

Conseil d'orientation sur la santé mentale et les dépendances d'Ottawa

Systemes d'intervention en situation de crise en santé mentale et de dépendance aux substances – examen de la documentation

Document préparé par :

Manal Sayid
Sayid Consulting Inc.
Auriga Corporate Centre
38, promenade Auriga
Bureau 202
Nepean (Ontario) K2E 8A5
Téléphone : 647-607-0791
Courriel : manal@sayidconsulting.com

Table des matières

Table des matières.....	2
Synthèse.....	3
Méthodologie.....	3
Introduction	3
Facteurs concourant à l'intervention policière.....	4
Les inégalités dans l'accès aux services dans le domaine de la santé mentale	5
Règles de l'art pour intervenir dans les crises de santé mentale	10
Services communautaires.....	11
Conclusion	11
Les lacunes dans la recherche.....	12
Ouvrages cités	12

Synthèse

Cet examen de la documentation a pour objectif d'examiner la cause de la brutalité policière et de l'usage de la force dans les cas où des appels adressés aux forces policières dans le domaine de la santé mentale donnent lieu à des blessures, à des méfaits, à l'emprisonnement de masse et parfois même à des décès. Dans la documentation, on reconnaît que le problème s'inscrit à différents niveaux et découle d'enjeux sociétaux plus approfondis et liés aux limitations du système de santé mentale, au manque de financement dans les services de santé mentale communautaires, ainsi qu'à la discrimination institutionnelle. Dans cet examen de la documentation, nous nous penchons sur :

1. les facteurs qui concourent à l'intervention policière dans les appels liés à la santé mentale et les lacunes dans l'accès aux services de traitement de la santé mentale;
2. l'expérience vécue par les Noirs, les Autochtones et les personnes racisées dans le cadre des services d'intervention en cas de crise;
3. les règles de l'art quand on donne suite aux appels dans les crises liées à la santé mentale.

Méthodologie

Les critères de la recherche ont surtout porté sur les statistiques canadiennes, de même que sur l'expérience et les iniquités des communautés canadiennes racisées. Puisque les systèmes de santé mentale et les protocoles d'intervention dans les appels liés à la santé mentale peuvent varier parmi les pays, l'examen de la documentation visait à mettre en lumière l'intervention policière au Canada et ses enjeux sociétaux.

Introduction

À la lumière des manifestations publiques contre la brutalité policière et l'usage de la force évoquées dans les médias lorsque des appels liés à la santé mentale sont adressés à la police et que les interventions donnent lieu à des blessures, à des méfaits, à l'emprisonnement de masse et parfois même à des décès, cet examen de la documentation vise à se pencher sur les causes de ces incidents.

Les personnes atteintes de maladies mentales graves ou de fortes perturbations affectives vivent souvent à maintes reprises d'importantes crises de santé comportementale. Dans ces crises, les personnes inquiètes passent souvent des appels à la police pour lui demander de l'aide. Les gens s'adressent souvent aux services policiers pour demander de l'aide, puisqu'il s'agit du seul service d'urgence social permanent. Par conséquent, cette intervention dans les crises de santé mentale transforme sans qu'on le veuille les agents de police pour en faire des premiers intervenants par défaut dans ces crises. Puisque les agents de police ne sont pas des experts de la question quand il s'agit de désamorcer des crises de santé comportementale qui découlent d'une maladie mentale, ce système d'intervention a généralement pour effet d'amener des agents de police à recourir à la force, ce qui peut par conséquent expliquer les nombreux incidents traumatiques signalés, dont les méfaits, les blessures, et parfois même les décès, aussi bien pour les agents de police que pour les personnes qui vivent des crises comportementales ou d'autres crises liées à la santé mentale.

En outre, les études et les incidents signalés dans les médias nous ont appris que ces incidents traumatiques dans les interventions policières mettent démesurément en cause les personnes de couleur, plus précisément les communautés noires et autochtones. Cette inégalité imposée à ces communautés suscite des inquiétudes à propos des problèmes systémiques et de la discrimination institutionnelle dans les services policiers et a exhorté le grand public à organiser des manifestations pour réclamer la réduction de l'intervention policière dans les appels portant sur les crises de santé mentale et à encourager les interventions communautaires, afin de diminuer la surveillance policière vigoureuse et partielle.

Facteurs concourant à l'intervention policière

Pour se pencher sur l'enjeu du recours à la force par les agents de police quand ils interviennent dans les appels portant sur des crises de santé mentale, il faut aussi considérer l'ensemble des enjeux sociétaux qui concourent à ces interactions. L'Association canadienne pour la santé mentale a mené un examen des difficultés et des réactions dans les interventions policières auprès des personnes atteintes de maladies mentales et a constaté que les policiers deviennent les premiers intervenants par défaut dans les appels sur les crises de santé mentale à cause d'enjeux sociétaux plus approfondis. (Adelman, 2003).

