santé mentale aux policiers est importante et nécessaire pour réduire les résultats négatifs pour les personnes ayant une maladie mentale. Les études révèlent que la prestation d'une formation en santé mentale aux agents peut améliorer les attitudes et les comportements (Compton et coll., 2014a, 2014b; Pinfold et coll., 2003). Par exemple, on a constaté que la formation en intervention d'urgence produisait des améliorations minimales ou modérées de la connaissance des agents au sujet de la maladie mentale, des attitudes envers les personnes ayant une maladie mentale (p. ex. l'éloignement social), et les intentions comportementales (p. ex. les décisions d'aiguillage et d'arrestation) (Compton et coll., 2014a, 2014b). Une question qui semble être passée sous silence dans les discussions sur la formation policière est que la préparation des agents, pour qu'ils interviennent de façon appropriée auprès des personnes ayant une maladie mentale (p. ex. celles traversant une crise psychiatrique), vise avant tout l'acquisition de compétences professionnelles et non la réduction de la stigmatisation.

Il est attendu des policiers qu'ils possèdent des connaissances adéquates sur les membres de la collectivité qu'ils desservent, y compris le milieu de la santé mentale. Les agents sont aussi tenus de traiter toutes les personnes avec lesquelles ils interagissent de manière éthique et respectueuse. D'ailleurs, ils devraient être obligés d'acquérir les compétences voulues pour désescalader les situations où sont en cause des citoyens de tous types, dont ceux vivant avec une maladie mentale. Ces compétences et aptitudes sont d'importance vitale et ne doivent pas être confondues avec la stigmatisation liée à la maladie mentale.

L'éducation et la formation des policiers visant à contrer la stigmatisation permettraient aux agents de comprendre que certains stéréotypes sur la maladie mentale peuvent les prédisposer à se comporter de manière préjudiciable envers les personnes qui en sont atteintes. L'éducation et la formation relatives à la stigmatisation devraient offrir l'occasion aux agents de réfléchir et de s'interroger sur leurs propres stéréotypes liés à la maladie mentale et de comprendre l'influence qu'exercent leurs préjugés et perceptions erronées sur leurs décisions et pratiques. Il serait aussi bénéfique pour les agents de reconnaître les pratiques policières perçues par les personnes ayant une maladie mentale comme stigmatisantes et la façon dont des expériences contribuent à l'autostigmatisation. Le but recherché est de communiquer une information en ce sens pour inciter les agents à être conscients de la façon dont leurs attitudes et comportements peuvent perpétuer la stigmatisation. La facilitation d'un contact social direct entre les policiers et les personnes qui se remettent d'une maladie mentale est l'une des méthodes les plus efficaces de réduire la stigmatisation (Dalky, sous presse; Thornicroft, Brohan, Kassam et Lewis-Holmes, 2008).

Des facteurs autres que les attitudes et comportements de policiers individuels sont utiles pour comprendre comment la stigmatisation nuit aux interactions entre ces derniers et les personnes ayant une maladie mentale (Cotton et Coleman, 2010). Les agents n'exécutent pas leurs fonctions quotidiennes en vase clos, mais forment plutôt une cellule unique dans un vaste organisme social. Comme l'a judicieusement observé Daniel (2004), des facteurs attitudinaux, situationnels et contextuels affectent les décisions et comportements des agents de première ligne. Les personnes ayant une maladie mentale sont, à des degrés variés, rejetées, exclues et dévalorisées dans les politiques et pratiques de la majorité des systèmes institutionnels, comme d'emploi, de bien-être social et de logement. Par exemple, les maladies mentales sont systématiquement considérées comme moins prioritaires dans les affectations budgétaires au titre des soins de santé (Stuart, Arboleda-Florez et Satorius, 2012). Par conséquent, de nombreuses personnes qui en souffrent ont un accès limité à des soins inférieurs à la norme qui ne répondent pas à leurs besoins (Angermeyer, Schulze et Dietrich, 2003; Muhlbauer, 2002).

L'inefficacité du système de soins de santé mentale est préjudiciable pour les personnes ayant une maladie mentale du fait de la réduction de leurs choix, des obstacles posés à leur rétablissement et de leur exposition aux risques liés à un éventail de résultats négatifs (p. ex. la victimisation, les troubles médicaux, les traitements inefficaces et le non-respect des directives). Ces facteurs, combinés à l'accent accordé par le système de santé mentale aux crises psychiatriques et aux interventions coercitives (Kaiser, 2009), exposent les personnes ayant une maladie mentale à un risque de contacts fréquents et récurrents avec la police. Les lacunes du système de services de santé et sociaux limitent aussi grandement les options accessibles aux policiers lorsqu'ils tentent de régler les situations mettant en cause des personnes atteintes de maladies mentales. À ce titre, la stigmatisation structurelle, qui est manifeste dans d'autres secteurs vitaux (p. ex. le financement insuffisant des services

de santé mentale, le manque de logements abordables, les obstacles à l'emploi), exerce une influence considérable sur la fréquence et la nature des interactions entre les personnes ayant une maladie mentale et la police.

La police joue un rôle central dans le traitement des situations où sont en cause ces personnes. L'intervention dans les crises en santé mentale, la réponse aux personnes ayant une maladie mentale qui sont témoins ou victimes d'un crime et leur aiguillage vers les services sociaux et de santé mentale sont des fonctions ordinaires des policiers. Ces interactions sont affectées de différentes manières par la stigmatisation associée à la maladie mentale. L'amélioration de la façon dont les policiers pensent, ressentent et agissent relativement à la maladie mentale est certes une fin louable que reconnaissent les personnes vivant avec une maladie mentale. Toutefois, les interventions pour contrer la stigmatisation afin d'améliorer la vie de ces personnes doivent aussi cibler les facteurs structurels qui ont créé le contexte social indésirable où se présentent des situations effroyables pour ces personnes (p. ex. la victimisation, les crises psychiatriques, l'itinérance, la criminalité), qui exigent l'intervention régulière de la police.

D'après la recherche d'universitaires tels Trovato (2000)⁵⁷, Cotton (2004) et Vermette et coll. (2005) et les expériences personnelles des auteurs de cette étude, il semble que certains membres du personnel policier ne considèrent pas la réponse aux appels de service concernant les personnes atteintes de maladies mentales comme du « vrai » travail policier ou, comme le diraient certains, une fonction policière « centrale ». Pourquoi cette perception existe-t-elle? Est-il possible que la stigmatisation associée à la maladie mentale en soit un facteur-la manifestation d'un préjugé? La documentation indique que ce pourrait bien être le cas.

La documentation révèle aussi que l'éducation policière doit comprendre des initiatives antistigmatisation pour surmonter les barrières attitudinales du personnel policier qui donnent lieu à des mesures discriminatoires. Par exemple, le programme conçu pour le préparer aux interactions avec les personnes ayant une maladie mentale doit insister davantage sur l'explication de la raison pour laquelle les interactions policières sont importantes, et à vrai dire, un élément intégral des services policiers contemporains. Les modèles éducationnels doivent donc inclure des liens clairs entre le travail auprès de ces personnes et les principes fondamentaux et les attentes des services policiers contemporains (Coleman, 2012).

Alors que l'apprentissage antistigmatisation doit s'inscrire dans la formation policière sur les interactions avec les personnes ayant une maladie mentale, il ne peut à lui seul instaurer la culture organisationnelle souhaitée. Pour apporter un changement durable à la culture organisationnelle et professionnelle, la formation en santé mentale doit s'intégrer à tous les aspects du leadership et de la gestion des ressources humaines, y compris l'embauche, la formation policière de base et interne, ainsi qu'à la façon dont l'organisation policière réalise ses activités internes et ses interactions externes avec le public. D'où la question : est-il possible de réduire la stigmatisation liée à la maladie mentale dans les interactions avec les personnes à l'extérieur du milieu de travail policier en améliorant la connaissance interne de la maladie mentale

⁵⁷ Inspecteur Frank Trovato (retraité), anciennement de la police de Toronto.

dans les différents lieux de travail? Il est fort probable qu'on puisse répondre par l'affirmative.

Même si cela semble sensé intuitivement, notre recherche poussée n'a pas relevé de documentation pour appuyer l'hypothèse qu'un milieu de travail policier sain, qui accorde de la valeur au bien-être mental des employés et l'appuie activement, favorise la compréhension et la sensibilité afin d'améliorer les interactions de la police avec les membres de la collectivité ayant une maladie mentale. Néanmoins, des initiatives antistigmatisation doivent et devraient faire partie d'un programme de mieux-être afin de répondre aux besoins en santé mentale du personnel travaillant dans un environnement qu'on peut qualifier de stressant. On peut soutenir que ce type de programme constitue un moyen responsable de diriger le milieu de travail.

Bien qu'une recherche soit nécessaire pour appuyer l'hypothèse qu'un programme robuste de mieux-être et de santé mentale au travail comporte un effet positif tant à l'interne qu'à l'externe, il convient de se demander si ce type de programme bien intégré, comme celui mentionné ci-haut, faciliterait la compréhension de la maladie mentale, réduirait la stigmatisation et renverserait de nombreux stéréotypes, de façon à améliorer les interactions de la police avec les personnes atteintes de maladies mentales.

La mise en œuvre de la *Norme nationale du Canada pour la santé et la sécurité psychologiques en milieu de travail*⁵⁸, adoptée par la CSMC, ou d'un programme exhaustif de mieux-être et de santé mentale au travail, comme celui de la police de Calgary, *The Working Mind: Workplace Mental Health and Wellness*⁵⁹ et le programme similaire de la GRC permettrait de répondre à ce besoin. Ces deux programmes ont été mis en place en collaboration avec la CSMC dans le cadre du programme « En route vers la préparation mentale » (RVPM), qui a été élaboré pour le ministère de la Défense nationale. Une évaluation du programme de la GRC est prévue à l'avenir.

C : Justice en matière de procédure et approche axée sur l'utilisateur des services

L'importance des perspectives de la justice en matière de procédure a été discutée en détail ci-dessus dans le chapitre 2. Il convient cependant de réitérer qu'en plus de considérer la justice en matière de procédure comme un concept philosophique fondamental et un facteur d'orientation à prendre en compte dans le développement des programmes, il faut aussi s'arrêter au fait qu'il s'agit d'un processus et d'une attitude qui doivent faire l'objet d'un enseignement formel dans les programmes d'éducation policière et appris par les policiers. Comme noté ci-haut, il existe certains programmes récents, comme les séances par scénarios conçues par Silverstone et coll. (2013) qui ciblent le développement de l'empathie, ainsi que d'autres initiatives axées sur le point de vue des utilisateurs des services dans leurs interactions avec la police et, partant, leurs perceptions de l'équité. Pourtant, dans

les programmes d'éducation qui reposent davantage sur les faits et les techniques, cet aspect est largement ignoré. Répétons que de nombreux programmes n'intègrent toujours pas la voix des personnes atteintes de maladies mentales et donc, leurs perceptions de la justice et de l'équité peuvent ne pas être apparentes. Il existe toujours un besoin d'enseigner au personnel policier non seulement ce qu'il doit faire mais aussi la façon de le faire, et de lui permettre d'en faire l'expérience, tout en tenant compte des perceptions et des sentiments des personnes recevant les services.

D : Pouvoir discrétionnaire de la police et prise de décision éthique

Les policiers disposent d'une grande latitude dans la façon de répondre aux appels de service auxquels ils sont dépêchés et les rencontres directes qu'ils font au cours de leur travail. Toutefois, la documentation explique que l'application du pouvoir discrétionnaire s'améliore lorsqu'un agent de police possède les connaissances, la compréhension et l'expérience adéquates pour prendre les meilleures décisions parmi toutes les options offertes. Par exemple, ils doivent faire preuve de discrétion dans les décisions, telles que l'appréhension involontaire ou l'aiguillage ou non vers les organismes de santé mentale au lieu d'arrêter ou d'inculper à la suite d'une infraction, de même que dans les situations qui présentent des dilemmes éthiques.

La nature des incidents impliquant des personnes atteintes de maladies mentales nécessite souvent une évaluation rapide de la situation de la part des agents pour qu'ils puissent exercer leur jugement éclairé. Menzies (1987, p. 430), cité par LaGrange (2003), a conclu qu'un agent doit :

[...] évaluer, selon la situation, la condition mentale du sujet et [...] développer les compétences linguistiques nécessaires pour communiquer leur « diagnostic » à leurs supérieurs et aux autres responsables-y compris les professionnels de la santé mentale, à qui ils doivent fournir un résumé de l'incident et du comportement afin d'appuyer et de justifier la réponse policière. (p. 94)

Dans les contacts de la police avec les personnes atteintes de maladies mentales, le pouvoir discrétionnaire doit être fondé sur un raisonnement éclairé et un jugement sûr et impartial, afin de déterminer laquelle de plusieurs options, variant des communications verbales empreintes de patience au recours à la force, est la plus appropriée pour régler la situation. Les policiers doivent aussi faire preuve de discrétion pour prendre des décisions et des mesures qui posent parfois des dilemmes éthiques. Cela a des répercussions sur l'éducation et la formation des agents, et même sur les critères d'embauche, pour qu'ils soient prêts à de telles rencontres. Lorsque les policiers usent de leur pouvoir discrétionnaire dans les interactions avec les personnes atteintes de maladies mentales, il est permis de croire qu'historiquement ils l'ont fait pour :

⁵⁸ Consultable à : <http://www.mentalhealthcommission.ca/Francais/issues/workplace/national-standard>.

⁵⁹ Pour en savoir plus, consulter : <http://www.mentalhealthcommission.ca/Francais/mhcc-newsletter-december-2013-working-mind>.

- protéger les intérêts des membres du public;
- assumer un rôle paternaliste pour protéger les individus inaptes (Bloom et Schneider, 2006).

Là réside cependant le potentiel de dilemme éthique⁶⁰ qui survient visiblement lorsque la police interagit avec les professionnels de la santé mentale, mais qui peut aussi être apparent dans le travail quotidien individuel du personnel policier. Si l'on passe en revue les directives éthiques et les énoncés de valeur des services de police d'un côté, et ceux des professionnels de la santé mentale de l'autre, des différences marquées en ressortent. Dans un sens large, la responsabilité des forces policières est envers la collectivité, c.-à-d. la société. Par exemple, les énoncés de mission de nombreux services de police au Canada comprennent des phrases communes, telles que⁶¹ :

- « s'assurer que les services de police sont responsables envers le public »;
- « les devoirs fondamentaux de l'agent de police comprennent le service de la collectivité »;
- « les agents d'application de la loi doivent en tout temps [...] être au service de la collectivité et protéger tous les individus »;
- « en partenariat avec la collectivité [...] assurer un environnement sécuritaire ».

À l'inverse, les professionnels de la santé mentale ont un devoir envers l'« individu ». Les priorités d'ordre éthique de ces professionnels⁶² sont formulées dans des énoncés comme les suivants (provenant de divers codes de déontologie des médecins) :

- « le médecin doit agir seulement dans le meilleur intérêt du patient »;
- « le médecin doit offrir son entière loyauté à ses patients »;
- « la santé de mon patient est ma première préoccupation »;
- « le médecin doit percevoir sa responsabilité envers le patient comme primordiale ».

Ces distinctions, qui font ressortir les cultures professionnelles et les obligations juridiques de chaque groupe, n'ont pas seulement de ramifications au niveau opérationnel, mais également pour la conception et la prestation de la formation de ces deux groupes. Chaque groupe doit comprendre la culture ainsi que les contraintes professionnelles et juridiques de l'autre groupe.

Une situation qui peut parfois embêter les décideurs et soulever des dilemmes éthiques est l'exercice de l'autorité qui dépasse la législation provinciale en santé mentale. Les provinces et les territoires canadiens, en vertu de leur législation respective en santé mentale, permettent à la police, selon un mandat autorisé par un juge ou un médecin, d'appréhender une personne qui semble atteinte d'un trouble mental et qui présente un danger réel ou potentiel pour elle-même ou autrui.

Dans cette situation, la discrétion se limite généralement au transport involontaire de la personne à un établissement d'évaluation psychiatrique ou à sa persuasion pour qu'elle accompagne l'agent de façon volontaire. Sans mandat préautorisé, lorsqu'un agent de police a des motifs raisonnables de croire qu'une personne ayant un trouble mental présente une menace pour les autres ou elle-même, une option est de l'appréhender sans mandat, lorsqu'il n'est pas pratique d'en obtenir un auprès d'un médecin ou d'un juge (Gray, Shone et Liddle, 2008). Si c'est sa décision, il peut procéder au transport involontaire du sujet à un « établissement » aux fins d'évaluation psychiatrique ou l'aiguiller vers un professionnel de la santé mentale.

La situation est similaire lorsqu'une personne ayant une maladie mentale commet une infraction. L'agent a le pouvoir de procéder ou non à son arrestation pour l'infraction commise. C'est particulièrement le cas lorsque l'infraction est mineure. L'agent peut décider de procéder à une arrestation et à une inculpation, de ne prendre aucune mesure, de se limiter à un avertissement, ou d'opter pour la déjudiciarisation et diriger la personne vers le système de santé mentale. Lamb et coll. (2002), dans le contexte américain, ont conclu que lorsque les agents ne connaissent pas les options de rechange en matière d'aiguillage ou que ces options n'existent pas, il est probable qu'ils arrêtent ou inculpent les personnes atteintes de maladies mentales. Cette situation est aggravée dans les collectivités où il y a peu de lits pour malades psychiatriques hospitalisés ou de services communautaires en santé mentale. Dans ces cas, il peut sembler à l'agent que le recours au service psychiatrique est facilité dans le système de justice pénale.

Les situations ci-dessus comportent des effets parfois problématiques et involontaires qui influencent l'exercice du pouvoir discrétionnaire de la police, de sorte que les personnes atteintes de maladies mentales qui commettent des crimes mineurs sont indûment inculpées et sont ainsi dirigées vers le système de justice pénale. Citant Patch et Arrigo (1999), Lamb et coll. (2002) ont souligné « qu'alors que certains policiers sont plus enclins à arrêter les personnes ayant une maladie mentale, d'autres s'efforcent activement à les faire hospitaliser, et quelques-uns les libèrent simplement sans prendre de mesure » (p. 1267).

Il importe de souligner qu'alors que les agents disposent d'un important pouvoir discrétionnaire pour résoudre les contacts avec les personnes atteintes de maladies mentales, Lamb et coll. (2002) ont observé qu'« il est fort probable que le choix des agents de police soit influencé par leurs attitudes ou croyances personnelles » (p. 1267). De plus, « dans ces cas », ils affirment que « les agents agissent librement et résolvent le problème de la façon qui leur semble adéquate selon leurs attitudes, perceptions et suppositions particulières à l'égard des personnes atteintes de maladies mentales » (p. 1267).

Un autre dilemme d'ordre éthique souvent rencontré par les agents de police et les professionnels de la santé mentale

⁶⁰ Aux fins de notre étude, un dilemme éthique s'entend d'une situation dans laquelle entrent en conflit des préceptes moraux ou des obligations éthiques de façon à rendre toute résolution possible du dilemme moralement intolérable. En d'autres termes, un dilemme éthique est une situation dans laquelle des principes moraux directeurs ne peuvent déterminer si la mesure à prendre est bonne ou mauvaise.

⁶¹ Malgré que les énoncés soient paraphrasés, ils reflètent les messages qui se trouvent dans de nombreux énoncés de mission.

