

ÉVALUATION DE L'IMPLANTATION ET DES EFFETS D'UNE ÉQUIPE MOBILE D'INTERVENTION PSYCHOSOCIALE (ÉMIP) INTERVENANT AUPRÈS DE PERSONNES EN SITUATION DE CRISE SUR LE TERRITOIRE DE LA VILLE DE SHERBROOKE

RAPPORT DE RECHERCHE

PAR L'INSTITUT UNIVERSITAIRE DE PREMIÈRE LIGNE EN SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX
DU CENTRE INTÉGRÉ UNIVERSITAIRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE L'ESTRIE –
CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE SHERBROOKE

LE 24 MAI 2018



Production

Institut universitaire de première ligne en santé et services sociaux (IUPLSSS) du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CIUSSS de l'Estrie – CHUS)

Chercheuse principale

Marjolaine Landry, inf., Ph. D., Chercheuse régulière de l'axe développement des capacités des adultes de l'IUPLSSS du CIUSSS de l'Estrie – CHUS; Professeure au Département des sciences infirmières de l'UQTR

Co-chercheurs

Étienne Blais, Ph. D., Professeur à l'École de criminologie de l'Université de Montréal

Nicolas Elazhary, M.D., CIUSSS de l'Estrie – CHUS

Sébastien Carrier, Ph. D., Professeur à l'École de service social de l'Université de Sherbrooke

Jasmin Bouchard, M.D., CIUSSS de l'Estrie – CHUS

Anne-Marie Savard, LL. D., Professeure à la Faculté de droit de l'Université Laval

Collaborateurs

Lyne Cardinal, Directrice des services généraux, CIUSSS de l'Estrie – CHUS

Marie-France Beauregard, Accès psychosocial et Info-Santé, CIUSSS de l'Estrie – CHUS

Tony Brien, Service de police de Sherbrooke

Jean-François Pellerin, Coopérative de travailleurs d'Ambulance de l'Estrie (CTAE)

Sylvie Gendron, Services préhospitaliers d'urgence, CIUSSS de l'Estrie – CHUS

Wayne Smith, M.D., Directeur médical régional, Services préhospitaliers d'urgence

Julie Lane, CIUSSS de l'Estrie – CHUS

Rédaction

Marjolaine Landry, inf., Ph. D., Chercheuse régulière de l'axe développement des capacités des adultes de l'IUPLSSS du CIUSSS de l'Estrie – CHUS; Professeure au Département des sciences infirmières de l'UQTR

Étienne Blais, Ph. D., Professeur à l'École de criminologie de l'Université de Montréal

Alexandra Chapdelaine, M. Sc., Faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke

Sébastien Carrier, Ph. D., Professeur à l'École de service social de l'Université de Sherbrooke

Nicolas Elazhary, M.D., CIUSSS de l'Estrie – CHUS

Révision

Marjolaine Landry, inf., Ph. D., Chercheuse régulière de l'axe développement des capacités des adultes de l'IUPLSSS du CIUSSS de l'Estrie – CHUS; Professeure au Département des sciences infirmières de l'UQTR

Alexandra Chapdelaine, M. Sc., Faculté de médecine et des sciences de la santé de l'Université de Sherbrooke

Étienne Blais, Ph. D., Professeur à l'École de criminologie de l'Université de Montréal

Révision linguistique

Geneviève Phaneuf, réviseure linguistique et designer graphique pigiste

Pour citer ce document

Landry, M., Blais, É., Chapdelaine, A., Carrier, S. et Elazhary, N. (2018). *Évaluation de l'implantation et des effets d'une équipe mobile d'intervention psychosociale (ÉMIP) intervenant auprès de personnes en situation de crise sur le territoire de la Ville de Sherbrooke*, Rapport de recherche, Institut universitaire de première ligne en santé et services sociaux du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke, 140 p.

Droit d'auteur © Institut universitaire de première ligne en santé et services sociaux du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

ISBN 978-2-550-81416-0 (imprimée)

ISBN 978-2-550-81417-7 (PDF)

Dépôt légal – Bibliothèque et Archives nationales du Québec (2018)

Le masculin a été employé dans le but d'alléger le texte.

Toute reproduction totale ou partielle est autorisée à condition de mentionner la source.

REMERCIEMENTS

L'équipe de recherche tient à remercier la Fondation Vitae pour son soutien financier, l'IUPLSSS du CIUSSS de l'Estrie – CHUS, de même que tous les participants (usagers, membres de l'ÉMIP (policiers et travailleurs sociaux), gestionnaires de l'ÉMIP).

Merci également à la Direction des services généraux du CIUSSS de l'Estrie – CHUS, dont Lyne Cardinale, directrice, et Marie-France Beauregard, alors responsable de l'accès psychosocial et d'Info-Santé, ainsi qu'au Service de police de la Ville de Sherbrooke (SPS), dont Danny McConnell, directeur, et Tony Brien, criminologue.

Les remerciements s'adressent aussi à la Direction administrative de la recherche du CIUSSS de l'Estrie – CHUS, notamment pour l'accès aux services de l'InfoCentre et l'extraction de données, avec le soutien de Sylvia Juhong Lee, de même qu'à Monique Côté, du Service des archives de la 1^{re} ligne. Merci aussi à Chantale Perron, du SPS, pour son accueil et son soutien pour l'extraction des données.

Merci à Catherine Allard et Marie-Pierre Garant, statisticiennes au Centre de recherche du CHUS (CRCHUS), pour leur contribution à l'analyse des données et à la proposition de rapports d'analyse.

Un mot de remerciement aussi aux membres du Programme international de recherche action participative sur le rétablissement civique (PIRAP), pour la transcription et le codage rigoureux des verbatim des entrevues, de même qu'à Louise Belzile et Kim Choinière, pour leur participation aux entrevues de groupe et téléphoniques.

Merci aussi à Marilou Landry, agente administrative à l'IUPLSSS, qui a toujours été rapidement disponible en soutien à l'équipe tout au long de l'étude, et à Laura Portelance Jouvert pour son implication comme agente de recherche au début de l'étude.

Enfin, merci particulièrement à Alexandra Chapdelaine, agente de recherche, qui a entre autres contribué à l'écriture du présent rapport.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	1
PROBLÉMATIQUE	3
RECENSION DES ÉCRITS	5
OBJECTIFS DE L'ÉTUDE	7
MÉTHODOLOGIE	9
L'INTERVENTION TYPE DE L'ÉMIP	9
LES DEVIS DE RECHERCHE	9
OBJECTIF 1 – ÉVALUER L'IMPLANTATION DE L'ÉMIP AUPRÈS DES GESTIONNAIRES INFORMATEURS CLÉS	10
OBJECTIF 2 – ÉVALUER LES EFFETS PERÇUS DE L'ÉMIP AUPRÈS DES POLICIERS ET INTERVENANTS PSYCHOSOCIAUX	11
OBJECTIF 3 – ÉVALUER LES EFFETS PERÇUS DE L'ÉMIP DU POINT DE VUE DES USAGERS	11
OBJECTIF 4 – ÉVALUER LES EFFETS DE L'ÉMIP À L'AIDE D'INDICATEURS QUANTITATIFS	12
<i>Indicateurs policiers</i>	12
<i>Indicateurs hospitaliers</i>	13
CONSIDÉRATIONS ETHIQUES	14
RÉSULTATS	15
ANALYSE DES ENTRETIENS ET ACCORD INTERJUGE	15
ÉVALUATION DE L'IMPLANTATION DE L'ÉMIP	15
<i>Modifications survenues au cours de la mise en œuvre</i>	15
<i>Implantation du projet</i>	16
<i>Ressources humaines prévues pour le projet pilote</i>	17
<i>Financement prévu pour l'implantation</i>	18
<i>Formations nécessaires découlant du projet pilote</i>	18
<i>Éléments facilitant et limitant l'implantation des équipes mixtes</i>	19
<i>Déroulement des interventions de l'ÉMIP</i>	20
ÉVALUATION DES EFFETS PERÇUS DES INTERVENTIONS	23
<i>Adéquation entre le besoin des personnes en crise et les services d'intervention de l'équipe mixte</i>	23
<i>Évaluation de la satisfaction des usagers sur une échelle de 1 à 10</i>	25
<i>Interventions et autonomisation des usagers à l'égard de leur propre santé</i>	25
<i>Des usagers conscients de la composition de l'équipe mixte</i>	26
<i>Trajectoire de vie des personnes en situation de crise</i>	26
<i>Impact de l'ÉMIP sur le nombre de P-38 appliquées</i>	29
ÉVALUATION DES EFFETS À L'AIDE D'INDICATEURS	29
<i>Indicateurs policiers</i>	29
<i>Indicateurs hospitaliers</i>	32
DISCUSSION	35
FORCES ET LIMITES	37
RECOMMANDATIONS POUR LA PRATIQUE ET POUR LES RECHERCHES FUTURES	38
CONCLUSION	41
BIBLIOGRAPHIE	43

LISTE DES ANNEXES

ANNEXE 1-A

PROTOCOLE D'ENTENTE ENTRE LE CIUSSS DE L'ESTRIE – CHUS ET LE SERVICE DE POLICE DE LA VILLE DE SHERBROOKE _____ 47

ANNEXE 1-B

PROTOCOLE D'ENTENTE ENTRE LE CIUSSS DE L'ESTRIE – CHUS ET LA COOPERATIVE DE TRAVAILLEURS D'AMBULANCE DE L'ESTRIE _____ 57

ANNEXE 2

GRILLE D'ENTREVUE INDIVIDUELLE AVEC LES INFORMATEURS CLES : VOLET EVALUATION DE L'IMPLANTATION _____ 67

ANNEXE 3

GRILLE DES ENTRETIENS DE GROUPE FOCALISES – POLICIERS ET INTERVENANTS PSYCHOSOCIAUX ____ 71

ANNEXE 4

GRILLE D'ENTREVUE TELEPHONIQUE – USAGERS _____ 77

ANNEXE 5

DETAILS DES COUTS CALCULES _____ 81

ANNEXE 6-A

CONVENANCE INSTITUTIONNELLE _____ 85

ANNEXE 6-B

APPROBATION ETHIQUE – COMITE D'ETHIQUE DE LA RECHERCHE DU CSSS-IUGS _____ 89

ANNEXE 6-C

DEMANDE DE MODIFICATION AU PROJET – COMITE D'ETHIQUE DE LA RECHERCHE DU CSSS-IUGS _____ 95

ANNEXE 6-D

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT A LA RECHERCHE – GESTIONNAIRE _____ 99

ANNEXE 6-E

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT A LA RECHERCHE – INTERVENANT ÉMIP _____ 107

ANNEXE 7

TABLEAUX DES RESULTATS DES ANALYSES D'ACCORD INTERJUGE _____ 115

ANNEXE 8

SCHEMA CONCEPTUEL _____ 119

ANNEXE 9

MODELE LOGIQUE DU PROJET PILOTE DEDUIT DU CORPUS DE DONNEES _____ 123

LISTE DES TABLEAUX

TABLEAU 1	
SÉQUENCE TEMPORELLE DE L'INTERVENTION ET DE LA COLLECTE DE DONNÉES _____	9
TABLEAU 2	
INDICATEURS QUANTITATIFS PRÉVUS POUR L'ÉVALUATION DES INTERVENTIONS DE L'ÉMIP _____	13
TABLEAU 3	
DESCRIPTIF DES INTERVENTIONS MENÉES PAR L'ÉMIP DURANT LA PÉRIODE POSTINTERVENTION _____	29
TABLEAU 4	
INDICATEURS POLICIERS EN PROVENANCE DU SERVICE DE POLICE DE SHERBROOKE ASSOCIÉS AVEC LES INTERVENTIONS POUR LES PERSONNES EN SITUATION DE CRISE LIÉE À LA SANTÉ MENTALE _____	30
TABLEAU 5	
FACTEURS ASSOCIÉS AVEC LA PROBABILITÉ DE RECEVOIR UNE INTERVENTION DE L'ÉMIP _____	31
TABLEAU 6	
EFFET MOYEN DE L'INTERVENTION (ÉMIP) SUR DIFFÉRENTS INDICATEURS POLICIERS : OBSERVATIONS APPARIÉES SUR LA BASE DU SCORE DE PROPENSION _____	32
TABLEAU 7	
INDICATEURS HOSPITALIERS DU CIUSSS DE L'ESTRIE – CHUS SE RAPPORTANT AUX DÉPARTEMENTS D'URGENCE DE L'HÔPITAL FLEURIMONT ET DE L'HÔTEL-DIEU _____	33
TABLEAU 8	
TRAJECTOIRE DES PERSONNES AYANT EU REÇU L'INTERVENTION DE L'ÉMIP DANS LA SEMAINE ET DANS LE MOIS SUIVANT L'INTERVENTION – 1 ^{RE} LIGNE _____	34
TABLEAU 9	
FAITS SAILLANTS ASSOCIÉS À L'ÉMIP _____	37

INTRODUCTION

Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) (2013), la santé mentale se définit comme un état de bien-être et d'équilibre qui permet à chacun de réaliser son potentiel, de s'adapter aux difficultés normales de la vie et de travailler avec succès de manière productive. Ainsi, la définition de la santé mentale dépasse la simple présence ou absence de maladie. Toujours selon l'OMS (2013), une personne sur quatre sera atteinte d'un ou de plusieurs problèmes de santé mentale au cours de sa vie.

Au Canada, il a été démontré que les résidents de la province du Québec ont une perception plus positive de leur santé mentale que ceux des autres provinces (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2015). Malgré cette perception élevée de la santé mentale, on mentionne que plus de 25 % de la population âgée de plus de 15 ans dit subir un stress quotidien élevé; les personnes de 25 à 44 ans sont plus particulièrement touchées. La détresse psychologique, qui se traduit notamment par de la nervosité, du désespoir, de l'agitation, de la dépression ou de l'épuisement, serait plus fréquente et de plus grande ampleur chez les femmes.

Toujours selon le Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) (2015), bien qu'une tendance à la baisse du taux de suicide soit observée depuis deux décennies, notamment chez les jeunes, le Québec se classe toujours parmi les provinces qui présentent les taux de suicide les plus élevés au Canada. Ce taux est 3,5 fois supérieur chez les hommes que chez des femmes. Selon Boileau et al. (2011), le fait que le Québec se classe parmi les territoires ayant le plus haut taux de suicide parmi les pays industrialisés serait attribuable aux tabous qui entourent la santé mentale au Québec, de même qu'au manque de connaissances en la matière. Les situations de planification suicidaire ou d'idées suicidaires peuvent mener à une situation de crise où les autorités sont interpellées.

Plusieurs chercheurs ont présenté à ce jour des définitions de la crise. À titre d'exemple, selon James et Gilliland (2001) cités dans Corriveau (2014) :

La crise survient lorsqu'un individu perçoit un évènement ou une situation comme une difficulté insurmontable et qui excède les ressources et les mécanismes d'adaptation de cette personne. À moins que cette personne obtienne un soulagement, la crise pourrait causer potentiellement un dysfonctionnement affectif, cognitif et comportemental. (Traduction libre, 1997, p. 3).

Pendant la période 2016-2017, les crises d'ordre psychosocial ont représenté 54 % des interventions du Centre de crise de Québec (CCQ). Ce type de crise, selon le CCQ, regroupe les interventions concernant des événements courants de la vie, tels une rupture, une perte d'emploi, des conflits relationnels ou un décès, et qui peuvent affecter n'importe quel individu (CCQ, 2017). Il s'agit d'événements imprévisibles, chargés émotionnellement et souvent extérieurs à l'individu qui peuvent entraîner une difficulté d'adaptation et, conséquemment, une situation de crise (Corriveau, 2014). Lorsque la personne en crise n'est pas en mesure de contrer la détresse psychologique et les perturbations occasionnées par l'événement déclencheur, il est possible qu'elle se tourne vers des comportements et des affects tels que l'idéation suicidaire ou l'homicide, l'abus croissant d'alcool ou de drogues, les problèmes de violence ou d'impulsivité pouvant mener à une judiciarisation et des difficultés à se contrôler ou à utiliser adéquatement l'aide disponible (Poirier, 2007).

Un projet pilote d'une année visant l'intégration d'un intervenant psychosocial aux équipes policières lors d'interventions en situation de crise a été déployé sur le territoire de la ville de Sherbrooke dans le cadre d'ententes avec le Centre intégré universitaire de santé et services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier

universitaire de Sherbrooke (CIUSSS de l'Estrie – CHUS) (**Annexe 1-A** et **Annexe 1-B**). Ces équipes mixtes ont été nommées Équipe mobile d'intervention psychosociale (ÉMIP). Ce modèle d'intervention visait à mieux répondre aux besoins des personnes en situation de crise qui nécessitaient une évaluation psychosociale – évaluation qui ne peut être réalisée par les policiers, mais dont l'état général ne demanderait pas une redirection systématique vers les urgences. La présence d'un intervenant psychosocial dans ces équipes permettait ainsi l'évaluation sur place de l'utilisateur, de même que sa redirection ou la référence de ce dernier vers la ressource la plus adéquate, soit le CLSC, l'hôpital ou un organisme communautaire (Regroupement des ressources communautaires en santé mentale de l'Estrie, 2013).

PROBLÉMATIQUE

Les statistiques locales de 2015-2016 indiquent que plus de 4 000 visites à l'urgence de l'Hôtel-Dieu de Sherbrooke du CIUSSS de l'Estrie – CHUS ont été recensées pour des problématiques de santé mentale ou psychosociales. Cela représente environ 10 % des visites totales de cet établissement de soins de santé. De ces 4 000 visites, 1 825 usagers sont arrivés en ambulance et 200 avec les policiers (données internes, CIUSSS de l'Estrie – CHUS, 2015).

Lorsqu'une personne présente un danger pour elle-même ou pour les autres, elle peut être amenée à l'hôpital contre son gré par les forces de l'ordre. En effet, depuis 1998 au Québec, en vertu de l'article 8 de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (Gouvernement du Québec, 2017), appelée *loi P-38*, un policier peut détenir une personne contre son gré dans un établissement de santé. Il s'agit alors d'une intervention de garde préventive. La mise en pratique de la loi P-38, qui est donc appliquée auprès d'un certain nombre de personnes parmi celles escortées à l'urgence de l'Hôpital Hôtel-Dieu par le corps policier, soulève cependant certains enjeux. Deux situations problématiques contribuent notamment à engorger les urgences et à monopoliser le personnel de l'hôpital et du service de police. La première est que le transport des usagers en état de crise qui sont amenés aux urgences selon leur volonté n'est pas prévu dans les tâches du corps policier. La deuxième situation est que l'usager en état de crise est conduit par les policiers aux urgences sans que ceux-ci ne restent sur place jusqu'à sa prise en charge, contrairement à ce que la loi stipule. Les urgences ne sont pas toujours une ressource bien adaptée aux besoins d'un usager en crise.

Force est de constater que cette situation contribue à l'engorgement de l'urgence, en plus d'accaparer les services ambulanciers et policiers en matière de temps et de transport. En plus de remédier à ces inconvénients, une meilleure gestion des interventions auprès des personnes en situation de crise contribuerait à mieux répondre à leurs besoins avec dignité, tout en évitant certains événements comme l'incarcération qui pourrait découler d'actes de violence, par exemple. Certains de ces événements pourraient ainsi être évités par une intervention psychosociale lors de situations de crise.

Les demandes adressées au CIUSSS ont été effectuées dans le contexte d'une augmentation des interventions destinées aux personnes en situation de crise ou présentant des idéations suicidaires, tel que constaté au moyen des statistiques d'appels par les gestionnaires des services policiers (SP) en 2015. Pour sa part, le gestionnaire des travailleurs sociaux (TS) déclare qu'à la suite des événements de Neptune, ayant eu lieu à Sherbrooke en 2012, son équipe avait aussi observé l'accroissement des interventions destinées à cette clientèle. En réponse à la hausse, l'équipe avait manifesté le besoin d'un meilleur arrimage auprès de la clientèle en situation de crise. Le gestionnaire des policiers et celui des travailleurs sociaux sont parvenus à la même conclusion : une équipe mixte de premiers répondants, composée d'un intervenant psychosocial et d'un policier, pourrait offrir un service plus adapté lors de certains types de situations. D'ailleurs, les services d'ambulance et de police auraient émis, de façon parallèle, une demande auprès du CIUSSS de l'Estrie – CHUS en vue d'un travail collaboratif s'inspirant du modèle de l'Équipe de soutien aux urgences psychosociales (ÉSUP) de Montréal, où un travailleur social se joint aux policiers afin de répondre adéquatement aux besoins des personnes en situation de crise. Cette équipe est en fonction 365 jours par année depuis 2012. Le projet pilote de l'Équipe mobile d'intervention psychosociale (ÉMIP) est ainsi inspiré du modèle de l'ÉSUP de Montréal.

Le CIUSSS de l'Estrie – CHUS a conclu une entente spécifique menant à l'implantation de l'ÉMIP. Le gestionnaire des travailleurs sociaux estime à deux ans la durée des échanges préalables. Un recrutement rigoureux des membres de l'ÉMIP ainsi qu'une formation adéquate devaient permettre d'assurer la qualité des interventions qui allaient être déployées lors des interventions en situation de crise. Tel que mentionné dans un communiqué de presse émis par le CIUSSS de l'Estrie – CHUS (2016) :

Les Sherbrookoïses vivant une situation de crise auront accès plus rapidement à des soins et services psychosociaux mieux adaptés. En effet, la collaboration entre le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CIUSSS de l'Estrie – CHUS), la Coopérative des travailleurs des ambulances [sic] de l'Estrie (CTAE) et le Service de police de Sherbrooke (SPS) fait en sorte qu'un intervenant psychosocial ou un travailleur social se joigne à une équipe paramédicale ou à une équipe policière afin de répondre aux appels d'urgence les mercredis, jeudis, vendredis et samedis soirs. L'entente avec les services ambulanciers constitue une première québécoise dans le secteur préhospitalier. L'intervenant psychosocial évaluera sur place les personnes en détresse afin de les orienter rapidement vers le bon professionnel ou la bonne ressource (au CLSC, à l'hôpital ou auprès d'un organisme communautaire approprié).

RECENSION DES ÉCRITS

En lien avec la problématique présentée précédemment, l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS) (2016) recommande notamment la formalisation de mécanismes de collaboration interorganisationnelle et intersectorielle dans les modèles de dispensation des soins et services s'adressant aux personnes présentant des troubles concomitants de santé mentale et de dépendance. Parmi les initiatives existantes, l'Équipe multidisciplinaire en référence et intervention auprès des itinérants (EMRII), un modèle mis en œuvre au Canada, intégrait un intervenant psychosocial aux équipes policières en contexte d'itinérance (Baillergeau *et al.*, 2012; Bellot *et al.*, 2005; Rose *et al.*, 2012a, 2012b). Les résultats en découlant, d'ordre descriptif, sont plutôt mitigés quant à la capacité de l'EMRII de diminuer le taux de judiciarisation de leur population cible, composée exclusivement de personnes en situation d'itinérance. Cette population est non comparable à la population desservie par l'urgence de l'Hôtel-Dieu. Un programme d'intervention en Nouvelle-Écosse, intégrant les services de santé mentale et le service de police dans le cadre d'équipes mobiles en situation de crise, a également été évalué (Kisely *et al.*, 2010). Les résultats obtenus à l'aide de cette étude, utilisant un dispositif pré/post intervention avec une approche mixte (quantitative et qualitative), indiquent qu'il y a eu une augmentation de l'utilisation de ce service intégré lors de situations de crise tout en occasionnant une diminution significative du temps passé sur les lieux. De plus, les usagers ayant bénéficié de ce service étaient par la suite plus engagés face à leur traitement que ceux ne l'ayant pas reçu.

De telles initiatives ont aussi vu le jour dans d'autres pays. Aux États-Unis, une étude a mené à l'évaluation descriptive d'un modèle intégrant un intervenant en santé mentale aux équipes policières de Seattle lors d'intervention en situation de crise (CIT : Crisis Intervention Team) (Helfgott *et al.*, 2016). Le projet pilote, d'une durée d'un an, visait à diminuer le nombre d'incarcérations et de consultations à l'urgence, de même qu'à éviter à des jeunes et à des adultes un contact initial ou futur avec le système de justice. Les résultats de cette étude descriptive suggèrent certains effets en ce sens en plus d'un changement favorable dans l'attitude des policiers lors d'intervention en situation de crise. Dans un même ordre d'idées, l'étude d'Ellis (2014) a permis de démontrer des effets significatifs du CIT sur les connaissances des policiers, de même que sur leur perception et leur attitude envers les personnes présentant un problème de santé mentale. Au Danemark, un modèle de collaboration intégrant les services policiers, les travailleurs sociaux et les services de psychiatrie et de santé mentale a été intégré dans la loi en 2009 (Sestoft *et al.*, 2014). Ce modèle, évalué à l'aide d'une étude qualitative comportant des entrevues, des entretiens de groupe focalisés et des observations dans quatre villes du Danemark, a permis de mettre en lumière la prévention des rechutes et de la criminalisation associées à l'intervention.

Enfin, le problème de l'encombrement des urgences n'affecte pas seulement le Canada; différentes interventions ont été mises en place afin de faire diverger les patients ayant une problématique de santé mentale des urgences (Currier *et al.*, 2010; Lee *et al.*, 2015; McKenna, Furness, Brown, *et al.*, 2015). En Australie, une équipe mobile combinant un clinicien spécialisé en santé mentale et un policier, la *Police and Clinical Early Response* (A-PACER), a été mise sur pied dans cette optique. Une proportion de 57 % de ses interventions a résulté en une prise en charge par la communauté (Lee *et al.*, 2015). L'étude de McKenna, toujours en Australie, faisait l'évaluation du *Northern Police and Clinician Emergency Response* (NPACER), dont l'équipe était aussi composée d'un clinicien spécialisé en santé mentale et d'un policier. En comparant différents indicateurs au cours des six mois précédant l'implantation du NPACER aux six mois suivant, il a été démontré que l'intervention pouvait efficacement prévenir le transport des usagers par ambulance vers le département des urgences, en favorisant notamment l'évaluation en externe, mais aussi une prise en charge des usagers par des organismes communautaires (McKenna, Furness, Oakes *et al.*, 2015). En réponse à l'encombrement des urgences, l'Association canadienne des médecins d'urgence (ACMU) a émis plusieurs pistes de solution, dont celle d'éviter, lorsque possible, les visites à l'urgence et l'admission à l'hôpital par l'utilisation, entre autres, de ressources externes (Canadian Association of Emergency Physicians, 2009).

OBJECTIFS DE L'ÉTUDE

Cette étude avait comme objectif principal d'évaluer l'implantation et les effets d'un projet pilote intégrant un intervenant psychosocial aux équipes policières du territoire de la Ville de Sherbrooke lors d'interventions en situation de crise. Quatre objectifs spécifiques découlaient de cette étude évaluant l'Équipe mobile d'intervention psychosociale (ÉMIP) :

1. Évaluer l'implantation de l'ÉMIP auprès des gestionnaires informateurs clés;
2. Évaluer les effets perçus de l'ÉMIP auprès des policiers et intervenants psychosociaux;
3. Évaluer les effets perçus de l'ÉMIP du point de vue des usagers;
4. Évaluer les effets de l'ÉMIP à l'aide d'indicateurs quantitatifs.

Notons que lors de la planification du projet pilote par les gestionnaires et leurs collaborateurs, il était prévu qu'un volet du projet inclurait l'intégration d'un travailleur social aux équipes ambulancières les lundis et jeudis. Or, des motifs administratifs et juridiques en phase pré-implantation expliquent l'absence de mise en œuvre de ce volet du projet, et donc, de son évaluation par l'équipe de recherche.

MÉTHODOLOGIE

L'INTERVENTION TYPE DE L'ÉMIP

En temps normal, les interventions se déroulent comme suit. Un appel est d'abord effectué au 911. Par la suite, le 911 ou les policiers diffusent un message concernant des personnes en crise ou avec un état mental perturbé. Des policiers se rendent sur place, sécurisent par la suite les lieux et demandent l'appui de l'ÉMIP. Après avoir évalué conjointement la situation, les membres de l'ÉMIP prennent une décision quant aux meilleures actions à entreprendre pour l'utilisateur et/ou aux meilleures ressources qui peuvent lui être fournies. L'ÉMIP peut notamment faire des démarches auprès d'un CSSS de secteur, à l'équipe traitante, avec consentement du client, ou à un partenaire communautaire, tel JEVI, si nécessaire. Dans le cas où une hospitalisation est requise, mais que l'utilisateur n'est pas coopératif, la loi P-38 est appliquée. L'ÉMIP se déplace ainsi jusqu'aux urgences dans la voiture de patrouille. Bien que les policiers puissent être sollicités dans certains cas, le transport en centre hospitalier est normalement effectué par les ambulanciers. Selon le guide de formation de l'ÉMIP, aucun transport n'est effectué dans la voiture de l'ÉMIP. L'ÉMIP suit le véhicule de transport et le travailleur social complète une requête de service professionnel qui est remise à l'infirmière ou l'infirmier de l'urgence. La situation de l'utilisateur est aussi expliquée à l'infirmière ou l'infirmier sur place par le travailleur social. À la fin de l'intervention, chacun des membres de l'ÉMIP est responsable d'écrire son rapport. Un suivi auprès des usagers est effectué par le travailleur social.

Initialement, l'ÉMIP desservait seulement le centre-ville de Sherbrooke. Comme le nombre d'appels prévus d'environ cinq ou six par soirée se situait en deçà, le périmètre a ensuite été étendu à l'ensemble de la ville. Le territoire de la ville de Sherbrooke représente un bassin de population de 212 105 citoyens (Statistiques Canada, 2017). Enfin, au moment de lancer l'étude, l'ÉMIP était en fonction le mercredi et le vendredi, de 16 h à minuit.

LES DEVIS DE RECHERCHE

Une analyse de l'implantation et des effets de l'ÉMIP a été effectuée à l'aide d'un devis d'étude évaluatif (Fitzpatrick, 2012) utilisant une approche qualitative et une approche quantitative (McManamny *et al.*, 2014). L'aspect qualitatif a permis d'explorer le vécu des professionnels impliqués dans l'ÉMIP et celui d'utilisateurs auprès desquels elle a agi. Il a aussi permis aux gestionnaires de pouvoir s'exprimer sur le processus d'implantation de l'ÉMIP. Des indicateurs quantitatifs hospitaliers et policiers, identifiés avec les parties prenantes, ont été analysés respectivement selon un devis quasi expérimental avec une séquence pré/post (Shadish *et al.*, 2001) et un devis cas-témoin. Le **Tableau 1** présente les périodes associées à chaque étape de l'intervention. La méthodologie est structurée pour répondre à chacun des objectifs de l'étude mentionnés précédemment.

Tableau 1. Séquence temporelle de l'intervention et de la collecte de données

PRÉINTERVENTION	DÉBUT DES INTERVENTIONS	POSTINTERVENTION
mai 2015 - mai 2016	4 mai 2016	mai 2016 - mai 2017

OBJECTIF 1 – ÉVALUER L'IMPLANTATION DE L'ÉMIP AUPRÈS DES GESTIONNAIRES INFORMATEURS CLÉS

Échantillonnage

Afin d'évaluer l'implantation du modèle d'intervention proposé dans le projet pilote, l'appréciation de l'adéquation entre les plans prévus initialement par chacune des parties (policiers, intervenants psychosociaux) et leur mise en œuvre a été réalisée avec la participation d'un échantillon non probabiliste de convenance composé de deux ($n = 2$) gestionnaires informateurs clés.

Critères de sélection

Les informateurs clés devaient faire partie du comité du projet pilote, être gestionnaires et soutenir le processus d'implantation des équipes mixtes dans leur milieu.

Déroulement et collecte des données

Les informations relatives à l'appréciation du niveau de mise en œuvre du modèle d'intervention en équipes mixtes ont été obtenues dans le cadre de rencontres individuelles d'une heure, enregistrées et menées par la chercheuse principale. Ces rencontres se sont déroulées 6 mois après la date d'implantation de l'intervention des équipes mixtes. Il était plausible de croire qu'après 6 mois, l'intervention avait été suffisamment mise en œuvre pour évaluer le processus d'implantation (Helfgott et al., 2016). Ces rencontres se déroulaient à l'Institut universitaire de première ligne en santé et services sociaux (IUPLSSS) du CIUSSS de l'Estrie – CHUS ou dans le milieu de travail des informateurs clés. Une grille d'entrevue a été utilisée pour la rencontre (**Annexe 2**). Les informations obtenues à la suite de ces rencontres ont permis notamment de documenter les écarts, le cas échéant, entre ce qui avait été prévu initialement et le déroulement réel, en plus de permettre d'identifier leurs sources. Les ajustements apportés et les résultats obtenus ont aussi été documentés.

Analyse des données

Une analyse de contenu thématique (Huberman et Miles, 1991) des verbatim transcrits a été réalisée à l'aide du logiciel QSR NVivo. Tous les entretiens ont été transcrits par une personne ayant déjà utilisé des services en santé mentale. Pour chaque entretien, la personne transcriptrice notait les cinq éléments l'ayant le plus marquée ou ayant le plus attiré son attention durant la transcription. Par la suite, ces transcriptions et ces impressions étaient remises à deux codeurs. L'un d'eux était étudiant en psychologie et intervenant en santé mentale; l'autre était une personne ayant déjà utilisé des services en santé mentale et participait à un programme de réinsertion à l'emploi à travers des activités de recherche. Afin d'assurer la fidélité des données, les verbatim ont d'abord été codés indépendamment, puis un processus de discussion avec la chercheuse principale s'en suivait afin d'en venir à un accord dans le cas de disparité.