Partout en Amérique du Nord, les soins institutionnalisés se sont mués dans l'ensemble communautaire, ce qui explique que les personnes atteintes de maladies mentales qui vivent dans la collectivité soient plus nombreuses. (Association canadienne pour la santé mentale, 2016) En outre, les systèmes d'aide communautaire comme les lignes de crise, les équipes de spécialistes de la santé mentale et les services d'urgence des hôpitaux ne sont pas suffisamment financés pour suivre une évolution comparable à l'augmentation des besoins : en 2011, on dénombrait à 6,7 millions le nombre de personnes au Canada atteintes d'une maladie mentale. Selon cette statistique, une personne sur cinq au Canada est atteinte d'une maladie mentale dans une même année. (Commission de la santé mentale du Canada, 2016)

Durant l'exercice financier 2006-2007, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée a déclaré avoir consacré, aux services communautaires, des dépenses de l'ordre de 39 \$ pour chaque tranche de 61 \$ consacrée aux services institutionnels. En outre, plus de la moitié des organismes fournisseurs de services communautaires dans le domaine de la santé mentale n'ont eu droit qu'à des hausses annuelles de 1,5 % dans les dernières années. (Rapport annuel 2008 du Bureau du vérificateur général de l'Ontario) Les organismes fournisseurs de services ont fait savoir qu'en raison des inégalités de salaires entre le secteur des soins de santé communautaires et celui des soins de santé institutionnels, les services communautaires de santé mentale sont nettement pénalisés dans leur capacité d'assurer des niveaux de service dans la santé mentale et de fidéliser le personnel compétent, ce qui donne lieu à des lacunes dans les services. En outre, les soins communautaires sont limités dans leur envergure et n'ont pas été pensés pour intégrer une intervention globale dans les appels passés aux services policiers dans les situations de crise de santé mentale.

Il est difficile d'avoir accès aux services d'urgence dans les hôpitaux en raison de la réduction du nombre de lits. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée a mis au point une cible de désinstitutionnalisation qui consiste à réduire à 35 par tranche de 100 000 personnes le nombre de lits psychiatriques. (Rapport annuel 2008 du Bureau du vérificateur général de l'Ontario) De surcroît, les hôpitaux ont aussi tendance à n'offrir des traitements qu'aux patients qui ont des maladies justifiant une cure obligatoire en vertu de la *Loi sur la santé mentale*. En Colombie-Britannique, une étude des interventions précoces a permis de constater que souvent, on considère que les personnes qui demandent de leur plein gré de l'aide dans les services d'urgence des hôpitaux ne répondent pas aux conditions d'accès aux ressources limitées en soins de courte durée. Selon une pratique constatée dans cette étude, plus de 30 % des personnes qui ont une maladie mentale grave sont en contact avec la police avant d'avoir accès au système de santé mentale.

La réorientation des soins communautaires désormais assurés par le système de santé mentale et la diminution du financement dans ce domaine ont transformé par défaut les agents de police en premiers intervenants dans les crises de santé mentale. Selon les récentes données publiées par la Gendarmerie royale du Canada (GRC), les agents de police interviennent dans 2,8 millions d'appels de crise de santé mentale en moyenne chaque année. (Carlos Rios Espinosa, 2021) Puisqu'ils ont l'obligation d'assurer la protection et la sécurité du public, les agents de police perçoivent souvent les comportements erratiques comme

d'éventuelles menaces et font appel à la force dans leurs interventions. Les interventions vigoureuses dans les appels portant sur les crises de santé mentale donnent lieu à des blessures ou à l'emprisonnement; on estime que dans le système de la justice criminelle, le nombre de problèmes de santé mentale non traités varie entre 15 % et 40 % de la population incarcérée au Canada. (Commission de la santé mentale du Canada, 2016) Cette hausse des chiffres s'explique non seulement par le fait que la police n'a pas la formation complète ni les connaissances voulues pour intervenir comme il se doit dans les comportements induits par ces maladies, mais aussi par l'enjeu sociétal d'un manque d'aide sévère dans le système de la santé mentale et par le déficit de financement des services communautaires.

Les inégalités dans l'accès aux services dans le domaine de la santé mentale

Les facteurs sociaux, économiques et politiques viennent tous modeler les conditions dans lesquelles les individus vivent, grandissent, travaillent et vieillissent et qui ont une importance vitale pour la santé et le bien-être. (Solar O. et Irwin A., 2010) Voilà pourquoi l'accès raisonnable et équitable aux services de santé universels détermine la prédétection des maladies, abaisse les taux de mortalité et de comorbidité et permet d'améliorer les résultats physiques, mentaux, émotionnels et sociaux. (Cauchie, 2019) Or, les personnes noires, autochtones et de couleur sont défavorisés dans ces secteurs depuis des générations au Canada. Le colonialisme, l'oppression et le racisme continuent d'avoir un impact chronique sur les communautés suivantes.