⁶² Dans ce cas, il s'agit des médecins et psychiatres.

dans les contacts avec les personnes atteintes de maladies mentales concerne les décisions au sujet des renseignements à partager entre les organismes. Par exemple, à quel point le vaste problème de la sécurité publique a-t-il priorité sur les droits à la vie privée? Quand les situations d'urgence ont-elles priorité sur les droits à l'autodétermination d'une personne ayant une maladie mentale? Un autre dilemme se présente lorsqu'un agent rencontre une personne semblant avoir une maladie mentale qui, selon l'évaluation de celui-ci, a un grand besoin de traitement ou d'hospitalisation. Toutefois, la personne peut ne pas vouloir participer volontairement à un traitement et les circonstances ne respectent pas les critères de l'appréhension involontaire. Le dilemme éthique est le suivant : quelle est la bonne chose à faire?

L'usage adéquat du pouvoir discrétionnaire de la police est un problème complexe, mais crucial. Il n'y a pas toujours de choix clair à faire, particulièrement dans une situation où un agent intervient auprès d'une personne ayant une maladie mentale. Cependant, ce qui est pertinent pour notre étude, même si tous les dilemmes éthiques ne nécessitent pas l'exercice du pouvoir discrétionnaire de la police au sens traditionnel, ils nécessitent, tout comme l'exercice de ce pouvoir, des connaissances adéquates pour prendre des décisions éclairées. Il est raisonnable de conclure, comme le soutient Borum (2000) par exemple, que l'exercice de ce pouvoir sera amélioré par un niveau adéquat de connaissances et de compétences. Les connaissances comprennent non seulement une information factuelle sur la nature des maladies mentales, mais aussi des connaissances des systèmes, notamment les partenaires et les ressources locales en santé mentale. Il est donc essentiel d'offrir une formation fondée sur des données probantes bien structurée au personnel policier.

La résolution des situations entre les agents et les personnes atteintes de maladies mentales s'améliorera si le personnel policier en cause a suivi une formation sur les maladies mentales et les aspects mythiques ou non, les options de résolution, leur accessibilité et leurs différentes conséquences. Concernant la discrétion nécessaire pour résoudre les dilemmes éthiques, beaucoup de temps doit être consacré dans la formation officielle à la discussion des situations potentielles, y compris les solutions pratiques existantes et les droits des personnes atteintes de maladies mentales, puis les étudier avec les policiers expérimentés, le personnel des services de santé mentale et les personnes ayant une maladie mentale. L'objectif est que le pouvoir discrétionnaire (la prise de décisions) et la résolution de dilemmes éthiques soient inclus dans la formation formelle et renforcés au niveau opérationnel. En 2014, la majorité des programmes de formation, mais non tous, semblent accorder une attention suffisante à ce sujet et s'arrêter particulièrement à la question du choix de la mesure la plus appropriée (p. ex. une arrestation, une appréhension ou autre). Il est cependant apparent que tous les programmes n'offrent pas d'information suffisante pour que la police puisse interagir de manière constructive avec ses partenaires du système de santé mentale. Dans certains cas, comme mentionné, cela est attribuable à la nature de l'académie policière particulière qui peut croire qu'il est préférable d'acquérir

ces connaissances après la formation en académie, c'est-à-dire sur le lieu de travail de l'agent.

E : Comportements et attitudes du personnel policier

Même si le transfert efficace de connaissances est la clé de l'apprentissage, l'autre objectif principal de la formation policière en santé mentale doit être d'assurer le caractère approprié des comportements et des attitudes des agents envers les personnes atteintes de maladies mentales (Price, 2005). Comme nous l'avons vu, Reuland et Schwarzfeld (2008)⁶³ ont souligné que la formation préparatoire aux interactions entre les policiers et les personnes atteintes de maladies mentales « doit faire plus qu'informer les participants, elle doit également les transformer » (p. 2). La transformation en tant qu'objectif d'apprentissage est vitale, spécialement dans les environnements de travail où :

- a) le personnel policier perçoit encore les interactions avec les personnes atteintes de maladies mentales comme étant de moindre importance que le « vrai » travail policier, et
- b) la stigmatisation et les préjugés sont toujours apparents, du moins à certain degré.

Même si quelque peu évident, Lamb et coll. (2002) ont conclu que les policiers « ont assumé par défaut le rôle de "psychiatre de coin de rue" » (p. 1266) et ajoutent que dans le contexte américain, de nombreux agents ont accepté de jouer ce rôle. Néanmoins, selon Husted, Charter et Perrou (1995) ainsi que Borum (2000), également dans le contexte américain, ils l'ont apparemment fait à contrecœur et parfois même avec ressentiment. L'ambivalence des agents de police canadiens a été observée dans une étude menée par Trovato (2000). Il a noté que « d'un côté, les agents ressentent une profonde obligation envers les personnes perturbées affectivement [...] tandis que de l'autre, ils sentent que le public a besoin de protection contre elles » (p. 81).

Dans le contexte canadien, une étude sur les attitudes des policiers par Cotton (2004) a constaté cette ambivalence. Elle a révélé qu'environ 50 % des agents étaient préoccupés par le fait que les personnes atteintes de maladies mentales accaparaient plus que leur juste part des ressources policières. Une importante minorité (38 %) des agents ressentaient qu'ils n'auraient pas à s'occuper des problèmes liés à la maladie mentale si ce n'était des services inadéquats de santé mentale (Cotton, 2004). Cela semble suggérer que certains agents ne considèrent pas l'interaction avec les personnes atteintes de maladies mentales comme du « vrai » travail policier. D'ailleurs, l'étude de Cotton (2004) a également montré que de nombreux policiers, sinon la majorité, répondent aux situations impliquant des personnes atteintes de maladies mentales de façon appropriée et avec sensibilité. Son étude a démontré que la plupart des agents (80 %) conviennent que les interactions avec ces personnes font partie de leur rôle et qu'ils devraient être formés adéquatement (Cotton, 2004). Ces constatations sont similaires à celles rapportées dans le contexte américain par Vermette et coll. (2005). Ils ont constaté que les agents aimeraient en apprendre davantage sur les interactions avec les personnes ayant une maladie mentale et considéraient

⁶³ Quoi qu'il en soit, *Improving Responses to People with a Mental Illness: Strategies for Effective Law Enforcement Training* (Reuland et Schwarzfeld, 2008) a été élaboré pour le contexte américain, mais peut servir de base utile pour structurer la formation policière canadienne sur les interactions avec les personnes atteintes de maladies mentales.

que c'était un aspect intégral de la surveillance policière dans les collectivités. Ces résultats sont encourageants et concordent avec la transformation philosophique de nombreux services de police, qui sont passés du modèle réactif traditionnel d'application à un modèle de surveillance policière communautaire axée sur la collaboration et la résolution de problèmes (Price, 2005).

Borum (2000) a cité des recherches des années 1960 et 1970, qui suggéraient que les attitudes négatives et les préjugés du personnel policier envers les personnes atteintes de maladies mentales « étaient en grande partie dus au manque d'information » (p. 333). Ces recherches révélaient également que la préparation inadéquate des agents pour ce rôle avait inutilement entraîné « la criminalisation des personnes atteintes de maladies mentales » (Lamb et coll., 2002, p. 1276). La documentation laisse entendre que l'éducation peut être à tout le moins une solution partielle aux attitudes négatives.

Watson et coll. (2004b) ont fait des recherches pour savoir si les perceptions, attitudes et réponses d'un agent sont influencées lorsqu'il sait qu'une personne a une maladie mentale. Ils ont conclu que les agents ayant cette information percevaient ces personnes comme étant moins responsables de leurs circonstances personnelles, méritaient plus de pitié et d'aide mais, en même temps, étaient plus dangereuses que les personnes pour lesquelles aucune information sur leur santé mentale n'était accessible. Plus particulièrement, et de façon importante pour la conception de la formation, ils ont remarqué que la perception par les agents d'une personne violente augmentait grandement lorsqu'ils « savaient » que la personne était schizophrène—une manifestation de stigmatisation et de stéréotypes.

Ce fait est préoccupant, car « si ce sentiment de risque élevé pousse les agents à approcher les personnes atteintes de maladies mentales plus agressivement, [ils] peuvent faire escalader la situation et causer une violence inutile » (Watson, Corrigan et Ottati, 2004b, p. 52). Borum (2000) a clairement indiqué que la formation en compétences verbales était essentielle à la désescalade des conflits réels ou perçus. Une telle formation peut non seulement améliorer la confiance des agents, mais aussi réduire la crainte et le risque de blessures à la fois de ces deniers et des personnes atteintes de maladies mentales (Price, 2005).

Il est également évident que les « attitudes sont importantes », surtout lorsqu'elles ne sont pas aussi positives qu'elles devraient l'être. Par exemple, le passage suivant est tiré d'un document sur la formation en recours à la force d'un service de police d'une grande ville canadienne :

[...] il est seulement possible d'utiliser la persuasion, les conseils et les avertissements comme moyens de dissuasion lorsque le sujet, que l'agent essaie d'influencer, est capable de rationaliser et de comprendre les conséquences de ses actes. Les sujets qui manifestent souvent des comportements imprévisibles et violents peuvent habituellement être immobilisés ou maîtrisés seulement par le recours à la force.

De même, il convient de citer les commentaires suivants d'un aspirant policier canadien à la formation de base, qui explique

le recours approprié à une arme à impulsions :

Évidemment, certains citoyens croient qu'on fait une surutilisation des pistolets Taser⁶⁴. Il est bien entendu important de suivre une excellente formation et d'appliquer nos techniques de communication pour désescalader les situations quand on peut le faire. Mais parfois, c'est impossible. On n'a qu'à penser à une personne âgée ayant la maladie d'Alzheimer ou une personne qui n'est pas sensée et est agitée. On ne peut lui parler et, si elle devient agressive, la meilleure option est probablement le pistolet Taser.

Ces propos semblent indiquer que dans les cas où la personne ne parle pas avec logique et cohérence, l'agent peut presque automatiquement recourir à la force comme solution raisonnable. Évidemment, cela N'EST PAS le cas et il arrive souvent que les personnes présentant des troubles psychotiques et des pensées perturbées peuvent être « raisonnées ». De fait, non seulement les policiers, mais aussi les professionnels de la santé mentale et les membres de la famille qui ne sont pas armés le font régulièrement. Ces observations peuvent nous porter à conclure qu'un aspect crucial de la formation ne consiste pas seulement à transmettre des compétences particulières aux agents à appliquer dans les interactions avec les personnes atteintes de maladies mentales, mais aussi à les convaincre qu'ils PEUVENT les appliquer avec succès même lorsqu'une personne ne semble pas tout à fait rationnelle. La formation doit être conçue et dispensée de façon à modifier les attitudes et les comportements de ces policiers.

Dans le même ordre d'idées, bien qu'on ait souligné l'insuffisance des preuves sur l'efficacité de la formation en général, certaines évaluations des résultats d'apprentissage confirment la croyance que la formation expérientielle est un complément valable et essentiel de l'éducation traditionnelle en classe. Le gouvernement de la C.-B. a imposé la formation policière en santé mentale (la formation sur l'intervention d'urgence et la désescalade), que les services de police locaux peuvent adapter et ajouter au programme obligatoire comme ils l'entendent. À Victoria (C.-B.), de nouveaux volets comprennent la participation de personnes ayant un vécu de maladie mentale à une table ronde, où elles parlent de leurs expériences et échangent des idées et leur réalité avec les agents. Le but est de sensibiliser aux maladies mentales, aux services disponibles et aux stratégies de communication avec les personnes en état de crise. La Société de schizophrénie de la C.-B. est un partenaire de ce programme de formation.

Dans les autoévaluations subséquentes à la formation, plus de 90 % des agents participants ont indiqué que les personnes ayant un vécu de maladie mentale avaient communiqué une information utile, en plus de celle présentée dans la formation formelle; 89 % croyaient avoir appris, lors des séances, de nouvelles stratégies pour intervenir auprès des personnes en crise; et 92 % étaient d'avis que les services de police devraient intégrer ces séances à leur formation. Un agent anonyme a affirmé :

Lorsqu'on nous demande de suivre ces séances de formation obligatoire, on a souvent l'impression que certaines personnes participent passivement pour répondre aux exigences ou se conformer au règlement.

⁶⁴ La marque Taser est l'une de plusieurs marques d'armes à impulsions.

Mais avoir la chance de s'asseoir et de parler avec des personnes avec lesquelles nous interagissons au travail, de les voir lorsqu'elles ne traversent pas une crise et de les entendre parler de leurs expériences [...] cela m'a fait réfléchir et m'a ouvert les yeux.

Comme indiqué dans le rapport de 2010, les attitudes des policiers à l'endroit des personnes atteintes de maladies mentales ne sont pas de prime abord négatives, comparativement à celles du grand public. Par ailleurs, c'est un fait documenté que les citoyens, en général, ont des perceptions erronées et des attitudes stigmatisantes envers ces personnes, particulièrement concernant leur dangerosité. Étant donné le souci inhérent d'assurer la sécurité des agents, il est logique qu'ils usent de force dans toutes leurs interactions avec des personnes qu'ils perçoivent comme dangereuses. Si les agents, ou n'importe quelles autres personnes, ont des attitudes innées, selon lesquelles la maladie mentale est liée à la dangerosité, alors il est aussi plus probable qu'ils recourent à une force accrue dans le continuum.

F : Désamorçage et désescalade de situations

Alors que de nombreux policiers font preuve d'efficacité dans le désamorçage et la désescalade de situations dangereuses ou pouvant l'être, les aptitudes à ce chapitre devraient être de « seconde nature » chez tous les agents ainsi que les autres catégories de personnel policier. Bien qu'elle ne porte pas directement sur les interactions de la police avec les personnes atteintes de maladies mentales, une étude par Eby (2011) dans les régions rurales de la C.-B. a conclu que dans les nombreuses collectivités examinées, les répondants ont signalé des déficiences apparentes dans les compétences en désescalade des policiers. D'après l'étude, cette lacune était particulièrement flagrante chez les jeunes agents. De fait, les répondants ont fait savoir que dans certains cas, les agents sur place avaient empiré la situation au point qu'elle présentait un danger pour eux-mêmes et les autres personnes en cause.

La majorité des fonctions des agents ne concernent pas l'application de la loi, mais plutôt à rendre service, à maintenir l'ordre et la paix et à résoudre des problèmes (Walker et Keitz, 2008), ce qui comprend des situations où ils doivent interagir avec des personnes ayant une maladie mentale. Le personnel policier au Canada participe à des centaines de milliers d'interactions de ce genre par année⁶⁵. Heureusement, la grande majorité parvient à un aboutissement réussi sans recours à la force. Ces situations requièrent patience et une réponse judicieuse afin d'éviter les blessures, non seulement des agents mais aussi des personnes en état de crise.

Alors qu'un agent ne doit en aucun cas négliger la sécurité personnelle d'autrui ou la sienne, il est évident que certaines situations de crise peuvent être résolues par l'agent dépêché sur les lieux s'il utilise en premier, par exemple, une communication verbale neutre pour favoriser le désamorçage ou la désescalade ou, à tout le moins, pour éviter de les empirer. Même si en raison de leur nature, certaines situations peuvent être difficilement

désamorçables ou désescaladables, il revient à l'agent d'envisager au moins cette possibilité et, dans la mesure du possible, d'essayer de parvenir à cette issue. Au bas mot, il doit essayer activement de ne pas envenimer la situation. Une bonne compréhension de la dynamique liée aux personnes en état de crise mentale est donc un élément important de la formation et de la pratique policières.

Oliva, Morgan et Compton (2010) confirment que « les techniques de désescalade constituent un outil d'intervention efficace qui non seulement aident les individus traversant une crise, mais réduisent aussi la responsabilité policière et les blessures [de toutes les parties] » (p. 15). Oliva et coll. (2010) avancent que « lorsque les agents sont bien formés de sorte qu'ils puissent reconnaître de telles situations, ils peuvent utiliser des techniques efficaces d'intervention d'urgence en plus de leurs compétences existantes pour intervenir utilement dans les situations de crise » (p. 18). Ils signalent aussi que lorsque les policiers présents parviennent à désamorcer une crise, leur intervention « permet à la personne en état de crise de maîtriser ses émotions et de régler la crise ou de l'atténuer à un niveau gérable » (p. 18).

La communication efficace pour le désamorçage ou la désescalade d'une situation implique non seulement parler à l'individu, mais aussi l'écouter attentivement. Le but des interactions policières, dont avec les personnes atteintes de maladies mentales, est d'aider les individus en état de crise à parvenir à un équilibre, avec l'aide de l'intervenant [l'agent de police], afin de reprendre leurs activités normales (Romano, 1990).

La Division de la Saskatchewan de la CSMC a insisté sur le fait que les interventions les plus appropriées et efficaces auprès des personnes manifestement atteintes de maladies mentales requièrent l'usage de techniques de désescalade. Elle a ajouté que ces techniques :

[...] doivent être clairement comprises et mises en pratique, car elles diffèrent largement des techniques de communication normalement utilisées dans les interventions policières. On doit reconnaître et accepter que ces techniques requièrent temps et patience et exigent des capacités d'écoute et des modes d'interaction qui peuvent être désynchronisés par rapport aux pratiques policières « commander et contenir » [qui sont] applicables dans d'autres interventions. Elles constituent toutefois les méthodes les plus en voie de résoudre de façon efficace un incident impliquant une personne atteinte d'une maladie mentale en assurant la meilleure résolution possible pour toutes les parties en cause (Breffage à la Commission de police de la Saskatchewan, 2009, p. 6).

Dans l'ensemble, il est recommandé que les « pratiques exemplaires de la formation en intervention d'urgence soient intégrées au recrutement de la police et à la formation continue de tous les policiers » (Breffage à la Commission de police de la Saskatchewan, 2009, p. 9).

La recherche menée en Australie par Kesic, Thomas et Ogloff (2013) sur le recours à la force non meurtrière a révélé que les incidents où entre en jeu ce recours et qui mettent aux prises les

⁶⁵ Il n'existe pas de données fiables sur le nombre annuel actuel d'interactions, mais par extrapolation des analyses effectuées notamment à Toronto (service de police de Toronto, 2013), à Belleville (service de police de Belleville, 2007) et à London (Heslop et coll., 2011), on peut dire sans risque d'erreur que ce nombre est élevé.

policiers et les personnes ayant un trouble mental représentent une petite fraction, bien qu'importante, de leur charge de travail. Les personnes perçues comme déficientes mentales par la police sont plus susceptibles d'agir de manière irrationnelle et instable et de menacer les agents ou de braquer des armes sur eux.

Par ailleurs, la police était aussi plus portée à menacer les personnes semblant avoir un trouble mental ou à user d'armes contre elles. Toutefois, les policiers ou ces personnes n'étaient pas plus portés à se blesser les uns et les autres. L'une des principales implications de ces constatations est le besoin de former les policiers pour renforcer leurs techniques de communication verbale et de désescalade dans les incidents impliquant des personnes ayant un trouble mental, afin de minimiser la possibilité d'user, peut-être de façon inutile, d'un degré accru de force en vue de les régler.

Ils ont aussi conclu, ce qui est aussi important, qu'il faut poursuivre l'élaboration et l'évaluation d'interventions conjointes proactives entre la police et le système de santé mentale, afin d'améliorer les résultats pour les personnes impliquées qui peuvent présenter des symptômes de trouble mental. À leur avis, les interventions ciblées peuvent non seulement réduire la probabilité que des incidents se produisent et réduire le recours à la force contraignante par la police lorsqu'ils ont lieu, mais aussi contribuer à améliorer les résultats à long terme sur les plans de la santé et de la justice des personnes vulnérables.