Une grille de codification initiale relative aux thèmes contenus dans la grille d'entrevue a été utilisée pour guider la codification. Bien que l'approche déductive fût utilisée pour la codification, la nécessité de créer de nouveaux thèmes a été évaluée lorsque pertinente. Les codeurs ont tenu compte des écarts durant la rédaction.

OBJECTIF 2 – ÉVALUER LES EFFETS PERÇUS DE L'ÉMIP AUPRÈS DES POLICIERS ET INTERVENANTS PSYCHOSOCIAUX

Échantillonnage et critère de sélection

Il s'agit d'échantillons probabilistes de convenance composés de neuf des douze policiers ÉMIP ($n = 9$) et de six travailleurs sociaux ($n = 6$). Le seul critère de sélection était celui d'être un policier ou un intervenant psychosocial formé dans le cadre du projet pilote pour faire partie des équipes d'intervention en situation de crise.

Stratégie de recrutement

Une invitation à participer à un entretien de groupe de discussion (*focus group*) portant sur le projet pilote de l'intervention en équipes mixtes a été remise à tous les intervenants des équipes mixtes par leur gestionnaire respectif (informateurs clés). Ce dernier leur avait aussi remis un formulaire explicatif et un formulaire de consentement à l'étude pour information. Cette rencontre avait lieu dans leur milieu de travail respectif et était menée par une agente de recherche. Avant de débiter la rencontre, une période de questions était allouée avant la signature du formulaire de consentement.

Déroulement et outil de collecte des données

Un outil contenant un questionnaire pour recueillir les données sociodémographiques et personnelles, ainsi que le guide d'entrevue semi-structuré pour les deux entretiens de groupe focalisés, a été utilisé (**Annexe 3**). La durée prévue pour chacun des entretiens était de 1 h 30. Ces rencontres ont été enregistrées sur bande audio. La grille initiale de codification découlait des thèmes du guide d'entrevue selon une approche déductive employée en vue du codage thématique des verbatim (Paillé et Mucchielli, 2005). Une approche inductive a aussi été utilisée afin de capter d'autres thèmes pertinents en regard des objectifs de recherche.

Analyse des données

Voir la section Analyse des données de l'objectif 1, à la page précédente.

OBJECTIF 3 – ÉVALUER LES EFFETS PERÇUS DE L'ÉMIP DU POINT DE VUE DES USAGERS

Échantillonnage

Un échantillon non probabiliste de convenance de neuf personnes ($n = 9$) ayant bénéficié de l'intervention de l'ÉMIP a été sélectionné.

Stratégie de recrutement

Pour être éligibles, les usagers devaient avoir reçu l'intervention d'une équipe mixte environ 1 mois plus tôt, posséder une ligne téléphonique, parler français et ne pas être reconnus comme ayant une inaptitude. Ces personnes ont été recrutées au cours des mois de septembre à décembre 2016.

Déroulement et outil de collecte des données

Pour les fins de l'étude, le service de police a instauré une activité de suivi de la qualité. Les appels ont été effectués environ un mois postintervention des équipes mixtes par un étudiant en criminologie de l'Université de Montréal. L'outil utilisé pour recueillir les données aux fins de l'étude lors de l'entrevue téléphonique contenait un court questionnaire sociodémographique ainsi qu'un guide d'entrevue semi-structuré (**Annexe 4**). La durée prévue pour ces entrevues téléphoniques était de 20 à 30 minutes. Ces entrevues ont été enregistrées sur bande audio. Aucun appariement n'a été fait entre le contenu de cette grille et les informations provenant du dossier médical de l'utilisateur.

Analyse des données

La stratégie d'analyse des données est identique à celle retrouvée précédemment à l'objectif 1.

OBJECTIF 4 – ÉVALUER LES EFFETS DE L'ÉMIP À L'AIDE D'INDICATEURS QUANTITATIFS

INDICATEURS POLICIERS

Puisqu'il n'y avait pas de code spécifique indiquant qu'il s'agissait d'une intervention de l'ÉMIP, les données ont dû être extraites manuellement des rapports de police des interventions ayant eu lieu durant les quarts de travail de l'ÉMIP, au moyen d'une grille de codification développée par les chercheurs. Ceci explique la disparité entre le nombre de cas identifiés dans les données policières et dans les données hospitalières.

Comme mentionné précédemment, un devis cas-témoin a été utilisé afin de déterminer l'effet de l'intervention de l'ÉMIP sur différents paramètres (**Tableau 2**). Les cas correspondent aux interventions pour lesquelles les personnes en état de crise reliée à la santé mentale ont été prises en charge par l'ÉMIP de mai 2016 à mai 2017. Afin d'éviter la contamination des groupes, les témoins ont été sélectionnés dans l'année précédant l'implantation de l'ÉMIP, soit de mai 2015 à mai 2016, et dont les personnes en état de crise ont été prises en charge seulement par des policiers, comme il se fait usuellement.

Analyses statistiques

Le test du khi-carré a été employé pour les variables catégoriques. Pour la comparaison des données continues, le test t de Student a été utilisé.

Afin d'apprécier l'effet moyen de l'ÉMIP (*Average Treatment Effect*) sur les différents indicateurs policiers, les témoins et les cas ont été appariés en utilisant le score de propension (Apel et Sweeten, 2010; Becker et Ichino, 2002). Il s'agit de la probabilité prédite de recevoir une intervention de l'ÉMIP, issue de la régression logistique. Les indicateurs sélectionnés pour la régression sont :

1. la priorité d'appel;
2. le nombre d'autos-patrouilles sur les lieux;
3. la nature de l'appel;
4. le sexe de la personne en crise;
5. l'âge de la personne en crise;
6. l'intoxication par des substances;
7. le lieu de l'intervention.

Toutes ces variables sont reconnues pour influencer le déroulement d'une intervention (Morabito *et al.*, 2012, 2017; Ritter *et al.*, 2011). L'appariement a été effectué avec la méthode de Kernel – Uniforme et les analyses ont été effectuées à l'aide du logiciel STATA 12.

Tableau 2. Indicateurs quantitatifs prévus pour l'évaluation des interventions de l'ÉMIP

SERVICE	QUART DE TRAVAIL	INDICATEURS
Policier	Mercredi et vendredi de 16 h à minuit	• Nombre d'usagers transportés par les policiers à l'urgence hospitalière pour une problématique d'ordre psychosocial en situation de crise • Nombre d'heures (temps) moyen hebdomadaire en ressources policières sur les lieux auprès de personnes présentant une problématique d'ordre psychosociale en situation de crise • Nombre de P-38 (complétés) • Prise en charge par le milieu communautaire / réseau social de l'usager • Nombre d'incarcérations à la suite de l'intervention / usage de la force
Hospitalier	Mercredi et vendredi de 16 h à minuit	• Nombre de consultations à l'urgence hospitalière pour un motif relié à une situation de crise d'ordre psychosocial chez les usagers accompagnés par les policiers • Temps d'attente à l'urgence psychiatrique (urgence conventionnelle + urgence Santé mentale) • Nombre d'admissions • Estimation des coûts (nombre de consultations à l'urgence et transports ambulanciers pour les usagers présentant une problématique d'ordre psychosocial) • Statut des personnes à 1 semaine et à 1 mois postintervention de l'ÉMIP (hospitalisé, décédé, autre)*

* Cette information de nature descriptive n'a pu être comparée avec l'année précédente, dû à l'absence d'un groupe contrôle.

INDICATEURS HOSPITALIERS

Un dispositif quasi expérimental pré/post avec des données de comparaison préintervention, sur des périodes comparables de l'année précédente, a été utilisé pour les indicateurs hospitaliers (**Tableau 2**). Pour les données hospitalières, seulement les visites avec la catégorie majeure du diagnostic « troubles mentaux et psychosociaux » ont été considérées pour les périodes pré et postintervention. Quant aux données hospitalières de 1^{re} et de 2^e ligne des usagers, elles ont été extraites à une semaine et à un mois suivant l'intervention de l'équipe mixte, qu'il y ait eu ou non une visite à l'urgence découlant de celle-ci.

Pour le calcul du coût d'un transport en ambulance, un coût minimal de 125 \$ a été fixé, auquel se sont ajoutés des frais de 1,75 \$/km. Ainsi, le plus récent coût moyen calculé par le CIUSSS pour le transport en ambulance est de 141,05 \$. Ce coût pouvait varier selon les cas, mais était tout de même représentatif de la plupart des transports en territoire sherbrookoïse. Le coût attribué pour une visite aux urgences était de 159,73 \$. Il s'agissait d'un coût unitaire qui considérait l'ensemble des urgences du CIUSSS de l'Estrie – CHUS, incluant l'urgence de santé mentale. Les détails sur le calcul des coûts sont présentés à l'**Annexe 5**.

Analyses statistiques

Le test du Khi carré a été employé pour l'analyse des variables catégoriques, alors que le test de Mann-Whitney a servi pour la comparaison des données continues. Le nombre de visites moyen par jour a été comparé en utilisant la régression de Poisson.

CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES

Le projet a été approuvé par le comité d'éthique de la recherche chez l'humain du CSSS-IUGS du CIUSSS de l'Estrie – CHUS (2017-662, **Annexes 6a, 6b et 6c**). Les fonds requis pour la rémunération du personnel nécessaire à la transcription des verbatim (les entrevues individuelles (informateurs clés, usagers) et les entretiens de groupe focalisés (intervenants)) et leur codification ont été obtenus auprès du CIUSSS de l'Estrie – CHUS. Un soutien financier a aussi été octroyé par la Fondation Vitae.

Le projet a été mené en conformité avec les principes éthiques de l'Énoncé de politique des trois Conseils concernant la recherche chez les êtres humains (EPTC, 2014). Une convenance institutionnelle a été obtenue pour permettre notamment au service des archives du CIUSSS de l'Estrie – CHUS d'extraire les données aux fins de l'étude, et ce, tant en 1^{re} qu'en 2^e ligne, pour tous les usagers ayant reçu l'intervention des équipes mixtes, qu'ils aient été ou non orientés vers l'urgence hospitalière. Les données relatives aux indicateurs policiers ont été extraites sur place par l'un des co-chercheurs, de façon sécurisée, à partir des rapports policiers fournis par le SPS. Les données ont été prélevées de façon groupale, prévenant ainsi l'identification de toutes personnes impliquées dans les événements. De plus, toutes les données ont été anonymisées dans la base de données.

Les gestionnaires, les policiers et les intervenants psychosociaux ayant assisté à la rencontre individuelle ou au *focus group* l'ont fait de manière libre et éclairée. Dans le cadre des *focus groups*, l'accent a été mis sur l'importance de la confidentialité de l'identité des personnes présentes et de la teneur des échanges qui s'effectueraient. Chaque individu présent a signé un formulaire de consentement (**Annexes 6d et 6e**). Pour les entrevues téléphoniques auprès des usagers, l'interviewer s'est assuré que la personne comprenait l'objectif principal de l'étude et le but de l'appel. Les participants ont accepté de répondre ou non aux questions de recherche, en plus du sondage qualité, de façon volontaire, sans aucune pression induite.

RÉSULTATS

ANALYSE DES ENTRETIENS ET ACCORD INTERJUGE

Comme le démontrent les tableaux de l'**Annexe 7**, l'accord interjuge basé sur l'indice du Kappa de Cohen est, de façon générale, excellent pour les entrevues individuelles. Néanmoins, d'autres indices du Kappa de Cohen sont à 0. Un schéma thématique issu des verbatim recueillis ainsi qu'un modèle logique du projet pilote déduit du corpus de données ont été créés (**Annexes 8 et 9**).

Pour ce qui est de l'organisation des données des entretiens de groupe focalisés, tant ceux des policiers que ceux des travailleurs sociaux, de nombreux indices du Kappa de Cohen sont à 0. Les codeurs ont donc codé différents éléments ou ont codé les mêmes éléments dans différents nœuds. Cette deuxième possibilité reflète mieux la situation actuelle. En effet, l'organisation des données des entretiens de groupe focalisés impliquait des discussions entre les participants où les dialogues étaient parfois contradictoires ou incomplets, car interrompus par une autre personne. La dynamique de groupe et la variété des points de vue ont donc grandement joué sur les indices du Kappa de Cohen. Mais comme pour l'entrevue individuelle, les pourcentages d'accord sont principalement entre 90 % et 100 %, ce qui montre que les codeurs ont repéré et analysé des éléments similaires malgré tout.

Quant au codage des données des entretiens téléphoniques avec des usagers, la majorité des éléments organisés par les codeurs ont un accord variant entre 87,72 % et 100 %. Néanmoins, six nœuds centraux présentent des indices très bas, voire nuls, pour plus de la majorité des entretiens d'usagers. Il s'agit des nœuds « Perception équipe mixte », « Ressenti durant l'intervention » et « Réponse aux besoins », et ce, pour les deux surnœuds « Éléments facilitateurs » et « Éléments limitants ». Ces nœuds représentent les thèmes où les usagers se contredisent le plus eux-mêmes. Cette ambiguïté dans les entrevues, souvent dans le même énoncé, pouvait dupliquer l'organisation des nœuds ou pousser le codeur à choisir si cela allait dans « Éléments facilitateurs » ou plutôt dans « Éléments limitants », selon le contexte de l'énoncé et ce que l'utilisateur nommait auparavant.

ÉVALUATION DE L'IMPLANTATION DE L'ÉMIP

MODIFICATIONS SURVENUES AU COURS DE LA MISE EN ŒUVRE

Au départ, le rôle de l'ÉMIP devait se limiter à répondre aux appels d'urgence et on estimait qu'environ six interventions auraient lieu par quart de travail. Toutefois, selon le questionnaire du SPS, l'équipe n'était pas toujours sollicitée lors des deux soirs où elle était en fonction, notamment durant les périodes tranquilles :

Une légère modification, c'est qu'on s'attendait à ce que les mercredis et vendredis soir, l'ÉMIP, donc l'équipe conjointe, soit occupée toute la soirée et on s'est rendu compte qu'ils n'étaient pas occupés systématiquement tous les soirs. [...] Parce qu'au début, c'était uniquement de la réponse à des appels d'urgence, on leur a demandé compte tenu du fait qu'ils n'étaient pas suffisamment occupés de faire des activités qu'on appelle des activités de consolidation, donc d'aller voir la clientèle, d'aller voir les intervenants, d'aller voir des endroits où on est susceptible de rencontrer des gens qui peuvent avoir des problèmes de santé mentale. (Questionnaire SPS)

Ainsi, l'ÉMIP a réalisé des activités de consolidation durant ces moments plus tranquilles afin de faire connaître sa mission auprès d'autres travailleurs sociaux. Pour ce faire, ils ont identifié des lieux où vit une clientèle estimée à risque de se retrouver en état de crise, en plus d'aller à la rencontre de clients ayant déjà vécu l'expérience d'une intervention.

D'autres modifications organisationnelles du travail ont été réalisées afin de faciliter l'implantation de l'ÉMIP. Par exemple, le gestionnaire des travailleurs sociaux rapporte que l'équipement de l'ÉMIP a été changé durant les interventions, notamment par le port d'un brassard et d'une radio au lieu d'une veste pare-balles par le policier :

On est en train de regarder pour un brassard plutôt qu'une veste parce que ça peut nuire des fois. On l'a vu au niveau du lien de confiance. (Gestionnaire TS)

Aussi, l'horaire des travailleurs sociaux a été modifié pour mieux correspondre aux restrictions syndicales policières, comme celle de terminer à 23 h (puisque les policiers ne sont pas autorisés à patrouiller seuls passé cette heure) et celle concernant l'attribution des semaines de vacances. Toujours selon cette gestionnaire, d'autres éléments ont fait l'objet de questionnements par rapport à la mise en place des équipes mixtes, notamment la poursuite ou non de la participation des travailleurs sociaux aux séances d'information des policiers, les modalités d'accompagnement lors du transport d'un usager vers l'hôpital, l'ajout d'appels de relance auprès de la clientèle desservie, l'ajout d'activités de prévention et l'organisation des liens de communication.

Comme mentionné précédemment, la partie du projet impliquant les ambulanciers n'a pu être actualisée. Un des usagers a avancé que « ça l'aurait été mieux si ça l'aurait été une ambulance à la place », ce qui indique que, selon cet usager, un partenariat avec les ambulanciers aurait pu mieux répondre à ses besoins.

IMPLANTATION DU PROJET

L'implantation de ce projet pilote se révèle positive selon le gestionnaire du service de police, puisqu'une bonne relation s'est établie entre les travailleurs sociaux et les policiers. Un point de vue partagé par le gestionnaire des travailleurs sociaux, qui affirme néanmoins que le processus d'implantation n'était toutefois pas encore assez stable et pérenne. Il a mentionné que, lors de la survenue de situations plus difficiles, l'ensemble de l'équipe du projet tendait à se fragiliser, notamment en ce qui a trait au partage d'information. En effet, le gestionnaire des travailleurs sociaux expliquait que « ça fait beaucoup d'intermédiaires dans la structure [hiérarchique policière] finalement, pis je trouve que je vais des fois manquer d'information sur ce que ça crée sur la dynamique par exemple au poste de police... » Il a précisé que le manque de « transparence » et de partage d'information lui donnait l'impression « d'être de la visite ». Ainsi, selon lui, le projet n'était pas encore complètement implanté. Il a également souligné certains aspects à tenir compte, sur le plan organisationnel, pour favoriser une implantation optimale de l'ÉMIP. Entre autres :

- l'équipe mixte doit acquérir de l'expérience afin d'atteindre ses objectifs;
- l'apport du travailleur social doit être reconnu et sa présence ne plus être perçue par le corps policier comme une visite au poste comme ça semble être le cas;
- l'accommodation aux cultures respectives de chaque milieu professionnel doit continuer à être mise de l'avant.

Contrastant avec leur gestionnaire, les travailleurs sociaux impliqués dans l'ÉMIP considéraient que l'ensemble du projet était implanté. À un point tel où l'équipe mixte semblait manquer lorsqu'elle n'était

pas en fonction : « J pense que c'est assez bien implanté parce qu'on a souvent le commentaire : "Hey hier on aurait aimé vous avoir l'équipe mixte, sur les ondes les gens demandent est-ce l'ÉMIP est en fonction ce soir." » Selon eux, les policiers se montraient de plus en plus ouverts, ont mieux compris la raison d'être de l'équipe mixte et ont paru l'apprécier davantage. Les policiers des équipes mixtes ont observé que les équipes ordinaires de policiers reconnaissaient la pertinence de l'ÉMIP et y faisaient appel. Les travailleurs sociaux étaient d'avis que l'ÉMIP devrait être en service à temps plein.

Les policiers de l'ÉMIP, ainsi que les autres, s'entendaient pour dire que le projet était implanté, mais plusieurs d'entre eux affirmaient qu'il serait nécessaire d'arrimer la façon dont le projet a été implanté et la réalité des interventions avec des personnes en situation de crise sur le terrain : « C'est correct de mettre des paramètres de projet pilote, mais vous allez vous concentrer sur telle problématique... Sauf que la réalité dans la rue est très différente... J'ai pas personne qui rentre dans ces balises-là... » Les policiers de l'ÉMIP expliquaient entre autres qu'au départ, dans le cadre du projet, les équipes de l'ÉMIP étaient limitées à la zone correspondant au centre de la Ville de Sherbrooke, ce qui ne leur permettait pas de répondre de façon optimale à tous les usagers dans le besoin :

Pis pour ma part de mon expérience personnelle là-dedans, c'est que la moitié des interventions que j'ai faites sont à l'extérieur de la zone. Pis souvent à l'extérieur de la zone [...], c'est des gens qui étaient énormément dans le besoin momentanément, mais qui justement à court terme avec l'ÉMIP... qu'est-ce qu'on peut leur apporter comme soutien pis de références par la suite, c'est très apprécié. J'ai même reçu des commentaires par la suite, mais [...] on s'est fait parler à certaines limites [...]. Il y avait des zones qu'on a moins le droit d'aller, mais en fait ces zones-là ont autant besoin de, je parle personnellement, mais je trouve qu'il y a des zones que la limite du projet c'est... c'est un peu ça... c'est dans l'avenir. (Policier de l'ÉMIP)

RESSOURCES HUMAINES PREVUES POUR LE PROJET PILOTE

En matière de ressources humaines, les gestionnaires ont tous deux mentionné qu'ils avaient obtenu le nombre suffisant d'employés pour assurer le service d'intervention.

L'équipe était constituée de quatre travailleurs sociaux en provenance du CSSS (Urgence-Détresse [$n = 2$] et Accueil psychosocial de Sherbrooke [$n = 2$]). Par ailleurs, deux chefs responsables de la coordination des équipes, disponibles aussi pour de la suppléance, ont été ajoutés. Le gestionnaire des travailleurs sociaux affirmait qu'ils ont été « chanceux » avec le recrutement, car il n'y a eu aucun obstacle de la part des instances syndicales et que la Direction l'a appuyé dans ses démarches. Ainsi, six travailleurs sociaux ont été recrutés et se sont avérés être en nombre suffisant pour combler tous les quarts de travail prévus.

Pour ce qui est des policiers, le gestionnaire du SPS a mentionné que le recrutement des 12 policiers prévus avait nécessité un discours motivationnel, car seulement huit s'étaient montrés intéressés par le projet. Les quatre autres ont donc été recrutés à la suite de la conversation motivationnelle. Selon lui, les deux éléments ayant nui au recrutement étaient « l'engagement » de la part du policier et « faire face à l'inconnu », par exemple, de se présenter en civil plutôt qu'en uniforme. En effet, le gestionnaire a expliqué qu'en participant au projet de l'ÉMIP, ils devaient s'engager à travailler durant toute la période estivale, une période pendant laquelle plusieurs prennent leurs vacances. Par ailleurs, plusieurs informations se sont avérées manquantes dans la présentation du projet faite par le gestionnaire, lui-même récemment entré en fonction. Néanmoins, cinq équipes de deux policiers ont été formées comme prévu et deux autres policiers comblaient les absences.

À la question « Avez-vous réussi à obtenir les ressources que vous souhaitiez? », le gestionnaire du SPS a répondu que les ressources demandées ont été obtenues, sans toutefois offrir plus de précisions.

FINANCEMENT PREVU POUR L'IMPLANTATION

L'équipe de travailleurs sociaux disposait d'une enveloppe budgétaire d'environ 60 000 \$, dédiée spécifiquement au projet, mais le gestionnaire n'a pas abordé d'éléments administratifs tels la date de réception et la manière dont le montant a été utilisé. Il a ajouté que les moyens financiers dont il disposait auraient pu être « insuffisants » si, comme il était prévu au départ, le projet d'intégrer un travailleur social aux services ambulanciers avait démarré au même moment.

Du côté du SPS, il n'a pas été nécessaire d'embaucher de nouveaux policiers pour le projet, le policier travaillant dans l'ÉMIP provenant du fractionnement d'un duo de policiers en deux équipes solos, dont l'une était assignée à l'équipe mixte. Il y a donc eu l'ajout d'une auto de patrouille pour l'ÉMIP et un remaniement du personnel déjà en place. Les policiers pouvaient faire des heures supplémentaires et être remplacés par un autre policier de l'ÉMIP en cas d'absence.

FORMATIONS NECESSAIRES DECOULANT DU PROJET PILOTE

Selon les gestionnaires, la formation s'est étalée sur deux jours, soit le 4 mai et le 17 septembre 2016, à raison de sept heures par jour.

Lors de la première journée, un groupe principalement composé de policiers et d'intervenants de l'ÉSUP de Montréal a formé 25 policiers et 7 travailleurs sociaux pour l'ÉMIP. La formation portait sur les thématiques suivantes : les situations potentielles vécues en équipe mixte, l'expérience vécue liée à l'implantation à Montréal, la réalité des travailleurs sociaux et des policiers, ainsi que le cadre juridique et la confidentialité.

La deuxième journée s'est déroulée à Sherbrooke et était axée sur la santé mentale et les aspects juridiques s'y rattachant. Elle a été offerte par une équipe de l'ÉSUP de Montréal, composée de policiers du Service de police de la Ville de Montréal (SPVM) et d'intervenants sociaux du CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, de même que par une avocate du ministère de la Sécurité publique. Ont assisté à la formation les travailleurs sociaux, une quarantaine de policiers (comprenant les 12 recrutés), de même que leur gestionnaire administratif et leur représentant syndical. Selon un policier, cette seconde partie de la formation n'a pas eu lieu à la date prévue, mais a plutôt été déplacée après que les interventions eurent débuté.

Les gestionnaires et les intervenants ont perçu les formations comme des moments importants dans la création de l'équipe et dans l'apprentissage du travail de l'autre. Aux thématiques abordées la première journée s'était ajoutée celle de la résistance au travail en équipe mixte, un aspect primordial :

Une première journée qui a été considérée comme un succès parce que ça a permis aussi de créer des liens entre les policiers pis les intervenants psychosociaux. La deuxième journée était une journée beaucoup plus axée sur la santé mentale, donc vraiment les aspects cliniques de la santé mentale, de l'intervention en situation de crise auprès des personnes perturbées mentalement et les aspects juridiques parce qu'on a fait venir une avocate du ministère de la Sécurité publique, qui est venue nous parler de tous les enjeux juridiques entourant l'intervention auprès de gens ayant un état mental perturbé. Donc, ça été bien finalement de faire cette deuxième journée de formation-là en cours de projet parce que les gens avaient un petit peu d'expérience, donc ça leur a permis de poser des questions plus riches plus pertinentes aux intervenants formateurs, alors que si on l'avait fait avant de démarrer la première intervention ben... les gens n'auraient pas eu de cas à discuter.
(Gestionnaire SPS)

En ce qui a trait au déroulement de la formation, le gestionnaire des travailleurs sociaux a souligné que, lors de la deuxième journée, la supériorité numérique des policiers par rapport au nombre de travailleurs sociaux du CIUSSS de l'Estrie – CHUS, qui étaient sept, a rendu difficiles les rapprochements entre les deux corps professionnels; cela créait un « rapport de force ». En effet, le gestionnaire du SPS et son équipe auraient profité de la présence des formateurs pour inviter tous les autres policiers communautaires afin d'en faire bénéficier à plus de personnes :

Fa que on n'avait pas 12 policiers, y'avait comme 40 policiers. Fa que c'est comme s'il y avait, en termes de rapport de force ou de dynamique, ça créait quelque chose de particulier parce que nous on restait quand même six TS, avec moi comme gestionnaire sept [...]. Ouais, moi je trouve que ça pas été le meilleur coup [...]. Ce n'était pas les équipes réelles pis ça ne permettait pas les échanges comme on aurait souhaité et voulu... (Gestionnaire TS)

ÉLÉMENTS FACILITANT ET LIMITANT L'IMPLANTATION DES ÉQUIPES MIXTES

Éléments facilitants

Selon le gestionnaire du SPS, les principaux éléments facilitant l'implantation de ce projet pilote étaient, premièrement, l'expertise externe de l'ÉSUP, équipe implantée au sein d'une même réalité organisationnelle, et, deuxièmement, l'absence d'enjeu concernant la disponibilité des ressources humaines :

Les éléments facilitants, c'est qu'on pouvait s'appuyer sur un projet déjà existant qui avait du vécu, qui était implanté dans un service de police dans une ville, dans une municipalité c'est un service de police municipal, donc on avait une même réalité opérationnelle que Montréal. Même si Montréal est beaucoup plus gros, la réalité opérationnelle se ressemble. (Gestionnaire SPS)

En ce qui concerne le gestionnaire des travailleurs sociaux, la présence de l'équipe régionale d'Urgence-Détresse a grandement facilité la mobilisation des travailleurs sociaux : « il y avait déjà une forte concentration de TS qui aiment faire ce type d'intervention plus spécifique. » Les travailleurs sociaux ont été favorables à collaborer avec les policiers, car ils avaient l'impression d'unir deux forces complémentaires et d'ainsi améliorer la qualité et l'efficacité des interventions. D'après les travailleurs sociaux, un autre élément facilitant à souligner est leur confiance en eux et envers les gens avec lesquels ils travaillaient : « la confiance en notre rôle, nos interventions et confiance aussi avec les professionnels avec qui on travaille, c'est la clé. » Les travailleurs sociaux ont mentionné que de croire à ce projet permettait de favoriser le travail d'équipe avec les policiers du SPS.

Éléments limitants

Certains éléments ont été rapportés comme limitants pour le bon fonctionnement de l'ÉMIP. Par rapport à la collaboration entre les deux parties, un certain nombre de travailleurs sociaux ont remarqué une « distance » significative associée à la culture de certains policiers, peut-être inconfortables à l'endroit du nouveau projet, de même qu'au partage des interventions avec des professionnels du CIUSSS de l'Estrie – CHUS. De plus, certains ont rapporté des contraintes telles que des éléments de la convention collective

des policiers ayant eu pour effet de compliquer la phase de recrutement et la structure hiérarchique du SPS trouvée « lourde » par certains travailleurs sociaux. Un manque de confiance au sein des équipes a aussi été souligné comme un élément limitant l'implantation de l'ÉMIP.

De plus, six mois après le début de l'implantation, le gestionnaire du SPS ne considérait pas les intervenants comme étant parfaitement intégrés à l'équipe mixte. Selon lui, les deux professionnels étaient encore au stade d'appropriation mutuelle où l'un tente de mieux comprendre les différentes réalités de l'autre. Le jumelage des travailleurs sociaux et des policiers n'a pas eu lieu dès le début de la formation, mais plus tard. Le gestionnaire a mentionné que, d'après lui, ce jumelage aurait assuré une meilleure coopération s'il avait été effectué plus tôt. De plus, ce dernier a eu l'impression que les policiers faisant partie de l'équipe ÉMIP n'avaient eu que peu d'occasions d'échanger entre eux en raison du fait qu'ils étaient toujours séparés pendant leur quart de travail. Il est important de noter que l'implantation de l'ÉMIP est encore jeune et n'a pas l'expertise de l'ÉSUS.

DEROULEMENT DES INTERVENTIONS DE L'ÉMIP

Les interventions de l'ÉMIP se sont en général déroulées au domicile des personnes en crise. Les travailleurs sociaux ont souligné que l'intervention à domicile dans le cadre de l'ÉMIP leur permettait d'établir un contact avec les proches. Le plus souvent, une équipe de deux patrouilleurs du SPS était déjà sur les lieux à l'arrivée de l'équipe mixte. Selon les dires des usagers, les interventions de l'ÉMIP ont duré en moyenne une soixantaine de minutes. Trois des neuf personnes interviewées ($n = 9$) ont été transportées à l'hôpital. Une autre s'y était rendue, avec l'aide d'un proche, à la suite de l'intervention de l'ÉMIP. Celle-ci a mentionné qu'elle se serait attendue à ce que l'équipe l'amène elle-même à l'urgence, plutôt que la charge incombe à son proche : « y'a fallu que [mon proche] me rentre à l'urgence [...], tsé j'aurais pensé que c't'une chose qu'y [l'ÉMIP] auraient fait [...] ». »

Le travail en équipe mixte

En ce qui a trait à la perception liée au contact avec le policier et le travailleur social de l'ÉMIP, les points de vue des individus ayant reçu l'intervention étaient très diversifiés. Certains ont confirmé avoir eu un rapport positif avec le policier et l'intervenante de l'ÉMIP. Il est intéressant de noter que, pour la moitié des cas, le contact avait été positif avec seulement un des deux membres de l'équipe, tandis qu'il s'était avéré plus difficile avec l'autre. En effet, certains alléguaient que la présence du travailleur social leur a permis de se sentir moins « agressés » et qu'ils étaient reconnaissants qu'il ait été « respectueux ». D'autres usagers affirmaient le même ressenti, mais quant à la perception qu'ils ont du respect du policier à leur égard : « ça été plus facile avec les policiers qu'avec l'intervenante sociale ».

Tout compte fait, les propos des usagers témoignent de la complémentarité au sein de l'équipe mixte. Il est important de noter qu'aucun des usagers n'a mentionné avoir eu de contact négatif avec les deux partenaires d'une même équipe mixte. Au dire d'un policier, le travailleur social contribuait positivement aux interventions :

Ça amène une ouverture de la part de la clientèle parce que souvent, quand c'est les policiers qui arrivent là, tout ce qu'ils voient, c'est qu'on fait des actes [...], soit pour les mettre en état d'arrestation ou pour les forcer à aller à l'hôpital. Alors là, ils ne se rouvrent pas à nous autres. Mais quand c'est le travailleur social qui est là, ils vont être un peu plus enclins à embarquer pis à prendre les solutions de rechange qui leur sont offertes. (Policier de l'ÉMIP)

Les gestionnaires des services de police et des travailleurs sociaux ont affirmé que les équipes mixtes travaillaient les mercredis et vendredis soir et intervenaient deux à trois fois par quart de travail, soit quatre à six fois par semaine. Le gestionnaire du SPS a constaté toutefois que la majorité des interventions était située entre 18 h et 2 h du matin, ce qui l'a amené à penser que le quart de travail de l'équipe mixte pourrait débiter deux heures plus tard, soit à 18 h au lieu de 16 h.