Communautés noires

L'Agence de la santé publique du Canada a fait état des effets suivants de la discrimination dont sont victimes les communautés noires :

- 1) Niveaux d'instruction moindres : Parmi ceux et celles qui avaient fait des études postsecondaires en 2016, le taux de chômage de la population noire se chiffrait à 9,2 %, contre 5,3 % pour le reste de la population. (Statistique Canada, 2020)
- 2) Taux de chômage élevés : En 2016, 20,7 % de la population noire de 25 à 59 ans avaient des revenus faibles (d'après le baromètre du panier de consommation), contre 12,0 % de leurs homologues dans le reste de la population. (Statistique Canada, 2020)
- 3) Logements : En 2016, 20,6 % des Canadiens de race noire déclaraient habiter dans des logements inférieurs aux normes; autrement dit, leurs logements coûtent plus cher que ce qu'ils peuvent s'offrir, sont surpeuplés ou réclament d'importants travaux de réparation. Par contre, 7,7 % des Canadiens de race blanche déclaraient vivre dans des logements inférieurs aux normes. (Statistique Canada, 2020)

Au fil des ans, ces enjeux ont donné lieu à un déficit dans l'accès aux services de santé mentale. D'après un sondage de la Commission de la santé mentale du Canada, 38,3 % des Canadiens de race noire qui vivent malgré des problèmes de santé mentale ont fait appel à des services de santé mentale entre 2001 et 2014, contre 50,8 % des Canadiens de race blanche. Au Canada, les taux de chômage des personnes de race noire sont plus élevés, et les revenus moyens sont plus faibles (Agence de la santé publique du Canada, 2020), ce qui peut les priver d'une plus vaste sélection de services de santé mentale offerts à ceux qui peuvent payer des services privés de soins de santé ou faire appel à des régimes d'assurance financés par leurs employeurs. Dans l'ensemble, les personnes de race noire au Canada sont plus susceptibles d'avoir des difficultés dans la recherche de médecins de famille, qui sont souvent des intermédiaires importants dans l'accès aux soins dans le domaine de la santé mentale (Fante-Coleman et Jackson-Best, 2020).

Dans les dernières années, le Canada a constaté que le racisme et la discrimination à l'encontre des Canadiens racisés sont un facteur important des résultats inéquitables dans la santé. (Paradies et coll., 2015)

La discrimination et le racisme à l'encontre des personnes de race noire ont de profondes racines et sont normalisés dans les institutions, les politiques et les pratiques canadiennes et sont souvent négligés ou méconnus, sauf si quelqu'un est directement victime des conséquences. La discrimination et le racisme systémiques ont des origines anciennes : ils remontent à l'époque de la colonisation européenne en Afrique et aux séquelles de la traite transatlantique des esclaves. Près de deux siècles plus tard, les croyances racistes établies durant ces périodes de l'histoire continuent de guider les processus de stigmatisation et de discrimination. (Henry et Cooper, 2022) Voici des exemples de cas qui existent encore aujourd'hui aux niveaux institutionnels et sociétaux :

- 1) Profilage racial et surveillance policière exagérée, dont le guet, le harcèlement et l'utilisation excessive de la force. (Hayle S., Wortley S. et Tanner J., 2016)
- 2) Surreprésentation des personnes de race noire dans les systèmes de justice criminelle (Bureau de l'enquêteur correctionnel, 2014)
- 3) Surreprésentation des jeunes et des enfants de race noire dans les systèmes de protection de la jeunesse. (Clarke, 2011)

Récemment, l'hôpital du Centre de toxicomanie et de santé mentale (CAMH) qui traite les personnes aux prises avec des toxicomanies et des problèmes de santé mentale a déclaré que l'établissement accueille des patients de race noire 44 % plus souvent que des patients de race blanche et 22 % plus souvent que toutes les autres races (2021). Une enquête de la CBC a permis de constater qu'entre 2000 et 2017, il y a eu 461 interactions mortelles avec des policiers et que 70 % des victimes souffraient de problèmes de santé mentale, dont 37 % étaient des personnes de race noire. De plus, entre le 1^{er} janvier et le 30 novembre 2020, on a dénombré 55 fusillades policières au Canada, dont 34 ont été fatales. De nombreuses victimes étaient des personnes de race noire, des Autochtones ou des personnes de couleur en proie à une crise de santé mentale. Parmi les victimes dont on pouvait connaître la race, 48 % étaient des Autochtones, et 19 %, des Noirs.