Les sondages de 2014 ont révélé que cet enjeu avait récemment fait l'objet d'importantes avancées dans de nombreux programmes de formation policière au Canada. Alors qu'auparavant, la formation sur les maladies mentales était plus localisée dans le programme, il semble maintenant que la formation sur le recours à la force, les compétences en communication et d'autres sujets généraux renvoie de plus en plus aux questions liées aux maladies mentales. Néanmoins, ce n'était pas le cas de tous les programmes. On constate toujours une rupture entre la formation sur le recours à la force, les techniques de désescalade et les enjeux propres à la maladie mentale dans les programmes de formation policière de beaucoup d'administrations.

G : Maladie mentale, violence et recours à la force

La documentation fait état de la tendance chez les policiers à recourir à la force dans les interactions avec les personnes atteintes de maladies mentales. Par exemple, Watson et coll. (2008) ont constaté que c'était le cas durant les entrevues de ces personnes qui avaient eu des contacts avec la police. Bien que de nombreuses personnes dans nos communautés, y compris le personnel policier, associent la maladie mentale à la violence, le lien entre la maladie mentale et la violence n'est pas étayé par la preuve. C'est pourquoi il importe d'échanger une information exacte sur la relation entre la maladie mentale et la violence afin de corriger la perception très souvent stéréotypée de nombreuses personnes. Les connaissances concrètes sur la relation véritable entre la maladie mentale et la dangerosité sont par conséquent nécessaires pour évaluer la situation qui survient, et ensuite il faut faire preuve de discrétion pour éviter l'escalade de situations souvent délicates. Même si la majorité des interactions entre

les policiers et les personnes atteintes de maladies mentales ne comprennent ni violence ni recours à la force, celles où un recours à la force est nécessaire sont très médiatisées ou se terminent souvent de façon tragique. Les épisodes de violence sont plus fréquents lorsqu'une personne ayant une maladie mentale « souffre d'un trouble concomitant de consommation abusive d'intoxicants ou ne prend pas ses médicaments » (Reuland, Schwarzfeld et Draper, 2009, p. 6). Il s'agit là encore d'informations importantes pour le personnel policier.

Dupont et Cochrane (2000), Nicoletti (1990) et Fyfe (1989) ont soulevé des inquiétudes concernant le recours à la force par les agents de police. Ils croient qu'il est nécessaire de modifier la formation sur le recours à la force pour mettre l'accent sur l'extrémité inférieure du continuum de la force (voir l'annexe C). Sont ainsi priorisés l'approche initiale et le contact, c'est-à-dire la « présence du policier », sans oublier la communication verbale et non verbale du policier. Dupont et Cochrane (2000) avancent qu'il est possible d'obtenir des résultats en ce sens dans les contacts entre les policiers et les personnes atteintes de maladies mentales en favorisant une meilleure compréhension des symptômes et comportements de ces dernières ainsi que l'apprentissage et l'application des techniques de communication verbale et de désescalade. Selon la documentation, la fréquence des incidents avec recours à la force en sera ainsi réduite.

Cela s'explique d'une part, selon la documentation, par le fait que la stigmatisation et la crainte du policier seront réduites et, d'autre part, qu'il sera plus confiant en raison des connaissances acquises durant la formation. La formation sur le recours à la force doit dépasser les seules habiletés techniques, telles que l'utilisation d'une arme ou la neutralisation d'une personne, et reposer également sur une approche axée sur l'utilisateur et la justice en matière de procédure.

Le travail de Compton, Demir, Broussard, McGriff, Morgan et Oliva (2011) a également confirmé cette conclusion. Ils ont examiné le recours à la force par les policiers américains durant les interactions avec des personnes schizophrènes. Leur méthode a examiné 48 agents ayant suivi la formation en intervention d'urgence et 87 non formés, qui ont répondu à un questionnaire comptant trois vignettes avec scénarios sur une situation d'escalade, où était en cause une personne psychotique. La formation ordinaire en intervention d'urgence, comme mentionné précédemment, met l'accent sur la compréhension et les symptômes de la maladie mentale ainsi que sur les techniques de désescalade. Les chercheurs ont remarqué que les agents formés en intervention d'urgence avaient plus tendance que les agents non formés à se servir « de mesures sans recours à la force » pour résoudre la situation d'escalade mettant en cause une personne psychotique. Donc, les agents formés optaient pour la désescalade à l'encontre des agents non formés.

De plus, les agents formés percevaient uniformément le recours à la force comme une mesure moins efficace. Par conséquent, Compton, Demir et coll. (2011) ont déterminé que le modèle de la formation en intervention d'urgence utilisé par les services de police examinés constituait un moyen efficace de diminuer le recours à la force dans leurs interactions avec les personnes atteintes de maladies mentales. En plus des implications cliniques et programmatiques, leurs conclusions de recherche ont « démontré le rôle que peuvent jouer les cliniciens, les intervenants

et les chercheurs dans le domaine de la schizophrénie pour promouvoir la justice sociale en s'associant aux divers secteurs sociaux » (p. 737), dont le système de justice pénale. Compton, Demir et coll. (2011) ont conclu qu'il faut consentir des « efforts pour réduire le recours à la force contre les personnes ayant des troubles psychotiques » (p. 737).

Morabito, Kerr, Watson, Draine, Ottati et Angell (2012) ont soutenu que les agents formés en intervention d'urgence avaient tendance à interpréter les comportements récalcitrants des personnes atteintes de maladies mentales différemment des agents non formés et, dans l'ensemble, que le recours à la force était moins fréquent dans les services de police où cette formation était largement utilisée et ancrée, à l'opposé des services qui ne l'avaient pas mise en place.

L'autorisation du recours à la force des policiers est conférée par le *Code criminel du Canada*, et celle-ci doit seulement être utilisée « quand toutes les autres mesures ont échoué ». Pour former les agents au recours à la force, la majorité des services de police canadiens utilisent le modèle du continuum du recours à la force (voir l'annexe C). On le décrit généralement à l'aide d'un graphique dont les cercles concentriques représentent un continuum d'action recommandée pour l'agent de police, à partir du contact initial jusqu'au recours à la force létale. L'examen de l'utilité de ce graphique demeure hors de notre champ d'étude, mais ce qui est pertinent, c'est que le point de départ du continuum est « la présence du policier », c'est-à-dire que l'attitude et les gestes de l'agent à son arrivée peuvent déterminer l'escalade ou non de la situation et, partant, si une intervention plus directe, par exemple une contrainte verbale ou physique, est nécessaire.

Il a été remarqué de manière non empirique qu'au moins quelques agents ne passaient pas assez de temps à l'extrémité « inférieure » du continuum, c'est-à-dire la « présence » et la communication verbale, avant de progresser à un niveau « supérieur » : le recours à la force physique. Même si chaque situation à laquelle fait face le policier peut être différente, il existe souvent des dénominateurs communs dans l'ensemble des situations qui exigent une attention particulière. Un exemple de dénominateur commun est la difficulté qu'éprouve un policier à communiquer avec une personne qui agit de façon « bizarre ». Dans ces situations, une meilleure compréhension de toutes les circonstances et l'application appropriée des aptitudes de communication peuvent empêcher qu'elles ne dégénèrent. Cela est corroboré par le travail de Compton, Demir, Broussard et coll. (2009); et de Compton, Demir, Oliva et coll. (2009).

Dupont et Cochran⁶⁶ (2000), qui ont institué le premier programme de formation en intervention d'urgence, ont critiqué l'enseignement dispensé aux policiers sur recours à la force, du

moins dans le contexte américain. Cités par Tucker et coll. (2008), ils ont précisé :

Le modèle de formation mettant l'accent sur la survie, concernant la légitime défense et les armes à feu, dépasse non seulement la fréquence actuelle de telles occurrences (en comparaison surtout du taux d'incidents impliquant des individus ayant une maladie mentale en état de crise), mais semble également dénature la perception de dangerosité des policiers. (p. 245)

Au fil du temps, une « règle » s'est instaurée dans les services de police, selon laquelle un policier ne devrait pas permettre à un contrevenant armé d'un couteau ou d'une arme blanche de s'approcher à plus de 21 pieds, sinon le policier sort son arme de poing, prêt à tirer sur le contrevenant s'il s'approche davantage⁶⁷. Il n'est pas clair si cette « règle » est enseignée officiellement par les instructeurs canadiens en recours à la force. Toutefois, de nombreux policiers canadiens assistent, hors des heures de service, à des ateliers du secteur privé, comme *Street Survival Seminar*, ou ont visionné la vidéo éducative *Surviving Edged Weapons*. Même s'il n'existe pas de données pour déterminer si les policiers intervenants appliquent ou non cette « règle » au Canada⁶⁸, l'observation attentive de certaines situations au pays, où l'individu tenait une arme blanche lors d'une confrontation avec la police, montre que la « règle » a été appliquée du moins à certaines occasions⁶⁹. Il convient de souligner que Dupont et Cochran (2000), cités par Tucker et coll. (2008), non seulement remettent en question la « règle de 21 pieds », mais mettent en doute sa validité dans les interactions avec une personne ayant une maladie mentale⁷⁰.

Une étude menée par John Nicoletti (1990) sur le recours à la force par les policiers du Colorado, citée par Borum (2000), a montré que :

[...] des niveaux de stress élevés ainsi qu'un manque de formation, de maîtrise de la situation et de confiance en soi sont les causes les plus fréquentes des réactions excessives, tandis que les comportements les plus souvent mentionnés comme étant favorables à la désescalade de la force sont les compétences en communication et médiation, l'attitude, la légitime défense, la condition physique et la maîtrise de la colère. (p. 335)

Les conclusions de cette étude sont instructives et pertinentes non seulement pour la conception et la prestation de la formation sur le recours à la force, mais également en général, pour la formation policière en santé mentale. James Fyfe (1989), un chercheur éminent sur le recours à la force, soutient que la notion

⁶⁶ Le major Cochran a occupé pendant longtemps le poste d'agent de police à Memphis.

⁶⁷ Pendant plus de 20 ans, le concept de la soi-disant « règle de 21 pieds » était une composante de base de la formation des agents en vue de leur défense contre les attaques à l'arme blanche, comme les couteaux et les haches. Apparemment, cette règle tire ses origines du travail à Salt Lake City du formateur Dennis Tueller, qui a été popularisé dans l'atelier *Street Survival Seminar* ainsi que la vidéo éducative *Surviving Edged Weapons*. D'après cette « règle », le temps que met l'agent moyen pour reconnaître une menace, sortir son arme et tirer deux balles au centre de masse d'un individu, l'individu moyen armé d'un couteau ou d'une autre arme tranchante se précipitant sur l'agent couvre une distance de 21 pieds. (<http://www.policeone.com/edged-weapons/articles/102828-Edged-Weapon-Defense-Is-or-was-the-21-foot-rule-valid-Part-1/>)

⁶⁸ Il faut recueillir des données détaillées sur cette question auprès de différentes organisations canadiennes qui enquêtent sur le recours à la force de ce genre.

⁶⁹ Une recherche indépendante est nécessaire, non seulement sur la validité de cette règle, mais aussi pour déterminer dans quelle mesure : a) elle est enseignée officiellement ou non dans les organisations policières canadiennes; et b) les liens possibles entre la règle et les fusillades passées au Canada, y compris la décharge d'armes à impulsions.

⁷⁰ Il faut mener une recherche indépendante rigoureuse sur la « règle de 21 pieds ».

de rencontres avec recours à la force létale découlant de décisions prises en « une fraction de seconde » n'est pas défendable (Borum, 2000). Il propose de réduire l'usage de la force excessive en misant davantage sur l'apprentissage de ce que doit faire et dire un policier au moment où il approche une situation, plutôt que de se concentrer sur ce qu'il fait durant l'intervention. Dans le même ordre d'idées, Watson et coll. (2008) ont soutenu que « l'absence de connaissances et de compétences chez les policiers peut les inciter à réagir en usant de force excessive » (p. 360).

12. Qui devrait participer à la conception et à la prestation de l'éducation et de la formation?

A : Sélection du personnel de formation

Le choix judicieux des personnes qui offrent ou animent la formation peut avoir un impact positif sur la transformation des comportements du personnel policier et de la culture organisationnelle. Reuland et Schwarzfeld (2008) ont souligné la nécessité d'identifier et d'affecter des « formateurs » provenant de la police et du domaine de la santé mentale, qui possèdent les compétences, l'expérience et la crédibilité requises pour « enseigner » à leurs collègues. Les formateurs, selon eux, doivent avoir une compréhension et une appréciation des objectifs du modèle d'intervention tant de la police que du système de santé mentale, de même qu'une expérience des personnes atteintes de maladies mentales dans le système de justice pénale.

Bien qu'il soit important d'inclure des professionnels de la santé mentale et des personnes atteintes de maladies mentales et leur famille dans le rôle de « formateur », les personnes choisies doivent avoir une attitude favorable à l'égard de la police. Ils doivent avoir « mis de côté tout résultat négatif découlant de rencontres [passées] [avec la police] » (Reuland et Schwarzfeld, 2008, p. 12).

Dans l'ensemble, Reuland et Schwarzfeld (2008) ont soutenu que les formateurs, y compris le personnel policier, doivent « être préparés à contribuer de façon constructive et positive » (p. 12). Ils doivent être choisis afin de renforcer la culture organisationnelle souhaitée par les dirigeants policiers. Ainsi, lorsqu'il faut modifier la pratique et la culture, il est impératif de faire appel aux formateurs favorables à la culture envisagée. En recourant à des formateurs qui appuient l'ancienne culture et maintiennent l'ancienne pratique, on ne pourra apporter le changement requis, parfois de façon urgente.

Le besoin de nommer des formateurs et instructeurs qualifiés et crédibles est crucial pour assurer l'efficacité de la « formation », mais également pour le succès du modèle de prestation des services et, donc, des pratiques utilisées pour interagir avec les personnes atteintes de maladies mentales. Par exemple, Reuland et Schwarzfeld (2008) ont souligné qu'il est important pour le personnel policier de comprendre la culture des professions en santé mentale, et pour les professionnels de ce milieu de comprendre la culture des organisations policières. Il est donc crucial que les messages communiqués durant la formation évoquent également l'engagement des policiers et des professionnels de la santé mentale à travailler ensemble pour atteindre de meilleurs résultats pour toutes les parties, malgré leurs différentes cultures professionnelles et parfois leurs différents régimes législatifs et réglementaires.

Par le passé, les organisations policières, qui ont adopté une culture traditionnelle à l'opposé de la culture des services policiers contemporains, ont compté sur les agents pour diriger, gérer, concevoir et présenter les différents programmes de formation policière. Sauf quelques rares exceptions, les policiers-formateurs bien intentionnés avaient souvent une expertise minimale des méthodes d'enseignement des adultes. Il en a découlé une dépendance aux exposés traditionnels en classe, qui ne sont pas considérés comme optimaux pour les apprenants adultes, et sont donc moins efficaces. Selon la pratique qui prédomine toujours dans de nombreuses organisations policières canadiennes, la « formation » est gérée, conçue ou présentée par un agent qui ne maîtrise pas suffisamment les méthodes d'apprentissage des adultes; cet état de fait n'est plus acceptable.

Heureusement, certains grands services et académies de police canadiens ont récemment engagé des spécialistes de la formation des adultes pour concevoir des programmes et contribuer à la prestation d'une formation adaptée aux apprenants adultes. Un concepteur de programme qualifié tire parti du virage de l'approche traditionnelle, qui consistait à présenter le contenu et l'information, vers une approche visant à changer la pensée et le comportement des apprenants et à aider le personnel policier à acquérir et à appliquer de nouvelles compétences. Voilà ce qui est essentiel pour modifier la culture et la pratique.

Abstraction faite de ce qui précède, le personnel policier choisi pour éduquer et former ses collègues doit avoir l'expérience et l'attitude requises, et les instructeurs doivent aussi avoir de la crédibilité. Cet aspect est important dans la culture professionnelle policière, mais aussi en général, car c'est la nature humaine d'accepter plus facilement l'information, et d'y répondre, si la personne qui la communique est perçue comme crédible. Par exemple, les agents qui ne considèrent pas les interactions avec les personnes atteintes de maladies mentales comme du travail policier « véritable » peuvent ne pas avoir été suffisamment formés pour comprendre leur rôle ainsi que la maladie mentale et les tactiques nécessaires pour résoudre les interactions avec ces personnes (Borum, 2000). Les agents de ce type ne seraient pas des formateurs ou instructeurs appropriés pour la formation visée par notre étude. Ce qu'il faut, ce sont des instructeurs crédibles communiquant des messages qui favorisent la pensée positive au sujet de la maladie mentale. Peu importe la durée du cours ou l'instructeur, si la formation ne traite pas des questions de stigmatisation et de préjugés, le changement culturel souhaité ne pourra s'opérer.

Même si toutes les matières abordées dans la formation policière en santé mentale doivent être présentées par des instructeurs compétents qui utilisent les méthodes didactiques appropriées, la formation en recours à la force est particulièrement importante. En effet, il importe de faire appel à un formateur qui a des connaissances spécialisées en la matière et qui comprend aussi la valeur des pratiques policières nécessaires pour éviter d'aggraver les situations tendues et préférentiellement les désamorcer.

Le gouvernement de la C.-B. et le JIBC ont mis en place un processus encourageant qui a permis non seulement d'arrêter les critères de sélection des instructeurs sur le recours à la force, mais aussi d'élaborer le *Certified Use of Force Instructor Course* (CUFIC). Les objectifs du cours sont de prodiguer à tous les participants

les connaissances, les compétences et les attitudes requises pour enseigner, évaluer et certifier les agents et s'assurer qu'ils ont aussi les connaissances, les compétences et les attitudes voulues, sur les plans juridique, éthique, sécuritaire et tactique, pour :

- choisir le niveau de force requis pour protéger le public, le sujet et eux-mêmes et formuler le raisonnement qui a influencé leurs décisions d'intervention;
- appliquer judicieusement le degré de force nécessaire pour obtenir la conformité du sujet en préservant sa dignité humaine, en usant de compétences professionnelles et en faisant preuve d'intégrité et de respect mutuel.

Au moment de notre étude, la sélection des instructeurs appropriés et leur certification subséquente étaient mises à l'essai dans un projet pilote. Le programme CUFIC, qui combine la désescalade et le désamorçage à la formation traditionnelle sur le recours à la force, promet car il fera en sorte que des instructeurs compétents forment le personnel policier à la résolution de crises et au continuum du recours à la force essentiel. Ainsi, les instructeurs seront en mesure de prodiguer non seulement des connaissances spécialisées sur le recours à la force, mais aussi le « savoir-faire » essentiel pour minimiser ce recours. Une fois le projet pilote sur le CUFIC terminé, le cours sera adopté à titre de norme policière dans la C.-B.

Même si cela n'est pas directement lié à la formation policière en santé mentale, il convient de souligner que le service de police de Calgary prépare les agents scolaires à « enseigner » aux apprenants en utilisant le module de formation des formateurs sur les relations saines du Réseau de promotion des relations et d'élimination de la violence (PREVNet)⁷¹. Les exemples ci-dessus du JIBC et de la police de Calgary dénotent une tendance favorable dans les services de police qui s'emploient à mieux préparer les agents à la fonction d'instructeur.