Les acteurs du projet ont émis certaines recommandations concernant la mise en place d'un projet similaire dans le même contexte. Du point de vue de la gestion, la recommandation principale que le gestionnaire du SPS ferait à un pair intéressé à mettre en place un projet similaire serait de s'informer auprès de ses partenaires concernant ce qui est susceptible d'être un modèle pour le projet ou de contribuer à solidifier ses fondations :

[...] s'informer avec les partenaires, mais sur tout ce qui existe [déjà] par rapport à ce [type de] projet, d'aller chercher l'expertise et d'être parrainé par un cadre policier. Ensuite, être formé pour la [loi] P-38 est primordial. (Gestionnaire SPS)

Toutes les étapes de l'implantation devraient se faire en accord avec l'ensemble des paliers de l'organisation. Selon le gestionnaire des travailleurs sociaux, le soutien de la part de la direction participe à la bonne logistique du projet d'assurer une structure de suivi dès le départ. D'après le gestionnaire du SPS, l'ÉMIP serait probablement plus rapide si la prise de décision était effectuée de manière efficiente par une cellule décisionnelle. Toujours selon ce dernier, il serait pertinent de consulter d'autres gestionnaires afin de déterminer à quelle fréquence l'équipe mixte est requise, car certains d'entre eux pensent que deux fois par semaine est un nombre insuffisant par rapport aux besoins de la clientèle.

Les deux gestionnaires sont bien conscients des différences entre le fonctionnement du CIUSSS et celui du SPS pouvant compliquer les relations entre travailleurs sociaux et policiers. Le gestionnaire du SPS percevait ce choc professionnel comme l'un des plus grands défis à surmonter. Le gestionnaire des travailleurs sociaux croit qu'un effort doit être fait pour que chaque milieu comprenne la culture de l'autre, d'où son appel à la patience et à la transparence. Selon lui, la formation est capitale, notamment parce qu'elle est l'occasion de rapprocher les deux camps pour n'en faire qu'un seul. Selon les policiers, les interventions en équipes mixtes auraient modifié leur approche. Ce changement se reflétait dans une utilisation moindre des mesures répressives et judiciaires. Ils ont affirmé qu'avec l'intervention mixte, « on ne se rendra pas à un refus » de la part de personnes qui seraient, à première vue, rébarbatives à l'assistance de l'équipe. Pour les travailleurs sociaux, l'expérience aurait peu changé leur façon d'intervenir auprès des usagers. Cependant, ils ont dû s'adapter aux pratiques que requiert la bonne entente entre partenaires en ce qui a trait, notamment, aux responsabilités partagées, à la capacité de s'affirmer auprès du policier et à l'aptitude à se montrer à la fois confiant et prudent.

Dans leurs négociations en situation d'intervention, les travailleurs sociaux et les policiers ont participé sur un pied d'égalité à l'élaboration des stratégies et aux prises de décision, de sorte que chacun des membres de l'ÉMIP a pu faire prévaloir son point de vue afin que la meilleure décision soit prise en équipe. Cette collaboration était rendue possible grâce à un partage des connaissances et des pratiques des deux partenaires :

Les protocoles aussi des policiers, moi j'y pense, par exemple, en matière de violence conjugale où les policiers, quand ils interviennent dans une situation de violence conjugale, leur façon de faire c'est qui faut que l'homme souvent quitte le domicile; faut qu'un des deux quitte le domicile avant leur départ. Faque ça, c'est leur façon de faire, mais nous autres, avec notre point de vue psychosocial, des fois non; c'est pas nécessairement la meilleure solution. Pis en même temps, j'trouve que ça amène des

discussions intéressantes pis on va s'influencer là-d'dans plus le projet avance, parce que là j'parle de violence conjugale, mais en termes de tout ce qui concerne les [...] suicidaires aussi. On travaille avec des policiers qu'y ont pas la même aisance que nous à gérer un risque, ce qui fait qu'on, j'pense, fait beaucoup de sensibilisation pis moi j'vois que ça fait son chemin aussi là. Même chose, le policier nous influence aussi là dans leur perception à eux, faque c'est intéressant, ça ouvre des discussions.

(TS de l'ÉMIP)

Les policiers ont constaté que la présence d'un travailleur social changeait la dynamique de travail en équipe et les incitait à discuter avec lui. Il en résultait un croisement des points de vue et une compréhension plus large de l'usager et de la situation :

Pis en complémentarité, c'est qu'on n'a pas la même façon de penser et puis ça arrive que moi je suis intervenu dans une situation avec un client pis... c'est ça, on va chercher d'autres points. Donc, le développement de la rencontre avec la personne en besoin, a un point de vue de la police, un questionnement policier pis y a le questionnement également de la travailleuse sociale. Faque, je trouve que c'est une belle complémentarité entre les deux partis de justement avoir chacun notre vécu, chacun notre éducation, chacun notre devoir, qui est comme un peu disparate et on se rejoint quand même. (Policier de l'ÉMIP)

Un autre policier ajoutait que d'être confronté au point de vue des travailleurs sociaux lui a permis d'acquérir de nouveaux outils pour intervenir auprès des usagers et d'avoir une meilleure approche d'intervention :

Parce qu'avant [l']ÉMIP, on utilisait les outils qu'on avait, on donnait des constats d'infractions, on arrêtait, on transportait à l'hôpital. Pis maintenant, on les rencontre dans un autre contexte avec un intervenant social, donc eux souvent ils ont moins de réticences, ils s'ouvrent plus, pis on connaît plus le problème, on va plus en profondeur donc, c'est ce que je pourrais rajouter... on le voit différemment pis on voit une autre approche possible. (Policier de l'ÉMIP)

Le policier suivant soulignait la différence que la seule présence d'un travailleur social a pu apporter dans le cadre d'une intervention : « Y'a une méchante différence. Eille, c'est incroyable la différence d'avoir quelqu'un pas en uniforme avec nous là. Je ne pensais pas que c'était tant une barrière que ça, l'uniforme. »

La négociation et le partage des points vu ont donc permis une prise en charge plus globale et plus adaptée, selon la composition de l'ÉMIP. Cependant, cette négociation pouvait aussi amener des confrontations de perspectives. Un des travailleurs sociaux expliquait que ce sont les policiers qui ont à apprendre d'eux plutôt que le contraire :

On doit avoir une influence dans le sens où eux travaillent avec des personnes [ayant des problèmes de] santé mentale, [...] j' pense où on souhaitait avoir une influence pour que les impacts soient, que ces personnes-là aient le bon service au bon moment pis qu'y a des personnes qui sont plus conscientisées par rapport à c'est quoi les interventions aidantes. J' pense que c'est ça qui, moi dans ma tête en tout cas, c'est plus ça qui est important que l'inverse, parce que j' vois pas comment les policiers peuvent influencer au niveau de la sécurité peut-être, je ne sais pas, j' essaie de voir comment qu'y aurait pu nous influencer. (TS de l'ÉMIP)

L'« interinfluence » mentionnée ci-dessus ne se faisait toutefois pas sans heurt, comme l'expliquait le gestionnaire des policiers :

C'était aussi là l'intervention policière en collaboration avec des intervenants psychosociaux. Ça, ça créait un peu d'inconfort et je pense qu'on a eu un peu de résistance. Y a fallu défaire des nœuds par rapport à cette résistance-là, parce qu'il s'agissait d'amener des intervenants psychosociaux dans une auto de police avec gyrophare et la résistance qu'on avait, c'est que dans la mentalité policière, c'est en fait les policiers qui sont patrons de leur intervention et là on venait partager la responsabilité de l'intervention avec le CIUSSS. Donc, il y avait un inconfort à ce niveau-là. (Gestionnaire SPS)

En ce qui concerne l'équipe mixte, les gestionnaires des travailleurs sociaux et des policiers s'entendaient pour dire que la réussite du projet reposait sur la motivation et sur la collaboration de chacun. Pour ce faire, la bonne communication paraissait essentielle à leurs yeux. Certains prétendaient même que le fait de travailler avec le même partenaire faciliterait et accélérerait l'implantation. Selon les travailleurs sociaux en général, un réel intérêt doit être démontré pour ce projet, même lorsqu'un policier travaille par intérim. Le gestionnaire des travailleurs sociaux a insisté sur le caractère essentiel de la transparence et de la patience entre les nouveaux partenaires afin qu'ils s'acclimatent à la dynamique particulière de l'équipe mixte. Finalement, l'obtention d'un local multifonctionnel, où se retrouveraient tous les membres de l'ÉMIP, permettrait de consolider leurs liens et d'assurer une dynamique d'adaptation.

ÉVALUATION DES EFFETS PERÇUS DES INTERVENTIONS

ADEQUATION ENTRE LE BESOIN DES PERSONNES EN CRISE ET LES SERVICES D'INTERVENTION DE L'ÉQUIPE MIXTE

Les travailleurs sociaux et les policiers croient que les interventions en équipe mixte répondaient aux besoins des personnes en situation de crise. Un des travailleurs sociaux expliquait qu'ils peuvent intervenir autant sur « l'aspect psychosocial » que sur « l'aspect légal », ce qui leur permettait d'agir dans différentes situations. Une autre ajoutait que leur présence auprès des policiers permettait de faire une « différence », car ils apportaient une aide psychosociale que les policiers seuls ne font habituellement pas dans le cadre de leurs fonctions :

Ben oui, pis quand tu pousses là-dessus là, c'est ça peut faire en sorte, ça fait la différence entre « quand j'ai demandé de l'aide j'ai été barouetté [...] à l'hôpital », ou « quand j'ai demandé de l'aide y'a quelqu'un qui était là pour moi », faque ça peut amener les gens à redemander de l'aide plutôt que de rester isolés dans l'avenir.
(TS de l'ÉMIP)

Les policiers reconnaissaient aussi le caractère complémentaire des intervenantes et des policiers au sein de l'équipe mixte. Ils avançaient, quant à eux, que la présence des travailleurs sociaux facilitait le contact avec la clientèle, ce qui permettait d'offrir à celle-ci les ressources adéquates :

Le travailleur social qui est avec nous peut effectuer un suivi par après, ce qui est bon pour nous parce qu'on n'a pas d'appels récurrents, ben... dans certains cas. Puis ça donne un suivi à la personne qui peut personnaliser selon le besoin.
(Policier de l'ÉMIP)

Les travailleurs sociaux étaient en mesure de faire de courts suivis en rappelant les personnes auprès desquelles l'ÉMIP était intervenue. Ainsi, les travailleurs sociaux s'assuraient que ces individus étaient dans un état plus stable, tout en facilitant le lien entre ceux-ci et les ressources d'aide.

D'un cas à l'autre, les personnes ayant reçu l'assistance de l'ÉMIP ont apprécié différemment ce service, en raison notamment de la nature individuelle de leurs besoins respectifs. L'une d'entre elles, par exemple, confirmait la pertinence de l'assistance reçue par l'équipe mixte : « Ben... j'avais besoin d'aide. Ça... C'était ça... » Deux autres usagers ont fait mention de l'effet « de court[e] durée » de l'intervention de l'ÉMIP, ce qui remettait en question l'efficacité du suivi. Il est à noter que quatre usagers ont souligné le caractère inapproprié ou inutile de l'intervention. Trois avançaient d'ailleurs qu'ils n'avaient simplement pas besoin d'assistance. L'équipe était, selon eux, intervenue sans raison, comme le mentionnait un usager : « Ben pas pantoute. J'avais pas besoin d'intervention, mais pas pantoute... » En effet, ceux-ci déclaraient qu'ils n'étaient pas suicidaires à ce moment-là et que l'intervention n'avait donc pas eu lieu d'être. Un usager a affirmé quant à lui que l'intervention lui a occasionné plus de conséquences négatives que d'effets positifs : « C'est à cause des problèmes que ça m'a occasionnés [...] Ça n'a vraiment pas aidé. »

D'autres usagers affirmaient avoir ressenti du respect de la part du policier à leur égard. Cependant, les usagers n'étaient pas tous en accord avec la façon dont se sont déroulées les interventions. Un usager rapportait que, dans sa situation, un ambulancier aurait été préférable pour que l'intervention soit plus adéquate, alors que d'autres ont exprimé que, selon eux, ils n'auraient tout simplement pas eu besoin de l'intervention.

Néanmoins, la majorité des usagers a perçu cette expérience comme une occasion d'obtenir l'écoute et le réconfort souhaités, de même qu'une possibilité d'avoir accès à des ressources telles que JEVI, un centre de prévention du suicide de l'Estrie. Dans ses propres mots, un usager a témoigné de sa reconnaissance par rapport au fait qu'on lui ait fait connaître des ressources susceptibles de lui venir en aide à l'avenir :

J'en retire un bon souvenir là, de l'aide que ça l'a pu m'apporter sur le coup pis peut-être que si j'avais voulu poursuivre bon ben je voyais [...], je vois au moins que les ressources pis tout ça faque [...], j'ai apprécié qu'ils avaient de l'aide en place comme ça pour les gens dans le besoin. (Usager)

Il y avait aussi une possibilité de réévaluation téléphonique lorsque la personne en état mental perturbé n'était pas hospitalisée. Les extraits suivants témoignent des effets positifs du facteur humain qu'apportait le soutien téléphonique des travailleurs sociaux. Selon le gestionnaire : « la personne ne se sent pas comme un numéro [...], il y a un travailleur social [...], il y a une relance téléphonique. »

Du point de vue des individus ayant reçu l'intervention, une usagère a déclaré : « [sans l'intervention de l'ÉMIP], j'sais pas si j'serais encore vivante. » Une seconde usagère a reconnu l'empathie dont avait fait preuve l'équipe à son endroit : « Ben c'est sûr que je suis très émotive, ça fait que j'ai pleuré [...], ils m'ont réconfortée, ils m'ont posé des questions [...], ils ont essayé de me donner des trucs pour que je puisse passer à travers là. » La même gratitude a aussi été exprimée par un troisième usager : « Ben peut-être de parler de certaines affaires avec un professionnel là [...], quelqu'un qui m'a écouté [...], mais en même temps y ont bien géré la situation. » Par contre, il manquait de ressources quant à l'hébergement pour femmes.

ÉVALUATION DE LA SATISFACTION DES USAGERS SUR UNE ECHELLE DE 1 A 10

Dans l'ensemble, sur les 9 usagers interviewés, les usagers pour qui l'intervention de l'ÉMIP semblait appropriée [$n = 6$] ont été satisfaits. En effet, pour cinq d'entre eux, l'intervention a bel et bien répondu à leurs besoins avec une satisfaction globale entre 7/10 et 10/10. Un seul usager pour qui l'intervention était appropriée selon l'ÉMIP a montré son insatisfaction avec une note de 3/10. Deux personnes n'ont pas apprécié leur expérience avec l'ÉMIP, puisqu'elles n'en ont pas vu la pertinence. Elles affirmaient ne pas en avoir besoin. Un dernier usager a simplement refusé l'évaluation, critiquant avec colère son caractère inapproprié. Bien que la pertinence de l'intervention ait parfois été critiquée, il n'en demeure pas moins que l'ÉMIP répondait souvent aux besoins des personnes en situation de crise.

INTERVENTIONS ET AUTONOMISATION DES USAGERS A L'EGARD DE LEUR PROPRE SANTE

La majorité des travailleurs sociaux pensent que les interventions favorisent l'autonomisation des usagers, car ceux-ci étaient amenés à prendre des décisions afin de reprendre le pouvoir sur leur vie. Les policiers étaient quant à eux partagés. Certains étaient d'avis que l'ÉMIP fournissait des outils aidant à la prise de décisions, alors que d'autres percevaient les équipes mixtes comme un soutien plutôt qu'une intervention d'autonomisation. Les usagers, quant à eux, semblaient voir l'ÉMIP comme une aide de courte durée qui leur permettait de se « stabiliser ». Ils ont mentionné plus souvent les bénéfices associés à l'écoute et aux ressources vers lesquelles ils ont été dirigés, comparativement à l'autonomie et au pouvoir d'agir qu'aurait pu favoriser l'intervention de l'ÉMIP. Un des usagers résumait ainsi sa perception du rôle de l'équipe mixte : « C'tait vraiment là pour... stabiliser la situation... »

DES USAGERS CONSCIENTS DE LA COMPOSITION DE L'ÉQUIPE MIXTE

Selon les policiers, les personnes auprès desquelles ils sont intervenus étaient lucides et conscientes de leur environnement et de la composition de l'équipe. Les policiers ont affirmé présenter clairement leur rôle. Les travailleurs sociaux ont partagé le même avis, mais soulignaient que les personnes les plus en détresse ne s'en rendaient pas compte.

À propos de la composition de l'équipe mixte, une usagère a expliqué que si deux policiers étaient intervenus, à la place de l'ÉMIP, elle aurait été transportée à l'hôpital comme lors d'une situation qu'elle avait vécue antérieurement. Lorsque questionnée sur ce qui se serait déroulé si l'ÉMIP n'avait pas été présente, elle a mentionné qu'elle « aurai[t] été prise pendant 72 heures à l'hôpital ». Un second usager ajoutait que, selon son expérience, l'intervention de l'équipe mixte a différé d'une fois précédente où seuls des policiers étaient intervenus : « Ben moi c'qui a été différent avec cette intervention-là... c'est que... y m'ont proposé donc de contacter... d'être en lien avec un centre de ressources. » Les usagers semblaient donc non seulement conscients, pour la majorité d'entre eux, de la composition différente de l'ÉMIP, mais aussi de la nouvelle façon dont l'intervention se déroulait. L'équipe informait la personne en crise des ressources à sa disposition et recourait moins au transport à l'hôpital.

Toutefois, certains usagers ne comprenaient pas toujours le rôle d'un des partenaires de l'ÉMIP. Par exemple, trois usagers se sont questionnés sur le rôle du policier durant l'intervention : « Je sais pas pourquoi y'avait un policier en fait »; « Ben lui [en parlant du policier] y'était juste là pour la sécurité... j'pense là! » D'autres n'étaient pas en mesure d'identifier la composition de l'équipe mixte parce qu'ils ne se souvenaient pas suffisamment de la suite des événements.

Néanmoins, une perception positive de la composition de l'ÉMIP est ressortie du discours des usagers. Les deux premiers expliquaient qu'ils ont ressenti moins d'agressivité de la part du policier grâce à la présence du travailleur social, tandis que le troisième a affirmé que la présence du travailleur social ajoutait un professionnel compétent pour assister les personnes : « Je me suis senti un peu moins agressé... parce que dans les autres interventions c'était vraiment la police »; « Donc je ne sais pas s'il avait été avec un autre policier... son partenaire... comment ça se serait passé... mais il était plus respectueux que... les autres... »; « Il [en parlant du travailleur social] n'est pas psychologue, mais il travaille avec le monde qui font des crises [...], pis il le savait quoi faire... Pis même les policiers le savaient un peu... »

Par rapport au nombre de transports à l'hôpital, tant les policiers que les travailleurs sociaux étaient d'avis que l'ÉMIP et sa composition particulière a permis d'éviter des transports à l'hôpital. Les pourcentages estimés variaient toutefois selon les groupes interrogés. Du point de vue des travailleurs sociaux, ce serait 50 % des transports qui auraient été évités, alors que la majorité des policiers affirmaient se reconnaître dans les statistiques de Montréal qui présentaient un inversement de 80 % des transports à l'hôpital pour 20 % de prises en charge. Pour ce qui est des transports vers les services de détention, la moitié des policiers affirmaient que l'ÉMIP aurait permis de les éviter; l'autre moitié ne croyait pas que c'était le cas. Deux d'entre eux ont mentionné qu'ils n'avaient simplement pas eu recours à l'arrestation durant leurs interventions.

TRAJECTOIRE DE VIE DES PERSONNES EN SITUATION DE CRISE

Les travailleurs sociaux et les policiers étaient d'avis que l'ÉMIP changeait la trajectoire de vie d'une personne en crise. En effet, ils ont avancé que les interventions des équipes mixtes permettaient aux personnes vulnérables d'avoir accès à un suivi et à des ressources qui « ouvrent la porte à d'autres avenues pour aider cet individu-là [un usager] pour sortir de son problème », comme l'expliquait un policier. Les propos des partenaires de l'ÉMIP étaient assez semblables et tous s'accordaient pour dire que l'intervention mixte permettait une trajectoire autre que celle de l'hospitalisation :

Moi, ce que je trouve bon aussi, c'est que, depuis plusieurs années, le monde avec qui on intervient, exemple des suicidaires, on les amenait à l'hôpital en ayant dans la tête que y seraient suivis là-bas, mais pas partout finalement là. Faque au lieu de les amener encore dix fois à l'hôpital, ben en faisant l'intervention avec l'ÉMIP, on les « plug » tout de suite là, si je peux me permettre, avec les intervenants sociaux pis, je pense que ça fait une différence. (Policier de l'ÉMIP)

Dans le même esprit que l'extrait précédent, le gestionnaire du SPS et un travailleur social pensent que l'ÉMIP a permis d'orienter la personne vulnérable vers des ressources susceptibles de l'aider à moyen terme. Selon le gestionnaire des policiers de l'ÉMIP : « Pour commencer moi c'est assez simple, c'est que ça donne un suivi à la personne en crise. » Selon un travailleur social :

Ben moi aussi, moi j'dirais oui là, vraiment un peu comme dit [nom d'un collègue présent dans le groupe de discussion]. Tsé, tantôt on parlait d'une trajectoire, mais une trajectoire comme dans le délai qu'on répond. Les réponses assez rapides, dans la continuité de service, si on parle de trajectoire, ben j'pense qu'une intervention qui est peut-être plus isolée là, on essaie de mettre une continuité un petit peu plus grande dans la [gestion] de crise pour essayer de stabiliser peut-être, comme disait mon autre collègue, à court terme / moyen terme et j'pense que les aidants chez la personne [...] d'en créer un sur sa trajectoire. (TS de l'ÉMIP)

Le fait que l'intervention de l'ÉMIP ait un impact sur la trajectoire de vie des personnes faisait donc consensus auprès des policiers et des travailleurs sociaux.

Pour ce qui est des usagers, ceux-ci étaient moins enclins à dire que l'intervention a changé leur trajectoire de vie. Deux usagers ont affirmé explicitement que l'intervention de l'ÉMIP n'avait rien changé à leur parcours. Ce sont les mêmes, entre autres, qui soutenaient ne pas avoir besoin de l'ÉMIP :

Intervieweur	<i>OK. Pis est-ce que tu crois que cette intervention-là de cette équipe-là, d'un policier et d'un intervenant... ça a changé quelque chose dans ton parcours de vie?</i>
Usager	<i>Heu... non! (rire)</i>
Intervieweur	<i>Non. Ça n'a pas changé...</i>
Usager	<i>Non!</i>

Le même usager a expliqué que l'intervention de l'ÉMIP ne l'avait pas vraiment aidé et que la même situation de détresse était revenue quelque temps après. D'ailleurs, ce dernier se serait fait hospitaliser par un proche quelques heures après l'intervention de l'ÉMIP. L'assistance n'a donc pas eu d'impact sur sa trajectoire de vie, a-t-il assuré. Un deuxième usager a suggéré que si l'ÉMIP n'avait pas modifié sa propre trajectoire de vie comme telle, celle-ci avait peut-être eu un effet positif indirect : « Bon, sur mon parcours... ça rien changé, mais peut-être qu'après je suis allé chercher de l'aide un peu plus sur d'autres aspects, mais ça n'a pas eu d'impact là... »

Pour d'autres usagers, par contre, les interventions de l'ÉMIP ont eu des conséquences négatives dans leur trajectoire de vie. Il s'agissait principalement de problèmes juridiques et de restrictions liés à l'accès à des médicaments. Ceux-ci exprimaient beaucoup de colère et de frustration quant à ces conséquences :

J'appelle ça des niaiseries. C'est des niaiseries aussi, sauf que ça atteint ma réputation. Ça va me causer des problèmes au niveau des hypothèques, et tout ça, au niveau de la cour, faut que je retourne en cour dans une semaine ou deux maximum, avant le mois de janvier, donc ça veut dire en décembre. Y faut que je retourne en cour, faut que je prenne un avocat, et cetera. (Usager)

Donc, pour moi, ce que ça l'a causé cette intervention-là, c'est beaucoup de colère et d'incompréhension... surtout d'avoir perdu les médicaments que je ne pouvais pas [...] j'veux dire les conséquences au niveau des documents qu'ils voulaient me faire signer à la pharmacie... étaient épouvantables aussi... (Usager)

Néanmoins, quatre des usagers ont allégué que l'intervention de l'ÉMIP leur a permis d'établir un lien avec des ressources ou de poursuivre des démarches déjà entreprises, ce qui les a aidés de manière considérable. Un usager a été jusqu'à dire qu'il ne savait pas s'il serait encore vivant si ce n'avait été du secours de l'ÉMIP. Dans le dialogue suivant, l'usager fait part du parcours difficile que l'intervention de l'ÉMIP l'a engagé à prendre, tout en confirmant son effet positif, au final :

Usager	<i>Ça m'a donné plus confiance au fait de trouver des gens qui pouvaient m'aider... parce que ces gens-là y m'ont référé à du monde pis j'ai pu prendre des rendez-vous... pour me faire suivre par des équipes un peu plus spécialisées... Ça m'a évité en tout cas... le fait de passer deux jours à l'hôpital là... Ça j'apprécie beaucoup là...</i>
Intervieweuse	<i>Donc ça été quelque chose de positif?</i>
Usager	<i>Ça été... ça l'a fait du bien... pis ça été difficile aussi.</i>
Intervieweuse	<i>OK. Ça l'a fait du bien parce que vous avez eu l'aide?</i>
Usager	<i>Ouais.</i>

Contrairement aux travailleurs sociaux et aux policiers qui percevaient que l'intervention de l'ÉMIP aurait le potentiel de changer la trajectoire d'une vie, les usagers en étaient moins convaincus. Il ne faut pas contre pas oublier que certains d'entre eux ont affirmé ne pas avoir besoin d'intervention et que d'autres n'ont pas eu un bon contact avec l'un des membres de l'ÉMIP; deux situations types n'ayant pas été abordées par les travailleurs sociaux et les policiers quand ils ont répondu à la question du changement de la trajectoire de vie d'une personne en situation de crise.

IMPACT DE L'ÉMIP SUR LE NOMBRE DE P-38 APPLIQUÉES

Selon les travailleurs sociaux, le nombre d'applications de la loi P-38 aurait diminué depuis l'implantation de l'ÉMIP, car les policiers auraient moins tendance « à convaincre » les personnes d'aller à l'hôpital ou à utiliser des mesures répressives. Toutefois, malgré cette décroissance, les policiers et les travailleurs sociaux ont tout de même affirmé ressentir une inquiétude lors des interventions. Pour les policiers, cette inquiétude se manifestait lorsque la personne n'avait pas été amenée à l'hôpital, alors qu'à l'inverse, l'un des travailleurs sociaux mentionnait plutôt l'avoir ressentie lors de situations contraires. Par ailleurs, lorsque les personnes n'étaient pas amenées à l'hôpital, les travailleurs sociaux et les policiers n'offraient pas d'options autres que celle de laisser un numéro de téléphone.

ÉVALUATION DES EFFETS À L'AIDE D'INDICATEURS

INDICATEURS POLICIERS

Selon le **Tableau 3**, la moitié des interventions de l'ÉMIP impliquaient des hommes (51,0 %) et des situations d'idée planifiée de suicide ou de propos suicidaires (65,7 %). L'âge moyen des usagers était de 40,72 ans (ET = 18,21). Un usager sur quatre était sous l'effet de la drogue ou de l'alcool. La moitié des interventions étaient prioritaires et demandaient une action immédiate (57,3 %). En moyenne, lors des interventions de l'ÉMIP, trois autos-patrouilles étaient dépêchées sur les lieux. Environ une intervention de l'ÉMIP sur cinq aboutissait en un transport par ambulance.

Tableau 3. Descriptif des interventions menées par l'ÉMIP durant la période postintervention

VARIABLE DESCRIPTIVE (n = 143 ^a)	FRÉQUENCE (%) ou MOYENNE (ÉT)
Sexe (homme)	73 (51,0)
Âge	40,72 (18,21)
Personnes sous l'effet de stupéfiant/alcool	35 (24,5)
Niveau de priorité de l'appel en termes de délai maximal d'intervention	
Immédiat (niveau 1)	82 (57,3)
3 à 44 minutes (niveau 2 à 4)	17 (11,9)
45 minutes et plus (niveau 5 à 7)	44 (30,8)
Nature du danger	
Idée planifiée de suicide ou propos suicidaire	94 (65,7)
Autres (incluant assistance au public et personne en détresse, état mental perturbé)	49 (34,3)
Unités (autos-patrouilles) déployées sur les lieux	2,91 (1,84)
Transport en ambulance	29 (20,9)

^a n variant entre 139 et 143

Par rapport aux interventions traditionnelles, l'ÉMIP a entraîné une diminution significative du nombre de personnes en situation de crise étant conduites à l'hôpital ($p < 0,001$). Un des objectifs de l'ÉMIP était la redirection d'usagers vers le milieu communautaire. Considérant que l'on observe un écart significatif de 52 % entre les interventions usuelles et l'intervention de l'ÉMIP, cet objectif a donc été accompli. Les interventions en équipe mixte étaient significativement plus longues que les interventions conventionnelles ($p < 0,001$), soit environ deux fois plus élevées avec une médiane de 141 minutes.

Tableau 4. Indicateurs policiers en provenance du service de Police de Sherbrooke associés avec les interventions pour les personnes en situation de crise liée à la santé mentale¹

INDICATEURS	TÉMOIN ($n = 146^a$)	CAS ($n = 143^b$)	VALEUR p
A été transporté à l'hôpital ($n, \%$)	110 (75,3)	35 (24,5)	$< 0,001^c$
A été transporté à l'urgence contre son gré après une intervention policière pour une situation de crise ($n, \%$)	16 (11,5)	8 (5,8)	0,10 ^c
Les policiers ont utilisé la force ($n, \%$)	14 (10,0)	6 (4,4)	0,07 ^c
L'utilisateur a été pris charge par un organisme communautaire ou son réseau social ($n, \%$)	28 (19,2)	96 (71,1)	$< 0,001^c$
Durée médiane des interventions policières en minutes (minimum et maximum)	88 (22-641)	141 (9-958)	$< 0,001^d$

^a n variant entre 139-146
^b n variant entre 135-143
^c p obtenu par khi-carré
^d p obtenu par test t

Afin d'évaluer l'effet de l'ÉMIP sur les différents indicateurs policiers, les données ont été appariées sur la base des scores de propension. Cette stratégie permet par la suite de comparer des interventions qui sont semblables sur la base des scores de propension. C'est-à-dire que les cas comparés avaient plus ou moins la même probabilité de faire l'objet d'une intervention ÉMIP. Autant que possible, l'appariement vise à reproduire les conditions d'une étude expérimentale avec randomisation où toutes les interventions ont la même chance de se retrouver dans le groupe expérimental. Bref, tout comme la randomisation, l'appariement vise à ce que les effets mesurés soient attribuables à l'intervention et non à d'autres caractéristiques (Shadish et al., 2002).

Le **Tableau 5** présente les résultats de la régression logistique employée pour déterminer ce score. Il est possible de voir que les cas témoins et les cas ÉMIP ne partagent pas les mêmes caractéristiques. Ce résultat souligne l'intérêt de tenir compte des scores de propension pour appairer les observations; les deux groupes d'intervention ne sont pas équilibrés. Ainsi, les interventions n'impliquant qu'une seule auto-patrouille sur les lieux étaient moins sujettes à faire l'objet d'une intervention de l'ÉMIP. Il en est de même pour les interventions dont le motif était des propos suicidaires ou des idées planifiées. L'ÉMIP était plus susceptible d'être dépêchée sur place lorsque l'utilisateur n'était pas sous l'effet de stupéfiant.

¹ Des tests de sensibilité ont aussi été effectués en prenant des témoins pendant la période de mai 2015-2017, puis seulement au cours des six mois suivant le début des interventions et puis des six derniers mois du projet, afin de voir si les résultats étaient robustes. Il n'y a pas eu de changement.

Tableau 5. Facteurs associés avec la probabilité de recevoir une intervention de l'ÉMIP

VARIABLES	RC (IC 95 %)
Priorité de l'appel	0,61 (0,34-1,11)
Unités de patrouille déployées sur les lieux	
Une unité de patrouille	0,03** (0,01-0,07)
Deux unités de patrouille	0,66 (0,40-1,10)
Plus de deux (ref)	-
Nature du danger	
Idées planifiées/propos suicidaires	0,52* (0,28-0,98)
Autres (incluant assistance au public et personne en détresse, état mental perturbé) (ref)	-
Sexe de la victime (Homme)	0,69 (0,42-1,13)
Personne sous l'effet de stupéfiant (oui)	0,57* (0,34-0,98)
Âge de la victime	1,01 (1,00-1,03)
Lieu de l'intervention	
Résidence privée	1,24 (0,63-2,46)
Endroit public (ref)	-
R-carré de Nagelkerke	0,38** (khi-carré = 125,47; dl = 8)

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

Trois principaux résultats émergent du **Tableau 6** quant aux effets de l'ÉMIP. Premièrement, l'ÉMIP produit des effets marqués sur deux indicateurs policiers. Les résultats montrent que la probabilité d'être transporté vers l'hôpital à la suite d'une intervention policière diminue de 49 points de pourcentage pour les cas ÉMIP (EMT = -0,49; $p \leq 0,01$). De plus, la probabilité que la personne soit prise en charge par le milieu communautaire ou le réseau social augmente de 51 points de pourcentage lorsque l'intervention implique l'ÉMIP (EMT = 0,51; $p \leq 0,01$). Ces résultats sont semblables à ceux basés sur les modèles bivariés et suggèrent que l'ÉMIP diminue réellement le risque de transport vers l'hôpital et augmente la probabilité qu'une personne en crise soit dirigée vers le milieu communautaire ou son réseau social.