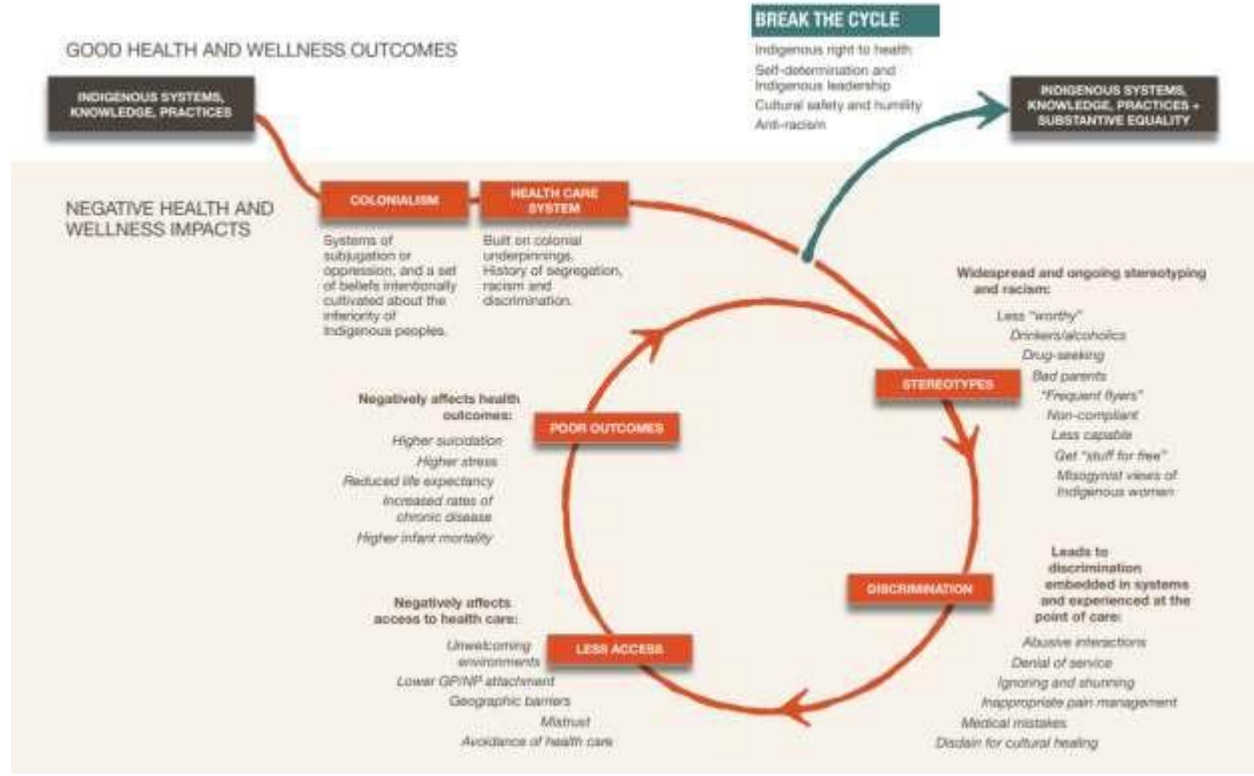
Communautés autochtones

Au Canada, les Autochtones sont aux prises avec d'importantes inégalités socioéconomiques en raison des effets tenaces de la colonisation, dont la sortie forcée de leur communauté. (Durand- Moreau, Q., Lafontaine, J. et Ward, J., 2022) La Commission de vérité et réconciliation du Canada a mené une revue narrative du thème des travaux et des problèmes de santé qu'affrontent les communautés autochtones au Canada et a fait état de ce qui suit :

- 1) Lieu de résidence
 - Selon Statistique Canada (2017), environ 80 % des Métis habitent dans les centres urbains; près de la moitié (44,2 %) des membres des Premières Nations inscrits habitent dans les réserves, et les autres habitent hors des réserves; la majorité (72,8 %) des Inuits continuent d'habiter dans le Nunangat. Toutes ces régions sont soit rurales, soit éloignées et regroupent les communautés dont la population est peu nombreuse; il est donc difficile de recruter et de fidéliser des professionnels de la santé, ce qui explique les déficits de personnel médical dans de nombreuses communautés. Pour les Premières Nations qui habitent dans les réserves, les longues listes d'attente et le manque de médecins ou de personnel infirmier disponible constituent des obstacles de taille dans l'accès aux soins de santé.
- 2) Racisme et discrimination
 - Selon l'Enquête sociale générale (ESG) 2019 sur la sécurité des Canadiens :
 - La discrimination était plus généralisée parmi la population des Autochtones que parmi les populations des non-Autochtones et des minorités non visibles (33 % contre 16 %). Plus précisément, 44 % des

membres des Premières Nations avaient été victimes de discrimination dans les cinq années qui ont précédé cette enquête, tout comme 24 % des Métis et 29 % des Inuits.

- Parmi ceux qui ont été victimes de discrimination, 21 % des Autochtones et 16 % des personnes d'origine noire ont fait savoir qu'ils l'avaient été dans leurs rapports avec la police, contre 4 % des non-Autochtones et des membres des minorités non visibles qui ont été victimes de discrimination.
- L'expérience de la discrimination était plus généralisée parmi les Autochtones en 2019 (33 %) qu'en 2014 (23 %).
- Un ancien juge a mené un examen du racisme, des stéréotypes et de la discrimination à l'encontre des peuples autochtones dans le réseau de la santé de la Colombie-Britannique, ce qui a donné lieu à la publication d'un rapport intitulé *In Plain Sight*, inspiré des consultations auprès de 9 000 personnes environ, dont 2 780 Autochtones et 5 440 travailleurs et travailleuses de la santé. Dans ce rapport, on précise que 84 % des Autochtones ont fait savoir que leur expérience personnelle du racisme et de la discrimination les avait découragés de se prévaloir des soins de santé nécessaires, ce qui a ensuite nui à leur santé.