Un fait notable dans la documentation est que le personnel de santé mentale devrait collaborer à la conception du contenu de la formation pour le personnel policier et à sa présentation. Par exemple, Reuland et Schwarzfild (2008) ont recommandé de mettre en place un « comité de planification multidisciplinaire pour discuter de toutes les questions relatives à la planification du programme, y compris la formation » (p. 4) et pour déterminer la composition de l'équipe de formation. Lamb et coll. (2002) ont soutenu que le processus d'apprentissage le plus efficace, afin de préparer les agents au contact avec les personnes atteintes de maladies mentales, est celui qui est dirigé à la fois par les services de police et les professionnels de la santé mentale et qui compte des membres de ces deux groupes.

De plus, concernant la prestation, la documentation indique clairement qu'il importe aussi d'inclure une personne ayant une maladie mentale ou un membre de sa famille. Par exemple, Pinfold et coll. (2003), citant Guynan, Daily, Spaulding, Garbin et Sullivan (1994); Angermeyer et Matschinger (1996); et Corrigan, Green, Lundin, Kubiak et Penn (2001), ont soutenu qu'une « stratégie

constamment efficace pour améliorer la compréhension publique est [...] le contact personnel avec une personne souffrant d'un trouble mental, ce qui offre une expérience crédible et positive pour dissiper les mythes et les stéréotypes grâce à des expériences directes » (p. 337). Ils ont conclu qu'en définitive, les agents étaient mieux informés et avaient gagné en confiance pour les contacts futurs avec les personnes atteintes de maladies mentales.

13. Quelles méthodes et techniques didactiques sont nécessaires?

A : Conception et prestation de la formation

Reuland et Schwarzfild (2008)⁷² ont souligné que bien que la formation soit un élément essentiel des interactions policières avec les personnes ayant une maladie mentale, elle « doit faire plus qu'informer les participants, elle doit également les *transformer* » (p. 2). D'ailleurs, la formation doit être conçue pour concorder avec la culture organisationnelle envisagée et les pratiques du service de police. Reuland et Schwarzfild (2008) ont signalé que les formateurs ou animateurs en santé mentale doivent faire attention de ne pas trop mettre l'accent sur des diagnostics précis et ainsi perdre l'attention du personnel policier. L'objectif de l'apprentissage est de faire en sorte que les agents comprennent et reconnaissent les symptômes afin de mieux résoudre les problèmes et, le cas échéant, de faire un aiguillage adéquat vers les ressources communautaires.

Lamb et coll. (2002) ont également averti que l'éducation et la formation ne sont pas suffisantes en soi pour l'apprentissage du recours à la force, y compris la force létalement ni, au niveau opérationnel, la mise en place des équipes mobiles d'intervention d'urgence sans modifier le programme des académies de police. Ainsi, la résolution visant à améliorer les interactions policières avec les personnes atteintes de maladies mentales va au-delà de l'éducation seulement. Une *approche systémique* est nécessaire pour parvenir aux changements durables souhaités des attitudes et donc, de la culture professionnelle et organisationnelle ainsi que des pratiques.

La méthode d'apprentissage par jeux de rôle ne convient pas à tous les apprenants ni à toutes les situations. Néanmoins, les jeux de rôle élaborés par le Dr Silverstone, un psychiatre, conjointement avec la police d'Edmonton, semblent réussir à améliorer l'expérience d'apprentissage du personnel policier (Silverstone et coll., 2013). De plus, quoique des chercheurs tels que Vermette et coll. (2005) aient constaté que les agents de police ne valorisaient pas les jeux de rôle, Reuland (2004) a observé que la formation en intervention d'urgence comprenait souvent des exercices de jeux de rôle. Même si elles ne sont pas toujours populaires auprès du personnel policier, Reuland et Schwarzfild (2008) ont suggéré

⁷¹ Renseignements consultables à : <http://www.prevnet.ca/fr>.

⁷² Quoi qu'il en soit, *Improving Responses to People with a Mental Illness: Strategies for Effective Law Enforcement Training* (Reuland et Schwarzfild, 2008) a été élaboré pour le contexte américain, mais peut servir de base utile pour structurer la formation policière canadienne sur les interactions avec les personnes atteintes de maladies mentales.

⁷³ La formation expérientielle s'entend d'activités structurées conçues pour permettre aux apprenants d'apprendre par l'expérience (Reuland et Schwarzfild, 2008).

que les techniques d'apprentissage expérientielles⁷³ devraient être incluses dans l'apprentissage, telles que :

- les jeux de rôle;
- les visites sur place;
- les témoignages des utilisateurs des services et des membres de leur famille;
- les exercices de simulation (p. 18).

14. Qui devrait recevoir l'éducation et la formation?

A : Groupes cibles de la formation policière en santé mentale

Les méthodes de conception et de prestation de la formation sur les interactions policières avec les personnes atteintes de maladies mentales seront fonction de la composition du groupe cible. Il est bien sûr essentiel de déterminer la composition du groupe cible de l'apprentissage, c.-à-d. les participants. Par le passé, la formation policière en santé mentale était seulement offerte aux agents de police. Toutefois, la documentation montre clairement que l'éducation et la formation sur les interactions policières avec les personnes atteintes de maladies mentales ne doivent pas se limiter aux seuls agents. Elles doivent inclure à tout le moins l'ensemble du personnel policier qui entre ou peut entrer en contact avec ces personnes. Schwarzfeld, Reuland et Plotkin (2008)⁷⁴ ont affirmé catégoriquement que :

[...] tout le personnel d'application de la loi, qui répond à des incidents dans lesquels la maladie mentale d'un individu semble être un facteur, doit suivre une formation pour le préparer à ces rencontres; les personnes ayant des affectations spécialisées reçoivent une formation plus complète. Les répartiteurs, les téléphonistes et les autres employés de soutien reçoivent une formation adaptée à leurs besoins. (p. 3)

D'ailleurs, Reuland et Schwarzfeld (2008) ont précisé que le personnel de supervision et de soutien, dont les gestionnaires intermédiaires et les agents de formation sur le terrain⁷⁵, doit également être formé afin de seconder les premiers intervenants policiers et de faciliter les résolutions réussies. On peut aussi ajouter le personnel de la « réception » ainsi que les employés des services aux victimes et les bénévoles. La documentation est également claire sur le fait que le groupe cible doit inclure le personnel local en santé mentale qui travaille ou travaillera en collaboration avec le personnel policier.

Bien que la formation interne de certaines organisations policières canadiennes, visée par notre étude, soit destinée à du personnel policier autre que les agents, beaucoup d'organisations n'incluaient pas ce personnel. Cependant, quelques modèles canadiens émergents ciblent un groupe élargi de personnel policier, autre que seulement les premiers intervenants. Comme décrit dans le résumé de la formation interne, plusieurs organisations policières au Canada offrent une formation au personnel autre que les agents. Les services de police d'Angleterre et du Pays de Galles incluent les négociateurs policiers des situations de crise, les commandants du lieu de l'incident et les agents aux armes à feu désignés, dont ceux de l'équipe d'intervention d'urgence ou des armes spéciales et tactique (SWAT)⁷⁶. Ces exemples dénotent de sages décisions et devraient être encouragés (Coleman et Cotton, 2010b).

B : Enseignement postsecondaire

Bien qu'il soit dans une certaine mesure périphérique à la discussion sur la formation interne, l'examen de la documentation traitant de l'éducation postsecondaire du personnel policier peut être utile. Alors que l'enseignement postsecondaire n'est généralement pas un préalable de l'embauche des policiers au Canada, les recherches laissent entendre qu'un candidat dont le niveau de scolarité est plus élevé sera probablement, à bien des égards, mieux préparé aux fonctions policières, ce qui comprend la façon d'interagir avec les personnes ayant une maladie mentale.

LaGrange (2003) a postulé que la pratique policière contemporaine dans les centres urbains supposait « un exercice d'équilibre délicat dans un monde très diversifié et complexe, où les agents de police doivent comprendre les forces sociales en jeu, l'éthique » (p. 91) et les subtilités de la législation applicable. De nombreux chercheurs⁷⁷, cités par LaGrange (2003), ont noté que l'éducation universitaire entraînait une meilleure appréciation des problématiques éthiques inhérentes à la pratique policière et une compréhension accrue des complexités juridiques et sociales. Par exemple, les études ont démontré que lorsque les policiers sont moins autoritaires, du fait d'une plus grande sensibilité découlant de meilleures connaissances et compréhension, les services de police reçoivent moins de plaintes de citoyens concernant la conduite des agents. Généralement, LaGrange a conclu, d'après la preuve, qu'une scolarité supérieure entraîne une « approche moins dogmatique, plus professionnelle du travail policier » (p. 88). Cela est corroboré par une méta-analyse qui conclut que l'éducation supérieure « est un indicateur prévisionnel valide » du rendement élevé des policiers « sauf en ce qui concerne les mentions élogieuses et les blessures » (Aamondt, 2004, p. 51).

⁷⁴ Il s'agit d'une source utile et recommandée sur la formation requise sur les interventions et les interactions des policiers visant les personnes atteintes de maladies mentales.

⁷⁵ Les agents de formation sur le terrain sont des policiers expérimentés affectés pour encadrer les nouveaux agents et les familiariser à différentes situations auxquelles fait face la police. La période d'encadrement varie d'une organisation policière à l'autre, soit de quelques jours ou semaines à au plus six mois.

⁷⁶ Les équipes policières d'intervention d'urgence, qui sont responsables de régler les incidents « à risque élevé » ou présentant un risque de violence, sont désignées de différentes façons. Les deux appellations les plus communes sont équipe d'intervention d'urgence (EIU) ou équipe des armes spéciales et tactique (SWAT).

⁷⁷ Par exemple, Lynch, 1976; Tyre et Braunstein, 1992; Cascio et Real, 1976; Finckenauer, 1975; Gross, 1973; Reed, 1988; Roberg, 1978; Smith, Locke et Fenster, 1970; Feldman et Newcomb, 1994; Carter et Sapp, 1989; Kappeler, Sapp et Carter, 1992.

Abstraction faite de certains importants avantages relevés, Rydberg et Terrill (2010) ont précisé que les « études collégiales⁷⁸ ne permettent [pas] d'améliorer toutes les complexités du pouvoir discrétionnaire des policiers » (p. 114). Cependant, la conclusion suivante de Rydberg et Terrill (2010) est pertinente pour notre étude : « les études collégiales [...] réduisent sensiblement la probabilité du recours à la force » (p. 92). Cette conclusion trouve écho chez Aamondt (2004), McElvain et Kposowa (2008), et Terrill et Mastrofski (2002).

En ce qui concerne les interactions policières avec les personnes atteintes de maladies mentales, LaGrange (2003) a noté, dans un service de police américain⁷⁹, que même si les interventions étudiées étaient dans l'ensemble de nature comparable, les résultats rapportés différaient en fonction du niveau d'éducation des agents. Spécifiquement, même compte tenu d'autres facteurs, les agents ayant fait des études universitaires étaient statistiquement plus portés à faire des « recommandations psychiatriques » que leurs collègues moins scolarisés (LaGrange, 2003). En comparaison des agents ayant fait des études universitaires, ceux ayant un niveau de scolarité plus faible étaient plus susceptibles de mettre une personne en état d'arrestation et de traiter les incidents de façon non officielle.

Tandis que le débat persiste quant aux avantages d'une éducation universitaire pour le travail des policiers, l'ensemble des témoignages semble plutôt positif. Les services ou les académies de police, qui comptent sur une éducation obligatoire préalable à l'embauche ou à l'admission à l'académie, peuvent vouloir s'assurer que les compétences comportementales et techniques liées au travail auprès de personnes atteintes de maladies mentales sont comprises dans le cursus postsecondaire souhaité ou obligatoire avant d'embaucher les candidats. Comme le confirment les constatations de recherche, l'éducation supérieure préalable à l'embauche, combinée à un profil de compétences comportementales appropriées, servirait de base utile à la conception de la formation et du perfectionnement subséquents à l'embauche, qui sont essentiels aux interactions entre les policiers et les personnes atteintes de maladies mentales.

C : Sélection du « bon » personnel

Bien que cela déborde en quelque sorte la portée de notre étude, il importe de noter qu'il est plus probable que la formation et l'éducation soient efficaces si le « bon » personnel policier est engagé au départ. Il existe une abondante documentation sur la sélection et le recrutement des agents de police. De nombreuses organisations, dont le Conseil sectoriel de la police du Canada⁸⁰, ont dressé des profils de compétences pour différents postes et niveaux dans les services de police. Bien qu'aucune compétence ne concerne particulièrement la capacité de travailler avec des personnes atteintes de maladies mentales, de nombreuses compétences sont néanmoins pertinentes, notamment l'adaptabilité, la reddition de compte éthique et la responsabilité, la communication interactive, la résolution de problèmes, l'établissement de relations. Les organisations policières ont intérêt à inclure dans leur processus de sélection l'évaluation des

attitudes préexistantes et des interactions avec les personnes atteintes de maladies mentales.

Une organisation policière sondée a indiqué qu'une façon d'assurer que les candidats sont informés de l'importance de ce domaine pour le travail policier, ainsi que de réduire les demandes de formation auprès des académies et des services de police, est d'exiger que les aspirants policiers terminent un cours équivalent à Premiers soins en santé mentale (PSSM) avant de postuler un emploi, au même titre que la majorité des services exigent des postulants un certificat en secourisme et en réanimation cardiopulmonaire avant qu'ils présentent une demande d'emploi.

15. Conclusion

L'amélioration nécessaire des interactions avec les personnes ayant une maladie mentale est une priorité du système de justice pénale, particulièrement pour les agents de police dans leur rôle de premier intervenant. Le chef Jim Chu, président de l'ACCP, a fait savoir qu'« améliorer la qualité des interactions et des résultats pour les personnes atteintes de maladies mentales ainsi que de la police et des systèmes de justice pénale, de santé mentale et de services à la personne constitue notre principale priorité » (Chu, 2013). Il a ajouté qu'un objectif de l'ACCP était de promouvoir la formation multidisciplinaire collaborative à l'appui de ces pratiques.

Malgré que l'éducation et la formation du personnel policier ne peuvent à elles seules apporter les améliorations à cet égard et qu'une approche systémique est cruciale, comparativement aux 10 ou 12 dernières années, il y a actuellement de nombreux services et académies de police au Canada qui offrent une formation en santé mentale d'une forme ou autre. Dans notre étude, il n'a pas été possible—ni particulièrement utile—d'examiner chaque cours en détail. Certains cours donnent une formation modifiée en intervention d'urgence, alors que d'autres s'inscrivent dans des programmes internes qui sont basés sur les perceptions locales des besoins. D'après les examens de la documentation et des programmes, il ne semble pas y avoir de nouvelle information substantielle sur le contenu des programmes d'éducation et de formation qui appuierait le perfectionnement du cadre TEMPO. Il est cependant apparent que des modifications sont nécessaires. Dans cette optique, malgré que les répondants au sondage de 2014 connaissent relativement peu le cadre TEMPO, il demeure dans l'ensemble un cadre utile et détaillé.

Quel que soit le programme d'éducation ou de formation, le contenu similaire à celui de la formation en intervention d'urgence semble, d'après les recherches existantes, pouvoir modifier les comportements des policiers et améliorer les résultats des interactions avec les personnes ayant une maladie mentale. Cela dit, il n'existe pas d'études fondées sur des données, y compris au Canada, qui offrent une orientation au sujet des composantes d'éducation et de formation ou des modalités d'apprentissage les plus efficaces. On relève cependant une preuve croissante que l'éducation et la formation en général comportent des effets bénéfiques, notamment l'accroissement de la patience, la réduction du recours à la force et l'amélioration des attitudes.

⁷⁸ Les collèges américains décernent les grades universitaires.

⁷⁹ Ce service compte 156 patrouilleurs.

⁸⁰ <http://www.policecouncil.ca/wp-content/uploads/2013/04/Competency-Based-Management.jpg>.

L'absence d'évaluation rigoureuse au Canada peut s'expliquer en partie par l'insuffisance de ressources adéquates pour entreprendre de telles études ou par la non-reconnaissance par les chefs policiers de l'importance des évaluations approfondies. Quoi qu'il en soit, une recherche est nécessaire pour déterminer l'efficacité des différents programmes d'éducation et de formation servant à préparer le personnel policier aux interactions avec les personnes atteintes de maladies mentales.

La documentation montre aussi clairement que l'éducation et la formation, bien qu'importantes pour l'opérationnalisation des stratégies d'une organisation, ne peuvent à elles seules modifier l'orientation et la culture organisationnelles lorsque ces stratégies sont inadéquates. Des changements structurels et systémiques doivent être apportés pour s'assurer que les stratégies de conception et de prestation des programmes d'éducation et de formation sont les bonnes pour parvenir aux résultats souhaités.

Dans la plupart des sociétés, y compris au Canada, il persiste une stigmatisation profonde associée à la maladie mentale et souvent un manque de volonté de reconnaître ou de traiter la discrimination qui en découle. L'expérience des auteurs de cette étude, et de plusieurs collègues des services de police, de la communauté et des services en santé mentale, ainsi que des personnes ayant un vécu de maladie mentale et de leur famille, est que la stigmatisation liée à la maladie mentale, et donc à l'égard de ces personnes, demeure présente dans les services de police. Tandis que cette constatation ne s'applique pas à tout le personnel policier, sa présence est telle qu'elle suscite des préoccupations et doit donc être une priorité en matière d'éducation et être intégrée au cursus des organisations policières.

Dans notre étude, il a été par exemple troublant de constater les opinions et les attitudes négatives de certains *instructeurs en recours à la force*. Il est cependant difficile de déterminer l'ampleur de telles attitudes à l'échelle des organisations policières au Canada. Pourtant, les dirigeants de police doivent porter une attention particulière à l'enseignement du recours à la force, à la conception et au contenu du programme ainsi qu'au choix des instructeurs de ce sujet. Particulièrement, il y a lieu de se poser la question suivante : Abstraction faite de certains cas, dont la formation en intervention d'urgence de la C.-B., les techniques de désamorçage et de désescalade de situations sont-elles enseignées de manière suffisante ou en employant des méthodes appropriées?

Il semble, par exemple, que dans certains cas, le personnel policier qui intervient dans une crise comportant un danger réel ou perçu n'applique pas les techniques appropriées de communication et de désescalade qu'on lui a apparemment enseignées. S'agit-il d'un problème d'assimilation de la matière ou d'application de l'apprentissage? Est-ce un effet de la crise à laquelle il est confronté ou parce que l'enseignement de ces techniques n'était pas adapté aux destinataires et aux circonstances? Par exemple, les méthodes de formation et d'apprentissage des adultes étaient-elles intégrées à la conception, à la prestation et au suivi des activités d'apprentissage? Une étude ultérieure est nécessaire pour répondre à ces questions.