Deuxièmement, l'ÉMIP produit des effets modestes sur l'emploi de la force et l'hospitalisation contre le gré de la personne. Il y a une baisse de 6 points de pourcentage dans le taux d'hospitalisation contre le gré de la personne (EMT = -0,06; $p = 0,051$) et une baisse de 11 points de pourcentage dans l'usage de la force pour les cas ÉMIP (EMT = -0,11; $p = 0,001$). Il faut toutefois noter que l'emploi de la force et l'hospitalisation contre le gré de la personne sont des événements rares et qu'il est normal d'observer des effets plus modestes. Enfin, il est aussi possible de voir que l'intervention de l'ÉMIP n'augmente pas de façon significative le temps de l'intervention par rapport aux interventions conventionnelles (EMT = 6,07; $p > 0,10$). Encore une fois, il est probable que la différence significative observée lors des analyses des tests de t soit en partie due au déséquilibre entre les témoins et les cas ÉMIP. Une fois les observations

appariées sur la base du score de propension, il n'y a plus de différence statistiquement significative entre les témoins et les cas ÉMIP pour la durée de l'intervention.

Tableau 6. Effet moyen de l'intervention (ÉMIP) sur différents indicateurs policiers : observations appariées sur la base du score de propension

INDICATEURS POLICIERS	EFFET MOYEN DU TRAITEMENT (ERREUR STANDARD)	VALEUR p
Transport vers l'hôpital	-0,49 (0,05)	< 0,001
Hospitalisation contre le gré de la personne	-0,06 (0,03)	0,051
Emploi de la force	-0,11 (0,04)	0,001
Prise en charge par le milieu communautaire / réseau social	0,51 (0,05)	< 0,001
Temps de l'intervention en minutes	6,07 (14,64)	0,686

INDICATEURS HOSPITALIERS

Comme pour les indicateurs policiers, il a été possible de dresser un bref portrait des usagers ayant reçu l'intervention de l'ÉMIP. La plupart venaient de la région de Sherbrooke (94,2 %) et n'avaient reçu qu'une seule intervention de l'ÉMIP (92,8 %). En tout, les 138 usagers ont occasionné 153 interventions de l'ÉMIP. Une proportion de 4,3 % des usagers avait reçu deux interventions de l'ÉMIP et 2,9 % en avait reçu trois.

Les **Tableaux 7 et 8** présentent les indicateurs hospitaliers sélectionnés en lien avec les possibles répercussions qu'auraient pu avoir l'ÉMIP et le contexte dans lequel se sont déroulées les interventions. En période postintervention (voir **Tableau 1**), il y a eu 749 visites aux urgences du CIUSSS de l'Estrie – CHUS, soit celle de l'Hôpital Fleurimont, de même que l'urgence générale et l'urgence santé mentale de l'Hôtel-Dieu de Sherbrooke. On peut voir, au **Tableau 7**, que l'ÉMIP a eu un effet limité sur les différents indicateurs alors qu'un seul indicateur a subi un changement significatif. On remarque une augmentation de 6 % du nombre de visites à l'urgence santé mentale en période postintervention ($p = 0,02$).

**Tableau 7. Indicateurs hospitaliers du CIUSSS de l'Estrie – CHUS
se rapportant aux départements d'urgence de l'Hôpital Fleurimont et de l'Hôtel-Dieu^a**

INDICATEURS	PREINTERVENTION <i>n</i> = 775	POSTINTERVENTION <i>n</i> = 749	VALEUR <i>p</i>
Visites au département des urgences (<i>n</i> /jour, I.C. 95 %)			
Mercredi	7,58 [6,86 – 8,36]	7,50 [6,79 – 8,28]	0,8864 ^a
Vendredi	7,33 [6,63 – 8,10]	6,90 [6,23 – 7,66]	0,4187 ^a
Mercredis et vendredis des mois de novembre à mai	7,65 [6,94 – 8,44]	7,15 [6,46 – 7,92]	0,3489 ^a
Responsable du transport au département des urgences (<i>n</i> , %)			
Police	35 (4,5)	21 (2,8)	0,08 ^b
Ambulance	313 (40,4)	283 (37,8)	
Autre	427 (55,1)	445 (59,4)	
Type d'urgence (<i>n</i> , %) ^c			
Santé mentale	356 (45,9)	387 (51,7)	0,02 ^b
Autre	419 (54,1)	362 (48,3)	
Temps d'attente (Méd en heures, IQ 25-75)			
À l'urgence conventionnelle	5,5 (2,8-12,3)	6,0 (3,3-12,8)	0,32 ^d
À l'urgence pour santé mentale	16,7 (7,5-21,7)	17,2 (12,1-25,1)	0,05 ^d
Issue associée aux usagers ayant visité les urgences (<i>n</i> , %)			
Admis	246 (31,7)	210 (28,1)	0,20 ^b
Retourné à la maison	455 (58,7)	474 (63,5)	
Quitte avant l'hospitalisation	52 (6,7)	48 (6,4)	
Réorienté ou transféré	22 (2,8)	14 (1,9)	
Coûts (\$)			
Associés aux transports en ambulance	44 148,65	39 917,17	
Associés aux visites aux urgences, tous types confondus	123 790,75	119 637,77	

^a Le nombre de visites par jour a été comparé en période pré et postintervention avec un régression de poisson

^b Calculé selon le test du khi-carré

^c Regroupe l'urgence Fleurimont, l'urgence Hôtel-Dieu et l'urgence pédiatrique

^d Calculé selon le test de Mann-Whitney

Un des indicateurs était la mesure des coûts associés à une inscription pour une visite à l'urgence et à un transport en ambulance. En préintervention, le coût associé aux visites au département de l'urgence était de 123 790,75 \$ alors qu'en postintervention, il était de 119 637,77 \$. Quant aux transports en ambulance le coût total était de 44 148,65,85 \$ en pré et de 39 917,17 \$ en postintervention.

Finalement, le dernier indicateur hospitalier analysé était la trajectoire des usagers ayant reçu l'intervention de l'ÉMIP qui est présenté dans le **Tableau 8**. Pour près de la moitié des usagers, aucun suivi n'a été nécessaire à la suite de l'intervention et aucune démarche de référence formelle verbale ou écrite n'a été entamée. Pour 47,6 % des usagers, bien qu'un suivi ne fût pas nécessaire, des démarches de référence ont été entreprises à l'interne ou à l'externe. Seulement 6 % des usagers ont nécessité un suivi à la suite de l'intervention. On constate que plus de la moitié des usagers n'étaient pas entrés en contact avec les services hospitaliers une semaine ni un mois après l'intervention. Après un mois, il y a eu une augmentation de 6 % des usagers qui se sont présentés à l'urgence sans hospitalisation. Un décès est survenu durant cette période, mais cette personne n'avait alors pas reçu l'intervention de l'ÉMIP.

Tableau 8. Trajectoire des personnes ayant eu reçu l'intervention de l'ÉMIP dans la semaine et dans le mois suivant l'intervention – 1^{re} ligne

SUIVI ET RÉFÉRENCE À LA SUITE DE L'ÉMIP (n = 252)		n (%)
Aucun suivi et aucune démarche entreprise verbale ou écrite formelle		118 (46,8)
Aucun suivi, référence formelle interne (CLSC)		72 (28,6)
Aucun suivi, référence formelle externe (centre hospitalier, hospitalisation, ressources communautaires)		48 (19,0)
Suivi nécessaire (avec ou sans référence)		14 (5,6)
STATUT (n = 253)	DANS LA SEMAINE SUIVANTE (n, %)	DANS LE MOIS SUIVANT (n, %)
Ne s'est pas présenté à l'urgence et n'a pas été hospitalisé	181 (71,5)	162 (64,0)
S'est présenté à l'urgence sans hospitalisation	51 (20,2)	66 (26,1)
S'est présenté à l'urgence et a été hospitalisé	20 (7,9)	24 (9,5)
Ne s'est pas présenté à l'urgence et a été hospitalisé	1 (0,4)	1 (0,4)
Décédé	0 (0,0)	1 (0,4)

DISCUSSION

Cette étude visait à évaluer l'implantation et les effets d'une intervention en équipe mobile d'intervention psychosociale (ÉMIP), constituée d'un policier et d'un travailleur social, pour répondre aux besoins de personnes en situation de crise. Ce modèle d'intervention est basé sur celui de l'Équipe de soutien aux urgences psychosociales (ÉSUP), en fonction à Montréal depuis 2012.

Seulement six mois après le lancement de l'ÉMIP, le processus d'implantation s'avérait positif selon les gestionnaires et très peu d'écarts ont été observés entre ce qui avait été prévu et ce qui se déroulait réellement, tant du point de vue des ressources humaines que de celui des ressources matérielles et financières. En ce qui concerne le fonctionnement des équipes mixtes, une relation de confiance s'est développée entre les travailleurs sociaux et les policiers et on note une bonne évolution de l'entente dans les équipes. Il est toutefois important de poursuivre les efforts de cette collaboration interprofessionnelle, qui demeure tout de même un peu fragile aux dires d'un gestionnaire. Dans un même ordre d'idées, les participants soulignent l'importance de mettre l'accent sur l'adaptation à la culture différente des deux milieux professionnels afin de favoriser l'accord et la confiance mutuelle entre les membres des équipes. Les difficultés à rapprocher les cultures des professions à orientation sociale et judiciaire, de même que les enjeux liés à la communication en raison du langage très différent des deux parties, ont également été relevées dans d'autres études traitant d'intervention en équipe mixte pour les usagers en situation de crise (Fry *et al.*, 2002; Skubby *et al.*, 2013). Parmi les participants de l'étude, certains ont mentionné que les journées de formation conjointes, policiers et intervenants sociaux, étaient une bonne façon d'apprendre à connaître la culture de l'autre et de créer des liens. D'autres ont souligné que l'obtention d'un local multifonctionnel dans lequel se retrouveraient tous les membres de l'ÉMIP permettrait de consolider les liens et de contribuer à leur adaptation.

Les intervenants des deux parties de l'ÉMIP reconnaissent le rôle de l'autre au sein de l'équipe et leur complémentarité, ce qui permet, selon eux, une meilleure capacité à intervenir auprès des personnes en situation de crise. La complémentarité des professionnels de la santé mentale et des policiers dans ce genre d'intervention a aussi été rapportée dans d'autres études (Kirst *et al.*, 2015; McKenna, Furness, Oakes, *et al.*, 2015; Skubby *et al.*, 2013).

De manière générale, on a constaté chez les policiers un changement dans la perception de ce type d'intervention auprès de personnes en situation de crise. À la lumière des *focus groups*, les policiers se montraient en effet plus ouverts à ce type d'intervention en équipe mixte et comprenaient davantage la raison d'être de celle-ci. En outre, l'implantation de l'ÉMIP a été appréciée par les diverses parties, qui en reconnaissent aussi la pertinence. D'ailleurs, on rapporte que le projet a conscientisé non seulement les policiers de l'ÉMIP à l'application juste de la P-38 et aux besoins des personnes en situation de crise, mais aussi plusieurs policiers réguliers. Ces résultats vont dans le même sens que ceux d'Helfott *et al.* (2016) et d'Ellis (2014) en lien avec l'attitude et les connaissances des policiers. À des fins d'amélioration de l'intervention, certaines recommandations ont été émises, autant par les travailleurs sociaux que par les policiers. On insiste notamment sur l'approvisionnement de la culture professionnelle de l'autre ainsi que sur l'importance d'aller chercher l'appui des gestionnaires des milieux professionnels impliqués.

Il s'avère important de souligner ici que, dans le cadre de l'implantation de l'ÉMIP, les gestionnaires impliqués auprès des intervenants ont grandement favorisé le succès du projet par leur engagement soutenu, leur disponibilité et leur ouverture à rapidement apporter tout ajustement nécessaire. Ils ont aussi su démontrer leur capacité à travailler en collaboration, et ce, malgré leur différence de culture professionnelle. Il en est de même pour les directions des parties impliquées, qui ont également su soutenir brillamment ce projet, et les intervenants de l'ÉMIP, qui ont eux aussi démontré une grande volonté pour la réussite de ce projet. De plus, les personnes ayant reçu l'intervention de l'ÉMIP sont pour la plupart

satisfaites. Du point de vue des chercheurs de l'étude, ces éléments représentent des éléments clé du succès de l'implantation de l'ÉMIP.

En ce qui concerne les effets perçus par les personnes auprès desquelles l'ÉMIP est intervenue, l'intervention a été perçue par la plupart comme ayant été bénéfique, certaines ayant même mentionné que la présence du travailleur social leur a permis de se sentir moins agressées. La présence d'intervenants sociaux auprès des policiers a pu contribuer à ce résultat, car elle a apporté une aide psychosociale que les policiers seuls n'offrent habituellement pas dans le cadre de leurs fonctions. Dans un même ordre d'idées, les résultats de l'étude d'Helfgott et al. (2016) indiquent que les individus en situation de crise peuvent sembler nerveux et anxieux à l'arrivée d'un policier, ce qui exacerbe également la nervosité du policier face à des comportements parfois imprévisibles ou irrationnels. Les *focus groups* avec les intervenants ont aussi permis de mettre en lumière l'effet imposant que peut avoir l'uniforme policier conventionnel auprès des usagers. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle il a été remplacé par le brassard et la lampe de poche. Il est en effet reconnu que, pour établir une bonne relation avec une personne en situation de vulnérabilité, il est nécessaire qu'elle se sente écoutée et que l'intervenant soit attentif à ses besoins (Kirst et al., 2015). Soulignons que les usagers ayant une opinion plutôt négative de l'intervention qu'ils ont reçue étaient les mêmes qui mentionnaient que l'intervention n'avait pas eu d'impact sur leur trajectoire de vie. Ceci pourrait expliquer ce résultat. Cependant, aucune interaction négative n'a été mentionnée de la part des usagers lors des interventions. En effet, de manière générale, l'intervention a été bien reçue par les usagers, qui étaient même reconnaissants d'avoir reçu non seulement une aide immédiate, mais aussi un suivi par le travailleur social et des suggestions de ressources qui pourraient leur être utiles. La majorité des usagers ont vécu cette expérience comme une occasion d'obtenir l'écoute et le réconfort souhaités, une possibilité d'avoir accès à des ressources telles que JEVI, un centre de prévention du suicide en Estrie.

En ce qui a trait aux effets évalués par une approche quantitative, l'intervention a eu un impact significatif sur plusieurs indicateurs policiers. Une première série de résultats permet de répondre aux préoccupations concernant l'importante prise en charge des personnes en situation de crise par le milieu hospitalier. Une méta-analyse parue en 2016 indiquait que les troubles de santé mentaux représentaient 4 % des visites à l'urgence (Barratt et al., 2016). Les interventions de l'ÉMIP sont notamment associées à une diminution du nombre d'usagers transportés à l'hôpital et à une augmentation de leur prise en charge par leur réseau social ou un organisme communautaire. Les résultats obtenus par les données policières démontrent que les interventions de l'ÉMIP vont dans le sens des recommandations de l'ACMU (Canadian Association of Emergency Physicians, 2009). Enfin, après appariement, la durée moyenne des interventions de l'ÉMIP n'étaient pas plus longues que celle des interventions conventionnelles.

De plus, les résultats tirés des rapports policiers indiquent un changement dans la réponse des équipes policières face à un individu en situation de crise. En effet, il y avait moins d'usage de la contrainte P-38 pour les interventions de l'ÉMIP par rapport à celles sans l'ÉMIP. Également, aucune intervention n'a nécessité l'emploi de la force pendant la période postintervention (voir **Tableau 1**). Selon les données recueillies lors du *focus group* des policiers, les interventions en équipes mixtes auraient modifié leur approche. Ce changement s'est reflété dans une utilisation moins fréquente des mesures répressives et judiciaires.

Pour ce qui est des indicateurs hospitaliers, on dénote une augmentation des visites à l'urgence santé mentale, alors que le nombre de consultations dans les autres types d'urgences a significativement diminué. Cela ne peut être lié à l'ÉMIP. Toutefois, la combinaison des données qualitatives et quantitatives suggère que les usagers ont été dirigés vers des services plus appropriés lorsqu'ils étaient pris en charge par l'ÉMIP. Il est possible que cet effet se fasse ressentir aux services d'urgence. Avancer que les interventions de l'ÉMIP ont influencé la trajectoire des usagers mériterait toutefois des analyses supplémentaires. Les prochaines évaluations devraient notamment tenter de contrôler les facteurs externes ayant pu affecter l'achalandage des différentes urgences. Néanmoins, les résultats policiers démontrent bien que les interventions de l'ÉMIP aboutissent en une utilisation moindre des ressources hospitalières.

Enfin, les coûts associés au transport en auto-patrouille et en ambulance ont été calculés. Comme démontré par les résultats policiers, l'ÉMIP aurait le potentiel de les faire réduire, considérant la diminution du nombre d'usagers transportés aux urgences à la suite d'une intervention de l'ÉMIP par rapport à une intervention régulière. Bien sûr, il ne faut pas négliger les frais occasionnés par l'ajout d'un travailleur social à l'équipe d'intervention, par la tenue de journées de formation et par la gestion du programme ÉMIP. Il serait pertinent de procéder à une évaluation économique complète de l'ÉMIP par rapport aux interventions conventionnelles, de la perspective du payeur public, afin d'émettre des conclusions quant à cet aspect. Il faudra notamment inclure le temps travaillé de chaque partie impliquée et les coûts engendrés par les événements postinterventions (voir **Tableau 1**) pour les usagers (hospitalisation, prise en charge par la communauté, décès et autres). Une étude effectuée à Louisville, au Kentucky, démontre bien le potentiel d'économies à faire grâce à la création d'équipes d'intervention en situation de crise. Bien que la composition de l'équipe évaluée diffèrait de celle de l'ÉMIP et n'était constituée que de policiers formés pour l'intervention en situation de crise, son évaluation économique a démontré que, sur une période de 9 ans, les interventions de l'équipe avaient entraîné une économie de 1 000 000 \$ en termes de redirection du milieu hospitalier vers les établissements carcéraux, d'usagers dirigés ailleurs qu'à l'hôpital et d'incarcérations évitées (El-Mallakh *et al.*, 2014).

Le **Tableau 9** présente les faits saillants associés aux interventions de l'ÉMIP.

Tableau 9. Faits saillants associés à l'ÉMIP

- En général, les usagers sont satisfaits de l'intervention vu l'approche humaine que l'ÉMIP offre, les ressources qui leurs sont proposées, la présence de la travailleuse sociale et le suivi postintervention offert.
- En comparaison avec les interventions policières conventionnelles, l'ÉMIP favorise la prise en charge des usagers par les organismes communautaires ou leurs proches et le retour vers le milieu de vie.
- En comparaison avec les interventions policières conventionnelles, l'ÉMIP résulte en une diminution du transport des usagers vers l'urgence.
- Ne considérant que l'urgence et le transport, une économie de 300,78 \$ est réalisée pour chaque intervention de l'ÉMIP qui ne se solde pas par un transport à l'urgence.
- Les policiers de l'ÉMIP sensibilisent leurs collègues à la prise en charge des usagers en situation de crise liée à la santé mentale.

FORCES ET LIMITES

Les résultats de la présente évaluation doivent être appréciés à la lumière de certaines forces et limites. Tout d'abord, cette étude est l'une des rares à s'être attardée à la fois à l'implantation et aux effets d'une intervention pour les usagers en situation de crise. Il s'agit d'une étude sur laquelle les personnes intéressées à implanter une telle intervention dans leur milieu pourront se baser. Le rapport contient plusieurs résultats sur les facteurs facilitants et les défis liés à la planification et à l'implantation d'une équipe mobile d'intervention en situation de crise (ÉMIP). De plus, l'approche mixte permet d'avoir un portrait contrasté des différents aspects liés à l'implantation de l'équipe et de faire des parallèles avec les résultats quantitatifs. Par exemple, malgré les préoccupations des policiers et des travailleurs sociaux quant à la nécessité d'adapter le projet aux réalités du terrain, l'ÉMIP semble avoir très bien rempli sa mission selon les résultats obtenus des indicateurs policiers. De même, les résultats de l'ÉMIP se sont fait sentir dès les premières interventions (c.-à-d. moins de transports en ambulance et de prises en charge

par le milieu hospitalier, moins d'arrestations et d'usage de la force), même si les policiers et les travailleurs sociaux ont l'impression qu'une certaine période d'adaptation fut nécessaire avant que l'ÉMIP ne soit pleinement opérationnelle.

Cette étude comporte toutefois certaines limites qui doivent être prises en compte lors de l'interprétation des résultats. L'évaluation des effets plus quantitatifs a été réalisée à partir d'indicateurs de résultats précisés avec les parties prenantes impliquées dans le projet et l'équipe de recherche, ce qui est en soit positif. Cependant, l'absence d'effet significatif en lien avec les indicateurs hospitaliers s'expliquerait principalement par un manque de puissance statistique, et ce, bien que la période d'évaluation ait été augmentée de six mois à un an pré et postimplantation. Le choix du devis retenu pour le volet préhospitalier demeure pertinent, mais en considérant qu'un nombre significativement plus grand de données puisse être disponible. Le choix des indicateurs pourrait être bonifié non seulement par des indicateurs de performance, mais aussi par d'autres types d'indicateurs ou de choix de mesure.

Dans un même ordre d'idées, les éléments contextuels entourant les pratiques et les politiques en lien avec le département des urgences n'ont pas été considérés lors de l'analyse des indicateurs hospitaliers. Ainsi, il est possible que des facteurs externes aient influencé les résultats obtenus lors des comparaisons pré/post intervention, ce qui affecte la validité interne des résultats des analyses quantitatives. Ensuite, les participants (gestionnaires, intervenants, usagers) pourraient avoir tendance à répondre ce qui semble le plus socialement acceptable au cours des rencontres individuelles, des entretiens de groupe focalisés ou des entrevues téléphoniques référant ici au biais de désirabilité sociale. Il se pourrait également qu'un biais de mémoire puisse être présent chez les intervenants et les usagers, considérant que les entrevues ont été menées six mois après l'implantation. De plus, il se pourrait que les intervenants ou les usagers ayant vécu une expérience plus négative soient plus enclins à se souvenir ou à chercher davantage à se rappeler de certaines informations ou de certains détails (Simpson *et al.*, 2008).

Enfin, il est important de mentionner que les résultats démontrent l'efficacité de la collaboration interorganisationnelle entre les policiers et les travailleurs sociaux dans le cadre du projet, ainsi que la pertinence de poursuivre ce genre d'étude à une plus grande échelle. Le modèle d'intervention auprès de personnes en situation de crise a le potentiel de devenir une pratique de pointe innovante. Le modèle évalué pourrait également servir de modèle à d'autres services ambulanciers et policiers au Québec, mais aussi dans d'autres juridictions.

RECOMMANDATIONS POUR LA PRATIQUE ET POUR LES RECHERCHES FUTURES

À la lumière des résultats obtenus dans le cadre de cette étude évaluative, diverses recommandations peuvent être émises pour le modèle d'intervention et les recherches futures.

Pour ce qui du modèle d'intervention, il est essentiel que, comme mentionné par les parties impliquées, des mesures soient adoptées afin de favoriser l'appropriation de la culture de l'autre, dans le but de faciliter la prise de décision et la collaboration au sein des équipes. Déjà, les résultats de cette étude pourront contribuer à améliorer la formation des prochains travailleurs sociaux et des policiers qui feront partie de l'ÉMIP. Comme souligné par les gestionnaires, il semble que les interventions étaient concentrées de 18 h à 2 h. Ainsi, il pourrait être adéquat de revoir les heures de couverture de l'ÉMIP. Bien qu'il y ait eu moins d'interventions que prévu par quart de travail, il est important de tenir compte de l'impact que peuvent avoir eu les activités de consolidation effectuées par l'ÉMIP auprès des usagers et des professionnels impliqués auprès d'eux. On a mentionné l'importance de l'expertise de l'ÉSUP dans l'implantation de l'ÉMIP. Les interventions de l'ÉMIP en sont encore à leurs tout débuts; elles pourront profiter de l'expertise des équipes déjà en place dans différents pays, afin de développer un modèle à la fine pointe et répondant aux besoins particuliers des Sherbrookoïses. Puisque notre étude a bien documenté le processus d'implantation de l'intervention, elle pourra elle-même servir de base à d'autres professionnels qui

voudraient implanter un tel modèle d'intervention dans leur milieu. Ainsi, malgré l'ampleur limitée du projet pilote, les résultats obtenus démontrent bien les retombées positives de l'intervention en équipe mixte et sa pertinence.

En ce qui a trait aux recherches futures, il sera pertinent d'augmenter l'intensité de l'intervention afin d'accroître la puissance statistique des analyses par l'obtention d'un plus grand nombre d'intervention ÉMIP, ou encore de prolonger la durée de la période d'étude pendant laquelle l'ÉMIP serait évaluée. En outre, comme les résultats de la présente étude indiquent que l'ÉMIP génère des résultats qualitatifs et quantitatifs qui sont positifs, il pourrait être pertinent d'offrir l'intervention sur plus de quarts de travail et d'évaluer les résultats à plus long terme. Cela permettrait aussi d'augmenter la puissance statistique nécessaire aux analyses quantitatives. De façon plus pratique, il sera important d'établir un système de codification afin que les cas « ÉMIP » soient identifiés de façon uniforme dans les deux banques de données, policière et hospitalière, car l'absence d'un tel système de codification soulève des difficultés nuisibles aux analyses. De plus, il sera pertinent de procéder à une évaluation économique de l'ÉMIP en comparaison avec les interventions policières conventionnelles, en tenant compte des parties impliquées et des issues associées aux interventions, afin d'en évaluer les coûts et la rentabilité le cas échéant, ce que la présente étude n'a pas permis de faire. Et enfin, une attention particulière devra être portée aux facteurs externes à l'ÉMIP, facteurs qui auraient pu contribuer aux résultats observés à court et moyen terme, et ce, dans le but d'évaluer et de mesurer si les changements produits, en lien avec le groupe cible que sont les personnes vivant une situation de crise, sont réellement attribuables à l'ÉMIP. En ce sens, cela offrirait aussi la possibilité de proposer un modèle de séquence des changements de trajectoires chez le groupe cible précisant à quoi les changements à court, moyen ou long terme pourraient être attribuables (Porteous, 2009).

Dans un même ordre d'idées, les recherches futures pourront se baser sur la présente étude évaluative, qui a pu jeter des assises solides pour une meilleure compréhension de l'objet à l'étude. Sans avoir été identifiée comme une étude d'évaluabilité (*evaluability assessment*), cette étude a tout de même permis de « clarifier la portée de l'évaluation, les données disponibles et les approches méthodologiques pouvant être considérées pour recueillir de nouvelles données. » (Dumaine, 2012, p. 99) Cela facilitera la contribution des études futures à une définition de la logique de l'intervention évaluée, soit l'ÉMIP, en prenant en compte les éléments contextuels, toujours selon les attentes liées au processus d'évaluation. Il sera aussi indiqué de poursuivre les travaux de recherche en étroite collaboration avec les responsables de l'ÉMIP, en lien avec l'évaluation de l'amélioration de l'intervention et une perspective de maturité et de stabilité de celle-ci (Potvin, 2010). En outre, dans le cadre de la présente étude, il est plausible de questionner la maturité de l'intervention et de suggérer une évaluation des résultats à plus long terme pour aussi soutenir la proposition d'un modèle logique des résultats (Porteous, 2009). Enfin, les recherches futures devraient également considérer la place des personnes ayant utilisé le service de l'ÉMIP, non seulement dans une perspective d'évaluation, mais aussi dans une perspective d'amélioration de l'intervention. À cet effet, un partenariat avec des personnes usagères des services pourrait même être envisagé dans le cadre d'un comité de travail pour une amélioration continue, par exemple.

CONCLUSION

Une équipe mixte, composée d'un intervenant psychosocial et d'un policier, pour répondre aux besoins de personnes en situation de crise reliée à la santé mentale a le potentiel d'offrir un service mieux adapté à certains types de situations.

Les résultats obtenus dans la présente étude indiquent la pertinence de l'utilisation d'une approche interorganisationnelle, et intersectorielle dans le présent cas, pour faire face à ces situations. Les personnes ayant reçu l'intervention de l'ÉMIP ont en général apprécié l'intervention, qui a su répondre à certains de leurs besoins. Le gestionnaire des services policiers et celui des travailleurs sociaux ont évalué positivement la collaboration des deux professions au sein de l'ÉMIP. Un sentiment partagé par les intervenants eux-mêmes, qui la voient comme une plus-value lors des interventions auprès de personnes en situation de crise. Les intervenants psychosociaux offrent un soutien aux policiers et les aident à identifier et à combler les besoins, parfois complexes, des personnes en situation de crise. Outre la satisfaction de personnes ayant reçu l'intervention de l'ÉMIP, ce modèle d'intervention favorise la mobilisation des organismes communautaires, la présence des proches et le retour vers le milieu de vie. La probabilité d'un transport aux urgences lorsque non requis semble aussi diminuée.

Depuis la fin du projet pilote, l'ÉMIP est toujours en fonction. D'ailleurs, la zone d'action de celle-ci a été élargie au-delà du centre-ville de Sherbrooke et, à ce jour, un quart de travail a été ajouté à son horaire en plus des mercredis et vendredis. Il sera d'intérêt de poursuivre les études sur ce modèle d'intervention pour lequel la présente étude a pu mettre en évidence des retombées positives et proposer des pistes pour les recherches futures.