RÉSULTATS SATISFAISANTS POUR LA SANTÉ ET LE BIEN-ÊTRE		ROMPRE LE CYCLE Droit des Autochtones à la santé Autodétermination et leadership autochtone Sécurité et respect de la culture Lutte contre le racisme		
SYSTÈMES, CONNAISSANCES ET PRATIQUES AUTOCHTONES		SYSTÈMES, RECONNAISSANCES ET PRATIQUES AUTOCHTONES + ÉGALITÉ ESSENTIELLE		
RÉPERCUSSIONS NÉGATIVES SUR LA SANTÉ ET LE BIEN-ÊTRE	<p>COLONIALISME</p> <p>Système de subjugation ou d'oppression et ensemble de croyances intentionnellement cultivées à propos de l'infériorité des peuples autochtones</p>	<p>RÉSEAU DE LA SANTÉ</p> <p>Système inspiré des rouages colonialistes</p> <p>Historique de ségrégation, de racisme et de discrimination</p>	STÉRÉOTYPES	<p>Stéréotypes et racisme généralisés et permanents</p> <p>Moindre « dignité »</p> <p>Drogues et alcool</p> <p>Recherche de drogues</p> <p>Parents inaptes</p> <p>Délits fréquents</p> <p>Non conforme</p> <p>Moindre compétence</p> <p>Recherche de biens et de</p>
	<p>Répercussions négatives sur les résultats pour la santé</p> <p>Plus de suicides</p> <p>Plus de stress</p>	PIÈTRES RÉSULTATS		

	Réduction de l'espérance de vie Augmentation des taux de maladies chroniques Plus grande mortalité infantile			services gratuits Misogynie à l'encontre des femmes autochtones
	Incidences négatives dans l'accès aux soins de santé Environnements hostiles Moindre attachement au MG et à l'IP Obstacles géographiques Méfiance Évitement des soins de santé	MOINDRE ACCÈS	DISCRIMINATION	Résultats : discrimination intégrée dans les systèmes et vécue dans les établissements de soins Interactions abusives Refus d'assurer les services Ignorance et mépris Gestion inappropriée de la douleur Erreurs médicales Dédain du guérissement culturel

Figure 1 : Constats liés au rapport intitulé « In Plain Sight Report; Addressing Indigenous-specific Racism and Discrimination in B.C. Health Care » (Turpel-Lafond, 2018).

La figure ci-dessus fait état des effets cycliques négatifs du colonialisme dans le réseau de la santé. Le rapport précise qu'il faut, pour rompre le cycle infernal, des pratiques et des connaissances culturellement sécuritaires dans le domaine des soins de santé, en plus de respecter le principe de l'égalité.

- 3) Pratiques culturellement inadaptées/insensibles dans les soins de santé
 - Selon la définition qu'en donne l'American Health Care Association, la compétence culturelle dans la santé s'entend de « la capacité des systèmes à offrir des soins aux patients dont les valeurs, les convictions et les comportements sont divers, notamment en adaptant les services de santé aux besoins sociaux, culturels et linguistiques des patients ». Dans le contexte de la communauté autochtone, cette pratique oblige à faire appel aux idéologies autochtones, dont les pratiques spirituelles et traditionnelles dans le traitement de la maladie mentale, plutôt qu'une approche biomédicale dans le traitement des difficultés dans le domaine de la santé mentale.

Une analyse publiée dans le Journal de l'Association médicale canadienne par des chercheurs de la Faculté Rady des sciences de la santé et par des aînés autochtones nous apprend que des statistiques probantes laissent entendre que les partenariats menés par les Autochtones dans le domaine de la santé améliorent les résultats de l'état de santé des peuples

autochtones, en plus de donner accès à des soins, d'adopter les principes de la prévention et de respecter les plans de soins. (Allen L., 2020) Même si les professionnels de la santé sont aujourd'hui plus nombreux à prendre conscience des difficultés liées aux soins de santé destinés à une population plus culturellement et racialement diverse, la forme des soins et les structures-cadres du rendement organisationnel pour en évaluer les impacts sont toujours sous-développées. (Bhui et coll., 2007)

En outre, les pratiques culturellement inadaptées ont aussi des répercussions sur les communautés noires. On constate un grave déficit de la représentation et un manque de professionnels noirs culturellement compétents dans le réseau de la santé au Canada (Kalambay, 2023) Selon le Recensement 2015 de Statistique Canada, les médecins de race noire représentent à peine 2,3 % de la population des médecins. Il faut absolument compter sur des professionnels qui connaissent les complexités des communautés noires afin de prodiguer les soins voulus, faute de quoi il est extrêmement difficile de demander de l'aide. Cette affirmation se vérifie en particulier si les personnes estiment que les professionnels sont incapables de s'identifier à leur expérience ou de comprendre leurs difficultés particulières. En outre, un sondage mené en 2018 a permis de constater que 60 % des Canadiens de race noire seraient plus disposés à faire appel aux services offerts dans le domaine de la santé mentale si les professionnels de la santé mentale étaient des Noirs.

Règles de l'art pour intervenir dans les crises de santé mentale

Bien qu'il soit de plus en plus évident que les interventions policières faisant appel à la force soient inefficaces dans les crises de santé mentale, la Ville d'Ottawa ne cesse d'investir de plus en plus dans les services policiers. Le budget des services policiers a augmenté de près de 50 millions de dollars de 2015 à 2019. (Rapport annuel 2019 du Service de police d'Ottawa.) De plus, outre les augmentations fulgurantes de leur budget, les services de police ont dépassé leur budget d'au moins 4 millions de dollars durant chacune des années de cette période de quatre ans. C'est pourquoi le grand public s'inquiète vivement d'investir dans des services qui donnent de piètres résultats pour la santé pour ceux qui interviennent dans les crises de santé mentale. Au Canada, on réclame le définancement national des services policiers, au lieu d'affecter des fonds et d'investir davantage dans les collectivités afin de promouvoir la sécurité publique (Alliance pour des communautés en santé, 2022)