Bref, par contraste aux rapports de 2008 et 2010, notre étude en 2014 a relevé la préoccupation claire de certaines académies et organisations policières, du fait du caractère critique de l'enseignement adéquat et de la désescalade et du désamorçage des situations de crise afin de pouvoir réduire le recours à la force. À cet égard, notre étude a reconnu la nécessité de la requalification périodique concernant les « compétences générales » en gestion de crise et les « compétences spécialisées » en recours à la force, qui dans certains cas a été adoptée. De plus, il semble qu'on accorde plus d'importance dernièrement à des compétences et attitudes précises, plutôt qu'à l'acquisition de connaissances factuelles seulement, ainsi qu'aux troubles autres que psychotiques, comme c'était le cas par le passé. Dans l'ensemble, notre étude a révélé ce qui suit :

- Il est toujours difficile d'évaluer de façon significative les programmes de formation et d'éducation. Comme l'ont observé Watson et coll. (2008), il y a des raisons variées pour lesquelles une évaluation directe demeure problématique. Selon certaines indications cependant, les réponses comportementales ont changé, ce qui est encourageant. Ce qui étonne quelque peu, c'est que malgré le fait que les organisations policières se fient généralement aux sondages communautaires et aux perceptions du public, elles ne semblent pas avoir entrepris de travail, découlant de ces perceptions, pour déterminer la capacité des agents locaux d'interagir de manière adéquate avec les personnes ayant une maladie mentale.

Étant donné le lien entre la confiance que témoignent les personnes atteintes de maladies mentales à la police et leur tendance à résister ou à coopérer avec celle-ci, dont il a été question ci-haut, un changement dans les attitudes du public et de la police pourrait bien constituer un indicateur prévisionnel de résultats améliorés. Pour autant qu'on puisse en juger, à l'exception du projet de recherche approfondie mené par la CSMC en C.-B. en 2011⁸¹, aucune autre organisation n'a entrepris de travail en ce sens.

- On constate aussi une tendance d'intégrer les programmes de formation aux vastes stratégies exhaustives de la police visant à améliorer les interactions avec le système de santé mentale et les individus présentant des troubles mentaux.
- Il faut continuer de cibler les attitudes, les comportements et les problèmes liés à la stigmatisation, au lieu de simplement se fier aux données factuelles sur les diagnostics, les signes et les symptômes de maladies mentales. Une preuve préliminaire montre que l'attention portée aux attitudes et aux suppositions peut accroître la probabilité que la police utilise les connaissances factuelles existantes de manière appropriée.
- Selon certaines indications, des organisations policières intègrent la formation en santé mentale à d'autres aspects de l'apprentissage du personnel policier, comme la formation offerte aux commandants et aux négociateurs des situations d'urgence, ainsi qu'à la formation en recours à la force.
- Il existe plusieurs modules de formation particuliers, en plus du cours reconnu du RCSP, que les services de police peuvent

⁸¹ Étude de la CSMC en C.-B. (Brink et coll., 2011).

adopter, sous forme « prêts à l'usage » dans une approche globale mixte de formation en santé mentale.

- La preuve préliminaire démontre que le recours aux méthodes de formation policière non traditionnelles, comme les simulations, serait utile en complément de la formation en personne sur ce sujet.

Ce qui ressort clairement de la documentation, et qu'ont plus ou moins intégré certains programmes de formation examinés dans notre étude, est que l'éducation et la formation pour préparer le personnel policier doivent à tout le moins aborder les sujets suivants :

- la justice en matière de procédure;
- la stigmatisation et les attitudes chez le personnel policier;
- la désescalade et le désamorçage des situations d'urgence;
- les résultats souhaités des interactions avec les personnes atteintes de maladies mentales;
- la participation significative des personnes ayant un vécu de maladie mentale et de leur famille à la conception et à la prestation de l'éducation et de la formation des policiers;
- le caractère critique de l'évaluation rigoureuse de la formation de base et interne, afin d'en déterminer l'efficacité.

Bien que des changements et des améliorations considérables aient été apportés, nos conclusions démontrent qu'il y a lieu d'améliorer certains aspects de la formation policière sur les interactions avec les personnes ayant une maladie mentale.

CHAPITRE 6

RECOMMANDATIONS PRINCIPALES

Après avoir examiné les conclusions émanant de la révision de la documentation, passé en revue les programmes d'apprentissage des policiers au Canada, aux États-Unis, au Royaume-Uni et en Australie, et avoir directement communiqué avec divers professionnels des services de police et de la santé mentale, les principales recommandations⁸² suivantes ont été formulées pour mieux préparer le personnel policier au contact avec les personnes atteintes de maladies mentales.

Recommandation 1 : *Élaborer un cadre de travail pour la conception et la prestation de la formation*

Malgré les nombreux éléments importants de la conception et de la prestation de la formation policière en santé mentale, on devrait miser sur :

- la sensibilisation à la non-stigmatisation qui remet en question les comportements menant à des actions discriminatoires;
- les techniques de désescalade et de désamorçage dans les interactions avec les personnes atteintes de maladies mentales au moyen de communications verbales et non verbales efficaces;
- la prise de décisions éthiques, la protection des droits de la personne et la responsabilité sociale.

Recommandation 2 : *Revoir le cursus*

Il convient, à tout le moins, que les objectifs du cursus⁸³ nécessaire à la préparation du personnel policier aux interventions auprès des personnes atteintes de maladies mentales soient :

DE COMPRENDRE :⁸⁴

- l'importance d'adhérer aux éléments fondamentaux de la pratique policière contemporaine, tels que :
 - l'approche axée sur l'utilisateur des services;
 - la justice en matière de procédure;
 - l'établissement de liens;
 - une approche basée sur les résultats;
 - une approche fondée sur des services multiples.

- le rôle du personnel policier dans les interactions avec les personnes atteintes de maladies mentales;
- le rôle des professionnels de la santé mentale, du soutien familial et communautaire dans les interactions des policiers avec les personnes atteintes de maladies mentales, en conformité avec une *approche systémique*.

DE COMPRENDRE :

- les symptômes tels que les hallucinations, les idées délirantes, la paranoïa, les désordres cognitifs, les troubles de l'humeur, les déficiences intellectuelles, les troubles de la mémoire, les désinhibitions, les troubles comportementaux et les autres signes et symptômes qui peuvent accompagner les principales maladies mentales et leurs problèmes associés⁸⁵;
- la connaissance de la maladie mentale de façon suffisante pour être en mesure d'évaluer son influence possible sur le comportement d'une personne et sa capacité de comprendre les demandes ou les instructions d'un policier et de s'y conformer;
- l'influence réciproque entre la culture, la race, le genre et d'autres caractéristiques propres à chaque personne qui affectent les expériences liées à la maladie mentale.

DE COMPRENDRE :

- l'importance de favoriser les liens efficaces entre les services de police et les organismes de santé mentale;
- l'importance des protocoles de partage d'informations entre les services de police et les organismes de santé mentale;
- la législation sur la santé mentale en vigueur à l'échelon local de manière suffisante pour prendre les mesures voulues au besoin;
- les autres législations pertinentes, y compris celles qui définissent les droits à la protection de la vie privée et les droits de la personne;
- la fonction des organismes locaux de santé mentale et leurs options, en sachant où et comment appeler pour obtenir une consultation ou de l'aide ou pour y aiguiller une personne ayant une maladie mentale;

⁸² Diverses questions soulevées dans le rapport méritent qu'on leur accorde de l'attention et qu'on prenne des mesures. Cette section en regroupe celles qui ont été considérées comme étant les principales recommandations de l'étude.

⁸³ Le cursus s'applique à l'intégralité de la formation sur les interactions policières avec les personnes atteintes de maladies mentales, y compris la formation de base et interne.

⁸⁴ Note : le mot « comprendre » est employé au sens large pour refléter non seulement une connaissance factuelle ou théorique du sujet, mais aussi la capacité d'appliquer cette connaissance et d'accomplir les tâches associées à sa compréhension.

⁸⁵ Comme mentionné, la formation devrait être axée sur les signes et les symptômes des problèmes de santé mentale plutôt que sur les systèmes de classification et les diagnostics.

- les politiques et procédures organisationnelles des services de police qui sont pertinentes pour les interactions entre les policiers et les personnes atteintes de maladies mentales.

DE COMPRENDRE :

- la façon d'appliquer efficacement les aptitudes en communication et les techniques de désescalade pour désamorcer et calmer les situations mettant en cause les personnes atteintes de maladies mentales;
- la façon de déterminer dans quelle mesure les personnes atteintes de maladies mentales peuvent comprendre les instructions du personnel policier et s'y conformer;
- les procédures et pratiques policières standards qui servent normalement à désarmer une personne non atteinte d'une maladie mentale, à assurer sa coopération et à stabiliser la situation, peuvent avoir l'effet contraire sur une personne atteinte d'une maladie mentale en état de crise.

DE COMPRENDRE :

- la relation entre la maladie mentale et sa dangerosité;
- comment pouvoir évaluer de façon raisonnablement précise le risque de suicide, gérer la situation ou intervenir au moment opportun.

DE COMPRENDRE :

- comment adapter la prise de décisions de façon appropriée, à savoir quand appréhender une personne, la mettre en état d'arrestation, opter pour la déjudiciarisation ou la référer ou quand chercher des solutions supplémentaires;
- la façon de résoudre les problèmes dans le milieu de la police et de la santé mentale;
- la capacité de prendre des décisions éthiques.

Recommandation 3 : Sélection des formateurs, animateurs et instructeurs

- d. Les formateurs, animateurs et instructeurs judicieusement sélectionnés ont de l'expérience et de l'expertise en la matière, en plus d'avoir été formés en animation ou en formation d'apprenants adultes.
- e. Les formateurs en recours à la force sont judicieusement sélectionnés, formés, certifiés et surveillés pour faire en sorte que toute la formation en recours à la force concilie l'apprentissage des aptitudes en communication verbale et en désescalade et des aptitudes techniques de recours à la force.
- f. Les organisations policières ayant adopté un modèle structuré d'intervention policière auprès des personnes atteintes de maladies mentales doivent inclure des membres des équipes d'intervention à titre de formateurs, d'animateurs ou d'instructeurs de la formation policière en santé mentale.

Recommandation 4 : Gestion des ressources humaines fondée sur les compétences

- b. La formation en santé mentale du personnel policier pour le préparer aux interactions avec les personnes atteintes de maladies mentales est basée sur un profil de compétences approprié aux exigences professionnelles des policiers assumant ce rôle.

- c. Le développement de compétences techniques et comportementales, relatives aux techniques de communication verbale, de relations interpersonnelles, de résolution ou médiation de conflits, de désescalade, et de prises de décisions éthiques (dont toutes sont requises pour un contact efficace entre la police et les personnes atteintes de maladies mentales), doit être intégré et renforcé dans l'ensemble du programme de formation policière.

Recommandation 5 : Environnement policier sans stigmatisation

- d. Les chefs de police doivent mettre en œuvre dans le milieu de travail des politiques contemporaines sans stigmatisation pour orienter l'éducation et la formation en santé mentale des policiers et les opérations des services.
- e. Les chefs des associations de police provinciales et nationales travaillent de concert avec la Commission de la santé mentale du Canada ainsi qu'avec les organisations en matière de santé mentale telles que l'Association canadienne pour la santé mentale (ACSM) et la Société canadienne de la schizophrénie (SCS) afin de créer un cadre pour un programme de non-stigmatisation à l'intention du personnel policier.
- f. Le programme de non-stigmatisation est une composante clé de la formation policière de base, qui doit être renforcée au cours de la formation interne subséquente.

Recommandation 6 : Attitudes du personnel policier

- a. La formation du personnel policier doit mettre l'accent sur le fait que les interactions avec les personnes atteintes de maladies mentales constituent un « vrai » travail policier.

Recommandation 7 : Éducation et formation sur la désescalade et le recours à la force

- e. La formation policière sur le recours à la force doit être examinée par les académies et les services de police pour s'assurer qu'une période suffisante est consacrée à la compréhension, à l'apprentissage et à la mise en pratique des moyens de résolution de conflits sans recours à la force.
- f. En reconnaissance de l'importance des compétences techniques par rapport au recours à la force, toute la formation sur le recours à la force doit être modifiée pour inclure et mettre en valeur des connaissances sur la maladie mentale et ses symptômes, des communications verbales, des habiletés interpersonnelles et l'exercice des techniques de désescalade.
- g. Les techniques de désescalade, de désamorçage et d'apaisement font l'objet d'une formation de requalification au moins tous les trois ans.
- h. L'apprentissage des techniques de désescalade, de désamorçage et d'apaisement est structuré de manière que le personnel policier doit réussir l'éducation et la formation requises, et qu'un échec doit être suivi d'une formation de recyclage réussie avant tout redéploiement opérationnel.

Recommandation 8 :

Le « bon » apprentissage pour le « bon » personnel

- c. Même si la documentation existante ne fournit pas d'éléments probants pour mettre en œuvre avec confiance un apprentissage « fondé sur des preuves », les chefs de police, les analystes des politiques policières et les éducateurs de police doivent être au fait de la recherche et des progrès en matière d'évaluation afin de modifier les politiques et les programmes en conséquence.
- d. Les organisations policières doivent s'allier aux universités et aux chercheurs afin d'étudier les effets, dans l'environnement opérationnel, de la formation offerte sur les interactions entre les policiers et les personnes atteintes de maladies mentales.

Recommandation 9 :

Conception et prestation de la formation policière

- k. La formation policière doit être conçue et présentée par une combinaison de policiers, d'enseignants aux adultes, de professionnels de la santé mentale, de représentants d'organisations de soutien en santé mentale et de personnes atteintes de maladies mentales. En outre, les personnes qui participent à la conception et à la prestation de la formation doivent, dans la mesure du possible, venir de la localité.
- l. L'ensemble de la formation sur les politiques et pratiques policières et les interactions entre les policiers et les personnes atteintes de maladies mentales doit être axé sur l'utilisateur et respecter les principes de la justice en matière de procédure.
- m. Les services de police et les académies de police doivent utiliser une approche d'apprentissage axé sur les compétences et la résolution de problèmes pour les interactions avec les personnes atteintes de maladies mentales, semblable à celle utilisée par l'École de la GRC.
- n. Les personnes responsables de l'élaboration du programme de formation de base, de même que de l'éducation et de la formation internes, envisagent d'utiliser le cadre TEMPO 2014 comme outil d'analyse des lacunes pour évaluer leur propre programme. En cernant les lacunes et les faiblesses, les concepteurs de programme s'emploient non seulement à les combler, mais aussi peuvent communiquer les forces et les lacunes aux organisations policières qui, en définitive, emploient leurs diplômés.
- o. Les académies de police offrant l'éducation et la formation à plusieurs organisations policières ou services de police maintiennent une communication claire avec les organisations ou détachements qui reçoivent ces programmes afin que les deux parties soient au courant des aspects couverts ou non par la formation offerte aux divers endroits.
- p. Même si les organisations policières croient qu'il est préférable d'aborder les techniques de communication verbale et de désescalade dans des programmes autres que le recours à la force, compte tenu de ce qu'on sait sur la généralisation de l'apprentissage particulièrement en début de carrière, il est impératif d'insister sur les interventions NON physiques et d'inclure dans tous les cours sur le recours à la force des académies des références spécifiques aux suppositions relatives à la maladie mentale et à la dangerosité.

- q. Même s'il n'y a pas de réponse claire à la question : combien d'heures de formation sont suffisantes?, les services dont la formation particulière dans ce domaine est inférieure à 10 heures devraient réviser leur programme pour qu'il soit conforme à la pratique générale au Canada.
- r. Les académies dont la formation repose presque intégralement sur les exposés ont intérêt à envisager des moyens de renforcer l'apprentissage des apprenants en utilisant des méthodes de formation pour adultes, comme les simulations, les scénarios et autre apprentissage expérientiel ainsi que les multimédias et les ressources en ligne.
- s. Puisque l'évaluation de l'apprentissage laisse à désirer, tant l'éducation et la formation de base qu'internes, les programmes de formation policière en santé mentale devraient comprendre une évaluation comportementale des compétences des apprenants et sa réussite devrait être exigée pour qu'un candidat puisse recevoir le diplôme de l'académie.
- t. En raison des liens étroits entre les attitudes, la stigmatisation et les comportements, toutes les académies doivent veiller à intégrer ces enjeux, ainsi que les croyances relatives au lien entre la maladie mentale et à sa dangerosité au programme de formation de base.

Recommandation 10 :

Formation fondée sur des données probantes

- a. Les associations de police nationales et provinciales collaborent avec les organisations appropriées pour produire et conserver des données qui aideront à mieux comprendre la portée et la fréquence des interactions entre les policiers et les personnes atteintes de maladies mentales, de même qu'à évaluer les modèles d'intervention policière auprès de ces personnes et la formation policière en santé mentale.
- b. Les services de police et les associations policières du Canada s'associent à des universitaires et à des chercheurs pour étudier les lacunes des connaissances, notamment celles relevées par la présente étude.

Recommandation 11 : Normes provinciales en matière de services de police

- c. Les gouvernements provinciaux établissent des normes en matière de services de police prévoyant une formation de qualification et de requalification de base et périodique obligatoire pour le personnel policier.
- d. Si l'essai du Certified Use of Force Instructor Course (cours de certification d'instructeur en recours à la force) en C.-B. est concluant, un processus semblable, sinon identique, sera adopté à titre de norme à l'échelle du Canada pour les instructeurs en recours à la force.

Recommandation 12 :

Stratégies, politiques et normes

- c. Les services de police doivent élaborer des politiques, stratégies et procédures appropriées relatives aux contacts entre les policiers et les personnes atteintes de maladies mentales, pour qu'elles servent ensuite à orienter la conception et la prestation de la formation requise.

- d. La conception et la prestation de la formation policière sur les interactions avec les personnes atteintes de maladies mentales sont basées sur une stratégie organisationnelle qui met l'accent sur la nécessité, dans la mesure du possible, de désescalader et de désamorcer les situations de crise par le recours aux communications verbales et non verbales efficaces.

Recommandation 13 :

Partage et diffusion des connaissances

- c. Les services de police, au niveau local, doivent maintenir une « bibliothèque » de ressources à jour et facilement accessible.
- d. Comme l'élaboration et l'utilisation du matériel didactique par les services de police semblent faire l'objet d'une certaine redondance, ces derniers ont intérêt à collaborer pour répertorier les documents et les programmes et pour les partager entre eux.

Recommandation 14: *Apprentissage intégré*

- a. Les chefs de police, en plus des directeurs et gestionnaires des collèges ou académies de police, doivent intégrer, dans l'ensemble de leurs programmes de formation policière, le développement des compétences comportementales requises pour les interactions avec les personnes vulnérables, telles que la communication verbale, les techniques de désescalade, l'établissement de liens et l'apprentissage de la patience.

Recommandation 15:

Formation axée sur l'utilisateur

- c. Il importe d'intégrer au programme les éléments probants qui ressortent concernant les expériences des personnes atteintes de maladies mentales dans les interactions policières et les conseils que celles-ci peuvent offrir aux services de police.
- d. Les services de police doivent consulter les groupes d'utilisateurs et les intervenants locaux ou recueillir leurs problèmes, préoccupations et commentaires au moyen de questionnaires et de sondages et les incorporer dans leur propre programme d'apprentissage et de formation.

L'étude a conclu que, dans l'ensemble, le modèle d'apprentissage TEMPO mis en place en 2010 était solide. Les quelques changements nécessaires se reflètent dans le cadre TEMPO 2014 ci-dessous. Il importe de souligner que ce modèle n'est pas un outil de formation comme tel, mais bien une approche générique pouvant être utile comme cadre d'évaluation du programme de formation policière et moyen d'en cerner les lacunes et comme source d'inspiration pour la conception de nouveaux programmes de formation. Il vise également à aider les organisations policières à améliorer l'intervention auprès des personnes atteintes de maladies mentales et, ce faisant, à contribuer à la sécurité publique.