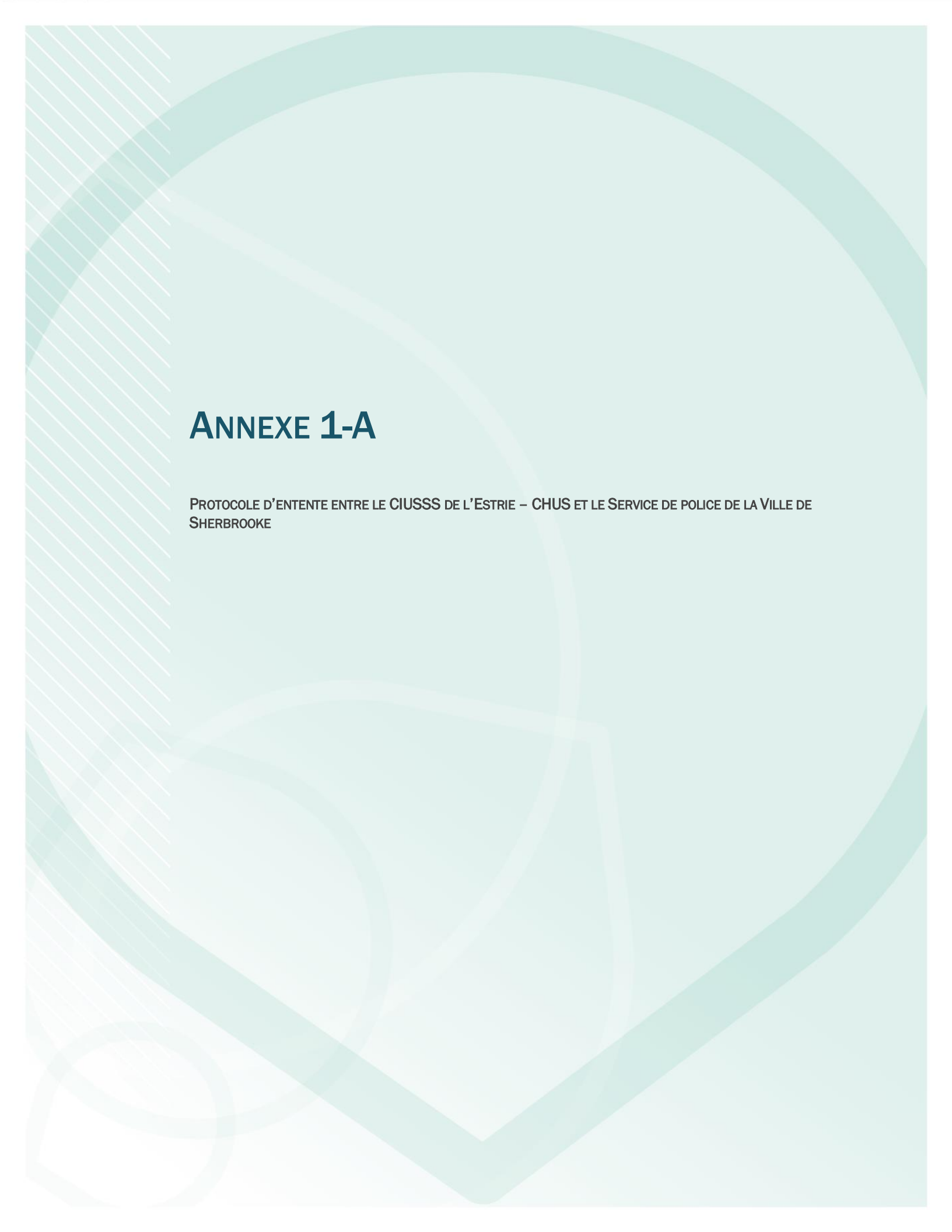
BIBLIOGRAPHIE

- Apel R.J. & Sweeten G. (2010). *Propensity score matching in criminology and criminal justice*. Dans A. R. Piquero & D. Weisburd (Eds.), *Handbook of quantitative criminology* (1re ed., pp. 543–562). New York: Springer-Verlag.
- Baillergeau E., Wewerinke D., Van Noort P. & Huber M. (2012). *Nouvelles pratiques de collaboration entre policiers et intervenants de la santé et des services sociaux dans l'intervention en itinérance à Montréal. Synthèse bibliographique sur les expériences comparables aux États-Unis, en Australie et en Europe*. CREMIS. Montréal. Repéré à: <http://www.cremis.ca/sites/default/files/rapports-de-recherche/revue-de-la-litterature-equipes-mixtes-baillergeau-2012.pdf>
- Barratt, H., Rojas-García, A., Clarke, K., Moore, A., Whittington, C., Stockton, S. et al. (2016). Epidemiology of Mental Health Attendances at Emergency Departments: Systematic Review and Meta-Analysis. *PloS One*, 11(4), e0154449.
- Becker, S. & Ichino, A. (2002). Estimation of average treatment effects based on propensity scores. *The Stata Journal*, 2(4), 358–377.
- Bellot, C., Raffestin, I., Royer, M.-N. & Noël, V. (2005). *Judiciarisation et criminalisation des populations itinérantes à Montréal*. Secrétariat National des Sans-abri. Montreal. Repéré à : http://www.rapsim.org/docs/rapport_bellot_05_vf.pdf
- Boileau, J.-C., Corriveau-Durand, S., Grondines, L., Lamoureux-Auclair, A. & Morin-Ben Abdallah, S. (2011). *Analyse des rapports des coroners des décès par suicide en Estrie : profils et recommandations*. Projet supervisé par Pre Julie Lane, professeure associée, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke. Sherbrooke. Repéré à: http://www.csss-iugs.ca/c3s/data/files/Analyse%20des%20rapports%20des%20coroners_final_r%C3%A9vis%C3%A9.pdf
- Campbell, H. & Rasmussen, B. (2012). Riding third: social work in ambulance work. *Health & Social Work*, 37(2), 90–97.
- Canadian Association of Emergency Physicians. (2009). *Position Statement on Emergency Department Overcrowding*. Repéré sur: http://caep.ca/sites/caep.ca/files/caep/files/edoc_position_statement_board_approved_june_2009_gl.pdf
- Centre de Crise de Québec (2017). *Rapport annuel 2016-2017*. Québec. Repéré à : http://centredecrise.com/gestion/wp-content/uploads/2017/06/rapport_annuel_2017_corrige_1.pdf
- Champagne, F., Rivard, M., Farand, L., Gagnon, C. & Baldé, T. (2010a). *Évaluation des projets pilotes préhospitaliers: rapport final*. Institut de recherche en santé publique de l'Université de Montréal. Montréal. Repéré à : https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/AETMIS/Rapports/Autres/Evaluation_projets_pilotes_prehospitaliers.pdf
- Champagne, F., Rivard, M., Farand, L., Gagnon, C. & Baldé T. (2010b). *Évaluation des projets pilotes préhospitaliers: sommaire exécutif*. Institut de recherche en santé publique de l'Université de Montréal. Montréal. Repéré à : https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/AETMIS/Rapports/Autres/Evaluation_projets_pilotes_prehospitaliers_SOMMAIRE.pdf

- Corriveau, M.-P. (2014). *Un nouveau modèle d'intervention de crise appliqué en contexte d'hébergement*. Stage spécialisé avec essai d'analyse présenté à l'Université Laurentienne comme exigence partielle de la maîtrise en service social. Université Laurentienne. Repéré à : https://zone.biblio.laurentian.ca/bitstream/10219/2251/1/Corriveau_Essai_Final.pdf
- Currier, G.W., Fisher, S.G. & Caine, E.D. (2010). Mobile crisis team intervention to enhance linkage of discharged suicidal emergency department patients to outpatient psychiatric services: A randomized controlled trial. *Academic Emergency Medicine*, 17(1), 36–43.
- Direction de santé publique de l'Estrie. (2015). *Prioriser la santé mentale et le bien-être en Estrie : 7 défis à relever ensemble*. Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie-Centre hospitalier Universitaire de Sherbrooke. Sherbrooke. Repéré à : http://www.santeestrie.qc.ca/clients/CIUSSSE-CHUS/medias-publications/publication/portraits-population/Rapport_Sante_mentale2015.pdf
- Dumaine, F. (2012). « Je me souviens... de t'avoir trop longtemps cherché », *Revue canadienne d'évaluation des programmes*, 25 (3), 95-102.
- El-Mallakh, P.L., Kiran, K. & El-Mallakh, R.S. (2014). Costs and Savings Associated with Implementation of a Police Crisis Intervention Team. *Southern Medical Journal*, 107(6), 391–395.
- Ellis, H.A. (2014). Effects of a Crisis Intervention Team (CIT) Training Program Upon Police Officers Before and After Crisis Intervention Team Training. *Archives of Psychiatric Nursing*, 28(1), 10–16.
- Fitzpatrick, J. (2012). « L'évaluation de programme : Quelques considérations de premier plan », sous la direction de M. Hurteau, S. Houle et F. Guillemette, *L'évaluation de programme axée sur le jugement crédible*, Canada : Presses de l'Université du Québec, Chapitre 1, pp.15-38. ISBN 978-2-7605-3548-0
- Fry, A.J., O'Riordan, D.P. & Geanellos, R. (2002). Social control agents or front-line carers for people with mental health problems: police and mental health services in Sydney, Australia. *Health & Social Care in the Community*, 10(4), 277–286.
- Gouvernement du Québec. Act respecting the protection of persons whose mental state presents a danger to themselves or the others, Pub. L. No. P-38.001, 1 (2017). Canada: Légis Québec. Repéré à : <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/ShowDoc/cs/P-38.001?langCont=en>
- Helfgott, J.B., Hickman, M.J. & Labossiere, A.P. (2016). A descriptive evaluation of the Seattle Police Department's crisis response team officer/mental health professional partnership pilot program. *International Journal of Law and Psychiatry*, 44, 109–122.
- Huberman, A.M. & Miles, B.M. (1991). *Analyse des données qualitatives : recueil de nouvelles méthodes*. Bruxelles: De Boeck-Wesmael.
- Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). Avis rédigé par O'Neil, S., & Lapalme, M. avec la collaboration de Camiré M. (2016). *Modèles de dispensation des soins et services aux personnes présentant des troubles concomitants de santé mentale et de dépendance*. (Vol. 12 (1)). Repéré à : https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/ServicesSociaux/INESSS_Avis_Dispensation_soins_services_troubles_concomitants.pdf
- Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC). Conseils de recherches en sciences humaines du Canada (CRSH). Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie du Canada (CRSNG). (2014). Énoncé de politique des trois conseils : *Éthique de la recherche avec des êtres humains*. Gouvernement du Canada. 242 p.
- James, K.J. & Gilliland, B.E. (2001). *Crisis Intervention Strategies* (4th ed.). Pacific Grove, PA: Brooks/Cole Thomson Learning.

- Kirst, M., Francombe Pridham, K., Narrandes, R., Matheson, F., Young, L., Niedra, K. et al. (2015). Examining implementation of mobile, police-mental health crisis intervention teams in a large urban center. *Journal of Mental Health (Abingdon, England)*, 24(6), 369–374.
- Kisely, S., Campbell, L.A., Peddle, S., Hare, S., Pyche, M., Spicer, D. et al. (2010). A controlled before-and-after evaluation of a mobile crisis partnership between mental health and police services in Nova Scotia. *Canadian Journal of Psychiatry*, 55(10), 662–668.
- Lee, S.J., Thomas, P., Doulis, C., Bowles, D., Henderson, K., Keppich-Arnold, S. et al. (2015). Outcomes achieved by and police and clinician perspectives on a joint police officer and mental health clinician mobile response unit. *International Journal of Mental Health Nursing*, 24(6), 538–546.
- Lincoln, Y., & Guba, E. G. (2013). « The roots of fourth generation evaluation : Theoretical and methodological origins », sous la direction de M. Alkin, *Evaluation Roots : A Wider Perspective of Theorists' Views and Influences* (2^e éd.). Thousand Oaks, CA : Sage Publications, Chapitre 17, pp. 218-228.
- McKenna, B., Furness, T., Brown, S., Tacey, M., Hiam, A. & Wise, M. (2015). Police and clinician diversion of people in mental health crisis from the Emergency Department: a trend analysis and cross comparison study. *BMC Emergency Medicine*, 15(1), 14.
- McKenna, B., Furness, T., Oakes, J. & Brown, S. (2015). Police and mental health clinician partnership in response to mental health crisis: A qualitative study. *International Journal of Mental Health Nursing*, 24(5), 386–393.
- McManamny, T., Sheen, J., Boyd, L. & Jennings, P.A. (2014). Mixed Methods and Its Application in Prehospital Research. *Journal of Mixed Methods Research*, 9(3), 214–231.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2015). *Programme national de santé publique 2015-2025* - Publications du ministère de la Santé et des Services sociaux. Repéré à : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001565/>
- Morabito, M.S., Kerr, A.N., Watson, A., Draine, J., Ottati, V. & Angell, B. (2012). Crisis Intervention Teams and People With Mental Illness: Exploring the Factors That Influence the Use of Force. *Crime & Delinquency*, 58(1), 57–77.
- Morabito, M.S., Socia, K., Wik, A. & Fisher, W.H. (2017). The nature and extent of police use of force in encounters with people with behavioral health disorders. *International Journal of Law and Psychiatry*, 50, 31–37.
- Organisation mondiale de la santé. (2013). *Plan d'action global pour la santé mentale 2013-2020*. Organisation mondiale de la Santé. Genève (Suisse). 52 pages.
- Paillé, P. & Mucchielli, A. (2005). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. (A. Collin, Ed.). Paris (France). 224 pages.
- Poirier, M. (2007). *La crise dans tous ses états*. Dans Suzanne Laroze et Marie Fondaire (Ed.), *Détresse psychologique en situation de crise*. (Chapitre premier). Montréal : Éditions Québecor.
- Porteous, N. (2009). « La construction du modèle logique d'un programme », sous la direction de V. RIDDE et C. DAGENAIS, *Approches et pratiques en évaluation de programme*, Canada : Presse de l'Université de Montréal, Chapitre 5, pp.87-105, ISBN 978-2-7606-2108-4.
- Potvin, P. (2010). « Éléments et critères d'évaluabilité d'un programme d'intervention psychosociale », sous la direction de M. Alain et D. Dessureault, *Élaborer et évaluer les programmes d'intervention psychosociale*. Québec : Presses de l'Université du Québec, Chapitre 4, pp. 195-216. ISBN 978-2-7605-2346-3.

- Regroupement des ressources communautaires en santé mentale de l'Estrie. (2013). *Guide de référence des ressources communautaires en santé mentale de l'Estrie*. Repéré à : <http://www.santementaleestrie.org/documents/GuideReference.pdf>
- Ritter, C., Teller, J.L.S., Marcussen, K., Munetz, M.R. & Teasdale, B. (2011). Crisis intervention team officer dispatch, assessment, and disposition: Interactions with individuals with severe mental illness. *International Journal of Law and Psychiatry*, 34(1), 30–38.
- Rose, M.-C., Baillergeau, E., Hurtubise, R. & McAll, C. (2012a). *Nouvelles pratiques de collaboration entre policiers et intervenants sociaux et de la santé dans l'intervention en itinérance à Montréal: Rapport de recherche exploratoire*. Centre de recherche de Montréal sur les inégalités sociales, les discriminations et les pratiques alternatives de citoyenneté (CRÉMIS). Centre affilié universitaire – CSSS Jeanne-Mance. Montréal. Repéré à : http://www.cremis.ca/sites/default/files/rapports-de-recherche/rapport_de_recherche_emrii_-_2012.pdf
- Rose, M.-C., Baillergeau, E., Hurtubise, R. & McAll, C. (2012b). *Nouvelles pratiques de collaboration entre policiers et intervenants sociaux et de la santé dans l'intervention en itinérance à Montréal: Synthèse du rapport de recherche*. Centre de recherche de Montréal sur les inégalités sociales, les discriminations et les pratiques alternatives de citoyenneté (CRÉMIS). Centre affilié universitaire – CSSS Jeanne-Mance. Montréal. Repéré à : http://www.cremis.ca/sites/default/files/rapports-de-recherche/synthese_du_rapport_de_recherche_emrii.pdf
- Sestoft, D., Rasmussen, M.F., Vitus, K. & Kongsrud, L. (2014). The police, social services and psychiatry cooperation in Denmark-A new model of working practice between governmental sectors. A description of the concept, process, practice and experience. *International Journal of Law and Psychiatry*, 37(4), 370–375.
- Shadish, W.R., Cook, T.D. & Campbell, D.T. (2001). *Experimental and Quasi-Experimental Designs* (2nd editio). New York: Houghton Mifflin Harcourt.
- Simpson, A., Beaucage, C. & Bonnier Vider, Y. (2008). *Épidémiologie appliquée, une initiation à la lecture critique de la littérature en sciences de la santé*. (G. Morin, Ed.) (2nd editio). Montreal.
- Skubby, D., Bonfine, N., Novisky, M., Munetz, M.R. & Ritter, C. (2013). Crisis intervention team (CIT) programs in rural communities: A focus group study. *Community Mental Health Journal*, 49(6), 756–764.
- Statistics Canada. (2017). Série « Perspective géographique », Recensement de 2016. Produit no 98-404-X2016001 au catalogue de Statistique Canada. Produits analytiques, Recensement de 2016. Ottawa. Ontario.



ANNEXE 1-A

**PROTOCOLE D'ENTENTE ENTRE LE CIUSSS DE L'ESTRIE – CHUS ET LE SERVICE DE POLICE DE LA VILLE DE
SHERBROOKE**

PROTOCOLE D'ENTENTE

Entre

La VILLE DE SHERBROOKE,

personne morale de droit public, étant une ville constituée en vertu du décret du Gouvernement du Québec n° 850-2001 entré en vigueur le 12 juillet 2001, ayant son siège au 191, rue du Palais, Sherbrooke, province de Québec, J1H 5H9, ici représentée par le président de son comité exécutif, M. Serge PAQUIN et par sa greffière, M^e Isabelle SAUVÉ, dûment autorisés aux termes d'une résolution adoptée par le comité exécutif en date du 1^{er} mars 2016 sous le numéro C.E. 2016-6093-00 et de l'article 2.1.32.1 du règlement numéro 1 de la Ville de Sherbrooke,

ET

Le CENTRE DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX CIUSSS DE L'ESTRIE-CHUS,

dûment représenté par sa directrice des services généraux, Madame Patricia Gauthier

Ayant pour objet

Mise en place de l'Équipe mobile d'interventions psychosociales (ÉMIP)

1) Objectif du protocole d'entente

L'objectif du présent protocole est d'établir les modalités de fonctionnement et préciser les rôles et responsabilités de chacune des parties dans l'implantation et la mise en œuvre de l'Équipe mobile d'interventions psychosociales (ÉMIP), dans le cadre d'un projet pilote qui se terminera le 31 mars 2017.

Cette équipe est le résultat d'une volonté partagée entre la Ville de Sherbrooke et son Service de police et le Centre de santé et de services sociaux CIUSSS de l'Estrie-CHUS afin d'améliorer les pratiques auprès des personnes en crise ou perturbées mentalement.

2) Mission de L'ÉMIP

« Favoriser la collaboration multidisciplinaire et soutenir le travail policier lors d'intervention impliquant des personnes en crise ou dont l'état mental est perturbé afin de faciliter l'accès de ces personnes à des services adaptés que ce soit au niveau de la justice, de la santé ou du soutien dans la communauté ».

3) Objectifs de L'ÉMIP

- Soutenir le travail des patrouilleurs de première ligne, en jouant un rôle-conseil lors de leurs interventions auprès d'une personne en crise ou perturbée mentalement sur l'ensemble du territoire desservi par le Service de police de Sherbrooke (SPS).
- Développer de nouvelles pratiques afin que les interventions policières soient mieux adaptées aux besoins des personnes en crise ou dont l'état mental est perturbé.
- Favoriser la complémentarité des interventions du service de police avec celles des partenaires du réseau de la santé et des services sociaux qui interviennent auprès des personnes en crise ou dont l'état mental est perturbé.
- Éviter la répétition des mêmes interventions par les policiers auprès des mêmes personnes par un travail de concentration des différents acteurs concernés.
- Réduire le temps consacré à ces interventions par les patrouilleurs de première ligne afin qu'ils puissent être libérés plus rapidement et reprendre leur service auprès de la population.

4) Structure et fonctionnement

L'ÉMIP est composée d'un agent-patrouilleur en uniforme et d'un intervenant du réseau de la santé habiles à intervenir auprès d'une personne en crise ou dont l'état mental est perturbé selon leur expertise respective.

Cette équipe se charge d'une intervention seulement lorsque les lieux sont sécurisés. Il demeure de la responsabilité du policier de l'ÉMIP d'évaluer les risques liés à l'intervention et décider du retrait de l'équipe, si nécessaire.

5) Rôles et responsabilités de L'ÉMIP et de ses membres

5.1 Rôle des policiers au sein de l'ÉMIP

- 5.1.1 Assurer la sécurité des lieux;
- 5.1.2 Analyser la situation du point de vue de l'intervention policière;
- 5.1.3 Voir à l'application des lois et règlements en vigueur;
- 5.1.4 Partager les informations pertinentes sur la personne afin de permettre une meilleure analyse de la situation;
- 5.1.5 Exercer un rôle-conseil auprès des autres policiers;
- 5.1.6 Décider, avec la collaboration de l'intervenant, de la réponse appropriée dans les circonstances de l'intervention;
- 5.1.7 S'assurer du transport de la personne vers les ressources appropriées, lorsque nécessaire.

5.2 Rôle des intervenants de santé et services sociaux au sein de l'ÉMIP

- 5.2.1 Estimer l'état de santé mentale de la personne lorsque l'environnement est sécurisé;
- 5.2.2 Recommander l'orientation en regard de l'état mental ou de crise de la personne;
- 5.2.3 Collaborer avec le policier afin d'établir l'orientation pertinente dans les circonstances de l'intervention;
- 5.2.4 Assurer la liaison avec les intervenants et diriger les personnes vers la ressource appropriée;
- 5.2.5 Lorsqu'une hospitalisation n'est pas nécessaire, offrir des conseils sur place et des références, selon les besoins identifiés de la personne.

5.3 Responsabilités de l'ÉMIP

- 5.3.1 Exercer un rôle-conseil auprès des policiers;
- 5.3.2 Agir en soutien aux policiers de première ligne dans leurs interventions auprès des personnes en crise ou perturbées mentalement;
- 5.3.3 Évaluer la situation et libérer les policiers de première ligne lorsque les lieux sont sécurisés et que la situation le permet;
- 5.3.4 Travailler et intervenir en complémentarité auprès des personnes en crise ou dont l'état mental est perturbé afin de déterminer l'intervention la plus appropriée dans les circonstances;
- 5.3.5 Faire les liens avec les intervenants lorsque la situation requiert l'intervention de plusieurs prestataires de services de justice ou de santé;
- 5.3.6 Documenter l'état et la situation de la personne et détailler les événements ayant mené à l'intervention;
- 5.3.7 Diriger la personne vers les services appropriés et en assurer le suivi;

- 5.3.8 Instaurer des mécanismes de suivi afin de documenter et surveiller l'intervention des dossiers traités, et ce, en fonction des indicateurs de performance, permettant d'évaluer les activités opérationnelles du projet;
- 5.3.9 Développer ou consolider les liens avec les instances du système de justice qui traitent des dossiers de personnes perturbées mentalement;
- 5.3.10 Développer ou consolider les partenaires avec des organismes offrant des services qui s'adressent aux personnes perturbées mentalement.

6) Partage de l'information

Le CIUSSS de l'Estrie-CHUS reconnaît la mission du SPS de protéger la vie et les biens des citoyens, de maintenir la paix et la sécurité publique, de prévenir et combattre le crime et de faire respecter les lois et règlements en vigueur.

La Ville de Sherbrooke reconnaît la mission du CIUSSS de l'Estrie-CHUS de jouer un rôle de premier plan dans la communauté en matière de prévention, d'intervention et promotion de la santé.

6.1 Principes

Dans l'accomplissement de leurs mandats et obligations en sein de l'ÉMIP, les deux parties conviennent de respecter les lois et règlements en vigueur et applicables à leurs organisations respectives.

Les deux parties reconnaissent qu'il est nécessaire de prévoir des modalités d'échange d'informations respectant les droits de la personne concernée par une intervention.

Les deux parties conviennent que toute disposition de la loi permettant la divulgation de renseignements personnels doit être interprétée de façon stricte.

6.2 Fondements juridiques et règles de transmission

- 6.2.1 La transmission de renseignements doit s'effectuer dans le respect des dispositions légales relatives à la confidentialité et à la transmission d'informations nominatives;
- 6.2.2 *La Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels* ainsi que la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* stipulent que les renseignements personnels et le contenu du dossier d'un usager sont confidentiels à moins que la personne concernée par ces renseignements ou une personne pouvant donner un consentement en son nom ne consente à leur divulgation ou qu'une loi, règlement ou des circonstances particulières en autorisent la communication sans consentement (art. 53 et 59 Loi sur l'accès, art. 19 Loi SSSS);
- 6.2.3 Le consentement d'une personne en crise ou perturbée mentalement est requis lorsque la nature de l'intervention menée par l'ÉMIP implique la communication de renseignements confidentiels. À défaut d'un tel consentement, l'intervenant en santé ou le policier de l'ÉMIP doit se retirer de l'intervention selon la nature des renseignements confidentiels discutés;

- 6.2.4 L'information divulguée volontairement par la personne en présence de l'intervenant en santé et du policier dans le cadre de leurs interventions peut être discutée et traitée conjointement par les membres de l'ÉMIP;
- 6.2.5 Les membres de l'ÉMIP peuvent communiquer des renseignements personnels sans le consentement de la personne concernée lorsqu'en vue de prévenir un acte de violence dont un suicide, il existe un motif raisonnable de croire qu'un danger imminent de mort ou de blessures graves menace une personne ou un groupe de personnes identifiables. Les renseignements peuvent alors être communiqués à la ou aux personnes exposées à ce danger, à leur représentant ou à toute autre personne susceptible de leur porter secours (art. 59.1 Loi sur l'accès, art. 19.0.1 Loi SSSS);
- 6.2.6 Les intervenants du CIUSSS de l'Estrie-CHUS et les policiers assignés à l'ÉMIP s'engagent à ne recueillir que les renseignements nécessaires pour leurs interventions. Ils s'engagent à n'utiliser les renseignements qui leur sont divulgués que dans le cadre de l'application du présent protocole. Ils s'engagent aussi à garder confidentielles les informations obtenues et à ne les utiliser que pour les fins auxquelles elles sont destinées;
- 6.2.7 En aucun temps, les intervenants du CIUSSS de l'Estrie-CHUS ne peuvent avoir accès aux banques de données du SPS de même que les policiers ne peuvent avoir accès aux banques de données du CIUSSS de l'Estrie-CHUS.

6.3 Modalités de transmission

Le CIUSSS de l'Estrie-CHUS et le SPS désignent, comme responsables de l'échange de renseignements personnels dans le cadre du présent protocole, les membres de leur organisation respective composant l'ÉMIP.

Les policiers membres de l'ÉMIP sont responsables de la tenue d'un registre des renseignements personnels échangés comportant les mentions suivantes :

- La date de la transmission de l'information;
- Le nom de la personne concernée par l'information;
- Le nom de la personne ayant consenti à la transmission d'informations, s'il y a lieu;
- Les raisons justifiant la transmission des informations et leur nature;
- Les noms et matricule du policier ou les noms et fonction de l'intervenant transmettant l'information;
- Les noms et fonction des personnes auxquelles sont transmises lesdites informations.

Le registre est confidentiel et aucune copie ne doit en être faite sauf dans les limites permises légalement. Le registre demeure accessible aux membres de l'ÉMIP à condition d'être consulté à l'intérieur des locaux de l'ÉMIP où il est conservé.

Les intervenants du CIUSSS de l'Estrie - CHUS membres de l'ÉMIP consignent les informations pertinentes selon les règles de la tenue de dossier applicables dans le réseau de la santé et des services sociaux.

7) Responsabilités de coordination

7.1 Responsabilités conjointes

- 7.1.1. Chaque partie statuera sur le nombre de personnes qui seront affectées au groupe en tenant compte des besoins de l'ÉMIP et selon les ressources humaines et financières disponibles dans chacune des organisations respectives;
- 7.1.2 D'un commun accord, les parties établiront les besoins de formation des policiers et intervenants participant à l'ÉMIP;
- 7.1.3 Chaque partie veillera au respect des règles de confidentialité des renseignements personnels qui leur seront confiés ou auxquels elles auront accès;
- 7.1.4 Les parties conviennent de désigner chacune un répondant pour l'application du protocole :

Pour la Ville de Sherbrooke	Pour le CIUSSS de l'Estrie-CHUS
Monsieur Tony Brien	Madame Lyne Cardinal
Criminologue et chef de section Statistiques et données opérationnelles, Ville de Sherbrooke	Directrice des services généraux

7.2 Responsabilités du SPS

- 7.2.1 Déployer le personnel nécessaire en nommant des policiers qualifiés à l'ÉMIP;
- 7.2.2 Assurer la supervision des policiers;
- 7.2.3 Fournir le véhicule, l'espace de travail et les fournitures nécessaires à l'ÉMIP;
- 7.2.4 S'assurer que les policiers assignés à l'ÉMIP possèdent les outils nécessaires à la réalisation de leur mandat;
- 7.2.5 Effectuer les enquêtes de réputation des intervenants du CIUSSS de l'Estrie-CHUS assignés à l'ÉMIP.

7.3 Responsabilités du CIUSSS de l'Estrie-CHUS

- 7.3.1 Déployer le personnel nécessaire en nommant des intervenants qualifiés à l'ÉMIP;
- 7.3.2 Assurer la supervision clinique des intervenants;
- 7.3.3 S'assurer que les intervenants assignés à l'ÉMIP possèdent la formation et les outils nécessaires à la réalisation de leur mandat;
- 7.3.4 Obtenir le consentement à effectuer une enquête de réputation des intervenants identifiés pour être membres de l'ÉMIP. Advenant que les résultats d'une telle enquête soient négatifs, le CIUSSS de l'Estrie-CHUS devra soumettre la candidature d'un autre intervenant;
- 7.3.5 Le CIUSSS de l'Estrie-CHUS et les intervenants assignés au projet s'engagent à répondre aux exigences du SPS quant à une mise à jour annuelle de l'enquête de réputation des intervenants assignés à cette équipe.

8) Communications

Les parties reconnaissent que toute communication effectuée au nom de l'ÉMIP exerce une influence sur l'image du projet, sur les deux organisations et sur le personnel qui y travaille. Il est donc essentiel de coordonner les communications externes pour préserver l'image de marque du projet et pour maximiser son rayonnement. Cette coordination permet aussi de diffuser une information exacte et des messages publics cohérents et conformes aux orientations du présent protocole d'entente.

Les relations médias désignent tout contact avec un média d'information privé ou public, qu'il soit audiovisuel ou écrit, au niveau local, régional, national ou international, et qui est initié par le média, par l'un des deux signataires du présent protocole ou par un usager. Cette définition vise aussi les médias d'information du groupe ou d'organisations qui s'adressent à leurs membres ou à une collectivité spécifique.

Les demandes de médias sont traitées par les services des communications du Service de police, de la Ville de Sherbrooke et du CIUSSS de l'Estrie-CHUS qui conviennent conjointement des suites à donner, des stratégies à adopter et des lignes de presse à utiliser. Les communiqués de presse sont approuvés par les deux services des communications avant diffusion.

Autant que possible, les sorties publiques ou événements médiatiques se font en présence de représentants des deux parties signataires du protocole. Des porte-parole sont désignés par chacune des parties. Si l'une des deux parties ne peut être présente, l'établissement qui s'adresse aux médias ne peut commenter le rôle, les responsabilités et le travail de l'établissement partenaire.

À moins d'avoir donné leur consentement par écrit en signant le formulaire prescrit à cet effet, les membres de l'ÉMIP et les personnes auprès de qui cette équipe intervient ne doivent en aucun temps être filmées, photographiées ou identifiées, de quelque façon que ce soit, dans du matériel audiovisuel ou des publications écrites.

Dans les cas où une personne refuse d'être identifiée de quelque façon que ce soit, photographiée ou filmée, l'activité la concernant ne peut se dérouler en présence de tiers (médias ou tout autre personne ou groupe requérant).

9) Acceptation des risques et assurance

- 9.1 Chaque partie reconnaît que ses employés assignés à l'ÉMIP sont formés et possèdent les compétences et habiletés pour intervenir auprès de personnes potentiellement en crise ou perturbées mentalement et assument respectivement les risques et responsabilités associés à ce genre d'intervention;
- 9.2 Chaque partie reconnaît bénéficier des protections légales, ou posséder les assurances nécessaires ou l'équivalent, pour assurer la protection de leur personnel et répondre en responsabilité de leurs faits et gestes pour tout événement survenant par le fait ou à l'occasion de leur travail dans l'ÉMIP; chaque partie assumant pour leur personnel respectif les risques et responsabilités découlant de l'application du présent protocole.

10) Durée du protocole et suivi

Le présent protocole est en vigueur jusqu'au 31 mars 2017. Cependant, l'une ou l'autre des parties peut y mettre fin en tout temps par avis écrit adressé au répondant de l'autre partie. La résiliation de l'entente prenant fin 30 jours après la réception d'un tel avis ou à une date identifiée d'un commun accord.

Des rencontres de suivi sont prévues à quatre reprises soit après 1 mois, 3 mois, 6 mois et 12 mois d'opération.

Un rapport d'évaluation du projet pilote sera rédigé à terme. Les recommandations découlant de ce rapport seront acheminées aux instances concernées. Le maintien de l'ÉMIP se fera selon la disponibilité des ressources humaines et financières de chacune des organisations et suite aux recommandations soumises par le comité d'évaluation.

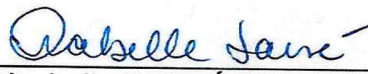
Les parties sont liées par le présent protocole et acceptent de respecter les termes de cette entente.

En foi de quoi, les parties ont signé en trois (3) copies,

A Sherbrooke, le 2 mars 2016.

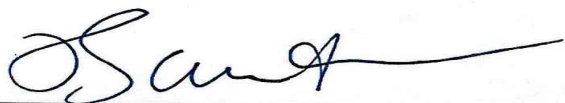
VILLE DE SHERBROOKE

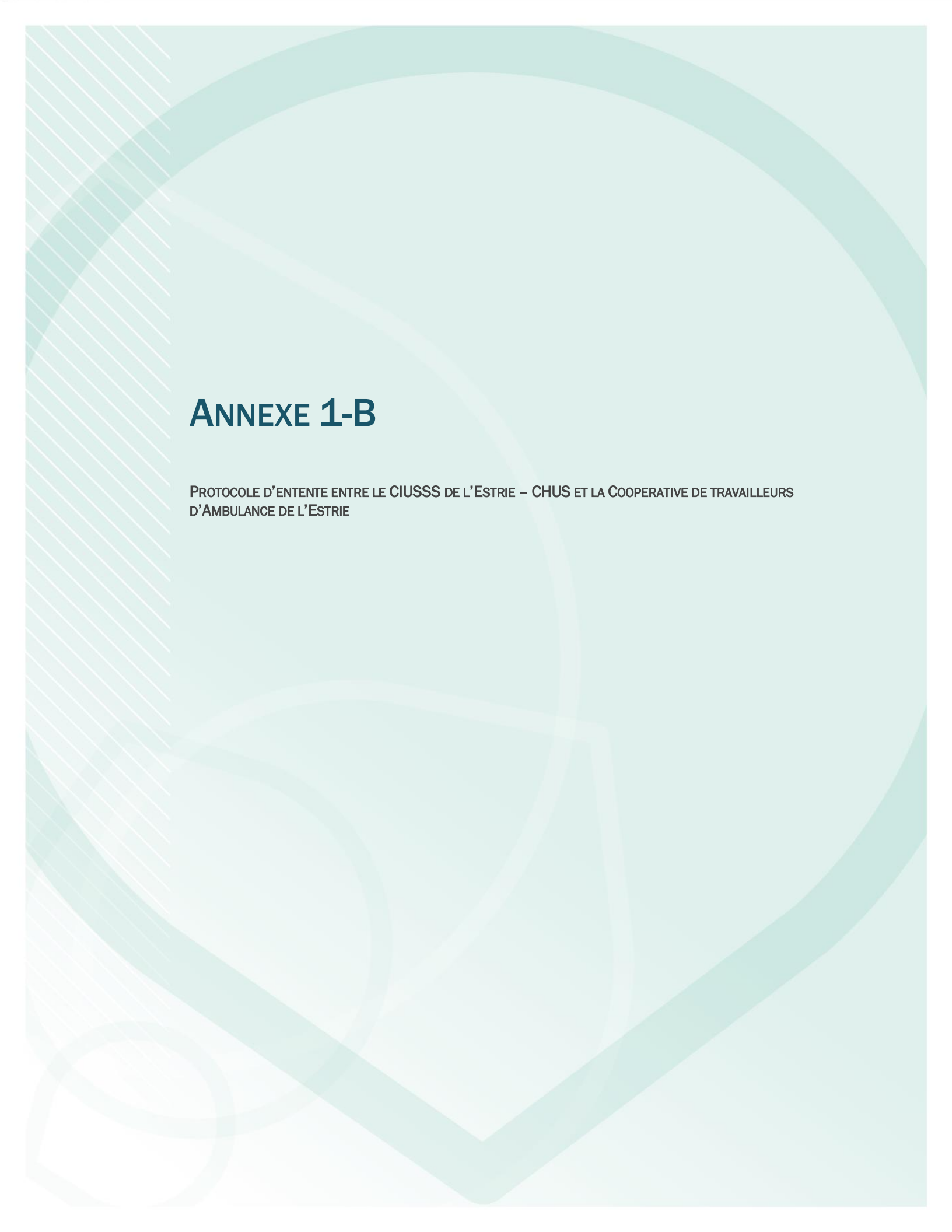

M. Serge PAQUIN, président du comité exécutif


Me Isabelle SAUVÉ, greffière

A Sherbrooke, le 14 mars 2016.