Afin d'améliorer les résultats des interventions pour donner suite aux appels dans les situations de crise de santé mentale, on a mis sur pied le programme des Équipes mobiles d'intervention en cas de crise de Toronto, qui donne des résultats économiques et positifs lorsqu'il s'agit de résoudre les problèmes qui découlent des interventions policières dans les appels portant sur les situations de crise de santé mentale. Ce programme lancé en 2000 s'inscrit dans le cadre d'un projet modeste et limité, dont l'objectif est d'assurer une co-intervention de la communauté dans les appels portant sur les situations de crise de santé mentale en réunissant dans un partenariat un infirmier autorisé en santé mentale et un agent de police spécialement formé. Voici les objectifs de ce programme :

- 1) offrir aux personnes en situation de crise de santé mentale des expertises rapides et de l'aide;
- 2) désamorcer les crises comportementales et prévenir les blessures;
- 3) assurer la liaison entre les personnes en situation de crise de santé mentale et les services communautaires compétents si on recommande un traitement complémentaire;
- 4) réduire la pression exercée sur le système judiciaire;
- 5) réduire le nombre de visites dans les urgences des hôpitaux.

Ce programme a permis d'alléger la pression qui s'exerce sur le système judiciaire en réduisant le nombre d'arrestations (Steadman, 2000), de même qu'en diminuant le temps consacré par les agents de police sur les lieux (Kisely, 2010) et dans l'accompagnement des clients conduits aux urgences des hôpitaux (Bailey, 2018). Les statistiques probantes sont contrastées sur la capacité des programmes à alléger les pressions qui s'exercent sur le réseau de la santé; certains travaux ont permis de constater une baisse importante du nombre de clients hospitalisés par rapport aux services d'intervention policière. (Scott, 2000). Toutefois, certains travaux de recherche ont permis de constater que ces programmes assurent souvent la liaison entre les clients et les services communautaires (Kisely, 2000), ce qui peut avoir pour effet de réduire le recours aux services de soins de courte durée au fil du temps. On a aussi relevé des statistiques qui confirment que les programmes de santé mentale de co-intervention avec la police sont économiques grâce aux économies apportées au système judiciaire et au réseau de la santé.

Services communautaires

Puisque l'une des interventions d'un programme de co-intervention consiste à donner accès aux services communautaires, il est également essentiel d'examiner les effets des services communautaires dans l'amélioration de l'accès aux services de santé mentale et dans la lutte contre la discrimination. Les programmes d'intervention communautaire visent à réduire les iniquités structurelles et sociales lorsqu'il s'agit de résoudre les problèmes de santé mentale (Castillo, 2019). Puisque les enjeux liés à la santé mentale se situent à plusieurs niveaux, les services communautaires font appel à des partenariats multisectoriels et misent sur l'importance des membres de la communauté, qui sont essentiels dans les interventions. Cette approche dans les soins de santé permet d'examiner les cas à un niveau socioécologique pour promouvoir la santé mentale et le bien-être social. Voici entre autres les niveaux socioécologiques qui ont été examinés dans des études récentes :

- 1) Niveau individuel : Améliorer l'accès aux services et aux traitements dans le domaine de la santé mentale;
- 2) Niveau interpersonnel et familial : Donner de l'information aux familles pour améliorer la connaissance de la santé mentale et les moyens de les aider;
- 3) Niveau organisationnel et institutionnel : Intégrer les services de santé mentale dans les établissements communautaires pour qu'ils soient faciles d'accès;
- 4) Niveau communautaire : Intégrer les coalitions multisectorielles dans la planification et la mise en œuvre des services de santé mentale;
- 5) Niveau des politiques : Apporter de l'aide financière pour encourager les partenariats multisectoriels à corriger les problèmes de santé mentale.

Des études nous apprennent que tout porte à croire à l'efficacité des interventions communautaires dans l'amélioration de la santé mentale et de certains résultats sociaux, en tenant compte des niveaux socioécologiques de soins. Toutefois, des études révèlent l'importance des ressources permanentes et de la formation continue pour maintenir les résultats à long terme et assurer la réforme des politiques pour promouvoir des liens de collaboration durables dans les soins de santé et dans les communautés. (Castillo, 2019) En travaillant en partenariat avec les communautés et les décideurs, les éventuelles interventions communautaires dans la santé mentale permettront d'améliorer la santé et de produire des résultats sociaux positifs en corrigeant les iniquités institutionnelles et sociales.

Conclusion

Le recours à la force par des agents de police dans les appels liés à la santé mentale est aujourd'hui un motif d'inquiétude nationale au Canada. Les services policiers ne sont pas des services de santé; il s'agit simplement d'une force, qui doit être considérée comme telle par les décideurs et les gouvernements, au lieu de positionner les services policiers comme premiers

intervenants par défaut dans les situations de crise de santé mentale; il s'agit d'une obligation que les forces policières ne sont pas vraiment en mesure d'assurer comme il se doit, faute de connaissance et de formation dans le désamorçage des comportements induits par les maladies.