Recommandation 16 :

Modèle d'apprentissage—TEMPO 2014

On doit encourager les services de police canadiens à adopter, en collaboration avec les professionnels locaux de la santé mentale, le modèle de prestation de l'apprentissage à modules

multiples : Training and Education about Mental Health for Police Organizations (TEMPO) afin d'offrir la formation nécessaire aux policiers pour les préparer à intervenir auprès des personnes atteintes de maladies mentales.

TEMPO 100 :

L'objectif d'apprentissage du niveau TEMPO 100 est de s'assurer que les premiers intervenants des services de police détiennent les connaissances et les compétences suffisantes pour gérer les différents types d'interventions que le personnel policier effectue de façon régulière, et de comprendre à quel moment il doit demander une aide supplémentaire ou, le cas échéant, une intervention plus experte.

TEMPO 101 : Formation policière de base

Un module pour les « nouveaux policiers ou cadets de police » au collège ou à l'académie de police devant couvrir en entier le cursus recommandé. (On estime que ce module devrait durer environ de 35 à 40 heures pour offrir un programme intégré efficace.) Les apprenants reçoivent un renforcement des principaux thèmes abordés au cours de leur formation modifiée recommandée sur le recours à la force, notamment à propos des aptitudes à la communication verbale (voir TEMPO 500).

TEMPO 102 : Policiers recrutés latéralement

Un module d'apprentissage mixte⁸⁶ pour les policiers recrutés latéralement qui n'ont pas déjà suivi la formation policière complète en santé mentale enseignée dans le module TEMPO 101. (On estime que ce module devrait durer environ 15 heures pour offrir un programme intégré efficace.) L'objectif est de permettre à ces policiers de fonctionner au même niveau de compréhension que ceux qui ont suivi cet enseignement lors de la formation de base standard, TEMPO 101. Ce module devrait couvrir en entier le cursus recommandé.

TEMPO 103 : Membres du corps de police et personnel de soutien

Un module d'apprentissage mixte d'un à deux jours pour le personnel comprenant les répartiteurs, les téléphonistes et les superviseurs du centre de communication, le personnel de la « réception » et les employés des services d'aide aux victimes. Ce module devrait couvrir en entier le cursus recommandé.

TEMPO 104 : Transport des délinquants et du personnel de soins aux détenus

Un module d'un jour couvrant les objectifs d'apprentissage du cursus recommandé qui s'adresse au personnel responsable des détenus. Il devrait insister tout particulièrement sur les symptômes des maladies mentales et sur la sensibilisation au suicide dans une situation de travail avec des délinquants tant jeunes qu'adultes.

TEMPO 200:

Le niveau TEMPO 200 requiert un niveau de compétences de base préexistant sur lequel il se fonde, mais il traite d'abord et avant tout des premiers intervenants des services de police. Il vise à répondre au besoin de leur offrir périodiquement la formation de

⁸⁶ L'apprentissage mixte dont il est question dans le rapport a trait à un agencement de formation en ligne et en classe ou d'apprentissage pratique par scénarios.

recyclage ou de requalification des connaissances déjà enseignées et une mise à jour sur les faits nouveaux.

TEMPO 201 : Perfectionnement (durant le service) pour les premiers intervenants des services de police

Un module d'au moins un jour pour :

- o les policiers qui n'ont pas reçu la formation concernant les interventions auprès des personnes atteintes de maladies mentales pendant leur formation de base;
- o la formation de recyclage ou de requalification tous les trois ans environ pour tous les premiers intervenants des services de police.

TEMPO 202 : Agents de formation sur le terrain et policiers-instructeurs ou superviseurs nouvellement promus

Un module de deux jours conçu pour deux groupes cibles :

- les agents de formation sur le terrain et les policiers-instructeurs désignés, pour leur permettre de renforcer l'apprentissage que les « nouveaux » policiers ont reçu pendant leur formation de base;
- les superviseurs nouvellement promus (caporaux et sergents).

TEMPO 300 :

Le niveau d'apprentissage 300 s'adresse au personnel policier dont les tâches sont spécialisées, et requiert ou bien un niveau de connaissances et de compétences plus étendues, ou bien une compréhension globale plus pointue que celle du premier intervenant.

TEMPO 301 : Tâches spécialisées

Un module d'apprentissage pour le personnel, par exemple les policiers négociateurs dans les situations de crise, les commandants sur le lieu de l'incident, les instructeurs de tir ou de recours à la force, les commandants des équipes d'intervention d'urgence ou des armes spéciales ou tactique (SWAT) et les responsables des opérations de sauvetage. (On estime que ce module devrait durer environ 40 heures pour offrir un programme intégré efficace.)

TEMPO 400 :

Le niveau d'apprentissage TEMPO 400 s'adresse aux officiers spécialistes qui fourniront des services experts ou consultatifs relativement au contact entre les policiers et les personnes atteintes de maladies mentales.

TEMPO 401 : Apprentissage avancé pour le personnel policier assigné à une équipe d'intervention conjointe en santé mentale et en services policiers ou pour des spécialistes des services policiers dans le contexte d'une intervention en santé mentale

Ce module intensif devrait couvrir en entier le cursus recommandé. (On estime que ce module devrait durer environ 40 heures pour offrir un programme intégré efficace.) Il devrait également inclure un test de la capacité de présenter des observations de vive voix et par écrit. Outre l'apprentissage

théorique, ce module devrait aussi comporter un apprentissage en milieu de travail sous forme d'un minimum de quatre quarts de travail en situation d'observation avec une équipe d'intervention formée de policiers et de professionnels de la santé mentale, si le service de police en a une, et un minimum de quatre quarts de travail en situation d'observation dans un établissement psychiatrique.

TEMPO 500 :

Module d'apprentissage à insérer dans la « formation » sur le recours à la force.

Il semble que les policiers passent trop peu de temps et ne dépendent pas assez d'énergie au début du continuum du recours à la force avant d'arriver au contact physique. Ce module d'une journée est présenté par du personnel formé et certifié et est conçu pour s'insérer dans la « formation » autonome traditionnellement donnée sur le recours à la force. Il doit compléter et renforcer l'enseignement de tous les autres modules. Même si ce module doit couvrir les objectifs d'apprentissage du cursus recommandé, il insiste particulièrement sur les aspects suivants et, par conséquent, les renforce :

- la compréhension des symptômes tels que les hallucinations, les idées délirantes, la paranoïa, les désordres cognitifs, les troubles de l'humeur, les déficiences intellectuelles, les troubles de la mémoire, les désinhibitions, les troubles comportementaux et les autres signes et symptômes qui peuvent accompagner les principales maladies mentales et leurs problèmes associés;
- une connaissance suffisante des maladies mentales pour pouvoir déterminer dans quelle mesure le sujet est susceptible de contrôler son comportement;
- les aptitudes en communications verbales et non verbales et les techniques de désescalade pour désamorcer et calmer les situations où sont en cause les personnes atteintes de maladies mentales;
- la mesure dans laquelle il est vraisemblable que la personne ayant une maladie mentale est capable de comprendre les instructions données par le policier et de s'y conformer;
- la connaissance du fait que les procédures standards des services de police qui désarmeraient normalement une personne qui n'est pas atteinte d'une maladie mentale, l'amèneraient à coopérer ou stabiliseraient la situation, peuvent avoir l'effet contraire sur une personne atteinte d'une maladie mentale en état de crise;
- la compréhension de la relation entre la maladie mentale et sa dangerosité;
- la capacité d'évaluer de façon raisonnablement précise le risque de suicide, de gérer la situation ou de décider quand intervenir;
- la façon de résoudre les problèmes dans le milieu où les policiers sont en contact avec des personnes atteintes de maladies mentales;
- la capacité de prendre des décisions éthiques et d'exercer le pouvoir discrétionnaire de la police.

BIBLIOGRAPHIE

- Angermeyer, M. et Matschinger, H. (1996). « The effect of personal experience with mental illness on the attitude towards individuals suffering from mental disorders ». *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. V. 31, p. 321-326.
- Angermeyer, M. C., Schulze, B., et Dietrich, S. (2003). « Courtesy stigma: A focus group study of relatives of schizophrenia patients ». *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. V. 38, no 10, p. 593-602.
- Amond, M. (2004). *Research in Law Enforcement Selection*. Boca Raton, FL : BrownWalker Press.
- Adelman, J. (2003). *Study in Blue and Grey: Police Interventions with People with Mental Illness: A Review of Challenges and Responses*. Association canadienne pour la santé mentale, division de la Colombie-Britannique.
- Balkin, J. (1988). « Why Policemen don't like Policewomen ». *Journal of Police Science and Administration*. V. 16, p. 29-38.
- Bahora M., Hanafi, S., Chien, V. H., et Compton, M. T. (2008). « Preliminary Evidence of Effects of Crisis Intervention Team Training on Self-Efficacy and Social Distance ». *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Research*. V. 35, no 3, p. 159-167.
- Bayley, D. H. (1996). « Measuring Overall Effectiveness: or Police Force Show & Tell ». L. T. Hoover (dir.). *Quantifying Quality in Policing*. Washington, PERF, p. 37-54.
- Bell, D. J. (1982). « Policewomen: Myth and Reality ». *Journal of Police Science and Administration*. V. 10, p. 112-120.
- Belleville Police Service. (2007). *Police interactions with emotionally disturbed/mentally ill people: a comprehensive analysis and review*. Belleville, Ontario.
- Bittner, E. (1990). « Some reflections on staffing problem-oriented policing ». *American Journal of Police*. V. 9, no 1, p. 189-196.
- Bloom, H. et Schneider, R. D. (2006). *Mental disorder and the law: a primer for legal and mental health professionals*. Toronto : Irwin Law.
- Borum, R. (2000). « Improving High Risk Encounters between People with a Mental Illness and the Police ». *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*. V. 28, p. 332-337.
- Borum, R., Williams, M., Deans, M. W., Steadman, A. J., et Morrissey, J. (1998). « Police Perspectives on Responding to Mentally Ill People in Crisis: Perceptions of Program Effectiveness ». *Behavioral Sciences and the Law*. V. 16, n° 4, p. 393-405.
- Breci, M. G. (1997). « Female Officers on Patrol: Public Perceptions in the 1990s ». *Journal of Crime and Justice*, V. 20, n° 2, p. 153-165.
- Brief to the Saskatchewan Police Commission: Regarding the Use of Conduct Energy Devices by Municipal Police in Saskatchewan* (CEDs) (août 2009). Regina, Canada, Association canadienne pour la santé mentale, division de la Saskatchewan.
- Brink, J., Livingston, J. D., Desmarais, S. L., Greaves, C., Maxwell, V., Parent, R., et Weaver, C. (2011). *Étude portant sur les perceptions des personnes atteintes de maladies mentales à l'égard de la police et sur leurs interactions avec elle*. Consulté le 20 mars 2014 à : <http://www.mentalhealthcommission.ca/Francais/document/1122/%C3%A9tude-portant-sur-les-perceptions-des-personnes-atteintes-de-maladie-mentale-%C3%A0-%E2%80%99%C3%A9gard>
- Butler, A. L. (2014). *A Qualitative Study of Police Interactions as Perceived by People Living with Mental Disorder*. Thèse de maîtrise inédite. Université Simon Fraser, Burnaby, Colombie-Britannique.
- Canada, K. E., Angell, B., et Watson, A. C. (2010). « Crisis Intervention Teams in Chicago: Successes on the Ground ». *Journal of Police Crisis Negotiations*. V. 10, no 1/2, p. 86-100. DOI : 10.1080/15332581003792070.
- Carter, D. L. et Sapp, A. D. (1990). « The evolution of higher education in law enforcement: Preliminary findings from a national study ». *Journal of Criminal Justice Education*. V. 1, n° 2, p. 59-85.
- Carter, N., Klein, R. et Day, P. (1992). *How Organisations Measure Success: The Use of Performance Indicators in Government*. Londres : Routledge.
- Cascio, W. F. et Real, L. J. (août 1976). « Educational standards for police officer personnel ». *Police Chief*. V. 43, p. 54-55.
- Chen, C., Ou, J.-J., Zhou, J.-S., Zhang, Y.-D., Cai, W.-X., et Wang, X.-P. (2013). « The comparison of disposal attitudes towards forensic psychiatric patients among police officers, psychiatrists and community members in China ». *Journal of Forensic and Legal Medicine*. V. 20, n° 8, p. 986-990. DOI : <http://dx.doi.org/10.1016/j.jflm.2013.08.015>
- Chu, J. (automne 2013). « Message from the President ». *Canadian Police Chief Magazine*, p. 7.
- Coleman, T. G. (2012). *A Model for Improving the Strategic Measurement and Management of Policing: The Police Organisational Performance Index (POPI)*. Thèse de doctorat inédite. Université de Regina, Regina, Saskatchewan.

- Coleman, T. G. et Cotton, D. H. (2010). *Interactions de la police avec les personnes atteintes de maladies mentales : éducation des policiers au sein de l'environnement contemporain des forces policières*. Ottawa : Commission de la santé mentale du Canada. Consulté le 14 février 2014 à : <http://www.mentalhealthcommission.ca/Francais/document/1798/interactions-de-la-police-avec-les-personnes-atteintes-de-maladies-mentales-%C3%A9ducation>
- Coleman, T. G. et Cotton, D. H. (2010a). « Canadian police agencies and their interactions with persons with a mental illness: A systems approach ». *Police Practice and Research: An International Journal*. V. 11, n° 4, p. 301-344.
- Coleman, T. G. et Cotton, D. H. (2010b). « Reducing Risk and Improving Outcomes of Police Interactions with People with Mental Illness ». *Journal of Police Crisis Negotiators*. V. 10, p. 39-57.
- Compton, M. T., Bakeman, R., Broussard, B., Hankerson-Dyson, D., Husbands, L., Krishan, S., et Watson, A. C. (2014a). « The police-based Crisis Intervention Team (CIT) model: I. Effects on officers' knowledge, attitudes, and skills ». *Psychiatric Services*. DOI : 10.1176/appi.ps.201300107.
- Compton, M. T., Bakeman, R., Broussard, B., Hankerson-Dyson, D., Husbands, L., Krishan, S., et Watson, A. C. (2014b). « The police-based Crisis Intervention Team (CIT) model: II. Effects on level of force and resolution, referral, and arrest ». *Psychiatric Services*. DOI : 10.1176/appi.ps.201300108.
- Compton, M. T., Bahora, M., Watson, A., et Oliva, J. (2008). « A Comprehensive Review of Extant Research on Crisis Intervention Team (CIT) Programs ». *The Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*. V. 36, n° 1, p. 47-55.
- Compton, M. T., Demir, B. N., Oliva, J. R., et Boyce, T. (juin 2009). « Crisis intervention team training and special weapons and tactics callouts in an urban police department ». *Psychiatric Services*. V. 60, no 6, p. 831-833.
- Compton, M. T., Esterberg, M. L., McGee, R., Kotwicky R. J., et Oliva, J. R. (août 2006). « Crisis Intervention Team Training: Changes in Knowledge, Attitudes, and Stigma Related to Schizophrenia ». *Psychiatric Services*. V. 57, n° 8, p. 1199-1202.
- Compton, M. T., Demir, B. N., Broussard, B., McGriff, J. A., Morgan, R., et Oliva, J. R. (juillet 2011). « Use of Force Preferences and Perceived Effectiveness of Actions among Crisis Intervention Team (CIT) Police Officers and Non-CIT Officers in an Escalating Psychiatric Crisis Involving a Subject with Schizophrenia ». *Schizophrenia Bulletin*. V. 37, n° 4, p. 737-745.
- Corrigan, P. W., Green, A., Lundin, R., Kubiak, M. A., et Penn, D. L. (2001). « Familiarity with and social distance from people who have serious mental illness ». *Psychiatric Services*. V. 52, n° 7, p. 953-958.
- Cotton, D. (2004). « The attitudes of Canadian police officers toward the mentally ill ». *International Journal of Law and Psychiatry*. V. 27, n° 2, p. 135-146.
- Cotton, D. et Coleman, T. G. (2010). « Canadian police agencies and their interactions with persons with a mental illness: A systems approach ». *Police Practice and Research: An International Journal*. V. 11, n° 4, p. 301-314. DOI : 10.1080/15614261003701665.
- Cotton, D. H. et Coleman, T. G. (2008). *Étude des programmes de formation et d'éducation offerts par les écoles de police aux nouveaux agents de police pour faciliter leur interaction avec des personnes atteintes de maladies mentales*. Ottawa : Commission de la santé mentale du Canada. Consulté le 14 février 2014 à : <http://www.mentalhealthcommission.ca/Francais/document/1121/%C3%A9tude-des-programmes-de-%C2%A0formation-%C2%A0et-d%E2%80%99%C3%A9ducation-offerts-par-%C2%A0les-%C2%A0%C3%A9coles-de-%C2%A0police-aux>
- Course Training Standard: Crisis Intervention and De-escalation (CID) Training*. (2012). Ministère de la Justice de la Colombie-Britannique, Division des services policiers. Victoria, Colombie-Britannique.
- Dalky, H. F. (sous presse). « Mental illness stigma reduction interventions: Review of intervention trials ». *Western Journal of Nursing Research*. DOI : 10.1177/0193945911400638.
- Daniel, A. E. (2004). « Commentary: Decision-making by front-line service providers-attitudinal or contextual ». *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*. V. 32, n° 4, p. 386-389.
- Dantzker, M. L. (1999). *Police Organisation and Management: Yesterday, today and tomorrow*. Boston, MA : Butterworth-Heinemann.
- Dupont, R. et Cochran, S. (2000). « Police response to mental health emergencies: Barriers to change ». *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*. V. 28, p. 338-344.
- Eby, D. R. (2011). *Small town justice: A report on the RCMP in Northern and rural British Columbia*. Vancouver, Colombie-Britannique : British Columbia Civil Liberties Association.
- Ellis, H. A. (2013). « Effects of Crisis Intervention Team (CIT) Training Program upon Police Officers before and after Crisis Intervention Team Training ». *Archives of Psychiatric Nursing*. <http://dx.doi.org/10.1016/j.apnu.2013.10.003>
- Feldman, K. A. et Newcomb, T. M. (1994). *The impact of college on students*. Nouveau-Brunswick, NJ : Transaction Publishers.
- Finckenauer, J. O. (1975). « Higher education and police discretion ». *Journal of Police Science and Administration*. V. 3, n° 4, p. 450-457.
- Fyfe J. J. (1989). « Police/citizen violence reduction project ». *FBI Law Enforcement Bulletin*. V. 58, p. 18.
- Godfredson, J. W., Ogloff, J. R. P., Thomas, S. D. M., et Luebbers, S. (2010). « Police discretion and encounters with people experiencing mental illness: The significant factors ». *Criminal Justice and Behavior*. V. 37, n° 2, p. 1392-1405.
- Godfredson, J. W., Thomas, S. D. M., Ogloff, J. R. P., et Luebbers, S. (2011). « Police perceptions of their encounters with individuals experiencing mental illness: A Victorian survey ». *Australian and New Zealand Journal of Criminology*. V. 44, n° 2, p. 180-195. DOI : 10.1177/0004865811405138.
- Godschalx, S.M. (1984). « Effect of a Mental Health Educational Program upon Police Officers ». *Research in Nursing and Health*. V. 7, p. 111-117.