CENTRE DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX CIUSSS DE L'ESTRIE-CHUS


Madame Patricia Gauthier, présidente et directrice générale



ANNEXE 1-B

**PROTOCOLE D'ENTENTE ENTRE LE CIUSSS DE L'ESTRIE – CHUS ET LA COOPERATIVE DE TRAVAILLEURS
D'AMBULANCE DE L'ESTRIE**

**Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de l'Estrie – Centre
hospitalier universitaire
de Sherbrooke**

Québec 



Protocole d'entente

Entre

La Coopérative de travailleurs d'Ambulance de l'Estrie (C.T.A.E.),
Dûment représenté par son Directeur des opérations, Monsieur Jean-François Pellerin

ET

Le Centre intégré universitaire de santé et des services sociaux de l'Estrie-CHUS
Dûment représenté par sa présidente directrice générale, Madame Patricia Gauthier

Ayant pour objet

Mise en place de l'Unité d'intervention préhospitalière de première ligne

1) Objectif du protocole d'entente

L'objectif du présent protocole est d'établir les modalités de fonctionnement et préciser les rôles et responsabilités de chacune des parties dans l'implantation et la mise en œuvre de l'Unité d'intervention préhospitalière de première ligne, dans le cadre d'un projet pilote qui se terminera le 31 mars 2017.

Cette équipe est le résultat d'une analyse de l'efficacité des ressources ambulancières ainsi que des besoins réels de la population que nous desservons. Le but commun est que les patients reçoivent les bons services aux bons endroits et aux bons moments.

2) Mission de L'UIPPL

« Améliorer de façon continue l'efficience et l'efficacité des opérations ambulancières afin de servir la population que nous desservons pour ainsi donner un service préhospitalier de qualité. »

3) Objectifs de L'UIPPL

- Créer une équipe multidisciplinaire accessible afin de répondre aux besoins des patients ;
- Développer les techniques d'intervention préhospitalière en unissant le volet de santé physique et psychologique ;
- Permettre une accessibilité aux ressources du réseau de la santé ;
- Diminuer le transport vers les urgences des centres hospitaliers en orientant les bénéficiaires vers les bonnes ressources ;
- Augmenter la disponibilité des ambulances pour les urgences vitales pour ainsi avoir un impact sur la mortalité et la morbidité.

4) Structure et fonctionnement

L'équipe est composée d'un paramédic répondant aux critères de sélection établit par la CTAE et le CIUSS-CHUS et d'un travailleur social choisi par le CIUSS-CHUS.

Cette équipe prend charge les situations nécessitant l'intervention d'un paramédic ainsi que d'un travailleur social.

5) Rôles et responsabilités de UIPPL

5.1 Rôle du paramédic

- 5.1.1 Analyse de la situation d'un point vu préhospitalier;
- 5.1.2 Appréciation clinique du bénéficiaire;
- 5.1.3 Voir à l'application des protocoles préhospitalier en vigueur ;
- 5.1.4 Partager les informations pertinentes sur la personne afin de permettre une meilleure analyse de la situation;
- 5.1.5 Appliquer les protocoles spécifiques prévus pour l'unité ;
- 5.1.6 Établir un consensus sur la stratégie à établir pour le bénéfice du patient ;
- 5.1.7 S'assurer du transport de la personne vers les ressources appropriées, lorsque nécessaire.

5.2 Rôle des intervenants de santé et services sociaux au sein de l'UIPPL

- 5.2.1 Estimer l'état de santé mentale de la personne lorsque l'environnement est sécurisé ;
- 5.2.2 Recommander l'orientation en regard de l'état mental ou de crise de la personne ;
- 5.2.3 Collaborer avec le paramédic afin d'établir l'orientation pertinente dans les circonstances de l'intervention ;
- 5.2.4 Assurer la liaison avec les intervenants et diriger les personnes vers la ressource appropriée ;
- 5.2.5 Lorsqu'une hospitalisation n'est pas nécessaire, offrir des conseils sur place et des références, selon les besoins identifiés de la personne.

5.3 Responsabilités de l’UIPPL :

- 5.3.1 Exercer un rôle-conseil auprès des paramédics;
- 5.3.2 Agir en soutien aux interventions préhospitalière ;
- 5.3.3 Augmenter la disponibilité des ressources ambulancières en prenant charge les situations d’intervention psychosociale ;
- 5.3.4 Travailler et intervenir en complémentarité auprès des personnes en crise ou dont l’état mental est perturbé afin de déterminer l’intervention la plus appropriée dans les circonstances ;
- 5.3.5 Faire les liens avec les intervenants lorsque la situation requiert l’intervention de plusieurs prestataires de services de la santé ;
- 5.3.6 Documenter l’état et la situation de la personne et détailler les événements ayant mené à l’intervention ;
- 5.3.7 Diriger la personne vers les services appropriés et en assurer le suivi ;
- 5.3.8 Instaurer des mécanismes de suivi afin de documenter et monitorer l’intervention des dossiers traités et ce, en fonction des indicateurs de performance, permettant d’évaluer les activités opérationnelles du projet ;
- 5.3.9 Développer ou consolider les partenaires avec des organismes offrant des services qui s’adressent aux personnes perturbées mentalement.

6) Partage de l’information

6.1 Principes

Dans l’accomplissement de leurs mandats et obligations en sein de l’UIPPL, les deux parties conviennent de respecter les lois et règlements en vigueur et applicables à leurs organisations respectives.

Les deux parties reconnaissent qu’il est nécessaire de prévoir des modalités d’échange d’informations respectant les droits de la personne concernée par une intervention.

Les deux parties conviennent que toute disposition de la loi permettant la divulgation de renseignements personnels doit être interprétée de façon stricte.

6.2 Fondements juridiques et règles de transmission

6.2.1 La transmission de renseignements doit s'effectuer dans le respect des dispositions légales relatives à la confidentialité et à la transmission d'informations nominatives.

6.2.2 La *Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels* ainsi que la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* stipulent que les renseignements personnels et le contenu du dossier d'un usager sont confidentiels à moins que la personne concernée par ces renseignements ou une personne pouvant donner un consentement en son nom ne consente à leur divulgation ou qu'une loi, règlement ou des circonstances particulières en autorisent la communication sans consentement (art. 53 et 59 Loi sur l'accès, art. 19 Loi SSSS);

6.2.3 Le consentement d'une personne en crise ou perturbée mentalement est requis lorsque la nature de l'intervention menée par l'UIPPL implique la communication de renseignements confidentiels. À défaut d'un tel consentement, l'intervenant en santé ou le paramédic doit se retirer de l'intervention selon la nature des renseignements confidentiels discutés ;

6.2.4 L'information divulguée volontairement par la personne en présence de l'intervenant en santé dans le cadre de leurs interventions peut être discutée et traitée conjointement par les membres de l'équipe ;

6.2.5 Les membres de l'UIPPL peuvent communiquer des renseignements personnels sans le consentement de la personne concernée lorsqu'en vue de prévenir un acte de violence dont un suicide, il existe un motif raisonnable de croire qu'un danger imminent de mort ou de blessures graves menace une personne ou un groupe de personnes identifiables. Les renseignements peuvent alors être communiqués à la ou aux personnes exposées à ce danger, à leur représentant ou à toute autre personne susceptible de leur porter secours (art. 59.1 Loi sur l'accès, art. 19.0.1 Loi SSSS);

6.2.6 Les intervenants du CIUSSS de l'Estrie-CHUS et les paramédics assignés à l'UIPPL s'engagent à ne recueillir que les renseignements nécessaires pour leurs interventions. Ils s'engagent à n'utiliser les renseignements qui leur sont divulgués que dans le cadre de l'application du présent protocole. Ils s'engagent aussi à garder confidentielles les informations obtenues et à ne les utiliser que pour les fins auxquelles elles sont destinées.

6.3 Modalités de transmission

Le CIUSSS de l'Estrie-CHUS et la CTAE désignent, comme responsables de l'échange de renseignements personnels dans le cadre du présent protocole, les membres de leur organisation respective composant l'UIPPL.

Les paramédics membres de l'UIPPL sont responsables de la tenue d'un registre des renseignements personnels échangés comportant les mentions suivantes :

- La date de la transmission de l'information ;
- Le nom de la personne concernée par l'information ;
- Le nom de la personne ayant consenti à la transmission d'information, s'il y a lieu ;
- Les raisons justifiant la transmission des informations et leur nature ;
- Les noms et matricule du paramédic ou les noms et fonction de l'intervenant transmettant l'information ;
- Les noms et fonction des personnes auxquelles sont transmises lesdites informations.

Le registre est confidentiel et aucune copie ne doit en être faite sauf dans les limites permises légalement. Le registre demeure accessible aux membres de l'UIPPL à condition d'être consulté à du cadre du travail.

Les intervenants du CIUSSS de l'Estrie – CHUS membres de l'UIPPL consignent les informations pertinentes selon les règles de la tenue de dossier applicables dans le réseau de la santé et des services sociaux.

7) Responsabilités de coordination

7.1 Responsabilités conjointes

7.1.1. Chaque partie statuera sur le nombre de personnes qui seront affectées au groupe en tenant compte des besoins de l'UIPPL et selon les ressources humaines et financières disponibles dans chacune des organisations respectives ;

7.1.2 D'un commun accord, les parties établiront les besoins de formation des paramédics et intervenants participant à l'UIPPL.

7.1.3 Chaque partie veillera au respect des règles de confidentialité des renseignements personnels qui leur seront confiés ou auxquels elles auront accès;

7.1.4 Les parties conviennent de désigner chacune un répondant pour l'application du protocole :

Pour la CTAE	Pour le CIUSSS de l'Estrie-CHUS
Monsieur Jean-François Pellerin	Madame Lyne Cardinal
Directeur des opérations	Directrice des services généraux

7.2 Responsabilités de la CTAE

- 7.2.1 Déployer le personnel nécessaire en nommant des paramédics qualifiés.
- 7.2.2 Assurer la supervision des paramédics.
- 7.2.3 Fournir le véhicule, l'espace de travail et les fournitures nécessaires à l'UIPPL.
- 7.2.4 S'assurer que les paramédics assignés à l'UIPPL possèdent les outils nécessaires à la réalisation de leur mandat ;
- 7.2.5 S'assurer de l'assurance qualité de 100% des interventions réalisées par l'UIPPL.
- 7.2.6 Assumer les frais de quatre quarts de travail de 8 heures par période de deux semaines pour un paramédic.
- 7.2.7 Assumer les frais de formations des paramédics.
- 7.2.8 Assumer les frais de déplacement et du véhicule.

7.3 Responsabilités du CIUSSS de l'Estrie-CHUS

- 7.3.1 Déployer le personnel nécessaire en nommant des intervenants qualifiés à l'UIPPL.
- 7.3.2 Assurer la supervision clinique des intervenants.
- 7.3.3 Désigner un médecin responsable de l'équipe préhospitalière.
- 7.3.4 S'assurer que les intervenants assignés à l'UIPPL possèdent la formation et les outils nécessaires à la réalisation de leur mandat.
- 7.3.5 Autoriser le remboursement de quatre quarts de travail de 8 heures par période de deux semaines pour un paramédics. Le remboursement se fera sous les mêmes modalités que les ajouts de ressources ponctuelles.
- 7.3.6 Le taux moyen appliqué est celui en vigueur pour l'année financière 2016-2017.

8) Communications

Les parties reconnaissent que toute communication effectuée au nom de l'UIPPL exerce une influence sur l'image du projet, sur les deux organisations et sur le personnel qui y travaille. Il est donc essentiel de coordonner les communications externes pour préserver l'image de marque du projet et pour maximiser son rayonnement. Cette coordination permet aussi de diffuser une information exacte et des messages publics cohérents et conformes aux orientations du présent protocole d'entente.

Les relations médias désignent tout contact avec un média d'information privé ou public, qu'il soit audiovisuel ou écrit, au niveau local, régional, national ou international, et qui est initié par le média, par l'un des deux signataires du présent protocole ou par un usager. Cette définition vise aussi les médias d'informations du groupe ou d'organisations qui s'adressent à leurs membres ou à une collectivité spécifique.

Les demandes de médias sont traitées par la CTAE et du CIUSSS de l'Estrie-CHUS qui conviennent conjointement des suites à donner, des stratégies à adopter et des lignes de presse à utiliser. Les communiqués de presse sont approuvés par les deux services des communications avant diffusion.

Autant que possible, les sorties publiques ou événements médiatiques se font en présence de représentants des deux parties signataires du protocole. Des porte-parole sont désignés par chacune des parties. Si l'une des deux parties ne peut être présente, l'établissement qui s'adresse aux médias ne peut commenter le rôle, les responsabilités et le travail de l'établissement partenaire.

À moins d'avis donné leur consentement par écrit en signant le formulaire prescrit à cet effet, les membres de l'UIPPL et les personnes auprès de qui cette équipe intervient ne doivent en aucun temps être filmées, photographiées ou identifiées, de quelque façon que ce soit, dans du matériel audiovisuel ou des publications écrites.

Dans les cas où une personne refuse d'être identifiée de quelque façon que ce soit, photographiée ou filmée, l'activité la concernant ne peut se dérouler en présence de tiers (médias ou tout autre personne ou groupe requérant).

9) Acceptation des risques et assurance

9.1 Chaque partie reconnaît que ses employés assignés à l'UIPPL sont formés et possèdent les compétences et habiletés pour intervenir et assument respectivement les risques et responsabilités associés à ce genre d'intervention.

9.2 Chaque partie reconnaît bénéficier des protections légales, ou posséder les assurances nécessaires ou l'équivalent, pour assurer la protection de leur personnel et répondre en responsabilité de leurs faits et gestes pour tout événement survenant par le fait ou à l'occasion de leur travail dans l'UIPPL; chaque partie assumant pour leur personnel respectif les risques et responsabilités découlant de l'application du présent protocole.

10) Durée du protocole et suivi

Le présent protocole est en vigueur jusqu'au 31 mars 2017. Cependant, l'une ou l'autre des parties peut y mettre fin en tout temps par avis écrit adressé au répondant de l'autre partie. La résiliation de l'entente prenant fin 30 jours après la réception d'un tel avis ou à une date identifiée d'un commun accord.

Des rencontres de suivi sont prévues à quatre reprises soit après un (1) mois, trois (3) mois, six (6) mois et douze (12) mois d'opération.

Un rapport d'évaluation du projet pilote sera rédigé à terme. Les recommandations découlant de ce rapport seront acheminées aux instances concernées. Le maintien de l'UIPPL se fera selon la disponibilité des ressources humaines et financières de chacune des organisations et suite aux recommandations soumises par le comité d'évaluation.

Les parties sont liées par le présent protocole et acceptent de respecter les termes de cette entente.

En foi de quoi, les parties ont signé à Sherbrooke,

Ce _____ 2016.

Monsieur Jean-Francois Pellerin, directeur
des opérations

Madame Patricia Gauthier, présidente
des directrice générale du
CIUSSS de l'Estrie-CHUS

ANNEXE 2

GRILLE D'ENTREVUE INDIVIDUELLE AVEC LES INFORMATEURS CLES : VOLET EVALUATION DE L'IMPLANTATION

Grille d'entrevue individuelle avec les informateurs clés : volet évaluation de l'implantation

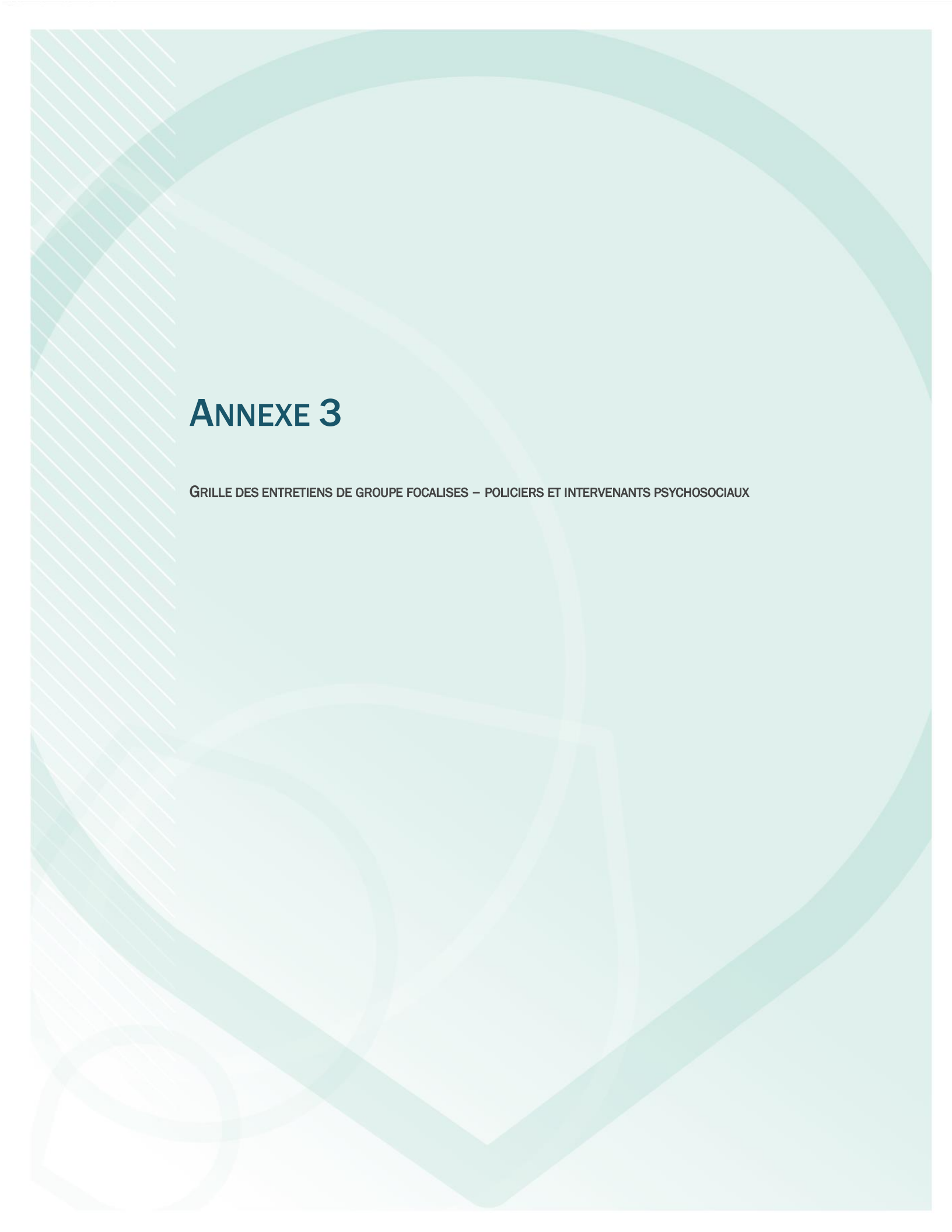
A- Caractéristiques sociodémographiques et personnelles des informateurs clés (gestionnaire des policiers et intervenants psychosociaux) (section complétée de façon individuelle)

1. Sexe ____ Masculin ____ Féminin
2. Âge ____ ans
3. Fonction _____
4. Lieu de travail _____

B- Questions semi-structurées (Adaptées de Champagne et al., 2010a, 2010b)

1. Racontez-nous le déroulement chronologique de l'implantation du projet pilote
2. Date du début d'implantation du projet pilote
3. Modifications survenues au cours de la mise en œuvre par rapport à ce qui était initialement prévu? (quoi, pourquoi, quand et résultats obtenus suite aux modifications)
4. Selon vous, le modèle d'intervention des équipes mixtes peut-il être considéré comme étant implanté? Pourquoi ? Depuis quand ?
5. Vous aviez prévu un certain nombre de ressources pour ce projet pilote? (combien, titre). Avez-vous réussi à obtenir les ressources que vous souhaitiez (quantité, qualité)? Si non, pourquoi? Qu'est qui a été facilitant ou au contraire limitant pour l'obtention des ressources prévues?
6. Vous aviez prévu des ressources et aviez-vous prévu une formation en lien avec le projet pilote? Si oui, quelle était la formation prévue ? (type, par qui, nombre d'heures, etc.) Avez-vous réussi à former toutes les ressources? Quelles sont les difficultés rencontrées?
7. Vous aviez prévu de mettre en place les équipes mixtes. Comme gestionnaire, comment avez-vous fait? Quels ont été les éléments facilitants et les éléments limitants l'implantation de telles équipes?
8. Un financement était-il prévu pour l'implantation? Avez-vous reçu ce financement? Si oui, depuis quand? Comment avez-vous utilisé ce financement?
9. À combien se chiffre actuellement le nombre d'appels hebdomadaire pour une intervention s'adressant aux équipes mixtes ? Est-ce que ce nombre augmente, diminue ou est semblable depuis les 6 derniers mois ?

10. Si vous aviez à faire des recommandations pour un de vos pairs qui implante un tel projet dans une autre ville comparable à tous les niveaux, quelles recommandations ou mises-engarde lui feriez-vous pour assurer la réussite de ce projet?



ANNEXE 3

GRILLE DES ENTRETIENS DE GROUPE FOCALISES – POLICIERS ET INTERVENANTS PSYCHOSOCIAUX

Grille des entretiens de groupe focalisés – policiers et intervenants psychosociaux

A - *Caractéristiques sociodémographiques et personnelles des intervenants* (section complétée de façon individuelle)

1. Sexe ☐ Homme ☐ Femme

2. Âge ans

3. Fonction

4. Nombre d'années de pratique

5. Lieu(x) de pratique actuel(s)

6. Avez-vous participé à une ou plusieurs interventions des équipes mixtes d'intervention auprès de personnes en situation de crise depuis la mise en œuvre l'été dernier?

☐ non

☐ oui

7. En lien avec la question précédente, à combien d'intervention avec les équipes mixtes estimez-vous avoir participé ? Placez un X dans le trait précédent 1 seule des réponses

☐ 0

☐ 1

☐ 2 ou 3

☐ 3 ou 4

☐ 5 ou 6

☐ 6 ou 7

☐ Plus de 7

8. Diriez-vous que la ou les personnes auprès desquelles vous êtes intervenu en équipe mixte souffraient d'une problématique de santé mentale?

☐ jamais

☐ parfois

☐ la plupart du temps

☐ à chaque fois

9. Quel est le type de problématique liée à la santé mentale le plus fréquemment rencontré selon vous lors des interventions en équipes mixtes?

☐ Abus de substances (précisez :)

☐ Idées suicidaires

☐ Violence/agressivité (précisez :)

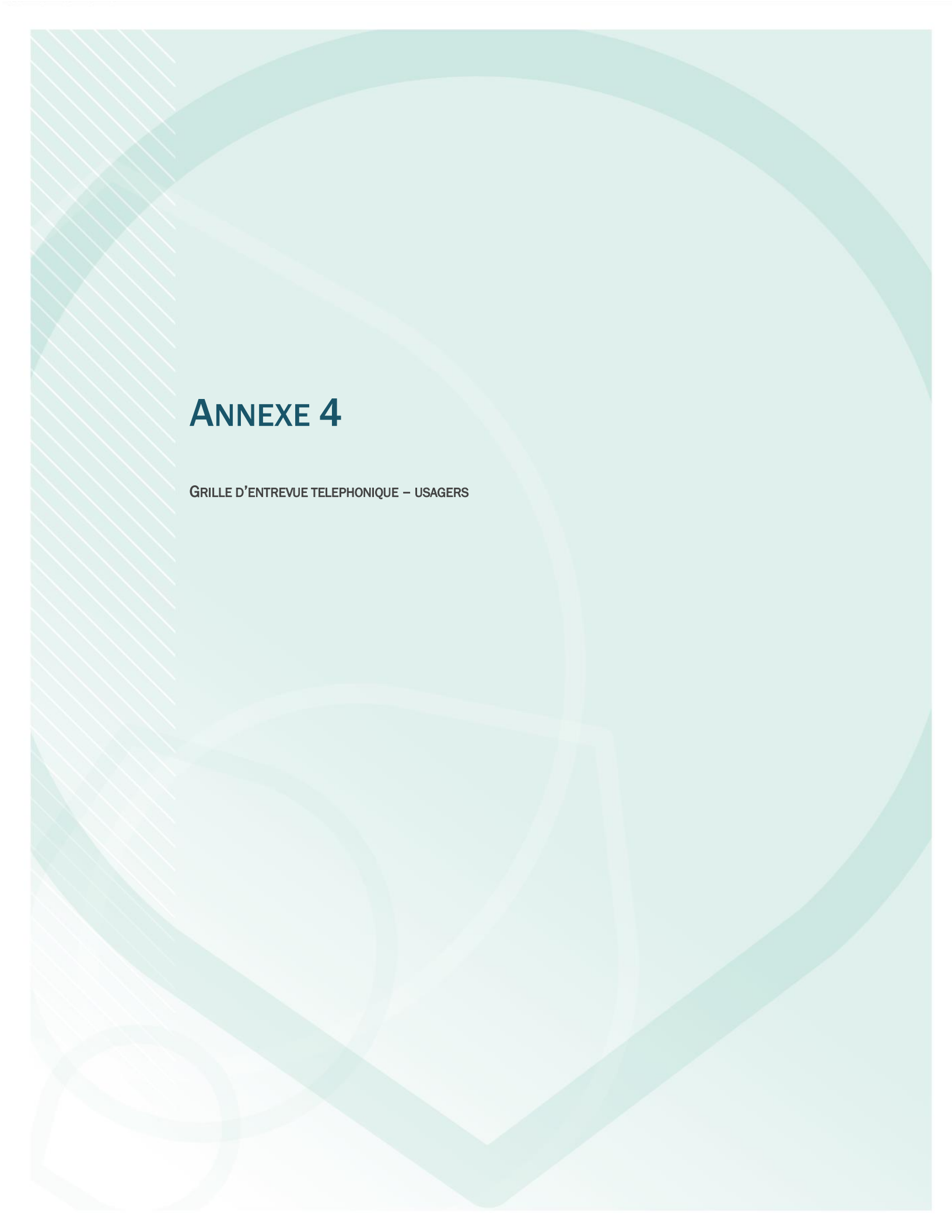
☐ Autres. Précisez :

B- Questions semi-structurées

1. Croyez-vous que l'intervention de l'équipe mixte puisse changer le parcours ou la trajectoire d'une personne en situation de crise? Pourquoi? Comment?
2. Croyez-vous que les interventions en équipe mixte répondent aux besoins des personnes en situation de crise? Pourquoi? Comment? À ceux de leurs proches?
3. Croyez-vous que les interventions des équipes mixtes ont modifié votre façon d'intervenir auprès de personnes en situation de crise? Pourquoi ? Comment ? En lien avec les refus de traitement ?
4. Quels sont les facteurs qui facilitent ou encore ceux qui limitent l'intervention en équipe mixte ?
5. Selon vous, est-ce que les usagers ont remarqué la composition mixte des équipes? Pourquoi?
6. Croyez-vous que les interventions en équipe mixte sont liées à l'*autonomisation* des usagers en lien avec leur santé? Comment ? Pourquoi ?
7. Croyez-vous que les interventions en équipe mixte ont pu éviter un ou des transports vers l'hôpital ? vers les services de détention ? À combien estimez-vous le nombre (%) de consultations évitées à l'urgence de l'hôpital le cas échéant?
8. Selon vous, y a-t-il eu un impact sur le nombre de P-38 appliqué lors d'intervention auprès de personnes en situation de crise ? Comment ? Pourquoi ?
9. Selon vous, est-il arrivé une ou des situations où vous auriez normalement amené une personne à l'urgence de l'hôpital mais ne l'avez pas fait à cause de l'intervention mixte ? Pourquoi ? Avez-vous déjà laissé un patient en vous sentant inquiet de ne pas le transporter à l'hôpital ?
10. Quelles autres alternatives ont été proposées aux personnes en situation de crise plutôt que de les transporter à l'urgence de l'hôpital? Était-ce le cas avant l'implantation des équipes mixtes?
11. Croyez-vous que les interventions en équipes mixtes sont bien implantées ? Pourquoi ? Depuis quand ?

12. Selon vous, quels sont les facteurs qui facilitent et ceux qui limitent l'implantation d'une telle pratique ?

13. Si vous aviez à faire des recommandations à un de vos pairs qui souhaiterait mettre en place ce type d'intervention dans une autre ville comparable, que lui diriez-vous et que lui recommanderiez-vous ?



ANNEXE 4

GRILLE D'ENTREVUE TELEPHONIQUE – USAGERS

Grille d'entrevue téléphonique - usager

(Texte standard) Bonjour,

Mon nom est _____ et je suis (titre : p.ex. étudiant/stagiaire en criminologie de l'Université de Montréal). Je vous contacte aujourd'hui pour connaître votre opinion sur la qualité des services que vous avez reçus le mois dernier lors de l'intervention d'une équipe d'urgence (composée d'un intervenant social et d'un policier). Est-ce un bon moment pour vous parler? Si vous acceptez de répondre, cela prendra environ 20 à 30 minutes. Il n'y a pas de bonne ou de mauvaise réponse. Aussi, notre conversation sera enregistrée et les informations pourraient être transmises, de façon sécuritaire et sans aucun nom, pour être étudiées dans le cadre d'une recherche si vous êtes d'accord. Seules les informations touchant les questions de recherche seront alors considérées. Aucun de vos propos ne pourra être retenu contre vous. Cette recherche, menée par des chercheurs de quatre universités, porte sur l'évaluation de l'intégration d'un intervenant psychosocial aux équipes policières. La recherche vise à connaître entre autres ce que cette intervention, qui inclut un travailleur social, vous a peut-être apporté. Le Comité d'éthique de la recherche du CSSS-IUGS a approuvé le présent projet. Êtes-vous d'accord pour répondre aux questions pour obtenir votre opinion sur la qualité des services reçus? Êtes-vous volontaire pour répondre aux questions de recherche? Enfin, si vous vous sentez fatigué au cours de notre entretien ou que cela soulève des émotions négatives ou que vous souhaitez ne pas répondre à une question, merci de me le dire s.v.p. Nous pourrions alors prendre une pause ou reprendre l'entretien à un autre moment. Aussi, vous pourrez contacter le 811 si vous ressentez un besoin d'aide suite à notre entretien. Avez-vous des questions? Que comprenez-vous du but de la recherche? Êtes-vous prêt à commencer?