On recommande de moins financer les services policiers et de mieux investir dans les interventions communautaires pour donner suite aux appels portant sur les crises de santé mentale, en préconisant ces deux mesures, qui se sont révélées fructueuses pour corriger les problèmes découlant du recours à l'intervention policière. Investir dans les pratiques communautaires des interventions en cas de crise de santé mentale permettrait aussi d'éliminer les iniquités que doivent affronter les communautés racisées qui reçoivent des soins de santé, puisque tous les cas liés à la santé mentale seront traités grâce aux mêmes moyens et que les ressources communautaires seront plus faciles d'accès pour tous ceux et celles qui ont besoin de ces services, sans égard à leurs origines et à leur statut social.

Les lacunes dans la recherche

Les principaux groupes d'intervenants dans les forces policières canadiennes, dont les conseils des services policiers, les conseils municipaux et les associations de policiers et de policières, ne sont pas en mesure de mener la recherche sur les modèles de surveillance policière au Canada. C'est pourquoi il est difficile d'avoir accès aux études de recherche canadiennes et internationales et que souvent, il n'y a guère de communication entre les chercheurs et ces principaux groupes d'intervenants. Pour cette raison, les partenariats collaboratifs pourraient améliorer l'accès aux compétences dans le domaine de la surveillance policière au Canada. Pour corriger cette lacune, les principaux organismes d'intervenants au Canada s'en remettent aux constats des chercheurs dans d'autres administrations à l'étranger, surtout le Royaume-Uni et les États-Unis. Cette approche comporte une difficulté, puisque les autres administrations ont des modèles de surveillance policière différents et qu'on ne peut pas dire que leurs constats sont des données comparables. (Griffiths, 2014). Voici ce qu'a déclaré un représentant de la GRC :

« Si elle recherche des données sur l'application des lois, la GRC se tournera vers les États-Unis, le Royaume-Uni, l'Australie et la Nouvelle-Zélande. Tous ces pays font nettement plus de travaux de recherche que le Canada, et il semble y avoir une recrudescence de la recherche aux États-Unis et au Royaume-Uni. S'il y a des difficultés, c'est parce que l'on compare des pommes à des oranges à cause du modèle de surveillance policière au Canada ».

Selon une autre lacune existante dans la recherche, la pratique de la collecte des données d'après la race dans les interactions policières est rare au Canada par rapport à d'autres régions dans le monde, surtout en Amérique. (CBC, 2021) Même si les données limitées publiées au Canada nous apprennent que le profilage racial et la discrimination des services policiers ont des répercussions démesurées sur les personnes de couleur, les experts croient qu'il est essentiel de tabler sur de l'information plus objective afin de réduire le nombre d'interactions mortifères entre la police et les personnes de couleur. Les données insuffisantes ou limitées comportent un problème, puisque les voies et l'expérience des communautés racisées ne sont sans doute pas validées dans les statistiques; c'est pourquoi on ne peut pas constater d'évolution ni préconiser de changements pour ces communautés. (Vermes, 2021)

Ouvrages cités

- 1) Rapport annuel 2008 du Bureau du vérificateur général de l'Ontario (s. d.), Bureau de la vérificatrice générale de l'Ontario : <https://www.auditor.on.ca/fr/content-fr/annualreports/arreports/fr08/306fr08.pdf>.
- 2) Adelman, J. (s. d.), Study in Blue and Grey, Police Interventions with People with Mental Illness: A Review of Challenges and Responses, extrait le 26 janvier 2023 du site <https://cmha.bc.ca/wp-content/uploads/2016/07/policereport.pdf>.