- Goodman, B., Hinton, C., Stanyon, W., et Tashiro, J. (2009). *Utilisation de la simulation pour favoriser l'apprentissage en matière de maladie mentale chez les policiers : L'impact du réalisme sur le processus d'apprentissage*. Conseil canadien sur l'apprentissage.
- Gray, J. E., Shone, M. A., et Liddle, P. F. (2008). *Canadian Mental Health Law and Policy: 2nd Edition*. Markham, Ontario : LexisNexis.
- Gross, S. (1973). « Higher education and police: Is there a need for a closer look? » *Journal of Police Science and Administration*. V. 1, n° 4, p. 477-483.
- Hanafi, S., Bahora, M., Demir, B. N., et Compton, M. (2008). « Incorporating Crisis Intervention Team (CIT) Knowledge and Skills into the Daily Work of Police Officers: A Focus Group Study ». *Community Mental Health Journal*. V. 44, p. 427-432.
- Hansson, L. et Markstrom, U. (2014). « The effectiveness of anti-stigma intervention in a basic police officer training programme: a controlled study ». *BMC Psychiatry*. V. 14, p. 55.
- Herrington, V. et Pope, R. (2013). « The impact of police training in mental health: an example from Australia ». *Policing and Society: An International Journal of Research and Policy* <http://dx.doi.org/10.1080/10439463.2013.784287>
- Herrington, V., Clifford, K., Lawrence, P. F., Ryle, S., et Pope, R. (décembre 2009). *The Impact of the NSW Police Force Mental Health Intervention Team: Final Evaluation Report*. Charles Sturt University Centre for Inland Health Australian Graduate School of Policing and New South Wales Police. https://www.police.nsw.gov.au/_data/assets/pdf_file/0006/174246/MHIT_Evaluation_Final_Report_241209.pdf
- Heslop, L., Stitt, L., et Hoch, J. S. (2011). *Trends in police contact with persons with mental illness*. London Police Service, London, Ontario. Consulté le 14 mars 2014 à : <http://police.city.london.on.ca/Headlines/ReadMore/MentalIllnessNotes2013.pdf>
- Hoover, L. T. (1996). « Translating Total Quality Management from the Private Sector to Policing ». *Quantifying Quality in Policing*, L. T. Hoover (dir.). Washington : PERF, p. 1-22.
- Husted, J. R., Charter, R. A., et Perrou, M. A. (1995). « California law enforcement agencies and the mentally ill offender ». *Bulletin of the American Academy of Psychiatry and the Law*. V. 23, p. 315-329.
- IACP Initiative: Building Safer Communities: Improving Police Response to Persons with Mental Illness*. (2009). Consulté le 14 février 2014 à : <http://www.theiacp.org/Building-Safer-Communities-Improving-Police-Response-to-Persons-with-Mental-Illness>
- Kaiser, H. A. (2009). « Canadian mental health law: The slow process of redirecting the ship of state ». *Health Law Journal*. V. 17, p. 139-194.
- Kappeler, V. E., Sapp, A. D., et Carter, D. L. (1992). « Police officer higher education, citizen complaints, and departmental rule violations ». *American Journal of Police*. V. 11, no 2, p. 37-54.
- Kennedy, D. M. et Moore, M. H. (1997). « Underwriting the Risky Investment in Community Policing: What Social Science should be doing to Evaluate Community Policing ». *Critical Issues in Policing: Contemporary Readings: Third Edition*. R. G. Dunham et G. P. Alpert (dir.). Prospect Heights : Waveland, p. 469-488.
- Kesic, D., Thomas, S. D. M., et Ogloff, J. R. P. (2013). « Use of nonfatal force on and by persons with apparent mental disorder in encounters with police ». *Criminal Justice and Behaviour*. V. 40, p. 321-337.
- Krameddine, Y., DeMarco, D., Hassel, R., et Silverstone, P. H. « A novel training program for police officers that improves interactions with mentally ill individuals and is cost effective ». *Frontiers in Psychiatry*, V. 4, p. 9. DOI : 10.3399/fpsyty 2013.00009.
- LaGrange, T. C. (2003). « Role of Police Education in Handling Cases of Mental Disorder ». *Criminal Justice Review*. V. 28, n° 1, p. 88-112. NCJ201941.
- Lamb, H. R., Weinberger, L. E., et DeCuir, W. J. Jr. (2002). « The Police and Mental Health ». *Psychiatric Services*. V. 53, n° 10, p. 1266-1271.
- Lind, E. A. et Tyler, T. R. (1988). « Procedural justice in organizations ». E. A. Lind et T. R. Tyler (dir.). *The social psychology of procedural justice*. New York : Plenum, p. 173-202.
- Livingston, J. D., et Boyd, J. E. (2010). « Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: A systematic review and meta-analysis ». *Social Science & Medicine*. V. 71, no 12, p. 2150-2161. DOI : 10.1016/j.socscimed.2010.09.030.
- Livingston, J. D., Desmarais, S. L., Greaves, C., Parent, R., Verdun-Jones, S., et Brink, J. (2013). « What influences perceptions of procedural justice among people with mental illness regarding their interactions with the police? » *Community Mental Health Journal*. DOI : 10.1007/s10597-012-9571-5.
- Livingston, J. D., Desmarais, S. L., Verdun-Jones, S., Parent, R., Michalak, E., et Brink, J. (sous presse). « Perceptions and experiences of people with mental illness regarding their interactions with police ». *International Journal of Law and Psychiatry*.
- Lynch, G. W. (1976). « The contributions of higher education to ethical behavior in law enforcement ». *Journal of Criminal Justice*. V. 4, p. 285-290.
- McAfee, J. K. et Musso, S. L. (janvier 1995). « Training Police Officers about Persons with Disabilities: A 50 State Analysis ». *Remedial and Special Education*. V. 16, n° 1, p. 53-63.
- McCluskey, J. D. (2003). *Police requests for compliance: Coercive and procedurally just tactics*. New York : LFB Scholarly Publishing LLC.
- McElvain, J. P. et Kposowa, A. J. (2008). « Police officer characteristics and the likelihood of using deadly force ». *Criminal Justice and Behavior*. V. 35, p. 505-521.
- Menzies, R. J. (1987). « Psychiatrists in Blue: Police Apprehension of Mental Disorder and Dangerousness ». *Criminology*. V. 25, n° 3, p. 429-453.

- Morabito, M. S., Kerr, A. N., Watson, A., Draine, J., Ottati, V., et Angell, B. (2012). « Crisis Intervention Teams and People with Mental Illness: Exploring the Factors that Influence the Use of Force ». *Crime and Delinquency*. V. 58, n° 1, p. 57-77.
- Muhlbauer, S. (2002). « Experience of stigma by families with mentally ill members ». *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*. V. 8, n° 3, p. 76-83. DOI : 10.1067/mpn.2002.125222.
- Nicoletti, J. (1990). « Training for de-escalation of force ». *Police Chief*. V. 57, p. 37-39.
- Oliva, J. R., Morgan, R. et Compton, M. (2010). « A Practical Overview of De-escalation skills in Law Enforcement: Helping Individuals in Crisis while Reducing Police Liability and Injury ». *Journal of Police Crisis Negotiations*. V. 10, p. 15-29.
- Patch, P. et Arrigo, B. (1999). « Police Officer Attitudes and Use of Discretion in Situations Involving the Mentally Ill: The Need to Narrow the Focus ». *International Journal of Law and Psychiatry*. V. 22, n° 1, p. 23-35.
- Penn D. L., Guynan, K. Daily, T., Spaulding, W. D., Garbin, C. P., et Sullivan, M. (1994). « Dispelling the stigma of schizophrenia: what sort of information is best? » *Schizophrenia Bulletin*. V. 20, p. 567-578.
- Pinfold, V., Huxley, P., Thornicroft, G., Farmer, P., Toulmin, H., et Graham, T. (2003). « Reducing psychiatric stigma and discrimination-Evaluating an educational intervention with the police force in England ». *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. V. 38, n° 6, p. 337-344.
- Price, M. (2005). « Commentary: The Challenge of Training Police Officers ». *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*. V. 33, p. 50-54.
- Psarra, V., Sestrini, M., Santa, Z., Petsas, D., Gerontas, A., Garnetas, C., et Kontis, K. (2008). « Greek police officers' attitudes towards the mentally ill ». *International Journal of Law and Psychiatry*. V. 31, n° 1, p. 77-85. DOI : 10.1016/j.jljp.2007.11.011.
- Reed, W. (novembre 1988). « Higher education for police officers: A management tool and a personal advantage ». *Police Chief*. V. 55, p. 32-35.
- Restoring Public Confidence: Restricting the use of Conducted Energy Weapons in British Columbia*. (juin 2009). C.-B., Canada : Commission Braidwood sur l'utilisation des armes à impulsions.
- Reuland, M. (2004). *A guide to implementing police-based diversion programs for people with mental illness*. Delmar, NY : Technical Assistance and Policy Analysis Center for Jail Diversion.
- Reuland, M., et Schwarzfeld, M. (2008). *Improving Responses to People with Mental Illness: Strategies for Effective Law Enforcement Training*. Council of State Governments, Justice Center : New York.
- Reuland, M., Schwarzfeld, M., et Draper, L. (2009). *Law Enforcement Responses to People with a Mental Illness: A Guide to Research- Informed Policy and Practice*. Council of State Governments, Justice Center : New York.
- Roberg, R. R. (1978). « An analysis of the relationships among higher education, belief systems, and job performance of patrol officers ». *Journal of Police Science and Administration*, V. 6, n° 3, p. 336-344.
- Romano, A. T. (1990). *Taking Charge: Crisis Intervention in Criminal Justice*, Westport, CT : Greenwood Press.
- Ruiz, J. et Miller, C. (2004). « An exploratory study of Pennsylvania police officers' perceptions of dangerousness and their ability to manage persons with mental illness ». *Police Quarterly*. V. 7, n° 3, p. 359-371.
- Rydberg, J. et Terrill, W. (2010). « The Effect of Higher Education on Police Behavior ». *Police Quarterly*. V. 13, n° 1, p. 92-120.
- Schwarzfeld, M., Reuland, M., et Plotkin, M. (2008). *Improving Responses to People with Mental Illnesses: The Essential Elements of a Specialized Law-Enforcement Program*. Washington, DC : Bureau of Justice Assistance and the Council of State Governments. NCJ 223343.
- Silverstone P. H., Krameddine Y. I., DeMarco D., et Hassel R. (2013). « A novel approach to training police officers to interact with individuals who may have a psychiatric disorder ». *Journal American Academy of Psychiatry and the Law*. V. 41, n° 3, p. 344-355.
- Smith, A. B., Locke, B., et Fenster, A. (1970). « Authoritarianism in policemen who are college graduates and non-college police ». *Journal of Criminal Law, Criminology, and Police Science*. V. 61, n° 2, p. 313-315.
- Steadman, H. J., Deane, M., Borum, R., et Morrissey, J. (2000). « Comparing Outcomes of Major Models of Police Responses to Mental Health Emergencies ». *Psychiatric Services*. V. 51, n° 5, p. 645-649.
- Stuart, H., Arboleda-Florez, J., et Satorius, N. (2012). *Paradigms lost: Fighting stigma and the lessons learned*. Toronto : Oxford University Press.
- Swanson, C. R., Territo, L., et Taylor, R. W. (1998). *Police Administration-Structures, processes, and behaviour*. Toronto : Prentice Hall.
- Terrill, W. et Mastrofski, S. D. (2002). « Situational and officer based determinants of police coercion ». *Justice Quarterly*. V. 19, p. 215-248.
- Thompson, L. et Borum, R. (2006). « Crisis Intervention Teams (CIT): considerations for knowledge transfer ». *Law Enforcement Executive Forum*. V. 6, n° 3, p. 25-36.
- Thornicroft, G., Brohan, E., Kassam, A., et Lewis-Holmes, E. (2008). « Reducing stigma and discrimination: Candidate interventions ». *International Journal of Mental Health Systems*. V. 2, n° 1, p. 3. DOI : 10.1186/1752-4458-2-3.
- Toronto Police Service. (2013). *Toronto Police response to emotionally disturbed persons*. Consulté le 3 janvier 2014 à : http://www.torontopolice.on.ca/community/tps_response_to_edp.pdf
- Trovato, F. (2000). *Community Policing and the emotionally disturbed persons: are we meeting their needs?* Mémoire de maîtrise inédit. Université Niagara. Niagara Falls, New York.

- Tucker, A. S., Van Hasselt, V. B., et Russell, S. A. (2008). « Law Enforcement Response to the Mentally Ill: An Evaluative Review ». *Brief Treatment and Crisis Intervention*. V. 8, n° 3, p. 236-250.
- Tyler, T. R. (mai 2004). « Enhancing Police Legitimacy ». *The Annals of the American Academy of Political and Social Science*. V. 593, p. 84-99.
- Tyler, T. R. (1990). *Why people obey the law: Procedural justice, legitimacy, and compliance*. New Haven : Presses de l'Université Yale.
- Tyler, T. R. et Lind, E. A. (1992). « A relational model of authority in groups ». *Advances in Experimental Social Psychology*. V. 25, p. 115-191.
- Tyre, M. et Braunstein, S. (1992). « Higher education and ethical policing ». *FBI Law Enforcement Bulletin*. V. 6, n° 6, p. 6-10.
- Vancouver Police Department. (2013). *Vancouver's mental health crisis: the background*. Consulté le 15 novembre 2013 à : <http://vancouver.ca/police/assets/pdf/reports-policies/mental-health-crisis-background.pdf>
- Vermette, H. S., Pinals, D. A., et Applebaum, P. S. (2005). « Mental Health Training for law enforcement professionals ». *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*. V. 33, n° 42, p. 42-46.
- Watson, A. et Angell, B. (2007). « Applying procedural justice theory to law enforcement's response to persons with a mentally illness ». *Psychiatric Services*. V. 58, n° 6, p. 787-793.
- Watson, A. C. et Angell, B. (2012). « The role of stigma and uncertainty in moderating the effect of procedural justice on cooperation and resistance in police encounters with persons with mental illnesses ». *Psychology, Public Policy, and Law*. 1-20. DOI : 10.1037/a0027931.
- Watson, A. C., Angell, B., Morabito, M. S., et Robinson, N. (2008). « Defying negative expectations: Dimensions of fair and respectful treatment by police officers as perceived by people with mental illness ». *Administration and Policy in Mental Health*. V. 35, n° 6, p. 449-457. DOI : 10.1007/s10488-008-0188-5.
- Watson, A. C., Angell, B., Vidalon, T., et Davis, K. (2010). « Measuring perceived procedural justice and coercion among persons with mental illness in police encounters: The Police Contact Experience Scale ». *Journal of Community Psychology*. V. 38, n° 2, p. 206-226. DOI : 10.1002/jcop.20360.
- Watson, A. C., Corrigan, P. W., et Ottati, V. (2004a). « Police officers' attitudes toward and decisions about persons with mental illness ». *Psychiatric Services*. V. 55, n° 1, p. 49-53.
- Watson, A. C., Corrigan, P. W., et Ottati, V. (2004b). « Police responses to persons with mental illness: Does the label matter? » *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law*. V. 32, n° 4, p. 378-385.
- Watson, A. C., Morabito, M. S., Draine J., et Ottati, V. (2008). « Improving police response to persons with mental illness: A multi-level conceptualization of CIT ». *International Journal of Law and Psychiatry*. V. 31, p. 359-368.
- Weisheit, R. et Mahan S. (1988). *Women, Crime and Criminal Justice*. Cincinnati, Ohio : Anderson Publishing Company.
- Worden, R. E. (1990). « A badge and a baccalaureate: policies, hypotheses, and further evidence ». *Justice Quarterly*. V. 7 p. 565-592.
- Worden, R. E. (1989). « Situational and attitudinal explanations of police behavior: A theoretical reappraisal and empirical assessment ». *Law and Society Review*. V. 23, p. 667-711.

ANNEXE A

RECOMMANDATIONS DU RAPPORT DE 2010

Recommandation 1 : *Élaborer un cadre de travail pour la conception et la prestation de la formation*

Malgré les nombreux importants éléments de la conception et de la prestation de la formation policière en santé mentale, on devrait miser sur :

- la sensibilisation à la non-stigmatisation qui remet en question les comportements menant à des actes discriminatoires;
- la prise de décisions éthiques, la protection des droits de la personne et la responsabilité sociale.

Recommandation 2 : *Revoir le cursus*

Il convient, à tout le moins, que les objectifs du cursus⁸⁷ nécessaire à la préparation du personnel policier aux interventions auprès des personnes atteintes de maladies mentales soient :

DE COMPRENDRE :

- l'importance d'adhérer aux éléments fondamentaux de la pratique policière contemporaine, tels que :
 - l'approche axée sur l'utilisateur des services;
 - la justice en matière de procédure;
 - l'établissement de liens;
 - une approche basée sur les résultats;
 - une approche fondée sur des services multiples.
- le rôle du personnel policier dans les interactions avec les personnes atteintes de maladies mentales;
- le rôle des professionnels de la santé mentale, du soutien familial et communautaire dans les interactions des policiers avec les personnes atteintes de maladies mentales, en conformité avec une *approche systémique*.

DE COMPRENDRE :

- les symptômes tels que les hallucinations, les idées délirantes, la paranoïa, les désordres cognitifs, les troubles de l'humeur, les déficiences intellectuelles, les troubles de la mémoire, les désinhibitions, les troubles comportementaux et les autres signes et symptômes qui peuvent accompagner les principales maladies mentales et leurs problèmes associés⁸⁵;
- la connaissance de la maladie mentale de façon suffisante pour être en mesure d'évaluer son influence possible sur le comportement d'une personne et sa capacité de comprendre les demandes ou les instructions d'un policier et de s'y conformer;

- l'influence réciproque entre la culture, la race, le genre et d'autres caractéristiques propres à chaque personne qui affectent les expériences liées à la maladie mentale.

DE COMPRENDRE :

- l'importance de favoriser les liens efficaces entre les services de police et les organismes de santé mentale;
- l'importance des protocoles de partage d'informations entre les services de police et les organismes de santé mentale;
- la législation sur la santé mentale en vigueur à l'échelon local de manière suffisante pour prendre les mesures voulues au besoin;
- les autres législations pertinentes, y compris celles qui définissent les droits à la protection de la vie privée et les droits de la personne;
- la fonction des organismes locaux de santé mentale et leurs options, en sachant où et comment appeler pour obtenir une consultation ou de l'aide ou pour y aiguiller une personne ayant une maladie mentale;
- les politiques et procédures organisationnelles des services de police qui sont pertinentes pour les interactions entre les policiers et les personnes atteintes de maladies mentales.

DE COMPRENDRE :

- la façon d'appliquer les aptitudes en communications et les techniques de désescalade pour désamorcer et calmer les situations où sont en cause les personnes atteintes de maladies mentales;
- la façon de déterminer dans quelle mesure les personnes atteintes de maladies mentales peuvent comprendre les instructions du personnel policier et de s'y conformer;
- les procédures policières standards qui servent normalement à désarmer une personne non atteinte d'une maladie mentale, à assurer sa coopération et à stabiliser la situation, peuvent avoir l'effet contraire sur une personne atteinte d'une maladie mentale en état de crise.

DE COMPRENDRE :

- la relation entre la maladie mentale et sa dangerosité;
- comment pouvoir évaluer de façon raisonnablement précise le risque de suicide, gérer la situation ou intervenir au moment opportun.

⁸⁷ The Learning Spectrum is applicable to all Police/PMI learning including basic training and in-service training..

DE COMPRENDRE :

- comment adapter la prise de décisions de façon appropriée, à savoir quand appréhender une personne, la mettre en état d'arrestation, opter pour la déjudiciarisation ou la référer ou quand chercher des solutions supplémentaires;
- la façon de résoudre les problèmes dans le milieu où les policiers sont en contact avec des personnes atteintes de maladies mentales;
- la capacité de prendre des décisions éthiques.