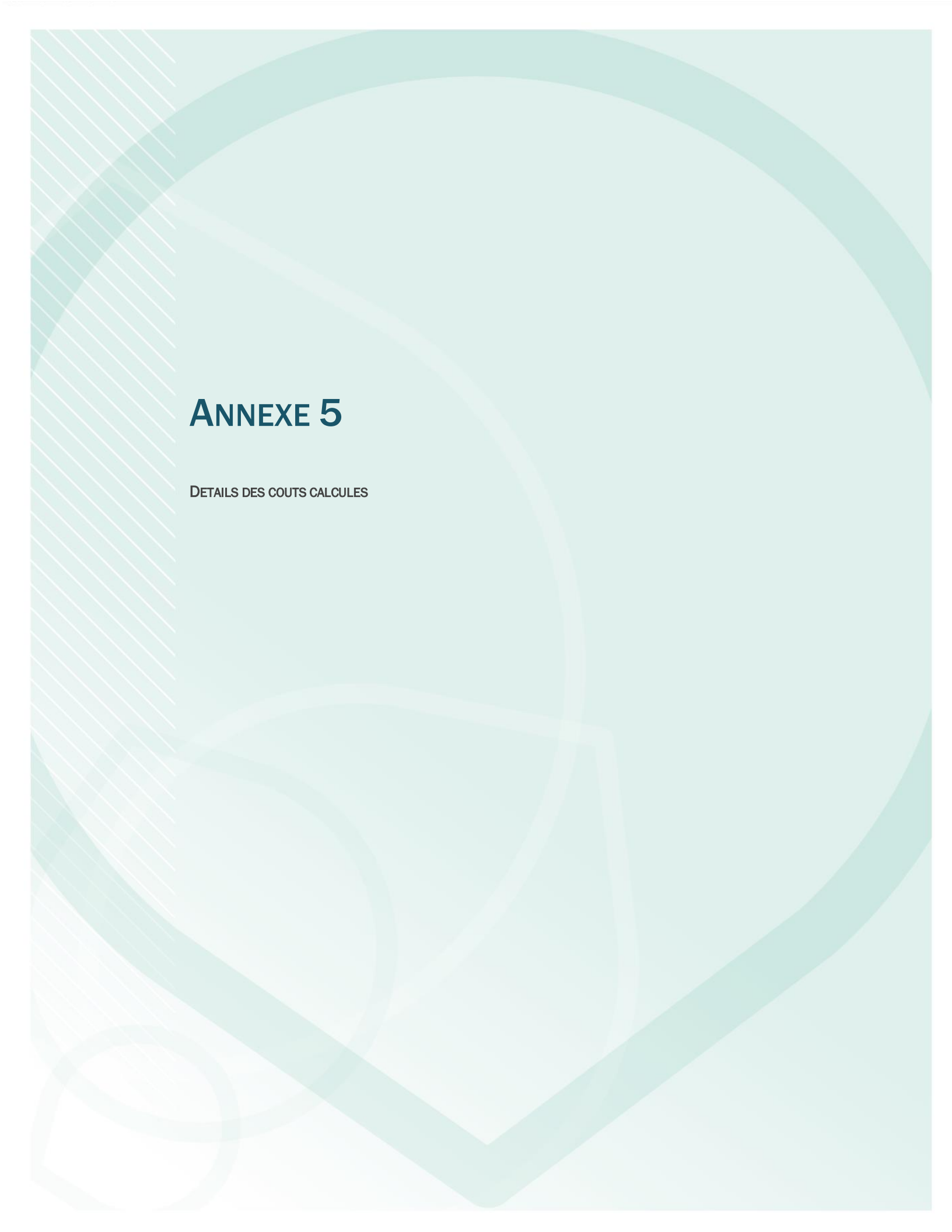
A. Caractéristiques sociodémographiques et personnelles des participants (usagers) no sujet____

1. Sexe : ____ F ____ M
2. Date de naissance _____
3. Motif (raison) de l'appel _____ par qui (pas de nom)? (usager, proches, voisin, autre) _____

B. Questions semi-structurées

1. Il y a environ 1 mois, vous ou un membre de votre entourage avez fait appel aux services d'urgence pour une situation sans doute bien difficile pour vous. Pouvez-vous me raconter comment cela s'est passé avec les personnes qui sont alors venues vous rencontrer? Quelle impression gardez-vous de la qualité des services qui vous ont alors été offerts? Pourquoi?
2. Était-ce la première fois que vous utilisiez les services d'urgence pour une situation semblable? Si non, avez-vous remarqué une différence dans la composition de l'équipe? Dans leur façon de faire? Pourriez-vous préciser?
3. Croyez-vous que cette intervention a pu changer quelque chose dans votre parcours de vie? Pourquoi? Comment? Qu'est-ce qui s'est passé après? Que ce serait-il passé sans cette intervention?
4. Selon vous, est-ce que cette intervention a répondu à vos besoins? Pourquoi? Comment? À ceux de vos proches? À combien estimez-vous votre niveau de satisfaction de 1 à 10?
5. En terminant, quelles sont vos suggestions pour améliorer les services reçus (équipe mixte)?

Nous vous remercions d'avoir pris le temps de répondre à ces questions de recherche. Si vous le souhaitez, je peux vous transmettre les coordonnées du CÉR ou de la chercheuse?



ANNEXE 5

DETAILS DES COUTS CALCULES

Détails des coûts calculés

1- À combien se chiffre un transport ambulancier ? (La grande majorité des personnes l'ayant utilisé dans le cadre des périodes couvertes pour évaluation sont de Sherbrooke donc coût [moyen ?] pour la région de Sherbrooke)

Voici le plus récent coût moyen calculé pour le CIUSSS : **141.05 \$**.

Ce coût moyen correspond à une valeur très proche de la réalité des gens de Sherbrooke. Nous n'avons pas de coût moyen calculé exclusivement pour les résidents de Sherbrooke, mais seulement les coûts moyens payés par la clientèle des CH qui peut provenir dans le cas du CHUS de l'extérieur de la ville.

Le coût minimal d'une ambulance est de 125 \$. S'ajoute ensuite 1,75 \$ du KM.

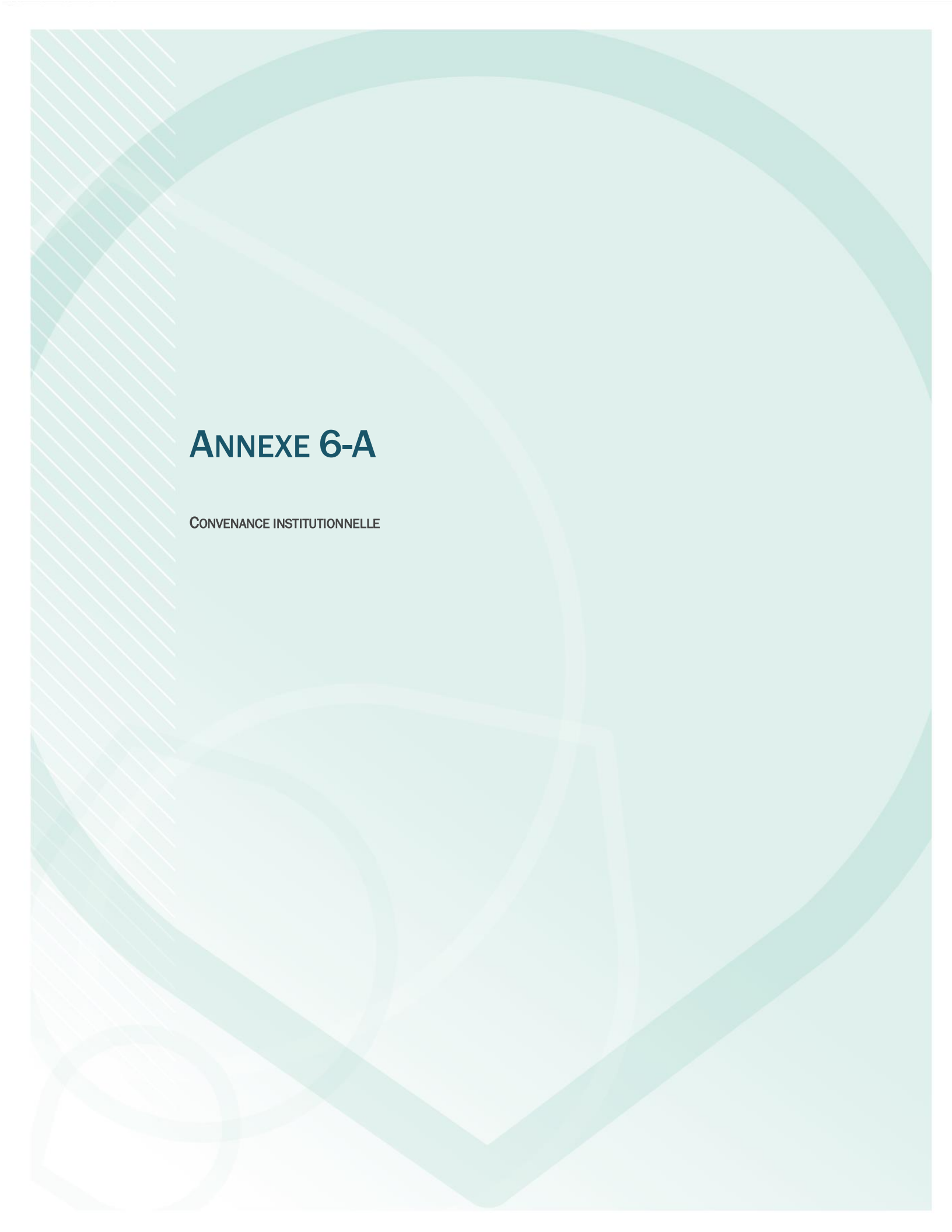
2015-2016	TOTAUX		
	Nb Déplacements (L28 C.3)	Dépenses Totales (1) (L17 C.4)	Coût Unitaire Brut (2)
7401 - Déplacement des usagers, soit entre les établissements, soit entre l'établissement et la maison de soins palliatifs (CLSC - CH - CHSLD - CR)	24431	3852245	157,68 \$
7402 - Déplacement en ambulance vers une maison de soins palliatifs ou pour des usagers âgés de 65 ans et plus (CLSC - CH - CHSLD - CR)	19971	2816886	141,05 \$
7403 - Déplacement des usagers par évacuations aëromédicales du Québec (EVAQ) (CH - CHSLD)			
7404 - Déplacement des cas électifs (CLSC - CH)	188	24151	128,46 \$
7405 - Déplacement des usagers autochtones inscrits au registre des autochtones (CH)			
7690 - Transport externe des usagers	53838	1019478	18,94 \$

2- À combien pouvons-nous estimer une consultation à l'urgence générale ? Et si suivi d'une consultation à l'urgence psy ?

Le coût pour une visite au 6240-Urgence est de 159.73\$, c'est un coût unitaire qui considère l'ensemble des urgences de notre CIUSSS de l'Estrie – CHUS incluant l'urgence de santé mentale. Pour le CHUS seulement, ce coût était de 231.86\$/ visite. Le coût pour une visite à l'urgence SM, le coût est de 566.97\$. Ce coût exclu les médicaments, la buanderie et autres professionnels qui travaillent à l'urgence tels les TS.

3- À combien se chiffre en moyenne (?) une hospitalisation pour une problématique de santé mentale ?

Pour une hospitalisation en SM, le coût par jour-présence est de 252.48\$. Ce coût considère seulement les coûts sur les unités de soins. Donc exclu les médicaments, l'alimentation, la buanderie ainsi que les professionnels (ergo, physio) qui travaillent sur les étages.



ANNEXE 6-A

CONVENANCE INSTITUTIONNELLE

Sherbrooke, le 1er septembre 2016

Professeure Marjolaine Landry, inf., Ph.D.
Département des sciences infirmières
Université du Québec à Trois-Rivières
3351, boul. des Forges, C.P. 500
Trois-Rivières, QC G9A 5H7

Objet : Autorisation de réaliser la recherche intitulée:

Évaluation de l'implantation et des effets de l'intégration d'un intervenant psychosocial aux équipes ambulancières et policières sur le territoire de Sherbrooke lors d'interventions en situation de crise

Dossier 2017-662

Professeure Landry,

Par la présente, nous désirons vous signifier que le Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke accepte de participer à votre projet de recherche dont le titre apparaît à l'objet de la présente lettre.

Conformément à votre protocole, votre projet de recherche vise à évaluer l'implantation et les effets d'un projet pilote intégrant un intervenant psychosocial aux équipes ambulancières et policières du territoire de Sherbrooke lors d'interventions en situation de crise.

Notre contribution consistera à rendre disponibles les travailleurs sociaux des équipes mixtes et leur gestionnaire pour participer à différentes activités en lien avec vos travaux (rencontre de groupe pour les intervenants et rencontre individuelle pour la gestionnaire). De plus, vous aurez accès aux services de l'infocentre pour la contribution des archives et l'obtention de l'autorisation de la Direction des services professionnels.

Pour commencer votre projet de recherche nous vous invitons à communiquer avec Mme Amélie Jourdain, spécialiste en procédés administratifs, Info-centre, Direction de la qualité, de l'évaluation, de la performance et de l'éthique (DQEPE) au 819 346-1110, poste 14743, ou par courriel : ajourdain.chus@ssss.gouv.qc.ca. Veuillez également communiquer avec Mme Marie-France Beauregard, chef de service à la Direction des services généraux, lorsque viendra le temps de prévoir les entrevues avec l'équipe d'intervenants psychosociaux au 819 780-2220, poste 41412, ou par courriel : mfbeauregard.csss-iugs@ssss.gouv.qc.ca.

Cette autorisation vous est accordée sur la foi de la lettre provenant du CÉR du CSSS-IUGS, datée du 30 août 2016, qui établit que votre projet est approuvé. Si ce CÉR vous informe pendant le déroulement de cette recherche d'une décision négative portant sur l'acceptabilité éthique de cette recherche, vous devrez considérer que la présente autorisation de réaliser la recherche dans notre établissement est, de ce fait, révoquée à la date de l'avis du CÉR du CSSS-IUGS.

Cette autorisation de réaliser la recherche suppose que vous vous engagez :

- 1) à vous conformer aux demandes du CÉR du CSSS-IUGS, notamment pour le suivi éthique continu de la recherche;
- 2) à rendre compte au CÉR du CSSS-IUGS et au signataire de la présente autorisation du déroulement du projet, des actes de votre équipe de recherche, s'il en est une, ainsi que du respect des règles de l'éthique de la recherche;



- 3) à respecter les moyens relatifs au suivi continu qui ont été fixés par le CÉR du CSSS-IUGS;
- 4) à conserver les dossiers de recherche pendant la période fixée par le CÉR du CSSS-IUGS, après la fin du projet, afin de permettre leur éventuelle vérification;
- 5) à respecter les modalités arrêtées au regard du mécanisme d'identification des sujets de recherche dans notre établissement, à savoir, la tenue à jour et la conservation de la liste à jour des sujets de recherche recrutés dans notre établissement. Cette liste devra nous être fournie sur demande.

La présente autorisation peut être suspendue ou révoquée par notre établissement en cas de non-respect des conditions établies. Le CÉR du CSSS-IUGS en sera alors informé.

Vous consentez également à ce que notre établissement communique aux autorités compétentes des renseignements personnels qui sont nominatifs au sens de la loi en présence d'un cas avéré de manquement à la conduite responsable en recherche de votre part lors de la réalisation de cette recherche.

Pour le déroulement de cette recherche dans notre établissement, si besoin est, et pour solliciter l'appui de notre CÉR pour obtenir les conseils et le soutien voulu, je vous invite à communiquer avec monsieur Louis Voyer au 819 780-2220, poste 45702, ou par courriel : lvoyer.csss-iugs@ssss.gouv.qc.ca.

En terminant, je vous demanderais de toujours mentionner dans votre correspondance au sujet de cette recherche le numéro attribué à votre demande par le CÉR du CSSS-IUGS.

Veuillez recevoir, Professeure Landry, l'expression de nos salutations les meilleures.

Sylvain Bernier, M.A.P. Ph.D.
Directeur administratif de la recherche

ANNEXE 6-B

APPROBATION ETHIQUE – COMITE D’ETHIQUE DE LA RECHERCHE DU CSSS-IUGS

Sherbrooke, le 30 août 2016

Professeure Marjolaine Landry, inf.,
Ph.D. Département des sciences
infirmières Université du Québec à
Trois-Rivières 3351, boul. des
Forges, C.P. 500
Trois-Rivières, QC G9A
5H7

Objet : Approbation finale du projet de recherche intitulé :

Évaluation de l'implantation et des effets de l'intégration d'un intervenant psychosocial aux équipes
ambulancières et policières sur le territoire de Sherbrooke lors d'interventions en situation de crise
Dossier 2017-662

Professeure Landry,

Le Comité d'éthique de la recherche du CSSS-IUGS accuse réception des documents suivants, déposés sur Nagano, à la suite de
l'approbation conditionnelle du projet cité en rubrique :

- Formulaire de réponse à l'approbation conditionnelle (F20-3371);
- Protocole de recherche révisé, daté du 12 août 2016;
- Formulaire de consentement - intervenants - révisé, daté du 12 août 2016;
- Formulaire de consentement - informateurs clés, daté du 12 août 2016.

Comme les réponses soumises et les modifications apportées à ces documents ont été jugées satisfaisantes, j'ai le plaisir de vous
informer que votre projet de recherche a été approuvé au plan de l'éthique. Toutefois, vous ne pourrez débiter votre projet que lorsque
vous aurez reçu la lettre de M. Sylvain Bernier, directeur administratif de la recherche, vous autorisant à réaliser votre projet dans le
CIUSSS de l'Estrie - CHUS.

La présente approbation éthique est valide pour un an à compter du 30 août 2016, date de l'approbation finale. Un mois avant la date
d'échéance, vous devrez faire une demande de renouvellement auprès du Comité d'éthique de la recherche du CSSS-IUGS en
utilisant le document du comité prévu à cet effet. Les formulaires pourront être complétés à partir du logiciel Nagano,
disponible à l'adresse suivante : nagano.csss-iugs.ca.

En acceptant le certificat d'éthique joint en annexe, vous vous engagez à :

- Soumettre, pour approbation préalable au Comité, toute demande de modification au projet de recherche ou à tout
document approuvé par le Comité pour la réalisation de votre projet.
- Soumettre, dès que cela est porté à votre connaissance et s'il y a lieu :
 - les réactions indésirables graves, les réactions indésirables et inattendues et les accidents observés en cours de
recherche, et ce, dans les six jours ouvrables qui suivent;
 - tout nouveau renseignement sur des éléments susceptibles d'affecter l'intégrité ou l'éthicité du projet de recherche ou

- d'accroître les risques et les inconvénients pour les participant-e-s, de nuire au bon déroulement du projet ou d'avoir une incidence sur le désir d'un sujet de recherche de continuer sa participation au projet de recherche;
- toute modification constatée au chapitre de l'équilibre clinique à la lumière des données recueillies; la cessation prématurée du projet de recherche, qu'elle soit temporaire ou permanente;
- tout problème identifié par un tiers, lors d'une enquête, d'une surveillance ou d'une vérification interne ou externe; toute suspension ou annulation de l'approbation octroyée par un organisme de subvention ou de réglementation;
- toute procédure en cours de traitement d'une plainte ou d'une allégation de manquement à l'intégrité ou à l'éthique ainsi que des résultats de la procédure.

La présente décision peut être suspendue ou révoquée en cas de non-respect de ces exigences. En plus du suivi administratif d'usage, le CÉR pourra effectuer un suivi actif au besoin selon les modalités qu'il juge appropriées.

En terminant, nous vous rappelons que vous devez conserver pour une période d'au moins un an suivant la fin du projet, un répertoire distinct comprenant les noms, prénoms, coordonnées, date du début et de fin de la participation de chaque sujet de recherche.

Le Comité d'éthique de la recherche du CSSS-IUGS est institué par le ministre de la Santé et des Services sociaux aux fins de l'application de l'article 21 du Code civil du Québec et respecte les règles émises par l'Énoncé de politique des trois conseils et les Bonnes pratiques cliniques de la CIH.

Je vous prie de recevoir, Professeure Landry, mes meilleures salutations.

Audrey Brassard

Audrey Brassard,
Ph.D. Vice-présidente

Sherbrooke, le 30 août 2016

CERTIFICAT D'ÉTHIQUE EN MATIÈRE DE RECHERCHE SUR DES HUMAINS

Le Comité d'éthique de la recherche du Centre de santé et de services sociaux - Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke atteste qu'il a dûment évalué et approuvé les documents qui lui ont été soumis via les formulaires suivants :

- Formulaire de demande d'évaluation d'un projet de recherche (F11a-3230)
- Formulaire de réponse à l'approbation conditionnelle (F20-3371)

TITRE DU PROJET DE RECHERCHE

Évaluation de l'implantation et des effets de l'intégration d'un intervenant psychosocial aux équipes ambulancières et policières sur le territoire de Sherbrooke lors d'interventions en situation de crise

LA PRÉSENTE APPROBATION A ÉTÉ DEMANDÉE PAR :

Professeure Marjolaine Landry, inf., Ph.D.

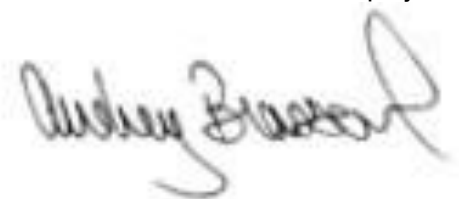
Chercheuse principale

Département des sciences infirmières

Université du Québec à Trois-Rivières

L'approbation éthique pour ledit projet de recherche est valide jusqu'au **30 août 2017**

Le numéro de dossier attribué au projet cité en rubrique par le CÉR est le **2017-662**



Audrey Brassard, Ph.D.
Vice présidente

ANNEXE 6-C

DEMANDE DE MODIFICATION AU PROJET – COMITE D'ETHIQUE DE LA RECHERCHE DU CSSS-IUGS

Sherbrooke, le 16 février 2017

Professeure Marjolaine Landry, inf., Ph.D.
Département des sciences infirmières
Université du Québec à Trois-Rivières
3351, boul. des Forges, C.P. 500
Trois-Rivières, QC G9A 5H7

Objet : Demande de modification au projet de recherche intitulé :

Évaluation de l'implantation et des effets de l'intégration d'un intervenant psychosocial aux équipes ambulancières et policières sur le territoire de Sherbrooke lors d'interventions en situation de crise

Dossier 2017-662

Professeure Landry,

Par la présente, nous accusons réception de votre demande de modifications au projet cité en rubrique et des documents suivants déposés sur Nagano le 15 février 2017 :

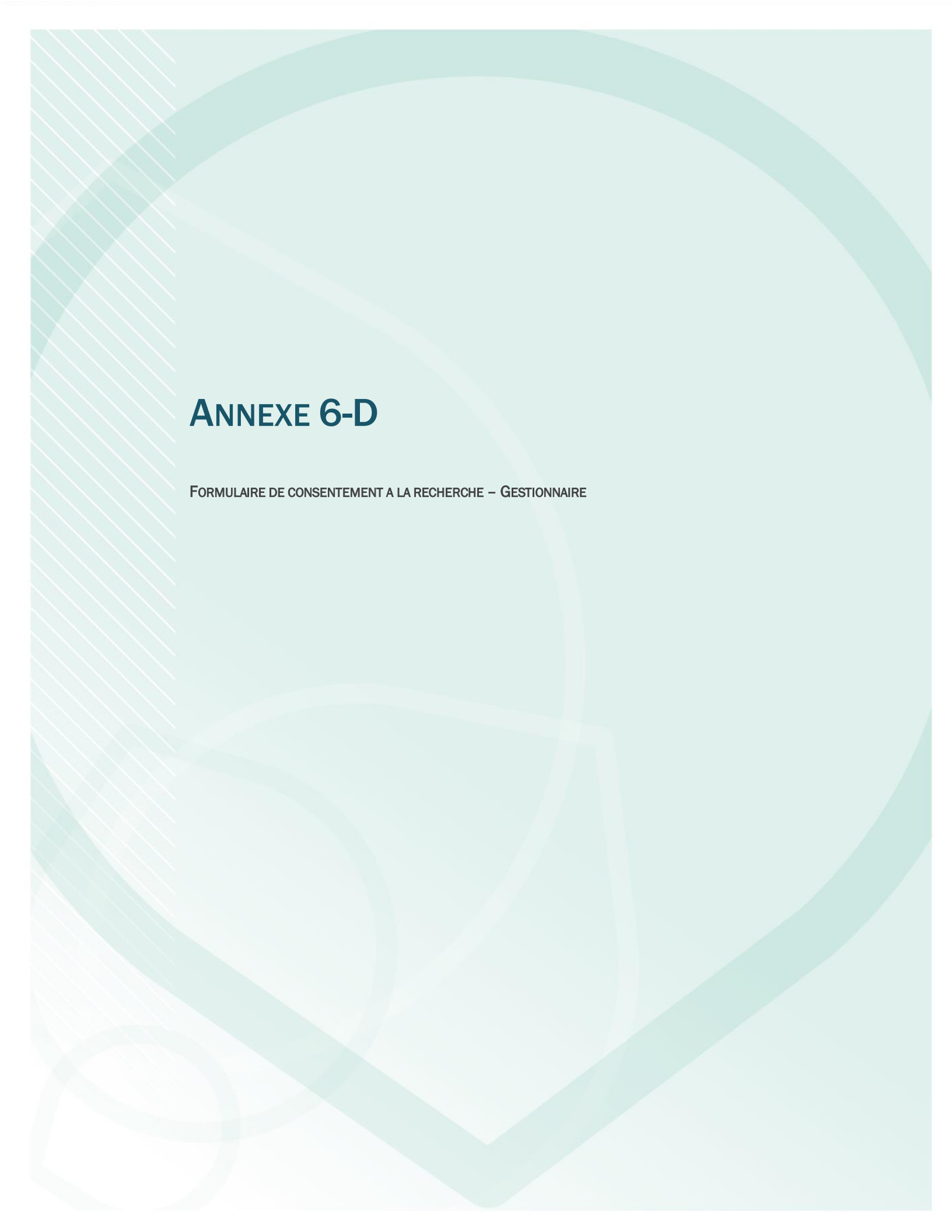
- Formulaire de demande d'approbation d'une modification à un projet de recherche (F1 - 3836);
- Protocole de recherche_v3_15 février 2017

Au vu de l'ensemble du dossier, le CÉR approuve votre demande de modifications visant à modifier la période prévue pour l'extraction des données en post implantation de l'intervention «Équipes mixtes». Le CÉR comprend donc que vous poursuivrez l'extraction des données jusqu'à 12 mois post implantation pour comparer avec les 12 mois pré-implantation.

Je vous prie d'accepter, Professeure Landry, mes meilleures salutations.



Audrey Brassard, psy, Ph.D
Vice présidente



ANNEXE 6-D

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT A LA RECHERCHE – GESTIONNAIRE

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT A LA RECHERCHE

TITRE DU PROJET DE RECHERCHE

Évaluation de l'implantation et des effets de l'intégration d'un intervenant psychosocial
aux équipes ambulancières et policières sur le territoire de Sherbrooke lors
d'intervention en situation de crise
(Titre abrégé : Équipes mixtes)

ÉQUIPE DE RECHERCHE

Chercheuse principale

Marjolaine Landry, inf., PhD, Chercheure régulière de l'axe développement
des capacités des adultes de l'IUPLSSS du CIUSSS de l'Estrie – CHUS; Professeure à
l'UQTR

Co-chercheurs

Anne-Marie Savard, LL.D., Faculté de droit de l'Université Laval
Étienne Blais, PhD, École de criminologie de l'Université de Montréal
Nicolas Elazhary, MD, CIUSSS de l'Estrie – CHUS
Sébastien Carrier, PhD, École de service social de l'Université de Sherbrooke
Jasmin Bouchard, MD, CIUSSS de l'Estrie – CHUS

NUMÉRO DE DOSSIER

2017-662

PRÉAMBULE

Nous sollicitons votre participation à un projet de recherche, car vous êtes un informateur
clé/gestionnaire en lien avec l'implantation des équipes mixtes. Cependant, avant
d'accepter de participer à cette recherche, veuillez prendre le temps de lire, de
comprendre et de considérer attentivement les renseignements qui suivent.

Ce formulaire vous explique le but de cette étude, les procédures, les avantages, les
risques et les inconvénients, de même que les personnes avec qui communiquer au
besoin. Ce formulaire peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. Nous vous
invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles et à demander que nous vous
expliquions tout mot ou renseignement qui n'est pas clair.

Si vous acceptez de participer à ce projet, vous devrez signer le consentement à la fin
du présent document. Nous vous en remettrons une copie pour vos dossiers.

Initiales du participant : _____

NATURE ET OBJECTIFS DU PROJET DE RECHERCHE

Cette étude vise à évaluer l'implantation et les effets d'un projet pilote proposant des équipes mixtes, soit des équipes intégrant un intervenant psychosocial aux équipes ambulancières et policières du territoire de Sherbrooke, lors d'interventions en situation de crise.

Plus spécifiquement, les objectifs de cette étude évaluative visent à :

- (1) Apprécier le niveau d'implantation du modèle d'intervention équipes mixtes
- (2) Évaluer les effets des interventions en équipes mixtes à l'aide d'indicateurs
- (3) Évaluer les effets perçus de l'intervention des équipes mixtes par les intervenants
- (4) Évaluer les effets perçus de l'intervention des équipes mixtes par et les usagers

La durée totale du projet pilote est d'un an. Pour chaque rencontre individuelle avec les informateurs clés/gestionnaires, en lien avec l'objectif 1 de l'étude, nous prévoyons recruter au total 3 participants soit 1 pour chacun des groupes : ambulanciers, policiers, intervenants psychosociaux.

DÉROULEMENT DU PROJET DE RECHERCHE

Si vous acceptez de collaborer à l'étude, vous aurez à participer à une rencontre individuelle enregistrée d'une durée de 1h qui se déroulera dans votre milieu de travail ou dans un local du CIUSSS de l'Estrie – CHUS, situé sur la rue Belvédère (Hôpital d'Youville). Au cours de la rencontre, les questions qui vous seront posées porteront, en résumé, sur le processus d'implantation du modèle d'intervention des équipes mixtes.

COLLABORATION DU SUJET DE RECHERCHE

Pour participer à la rencontre de groupe de discussion, aucune préparation n'est nécessaire.

RISQUES ASSOCIÉS AU PROJET DE RECHERCHE

Il est possible que vous ressentiez une certaine gêne liée à l'enregistrement de l'entrevue ou un inconfort face à certaines questions. Si tel est le cas, vous serez libre de demander que l'enregistrement soit arrêté et libre de ne pas répondre aux questions que vous jugerez gênantes. Il est également possible que vous soyez inquiet de l'utilisation des données de recherche à des fins autres que celles prévues dans le protocole. La participation à cette étude ne constitue aucunement un examen de vos performances personnelles. Il s'agit plutôt de documenter des processus sur lesquels aucun jugement de valeur n'est porté afin de comprendre et d'améliorer le processus d'implantation des équipes mixtes.

INCONVÉNIENTS

Il se peut possible que votre participation entraîne certains inconvénients dont ceux liés à votre déplacement le cas échéant ainsi qu'au temps consacré à cette recherche.

AVANTAGES

Vous ne retirerez aucun bénéfice personnel en lien à votre participation à ce projet de recherche. Cependant, les informations découlant de ce projet de recherche pourraient contribuer à l'avancement des connaissances dans le domaine des interventions dans la communauté auprès de personnes en situation de crise.

PARTICIPATION VOLONTAIRE ET POSSIBILITÉ DE RETRAIT

Votre participation à cette recherche est volontaire. Vous êtes donc libre de refuser d'y participer. Vous pouvez également vous retirer de cette recherche à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raisons, en faisant connaître votre décision à la chercheuse principale ou à l'un des membres du personnel affecté au projet.

À moins d'avis contraire de votre part si vous vous retirez de l'étude ou en êtes retiré, l'information vous concernant obtenue dans le cadre de l'étude sera anonymisée ou dénominalisée et conservée par la chercheuse principale de l'étude durant 5 ans. Passé ce délai, l'information sera détruite selon les normes en vigueur au CIUSSS de l'Estrie – CHUS.

CONFIDENTIALITÉ

Avant de débiter la rencontre, nous recueillerons sur une feuille et consignerons dans un dossier de recherche des renseignements qui vous concernent. Seuls ceux qui sont strictement nécessaires pour s'assurer de votre éligibilité à participer à cette étude et pour répondre aux objectifs scientifiques du projet seront recueillis et utilisés à des fins de recherche.

Toutes ces données demeureront strictement confidentielles, dans les limites prévues par la loi. Afin de préserver votre identité et la confidentialité des renseignements recueillis, vous serez identifié par un numéro de code. La clé du code reliant votre nom à votre dossier de recherche sera conservée exclusivement par la chercheuse principale.

Tous les renseignements recueillis dans le questionnaire auquel vous répondrez avant la rencontre de même que ceux enregistrés lors de la rencontre de groupe seront conservés de façon sécuritaire. Ces informations seront conservées sous clé et dans une base de données à laquelle seuls les membres de l'équipe de recherche auront accès avec un mot de passe. Toutes les informations obtenues dans les questionnaires et dans les enregistrements audio seront détruites 5 ans après la fin de l'étude selon les normes en vigueur au CIUSSS de l'Estrie – CHUS.

En outre, les données recueillies contenues dans votre dossier de recherche seront anonymisées, c'est-à-dire qu'il sera impossible de les lier à votre nom, prénom, ou autres informations.

Ainsi, les données pourront :

- Servir pour d'autres analyses reliées au projet ;
- Servir pour l'élaboration de projets de recherche futurs.

Et les résultats de recherche pourront :

- Être publiés dans des revues spécialisées ;
- Faire l'objet de discussions scientifiques.

Enfin, les personnes suivantes pourront consulter votre dossier de recherche :

- Vous-même, pour vérifier les renseignements recueillis et les faire rectifier au besoin et ce, aussi longtemps que la chercheuse principale ou le CIUSSS de l'Estrie – CHUS détiennent ces informations.
- Une personne mandatée par le CÉR du CIUSSS de l'Estrie – CHUS ou par des organismes publics autorisés et ce, à des fins de surveillance et de contrôle. Toutes ces

personnes et tous ces organismes adhèrent à une politique de confidentialité.

COMPENSATION

Aucune compensation financière n'est prévue pour votre participation à ce projet.

DROITS DU PARTICIPANT

En acceptant de participer à cette étude, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheurs ou l'établissement où se déroule ce projet de recherche de leurs responsabilités civile et professionnelle.

IDENTIFICATION DES PERSONNES-RESSOURCES

Si vous avez des questions concernant le projet de recherche ou si vous éprouvez un problème que vous croyez relié à votre participation au projet de recherche, vous pouvez communiquer avec la chercheuse principale ou les membres de son équipe aux numéros suivants:

Nom et coordonnées de la chercheuse principale : Marjolaine Landry, 819 478-5011 (2937)

Nom et coordonnées d'un co-chercheur : Sébastien Carrier, 819 821-8000 (65629)

Si vous avez des plaintes ou des commentaires à formuler, vous pouvez communiquer avec le Bureau des plaintes et de la qualité des services du CIUSSS de l'Estrie – CHUS au 1-866-917-7903.