- 3) Bailey, K., Paquet, S.R., Ray, B.R., Grommon, E., Lowder, E.M. et Sights, E. (22 novembre 2018), Barriers and facilitators to implementing an urban co-responding police-mental health team. Health & justice, extrait le 21 janvier 2023 du site <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30467739/>.
- 4) Castillo, E.G., Ijadi-Maghsoodi, R., Shadravan, S. et coll., Community Interventions to Promote Mental Health and Social Equity, le 29 mars 2019 : <https://doi.org/10.1007/s11920-019-1017-0>.
- 5) Fante-Coleman, T. et Jackson-Best, F. (2020), Barriers and facilitators to accessing mental healthcare in Canada for Black youth: A scoping review, Adolescent Research Review : <https://link.springer.com/article/10.1007/s40894-020-00133-2>.
- 6) Hayle, S., Wortley, S. et Tanner, J., Race, street life, and policing: Implications for racial profiling, Revue canadienne de criminologie et de justice pénale, 2016; 58(3), 322-353.
- 7) Henry, N. et Cooper, C. (2022), Esclavage des Noirs au Canada, Encyclopédie canadienne.
- 8) Steadman, H. J., Deane, M. W., Borum, R. et Morrissey, J. P. (s. d.), Comparing outcomes of major models of police responses to mental health emergencies, services psychiatriques (Washington, D.C.), extrait le 9 janvier 2023 du site : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10783184/>.
- 9) Kisely, S. (1^{er} octobre 2010), A controlled before-and-after evaluation of a mobile crisis partnership between mental health and police services in Nova Scotia, Revue canadienne de psychiatrie, extrait le 10 janvier 2023 du site <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20964945/>.
- 10) Bureau de l'enquêteur correctionnel, Étude de cas sur la diversité dans les services correctionnels : l'expérience des détenus de race noire dans les pénitenciers, 2014 : <https://www.oci-bec.gc.ca/cnt/rpt/oth-aut/oth-aut20131126-fra.aspx>.
- 11) Service de police d'Ottawa, « Cost of Policing », Rapport annuel 2019 du Service de police d'Ottawa : <https://www.ottawapolice.ca/en/annual-report2019/cost-of-policing.aspx>.
- 12) Paradies, Y., Ben, J., Denson, N., Elias, A., Priest, N., Pieterse, A. et coll. (2015), Racism as a Determinant of Health: A Systematic Review and Meta-Analysis : <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0138511>.
- 13) Police and Mental Illness: Increased Interactions, ACSM (s. d.), extrait le 20 janvier 2023 du site https://cmha.bc.ca/wp-content/uploads/2016/07/policesheets_all.pdf.
- 14) Énoncé de politique sur le définancement de la police | Alliance pour des communautés en santé (5 mai 2022), extrait le 19 janvier 2023 du site <https://www.allianceon.org/fr/news/%C3%89nonc%C3%A9-de-politique-sur-le-d%C3%A9financement-de-la-police>.
- 15) Rios, Espinosa, Carlos, « Un programme canadien montre la voie face aux crises de santé mentale », le 2 décembre 2021.
- 16) RL, S. (1^{er} septembre 2000), Evaluation of a mobile crisis program: effectiveness, efficiency, and consumer satisfaction, services psychiatriques (Washington, D.C.), extrait le 29 janvier 2023 du site <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10970919/>.
- 17) Statistique Canada, La population noire au Canada : éducation, travail et résilience, le 25 février 2020 : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/89-657-x/89-657-x2020002-fra.htm>.
- 18) Solar, O. et Irwin, A., A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health, document de travail 2 (politiques et pratiques), 2010.
- 19) Griffiths, C. T. (2014), Conditions de Base de la Recherche Policière au Canada, publicsafety.gc.ca, extrait le 20 janvier 2023 du site <https://www.publicsafety.gc.ca/cnt/rsrscs/pblctns/bsln-plcng-rsrch/bsln-plcng-rsrch-fr.pdf>.
- 20) Vermes, J. (16 avril 2021), Even limited data shows traffic stops in Canada disproportionately affect people of colour, says expert | CBC Radio, CBCnews, extrait le 30 janvier 2023 du site <https://www.cbc.ca/radio/day6/trouble-with-traffic->

[stops-pandemic-ramadan-take-2-st-vincent-s-layered-emergencies-brittlestar-more-1.5989233/even-limited-data-shows-traffic-stops-in-canada-disproportionately-affect-people-of-colour-says-expert-1.5989472](https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S2214-109X%2822%2900203-0).

- 21) Durand-Moreau, Q., Lafontaine, J. et Ward, J. (août 2022), Www.thelancet.com, The Lancet Global Health, extrait le 5 février 2023 du site <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S2214-109X%2822%2900203-0>.
- 22) Responsable des communications du CCNSA, L. C. octobre 2019), L'accès aux services de santé comme un déterminant social de la santé des Premières Nations, des Inuits et des Métis, CCNSA, extrait le 29 janvier 2023 du site https://www.ccnsa.ca/525/L%E2%80%99acc%C3%A8s_aux_services_de_sant%C3%A9_comme_un_d%C3%A9terminant_social_de_la_sant%C3%A9_des_Premi%C3%A8res_Nations_des_Inuits_et_des_M%C3%A9tis.nccih?id=279.
- 23) Kitching, G.T., Firestone, M., Schei, B., Wolfe, S., Bourgeois, C., O'Campo, P., Rotondi, M., Nisenbaum, R., Maddox, R. et Smylie, J. (août 2019), Unmet health needs and discrimination by healthcare providers among an indigenous population in Toronto, Canada, Revue canadienne de santé publique, extrait du site <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31435849/>.
- 24) Turpel-Lafond, D. M. E. (2018), (représentant), In Plain Sight: Addressing Indigenous-specific Racism and Discrimination in B.C. Health Care, extrait du site <https://engage.gov.bc.ca/app/uploads/sites/613/2020/11/In-Plain-Sight-Summary-Report.pdf>.
- 25) Allen, L., Hatala, A., Ijaz, S., Courchene, E.D. et Bushie, E.B. (2 mars 2020), Indigenous-led health care partnerships in Canada, Journal de l'AMC (Association médicale canadienne), extrait du site <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32122977/>.
- 26) Bhui, K., Warfa, N., Edonya, P., McKenzie, K. et Bhugra, D. (31 janvier 2007), Cultural competence in mental health care: a review of model evaluations, BMC Health Services Research, extrait du site <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17266765/>.
- 27) Kalambay, M. (7 février 2023), Éliminer les obstacles aux soins de santé mentale dans les communautés noires, programmes de santé et de bien-être virtuels pour les organismes, extrait du site <https://www.dialogue.co/fr/blogue/relever-les-defis-lies-a-la-sante-mentale-dans-les-communautes-noires>.