Recommandation 3 :

Modèle d'apprentissage—TEMPO

On doit favoriser l'adoption, chez les services de police canadiens –en collaboration avec leurs professionnels locaux en matière de santé mentale, d'un modèle de communication de l'apprentissage à modules multiples : Training and Education about Mental Health for Police Organizations (TEMPO)–afin de traiter de l'apprentissage nécessaire pour préparer les membres des services de police aux interventions auprès des personnes atteintes de maladies mentales.

TEMPO 100 :

L'objectif d'apprentissage du niveau TEMPO 100 est de s'assurer que les premiers intervenants des services de police détiennent les connaissances et les compétences suffisantes pour gérer les différents types d'interventions que le personnel policier effectue de façon régulière, et de comprendre à quel moment il doit demander une aide supplémentaire ou, le cas échéant, une intervention plus experte.

TEMPO 101 : Formation policière de base

Ce module de quatre jours pour les « nouveaux policiers ou cadets de police » au collège ou à l'académie de police doit couvrir en entier le cursus recommandé. Les étudiants recevront un renforcement concernant les principaux thèmes abordés au cours de leur formation modifiée recommandée sur le recours à la force (voir TEMPO 500).

TEMPO 102 : Policiers recrutés latéralement

Un module d'apprentissage mixte⁸⁶ deux jours pour les policiers recrutés latéralement qui n'ont pas déjà suivi la formation policière complète en santé mentale enseignée dans le module TEMPO 101. L'objectif est de permettre à ces policiers de fonctionner au même niveau de compréhension que ceux qui ont suivi cet enseignement lors de la formation de base standard, TEMPO 101. Ce module devrait couvrir en entier le cursus recommandé.

TEMPO 103 : Membres du corps de police et personnel de soutien

Un module d'apprentissage mixte d'un à deux jours pour le personnel comprenant les répartiteurs, les téléphonistes et les superviseurs du centre de communication, le personnel de la « réception » et les employés des services d'aide aux victimes.

Ce module devrait couvrir en entier le cursus recommandé. Le cours du RCSP « Reconnaître une personne perturbée affectivement » ou le cours du gouvernement de l'Alberta *Policing and Persons with Mental Illness* (surveillance policière et

personnes atteintes de maladies mentales) pourraient également servir d'outils d'apprentissage dans le cadre de ce module.

TEMPO 104 : Transport des délinquants et du personnel de soins aux détenus

Un module d'un jour couvrant les objectifs d'apprentissage du cursus recommandé qui s'adresse au personnel responsable des détenus. Il devrait insister tout particulièrement sur les symptômes des maladies mentales et sur la sensibilisation au suicide dans une situation de travail avec des délinquants tant jeunes qu'adultes.

TEMPO 200 :

Le niveau TEMPO 200 requiert un niveau de compétences de base préexistant sur lequel il se fonde, mais il traite d'abord et avant tout des premiers intervenants des services de police. Il vise à répondre au besoin de leur offrir périodiquement la formation de recyclage ou de requalification des connaissances déjà enseignées et une mise à jour sur les faits nouveaux.

TEMPO 201 : Perfectionnement (durant le service) pour les premiers intervenants des services de police

Un module d'au moins un jour :

- o pour les policiers qui n'ont pas reçu cette formation pendant leur formation de base;
- o environ tous les trois ans pour tous les premiers intervenants des services de police.

TEMPO 202 : Agents de formation sur le terrain et policiers-instructeurs ou superviseurs nouvellement promus

Un module de deux jours conçu pour deux groupes cibles :

- les agents de formation sur le terrain et policiers-instructeurs désignés, pour leur permettre de renforcer l'apprentissage que les « nouveaux » policiers ont reçu pendant leur formation de base;
- les superviseurs nouvellement promus (caporaux et sergents).

TEMPO 300 :

Le niveau d'apprentissage 300 s'adresse au personnel policier dont les tâches sont spécialisées, et requiert ou bien un niveau de connaissances et de compétences plus étendues, ou bien une compréhension globale plus pointue que celle du premier intervenant.

TEMPO 301 : Tâches spécialisées

Un module d'apprentissage d'une semaine (40 heures) pour le personnel, par exemple les policiers négociateurs dans les situations de crise, les commandants sur le lieu de l'incident, les instructeurs de tir ou de recours à la force, les commandants des équipes d'intervention d'urgence ou des armes spéciales ou tactique (SWAT) et les responsables des opérations de sauvetage.

TEMPO 400 :

Le niveau d'apprentissage TEMPO 400 s'adresse aux officiers spécialistes qui fourniront des services experts ou consultatifs relativement au contact entre les policiers et les personnes atteintes de maladies mentales.

TEMPO 401 : Apprentissage avancé pour le personnel policier assigné à une équipe d'intervention conjointe en santé mentale et en services policiers ou pour des spécialistes des services policiers dans le contexte d'une intervention en santé mentale

Ce module intensif d'une semaine (40 heures) devrait couvrir en entier le cursus recommandé. Il devrait également inclure une attestation de compétence verbale et écrite dans le rapport d'observations. Outre l'apprentissage formel de 40 heures, ce module devrait aussi comporter un apprentissage en milieu de travail sous forme d'un minimum de quatre quarts de travail en situation d'observation au poste de travail avec l'équipe d'intervention formée d'agents de police et de professionnels de la santé mentale, si le service de police en a une, et un minimum de quatre quarts de travail en situation d'observation au poste de travail avec un établissement psychiatrique.

TEMPO 500 :

Module d'apprentissage à insérer dans la « formation » sur le recours à la force.

Il semble que les policiers passent trop peu de temps et ne dépensent pas assez d'énergie au début du continuum du recours à la force avant d'arriver au contact physique. Ce module d'une journée est conçu pour s'insérer dans la « formation » autonome traditionnellement donnée sur le recours à la force. Il devrait compléter et renforcer l'apprentissage dans tous les autres modules TEMPO. Même si ce module doit couvrir les objectifs d'apprentissage du cursus recommandé, il insiste particulièrement sur les aspects suivants et, par conséquent, le renforce :

- la compréhension des symptômes tels que les hallucinations, les idées délirantes, la paranoïa, les désordres cognitifs, les troubles de l'humeur, les déficiences intellectuelles, les troubles de la mémoire, les désinhibitions, les troubles comportementaux et les autres signes et symptômes qui peuvent accompagner les principales maladies mentales et leurs problèmes associés;
- une connaissance suffisante des maladies mentales pour pouvoir déterminer dans quelle mesure le sujet est susceptible de contrôler son comportement;
- les aptitudes en communications et les techniques de désescalade pour désamorcer et calmer les situations où sont en cause les personnes atteintes de maladies mentales;
- la mesure dans laquelle il est vraisemblable que la personne ayant une maladie mentale est capable de comprendre les instructions données par le policier et de s'y conformer;
- la connaissance du fait que les procédures standards des services de police qui désarmeraient normalement une personne qui n'est pas atteinte d'une maladie mentale, l'amèneraient à coopérer ou stabiliseraient la situation, peuvent avoir l'effet contraire sur une personne atteinte d'une maladie mentale en état de crise;
- la compréhension de la relation entre la maladie mentale et sa dangerosité;
- la capacité d'évaluer de façon raisonnablement précise le

risque de suicide, de gérer la situation ou de décider quand intervenir;

- la façon de résoudre les problèmes dans le milieu où les policiers sont en contact avec des personnes atteintes de maladies mentales;
- la capacité de prendre des décisions éthiques et d'exercer le pouvoir discrétionnaire de la police.

Recommandation 4 :

Sélection des formateurs et animateurs

- a. Les formateurs et animateurs doivent avoir une expérience et une expertise en la matière. En outre, ils devraient détenir, du moins pour le personnel des services de police, une crédibilité opérationnelle aux yeux de leurs pairs.
- b. Les organisations policières qui jouissent d'un modèle structuré d'intervention des policiers avec les personnes atteintes de maladies mentales, tel qu'un modèle d'intervention conjoint ou un modèle similaire à celui de l'équipe d'intervention en cas d'urgence, doivent inclure des membres de ces programmes à titre de formateurs ou d'animateurs de la formation policière en santé mentale.

Recommandation 5 : *Gestion des*

ressources humaines fondée sur les compétences

- a. La formation policière en santé mentale pour le personnel policier, en préparation aux interactions avec les personnes atteintes de maladies mentales, doit se fonder sur un profil de compétences conforme aux exigences professionnelles justifiées.
- b. Le développement de compétences techniques et comportementales, relativement aux techniques de communication verbale, interpersonnelles, de résolution ou médiation de conflits et de désescalade, de prises de décisions éthiques (dont toutes sont requises pour un contact efficace entre la police et les personnes atteintes de maladies mentales), doit être intégré et renforcé dans l'ensemble du programme de formation policière.

Recommandation 6 :

Un environnement policier sans stigmatisation

- a. Les chefs de police doivent s'assurer d'avoir en place des politiques contemporaines sans stigmatisation qui serviront de guide à l'éducation, à la formation et aux opérations des services de police relativement à la maladie mentale.
- b. Les chefs des associations de police provinciales et nationales travaillent de concert avec la Commission de la santé mentale du Canada ainsi qu'avec les organisations en matière de santé mentale telles que l'Association canadienne pour la santé mentale (ACSM) et la Société canadienne de la schizophrénie (SCS) afin de créer un cadre de travail pour un programme de non-stigmatisation à l'intention du personnel policier.
- c. Par ailleurs, le programme de non-stigmatisation doit être une composante clé de la formation policière de base et il doit être renforcé au cours de l'éducation et de la formation subséquentes des policiers durant le service.

Recommandation 7 :

Attitudes du personnel des services de police

- a. La formation du personnel policier doit mettre l'accent sur le fait que les interactions avec les personnes atteintes de maladies mentales constituent un « vrai » travail policier.

Recommandation 8 :

Formation sur le recours à la force

- a. La formation policière sur le recours à la force doit être examinée par les académies de police et les services de police pour s'assurer qu'une période de temps suffisante est consacrée à la compréhension et à l'apprentissage des moyens de résolution de conflits sans le recours à la force.
- b. Bien que considérant l'importance des compétences techniques par rapport aux techniques de recours à la force, il importe que toute la formation sur le recours à la force soit modifiée pour inclure et mettre en valeur des connaissances sur la maladie mentale et sur les symptômes de la maladie mentale, des communications verbales, des habiletés interpersonnelles et des techniques de désescalade.

Recommandation 9 :

Le « bon » apprentissage pour le « bon » personnel

- a. Même si la documentation existante ne fournit pas tous les éléments probants qui permettraient de fournir un apprentissage entièrement « fondé sur les preuves »... de façon sûre un apprentissage « fondé sur les preuves », les chefs de police, les analystes des politiques policières et les éducateurs de police doivent être au fait de la recherche et des développements en matière d'évaluation et ils doivent modifier les politiques et les programmes en conséquence.
- b. Les organisations policières doivent s'allier aux universités et aux chercheurs afin d'étudier les effets, dans l'environnement opérationnel, de la formation offerte sur les interactions entre les policiers et les personnes atteintes de maladies mentales.

Recommandation 10 : *Conception et communication de l'apprentissage policier*

- a. L'apprentissage policier doit être conçu et communiqué par une combinaison de professionnels des services de police et de la santé mentale, d'organisations de soutien en santé mentale et de personnes atteintes de maladies mentales. En outre, il importe que ceux qui prennent part à la conception et à la communication de l'apprentissage proviennent, dans la mesure du possible, de la localité.
- b. L'ensemble de la formation sur les politiques et pratiques policières et les interactions entre les policiers et les personnes atteintes de maladies mentales doit être axé sur l'utilisateur et respecter les principes de la justice en matière de procédure.
- c. Les services de police et les académies de police doivent utiliser une approche d'apprentissage axé sur les compétences et la résolution de problèmes pour les interactions avec les personnes atteintes de maladies mentales, semblable à celle utilisée par l'École de la Gendarmerie royale.

Recommandation 11 : *Normes provinciales en matière de services de police*

- a. Les lois et règlements provinciaux des services de police doivent inclure une clause pour une « formation » obligatoire sur la relation entre les services de police et les personnes atteintes de maladies mentales pour les employés de la police.

Recommandation 12 : *Politiques et normes*

- a. Le service de police doit développer les politiques et les procédures appropriées relativement aux contacts entre les services de police et les personnes atteintes de maladies mentales qui guideront ensuite l'apprentissage requis.

Recommandation 13 :

Base de données / Répertoire de ressources

- a. Les forces policières doivent tenir à jour un répertoire de ressources facilement accessible.

Recommandation 14 : *Base de données et bibliothèque pour les ressources*

- a. Les chefs de police, en plus des directeurs et gestionnaires des collèges ou académies de police, doivent intégrer le développement des compétences comportementales requises pour les interactions avec les personnes vulnérables, telles que la communication verbale, les techniques de désescalade, l'établissement de liens et l'apprentissage de la patience, dans l'ensemble des programmes d'apprentissage des services de police.

Recommandation 15 :

Éducation fondée sur le consommateur

- a. Il importe d'intégrer au programme les éléments probants qui ressortent concernant les expériences des personnes atteintes de maladies mentales avec les interactions policières et les conseils que celles-ci peuvent offrir aux services de police.
- b. Les services de police doivent avoir des consultations locales avec les groupes d'utilisateurs et les intervenants, et ils doivent incorporer les problématiques locales, les préoccupations et les recommandations dans le modèle TEMPO.

ANNEXE B

RECOMMANDATIONS DE LA COMMISSION BRAIDWOOD

Personnes perturbées affectivement

4. Je recommande que le ministère de la Sécurité publique et du Solliciteur général adopte un programme de formation sur l'intervention d'urgence comparable à celui recommandé par des participants de notre tribune publique, et j'exige :
 - qu'il soit incorporé sans délai dans la formation de recrues des organismes d'application de la loi régis par la province;
 - que tous les agents actuellement au service d'organismes d'application de la loi régis par la province complètent de façon satisfaisante la formation dans un délai établi par le Ministère.
5. Je recommande que les agents des organismes d'application de la loi régis par la province, lorsqu'ils ont affaire à des personnes perturbées affectivement, soient tenus d'utiliser des techniques de désescalade ou d'intervention d'urgence avant de déployer une arme à impulsions; ils peuvent toutefois recourir à leur arme s'ils ont des motifs valables de croire que ces techniques ne réussiront pas à éliminer le risque de lésions corporelles.

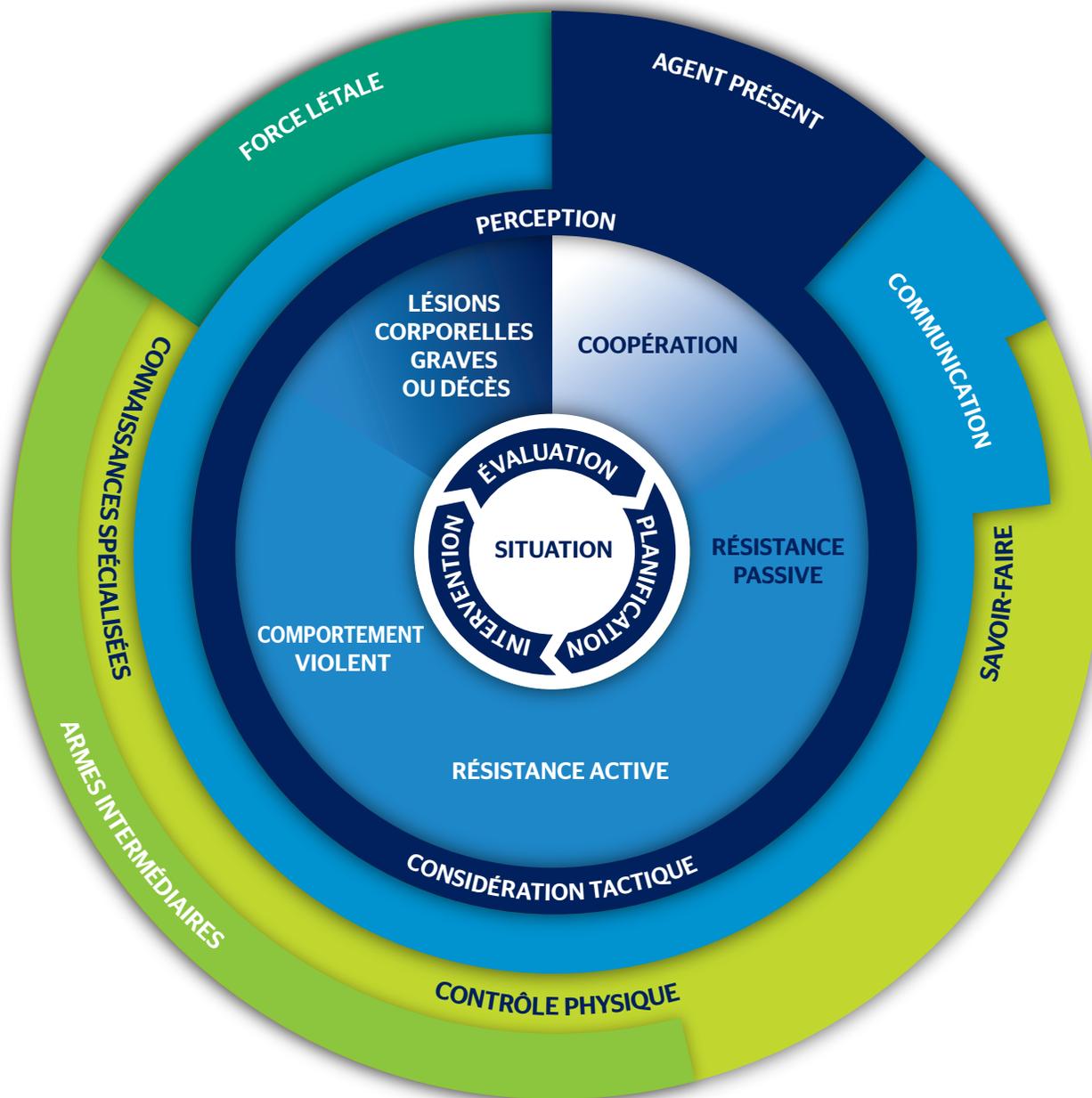
Comportement autodestructeur

6. Je recommande qu'on prohibe le déploiement d'une arme à impulsions par les agents des organismes d'application de la loi régis par la province lorsque le sujet s'inflige des blessures volontaires sauf si :
 - le sujet s'inflige des lésions corporelles;
 - ou l'agent a des motifs valables de croire que le comportement du sujet l'entraînera de façon imminente à s'infliger des blessures corporelles (Restaurer la confiance du public, 2009, p. 19-20).

ANNEXE C

CADRE NATIONAL DU RECOURS À LA FORCE

Cadre national du recours à la force



L'agent évalue constamment la situation et intervient de manière responsable pour assurer sa sécurité et celle du public.

BUREAU DE CALGARY
110 Quarry Park boul. SE
Bureau 320
Calgary, AB T2C 3G3

Tél : 403-255-5808
Télé : 403-385-4044

www.commissionsantementale.ca

BUREAU D'OTTAWA
100, rue Sparks
Bureau 600
Ottawa, ON K1P 5B7

Tél : 613-683-3755
Télé : 613-798-2989



Mental Health
Commission
of Canada

Commission de
la santé mentale
du Canada