SURVEILLANCE DES ASPECTS ÉTHIQUES

Le Comité d'éthique de la recherche du CSSS-IUGS a approuvé ce projet de recherche et en assure le suivi annuel. De plus, il approuvera, au préalable, toute révision et toute modification apportée au présent formulaire d'information et de consentement et au protocole de recherche.

Pour toutes questions reliées à l'éthique, concernant vos droits ou les conditions dans lesquelles se déroule votre participation à ce projet, vous pouvez communiquer avec la présidente du comité en contactant l'agente administrative du CÉR au 819 780-2220, poste 45386.

ÉTUDES ULTÉRIEURES

Durant la période de conservation des données de 5 ans, dans l'éventualité où des projets de recherche similaires à celui-ci se réaliseraient, acceptez-vous qu'un membre de l'équipe de recherche prenne contact avec vous pour vous proposer une nouvelle participation? Bien sûr, lors de cet appel, vous seriez entièrement libre d'accepter ou de refuser de participer.

Oui ☐ Non ☐

Initiales du participant : _____

CONSENTEMENT DU PARTICIPANT

J'ai très bien compris ce qui suit :

- J'ai lu et compris la nature, le but et le déroulement de l'étude. J'ai eu l'occasion de poser des questions et j'ai obtenu des réponses satisfaisantes;
- Je comprends que ma participation à cette étude est entièrement volontaire et que je peux me retirer en tout temps;
- Je comprends que les données de cette étude seront traitées en toute confidentialité et qu'elles ne seront utilisées que pour la présente recherche;
- J'ai en ma possession une copie du formulaire d'information et de consentement à la recherche;
- J'ai le droit à n'importe quel moment de recevoir des renseignements de la part des responsables de l'étude.

Je consens à participer à ce projet de recherche aux conditions qui y sont énoncées.

Nom et signature du participant

Date

Je suis :

- ☐ gestionnaire / ambulanciers (ères)
- ☐ gestionnaire / policiers (ères)
- ☐ gestionnaire / intervenants(es) psychosociaux

ENGAGEMENT DE LA PERSONNE QUI OBTIENT LE CONSENTEMENT

J'ai expliqué au participant les termes du présent formulaire d'information et de consentement et j'ai répondu aux questions qu'il m'a posées.

Nom et signature de la personne qui obtient le consentement

Date

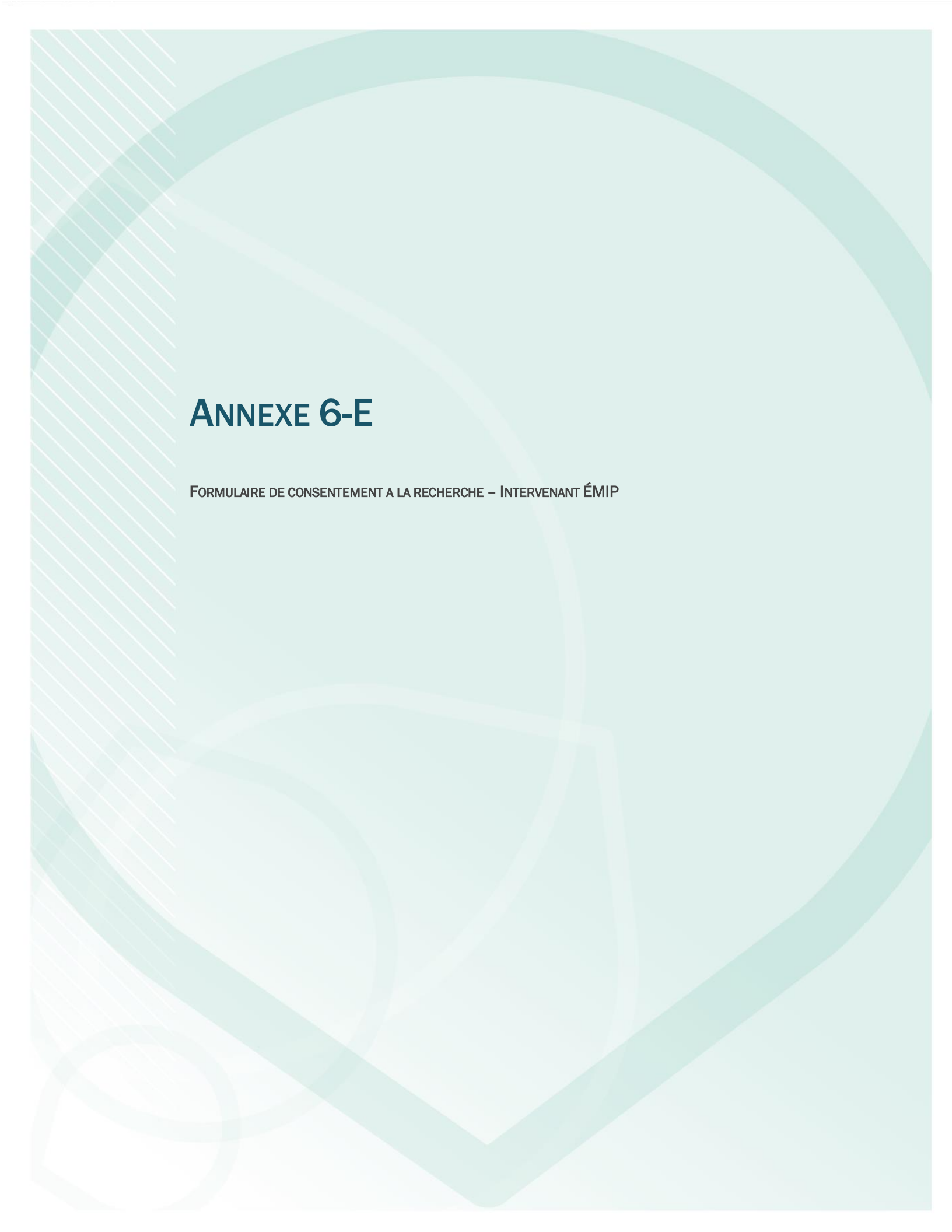
ENGAGEMENT DE LA CHERCHEUSE PRINCIPALE

Je m'engage, avec mon équipe de recherche, à respecter ce qui a été convenu au présent formulaire d'information et de consentement et à ce qu'une copie signée soit remise au participant.

Je m'engage également à respecter le droit de retrait du participant et à l'informer de toute nouvelle connaissance acquise durant le déroulement du projet qui pourrait modifier sa décision de continuer d'y participer.

Nom et signature de la chercheuse principale Date

Initiales du participant : _____



ANNEXE 6-E

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT A LA RECHERCHE – INTERVENANT ÉMIP

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT A LA RECHERCHE

TITRE DU PROJET DE RECHERCHE

Évaluation de l'implantation et des effets de l'intégration d'un intervenant psychosocial
aux équipes ambulancières et policières sur le territoire de Sherbrooke lors
d'intervention en situation de crise
(Titre abrégé : Équipes mixtes)

ÉQUIPE DE RECHERCHE

Chercheuse principale

Marjolaine Landry, inf., PhD, Chercheure régulière de l'axe développement
des capacités des adultes de l'IUPLSSS du CIUSSS de l'Estrie – CHUS; Professeure à
l'UQTR

Co-chercheurs

Nicolas Elazhary, MD, CIUSSS de l'Estrie – CHUS
Étienne Blais, PhD, École de criminologie de l'Université de Montréal
Anne-Marie Savard, LL.D., Faculté de droit de l'Université Laval
Sébastien Carrier, PhD, École de service social de l'Université de Sherbrooke
Jasmin Bouchard, MD, CIUSSS de l'Estrie – CHUS

NUMÉRO DE DOSSIER

2017-662

PRÉAMBULE

Nous sollicitons votre participation à un projet de recherche, car vous êtes un intervenant
au sein des équipes mixtes. Cependant, avant d'accepter de participer à cette recherche,
veuillez prendre le temps de lire, de comprendre et de considérer attentivement les
renseignements qui suivent.

Ce formulaire vous explique le but de cette étude, les procédures, les avantages, les
risques et les inconvénients, de même que les personnes avec qui communiquer au
besoin. Ce formulaire peut contenir des mots que vous ne comprenez pas. Nous vous
invitons à poser toutes les questions que vous jugerez utiles et à demander que nous vous
expliquions tout mot ou renseignement qui n'est pas clair.

Si vous acceptez de participer à ce projet, vous devrez signer le consentement à la fin du
présent document. Nous vous en remettrons une copie pour vos dossiers.

NATURE ET OBJECTIFS DU PROJET DE RECHERCHE

Cette étude vise à évaluer l'implantation et les effets d'un projet pilote proposant des équipes mixtes, soit des équipes intégrant un intervenant psychosocial aux équipes ambulancières et policières du territoire de Sherbrooke, lors d'interventions en situation de crise.

Plus spécifiquement, les objectifs de cette étude évaluative visent à :

- (1) Apprécier le niveau d'implantation du modèle d'intervention équipes mixtes
- (2) Évaluer les effets des interventions en équipes mixtes à l'aide d'indicateurs
- (3) Évaluer les effets perçus de l'intervention des équipes mixtes par les intervenants
- (4) Évaluer les effets perçus de l'intervention des équipes mixtes par et les usagers

La durée totale du projet pilote est d'un an. Pour les fins des rencontres de groupe *focus*, en lien avec l'objectif 3 de l'étude, nous prévoyons recruter au total 18 participants soit 6 pour chacun des groupes : ambulanciers, policiers, intervenants psychosociaux. Les rencontres de groupe *focus* se feront de façon distincte pour chacun des trois groupes d'intervenants.

DÉROULEMENT DU PROJET DE RECHERCHE

Si vous acceptez de collaborer à l'étude, vous aurez à participer à une rencontre de groupe de discussion (*focus group*) enregistrée d'une durée de 1h30 qui se déroulera dans votre milieu de travail ou dans un local du CIUSSS de l'Estrie – CHUS, situé sur la rue Belvédère (Hôpital d'Youville). Au cours de la rencontre, des questions seront posées aux membres du groupe et porteront, en résumé, sur votre expérience comme intervenant au sein des équipes mixtes (intervenant psychosocial avec ambulancier ou policier) et de votre point de vue sur les effets de cette approche.

COLLABORATION DU SUJET DE RECHERCHE

Pour participer à la rencontre de groupe de discussion, aucune préparation n'est nécessaire.

RISQUES ASSOCIÉS AU PROJET DE RECHERCHE

Puisque vous aurez à partager votre opinion ou votre vécu, il est possible que vous ressentiez de la gêne ou un inconfort durant les rencontres. L'animation des entrevues de groupe sera conçue et réalisée de façon à mettre les participants le plus à l'aise possible, en rappelant notamment le droit à la différence. De plus, vous n'êtes en aucun cas obligé de répondre aux questions. Dans l'éventualité d'un inconfort, vous pourrez en faire part à l'animateur en privé ou devant le groupe. Il est également possible que vous soyez inquiet de l'utilisation des données de recherche à des fins autres que celles prévues dans le protocole. La participation à cette étude ne constitue aucunement un examen de vos performances personnelles. Il s'agit plutôt de documenter des processus sur lesquels aucun jugement de valeur n'est porté afin de comprendre et d'améliorer les pratiques.

Il est aussi possible que vous ressentiez un certain inconfort, de la gêne, de l'anxiété, de la fatigue, du stress, ou une frustration reliée par exemple avec votre expérience comme intervenants auprès de personne en situation de crise ou encore auprès d'autres intervenants lors de ces interventions. De plus, il est possible que vous ressentiez une certaine gêne liée à l'enregistrement de l'entrevue ou un inconfort face à certaines

questions. Si tel est le cas, vous serez libre de quitter le local de l'entrevue ou de ne pas participer à cette partie de l'échange.

INCONVÉNIENTS

Il est possible que votre participation entraîne certains inconvénients, dont ceux liés au déplacement le cas échéant et au temps consacré à cette recherche.

AVANTAGES

Il se peut que vous retiriez un bénéfice personnel de votre participation à ce projet de recherche, comme par exemple de pouvoir réfléchir sur votre pratique, mais nous ne pouvons pas le garantir.

Par ailleurs, les informations découlant de ce projet de recherche pourraient contribuer à l'avancement des connaissances dans le domaine des interventions dans la communauté auprès de personnes en situation de crise.

PARTICIPATION VOLONTAIRE ET POSSIBILITÉ DE RETRAIT

Votre participation à ce projet de recherche est volontaire. Vous êtes donc libre de refuser d'y participer sans conséquence sur votre travail. Vous pouvez également vous retirer de ce projet à n'importe quel moment, sans avoir à donner de raisons, en faisant connaître votre décision à la chercheuse principale ou à l'un des membres du personnel affecté au projet.

À moins d'avis contraire de votre part si vous vous retirez de l'étude ou en êtes retiré, l'information vous concernant obtenue dans le cadre de l'étude sera anonymisée ou dénominalisée et conservée par la chercheuse principale de l'étude durant 5 ans. Passé ce délai, l'information sera détruite selon les normes en vigueur au CIUSSS de l'Estrie – CHUS.

CONFIDENTIALITÉ

Avant de débiter la rencontre, nous recueillerons sur une feuille et consignerons dans un dossier de recherche des renseignements qui vous concernent. Seuls ceux qui sont strictement nécessaires pour s'assurer de votre éligibilité à participer à cette étude et pour répondre aux objectifs scientifiques du projet seront recueillis et utilisés à des fins de recherche.

Comme il s'agit d'une rencontre de groupe, il existe un certain risque relié à la confidentialité des informations. Cependant, nous demandons aux participants la discrétion absolue en regard des propos émis durant la rencontre. Les enregistrements seront conservés dans un ordinateur nécessitant un mot de passe et ils seront supprimés une fois l'étude complétée. Aussi, il est possible qu'un participant à la recherche soit identifié étant donné le petit nombre de participants. Pour atténuer ce risque, toutes les informations recueillies pour l'étude seront dénominalisées.

En outre, tous les renseignements recueillis dans le questionnaire auquel vous répondrez avant la rencontre de même que ceux enregistrés lors de la rencontre de groupe seront conservés de façon sécuritaire. Toutes ces données demeureront strictement confidentielles, dans les limites prévues par la loi. Afin de préserver votre identité et la confidentialité des renseignements recueillis, vous serez identifié par un numéro de code. La clé du code reliant votre nom à votre dossier de recherche sera conservée

exclusivement par la chercheuse principale. Ces informations seront conservées dans une filière verrouillée et dans une base de données à laquelle seuls les membres de l'équipe de recherche auront accès avec un mot de passe. Toutes les informations obtenues dans le questionnaire et dans les enregistrements audios seront détruites 5 ans après la fin de l'étude selon les normes en vigueur au CIUSSS de l'Estrie – CHUS.

Comme mentionné, les données recueillies contenues dans votre dossier de recherche seront anonymisées, c'est-à-dire qu'il sera impossible de les lier à votre nom, prénom, ou autres informations.

Ainsi, les données pourront :

- Servir pour d'autres analyses reliées au projet ;
- Servir pour l'élaboration de projets de recherche futurs.

Et les résultats de recherche pourront :

- Être publiés dans des revues spécialisées ;
- Faire l'objet de discussions scientifiques.

Les personnes suivantes pourront consulter votre dossier de recherche :

- Vous-même, pour vérifier les renseignements recueillis et les faire rectifier au besoin et ce, aussi longtemps que la chercheuse principale ou le CIUSSS de l'Estrie – CHUS détiennent ces informations.
- Une personne mandatée par le CÉR du CIUSSS de l'Estrie – CHUS ou par des organismes publics autorisés et ce, à des fins de surveillance et de contrôle. Toutes ces personnes et tous ces organismes adhèrent à une politique de confidentialité.

COMPENSATION

Aucune compensation financière n'est prévue pour votre participation à ce projet.

DROITS DU PARTICIPANT

En acceptant de participer à cette étude, vous ne renoncez à aucun de vos droits ni ne libérez les chercheurs ou l'établissement où se déroule ce projet de recherche de leurs responsabilités civile et professionnelle.

IDENTIFICATION DES PERSONNES-RESSOURCES

Si vous avez des questions concernant le projet de recherche ou si vous éprouvez un problème que vous croyez relié à votre participation au projet de recherche, vous pouvez communiquer avec la chercheuse principale ou les membres de son équipe aux numéros suivants:

Nom et coordonnées de la chercheuse principale : Marjolaine Landry, 819 478-5011 (2937)

Nom et coordonnées d'un co-chercheur : Sébastien Carrier, 819 821-8000 (65629)

Si vous avez des plaintes ou des commentaires à formuler, vous pouvez communiquer avec le Bureau des plaintes et de la qualité des services du CIUSSS de l'Estrie – CHUS au 1-866-917-7903.

SURVEILLANCE DES ASPECTS ÉTHIQUES

Le Comité d'éthique de la recherche du CSSS-IUGS a approuvé ce projet de recherche et en assure le suivi annuel. De plus, il approuvera, au préalable, toute révision et toute modification apportée au présent formulaire d'information et de consentement et au protocole de recherche.

Pour toutes questions reliées à l'éthique, concernant vos droits ou les conditions dans lesquelles se déroule votre participation à ce projet, vous pouvez communiquer avec la présidente du comité en contactant l'agente administrative du CÉR au 819 780-2220, poste 45386.

ÉTUDES ULTÉRIEURES

Durant la période de conservation des données de 5 ans, dans l'éventualité où des projets de recherche similaires à celui-ci se réaliseraient, acceptez-vous qu'un membre de l'équipe de recherche prenne contact avec vous pour vous proposer une nouvelle participation? Bien sûr, lors de cet appel, vous seriez entièrement libre d'accepter ou de refuser de participer.

Oui ☐ Non ☐

CONSENTEMENT DU PARTICIPANT

J'ai très bien compris ce qui suit :

- J'ai lu et compris la nature, le but et le déroulement de l'étude. J'ai eu l'occasion de poser des questions et j'ai obtenu des réponses satisfaisantes;
- Je comprends que ma participation à cette étude est entièrement volontaire et que je peux me retirer en tout temps;
- Je comprends que les données de cette étude seront traitées en toute confidentialité et qu'elles ne seront utilisées que pour la présente recherche;
- J'ai en ma possession une copie du formulaire d'information et de consentement à la recherche;
- J'ai le droit à n'importe quel moment de recevoir des renseignements de la part des responsables de l'étude.

Je consens à participer à ce projet de recherche aux conditions qui y sont énoncées.

Nom et signature du participant

Date

Je suis :

☐ ambulancier (ère)

☐ policier (ère)

☐ intervenant(e) psychosocial(e). Précisez : _____

ENGAGEMENT DE LA PERSONNE QUI OBTIENT LE CONSENTEMENT

J'ai expliqué au participant les termes du présent formulaire d'information et de consentement et j'ai répondu aux questions qu'il m'a posées.

Nom et signature de la personne qui obtient le consentement

Date

ENGAGEMENT DE LA CHERCHEUSE PRINCIPALE

Je m'engage, avec mon équipe de recherche, à respecter ce qui a été convenu au présent formulaire d'information et de consentement et à ce qu'une copie signée soit remise au participant.

Je m'engage également à respecter le droit de retrait du participant et à l'informer de toute nouvelle connaissance acquise durant le déroulement du projet qui pourrait modifier sa décision de continuer d'y participer.

Nom et signature de la chercheuse principale

Date

ANNEXE 7

TABLEAUX DES RESULTATS DES ANALYSES D'ACCORD INTERJUGE

Accord interjuge

Tableau A5a. Accords interjuge en fonction de chaque entretien

Noeuds	Gest. Policier		Gest. TS		Groupe TS		Groupe policier		Usager no 37		Usager no 17		Usager no 8		Usager no 32		Usager 25		Usager no 13		Usager no 33		Usager no 19		Usager no 39	
	%	κ	%	κ	%	κ	%	κ	%	κ	%	κ	%	κ	%	κ	%	κ	%	κ	%	κ	%	κ	%	κ
Facteurs facilitateurs	75,57	0,38	81,27	0,40	46,35	0	58,61	0	90,29	0,18	83,66	0,32	86,71	0,33	89,82	0,51	85,89	0,37	86,47	0,69	82,32	0,06	99,04	0	89,93	0,53
Autonomisation	100	1	100,00	1	95,17	0	98,48	0	100,00	1	100	1	100	1	100,00	1	100,00	1	100,00	1	100,00	1	100,00	1	100,00	1
Financement	99,13	0,85	98,91	0,44	100,00	1	100,00	1	100,00	1	100	1	100	1	100,00	1	100,00	1	100,00	1	100,00	1	100,00	1	100,00	1
Formation	91,26	0,11	97,06	0,08	97,85	0	100,00	1	100,00	1	100	1	100	1	100,00	1	100,00	1	100,00	1	100,00	1	100,00	1	100,00	1
Implantation	97,31	0,75	95,35	0,64	97,22	0	99,17	0	100,00	1	100	1	100	1	100,00	1	100,00	1	100,00	1	100,00	1	100,00	1	100,00	1
Intervention équipe mixte	95,18	0	95,31	0,25	81,18	0	79,88	0	94,19	0,02	91,35	0,02	95,32	0,28	87,70	0,31	86,78	0,28	87,88	0,55	88,22	0,05	99,04	0	95,82	0,53
Application P38	100	1	100,00	1	98,67	0	98,29	0	100,00	1	100	1	100	1	100,00	1	99,29	0	100,00	1	100,00	1	100,00	1	100,00	1
Perception Équipe Mixte	100	1	99,62	0	92,91	0	96,02	0	95,05	0,01	100	1	98,69	0	90,24	0	90,68	0,05	92,25	0,55	90,50	0,04	99,04	0	97,05	0
Ressenti durant l'intervention	100	1	100,00	1	96,82	0	93,12	0	99,14	0	96,93	0,01	99,19	0	98,46	0,80	94,42	0,01	96,90	0,01	99,53	0	100,00	1	98,24	0
Ressenti post-intervention	99,14	0	100,00	1	99,45	0	97,02	0	100,00	1	94,42	0	98,5	0,45	100,00	1	99,32	0	95,10	0	99,19	0	100,00	1	95,44	0
Transport à l'hôpital ou service de détention	100	1	99,92	0,93	99,33	0	94,44	0	100,00	1	100	1	98,22	0	100,00	1	97,22	0	95,76	0	100,00	1	100,00	1	99,93	0
Modifications organisationnelles	92,81	0,46	98,38	0,34	99,63	0	100,00	1	100,00	1	100	1	100	1	100,00	1	100,00	1	100,00	1	100,00	1	100,00	1	100,00	1
Obtention des ressources	94,47	0,02	95,01	0,47	100,00	1	100,00	1	98,97	0	100	1	100	1	98,62	0	100,00	1	93,49	0	98,51	0	100,00	1	98,21	0
Services ambulancier	98,14	0	99,92	0,93	100,00	1	100,00	1	100,00	1	100	1	100	1	100,00	1	100,00	1	100,00	1	100,00	1	100,00	1	100,00	1
Pratiques d'intervention	100	1	100,00	1	88,00	0	84,04	0	100,00	1	100	1	100	1	100,00	1	95,98	1	93,68	0,02	100,00	1	100,00	1	100,00	1
Aucune modification	100	1	100,00	1	96,53	0	99,95	0	100,00	1	100	1	100	1	100,00	1	100,00	1	100,00	1	100,00	1	100,00	1	100,00	1
Modifications	100	1	100,00	1	91,47	0	84,09	0	100,00	1	100	1	100	1	100,00	1	95,98	0	93,68	0,02	100,00	1	100,00	1	100,00	1
Réponse aux besoins	100	1	100,00	1	90,42	0	87,5	0	97,13	0,49	89,66	0,27	92,16	0,16	97,98	0	98,36	0	87,72	0,26	96,94	0	100,00	1	98,41	0
Proches	100	1	100,00	1	95,25	0	96,79	0	99,69	0,90	100	1	100	1	100,00	1	97,31	0,60	96,94	0	100,00	1	100,00	1	98,41	0
Usagers	100	1	100,00	1	95,17	0	90,70	0	97,43	0	89,66	0,27	92,16	0,16	97,98	0	98,36	0	90,41	0,09	100,00	1	100,00	1	100,00	1
Trajectoire de vie	99,48	0	100,00	1	92,74	0	97,07	0	100,00	1	95,69	0	92,92	0	97,71	0	100,00	1	94,89	0	96,08	0,01	100,00	1	91,55	0,24
Aucun changement	100	1	100,00	1	100,00	1	100,00	1	100,00	1	100	1	100	1	100,00	1	100,00	1	100,00	1	100,00	1	100,00	1	100,00	1
Changement effectif	100	1	100,00	1	95,37	0	97,07	0	100,00	1	100	1	92,92	0	97,01	0	100,00	1	94,89	0	96,92	0	100,00	1	91,55	0,24
Proche	100	1	100,00	1	99,38	0	100,00	1	100,00	1	100	1	100	1	100,00	1	100,00	1	100,00	1	97,64	0,01	100,00	1	100,00	1

*** % = pourcentage d'accord et K = coefficient de Kappa

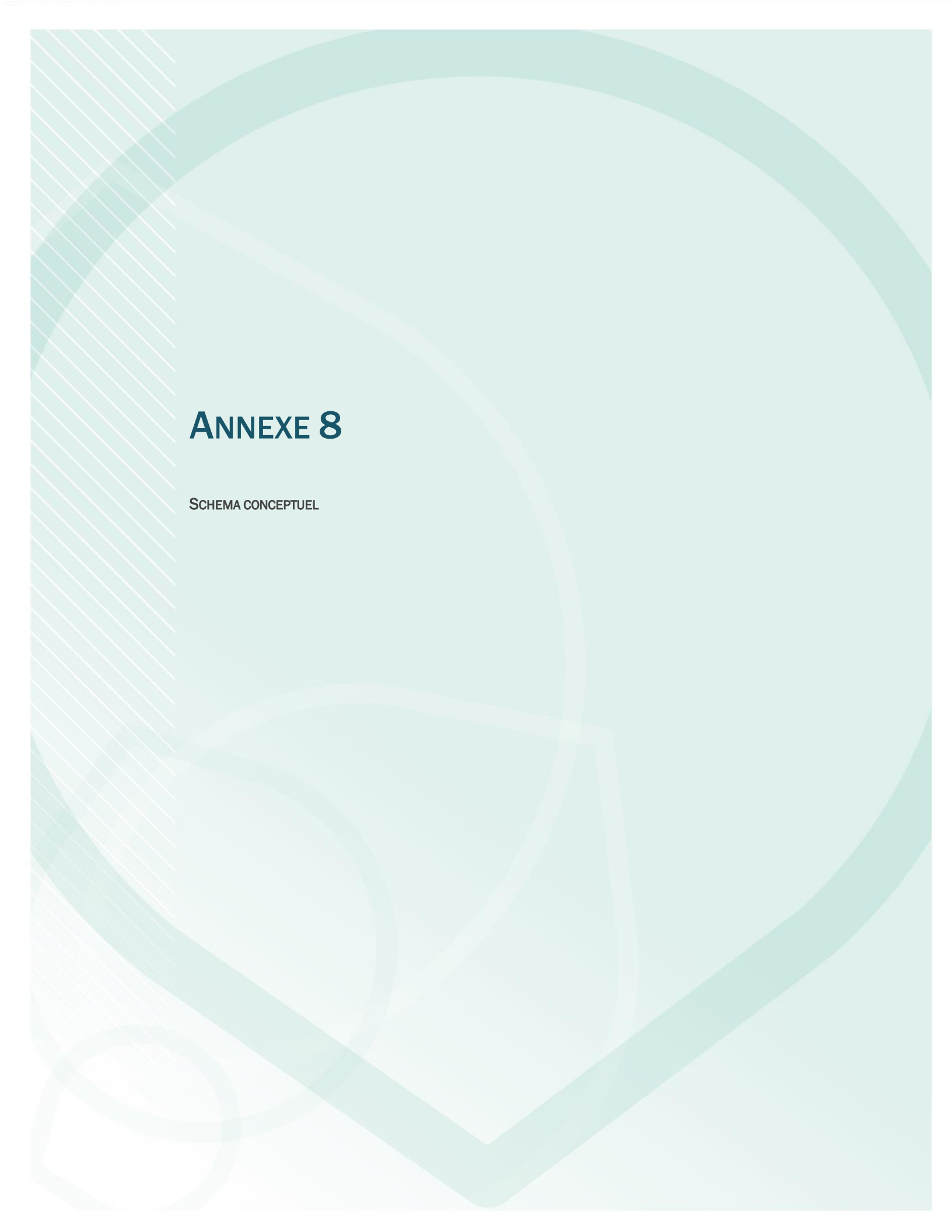
Tableau A5b. Facteurs limitants

Noeuds	Gest. Policier		Gest. TS		Groupe TS		Groupe policier		Usager no 37		Usager no 17		Usager no 8		Usager no 32		Usager 25		Usager no 13		Usager no 33		Usager no 19		Usager no 39	
Facteurs limitants	%	κ	%	κ	%	κ	%	κ	%	κ	%	κ	%	κ	%	κ	%	κ	%	κ	%	κ	%	κ	%	κ
Autonomisation	100	1	100	1	100,00	1	99,59	0	100,00	1	100	1	85,44	0,36	100,00	1	100,00	1	100,00	1	100,00	1	100,00	1	100,00	1
Financement	100	1	100	1	100,00	1	100	1	100,00	1	100	1	100	1	100,00	1	100,00	1	100,00	1	100,00	1	100,00	1	100,00	1
Formation	95,84	0,09	99,08	0,88	100,00	1	99,89	0	100,00	1	100	1	100	1	100,00	1	100,00	1	100,00	1	100,00	1	100,00	1	100,00	1
Implantation	86,73	0,54	78,04	0,16	100,00	1	95,51	0,02	100,00	1	100	1	100	1	100,00	1	100,00	1	100,00	1	100,00	1	100,00	1	100,00	1
Intervention équipe mixte	98,98	0	100	1	96,65	0	93,79	0,18	69,80	0,09	97,34	0	83,40	0,03	91,49	0,48	91,03	0,51	96,03	0,69	90,89	0,34	78,34	0,01	95,40	0,01
Application P38	100	1	100	1	100,00	1	100	1	100,00	1	100	1	100	1	100,00	1	100,00	1	100,00	1	100,00	1	100,00	1	100,00	1
Perception Équipe Mixte	100	1	100	1	97,79	0	96,33	0,01	92,31	0,02	100	1	97,98	0	95,03	0,43	96,77	0,37	98,1	0	95,59	0,23	93,75	0,03	98,1	0
Ressenti durant l'intervention	100	1	100	1	99,45	0	99,01	0	96,16	0	96,93	0,01	94,33	0,13	94,94	0,40	93,52	0	95,33	0,33	95,31	0	97,58	0,01	97,3	0,01
Ressenti post-intervention	100	1	100	1	100,00	1	98,26	0	78,94	0,08	94,42	0	94,10	0	100,00	1	96,24	0,37	97,06	0	98,46	0	0,09	88,11	100,00	1

invention Transport à l'hôpital service de détention	100	1	100	1	99,4	0	99,46	0	98,16	0	100	1	96,98	0	100,00	1	100,00	1	100,00	1	100,00	1	100,00	1	100,00	1
Modifications organisationnelles	99,6	0	96,1	0,01	95,91	0	97,29	0	100,00	1	100	1	100	1	100,00	1	100,00	1	100,00	1	100,00	1	100,00	1	100,00	1
Obtention des ressources	95,33	0	99,51	0	100,00	1	99,46	0	98,70	0	100	1	100	1	100,00	1	99,27	0	100,00	1	98,59	0	100,00	1	100,00	1
Pratiques d'intervention	100	1	100	1	92,18	0	98,21	0	100,00	1	100	1	100	1	100,00	1	100,00	1	97,51	0	100,00	1	100,00	1	100,00	1
Aucune modification	100	1	100	1	96,82	0	99,4	0	100,00	1	100	1	100	1	100,00	1	100,00	1	100,00	1	100,00	1	100,00	1	100,00	1
Modifications	100	1	100	1	95,37	0	99,5	0	100,00	1	89,66	0,27	96,12	0	100,00	1	100,00	1	97,51	0	100,00	1	100,00	1	100,00	1
Réponse aux besoins	98,76	0	99,18	0	98,17	0	99,63	0	96,29	0	100	1	100	1	98,47	0	98,00	0,01	98,96	0	97,60	0	98,15	0,48	100,00	1
Proches	100	1	100	1	100,00	1	100	1	100,00	1	89,66	0,27	96,12	0	100,00	1	100,00	1	100,00	1	97,60	0	100,00	1	100,00	1
Usagers	98,76	0	100	1	98,17	0	99,63	0	96,29	0	95,69	0	97,21	0,41	98,47	0	98,00	0,01	98,96	0	100,00	1	98,15	0,48	100,00	1
Trajectoire de vie	100	1	100	1	100,00	1	99,52	0	97,07	0,45	100	1	100	1	100,00	1	94,37	0,03	100,00	1	95,66	0	100,00	1	100,00	1
Aucun changement	100	1	100	1	100,00	1	99,52	0	95,81	0	100	1	97,21	0,41	100,00	1	100,00	1	100,00	1	100,00	1	100,00	1	100,00	1
Changement effectif	100	1	100	1	100,00	1	100	1	100,00	1	100	1	100	1	100,00	1	94,37	0,03	100,00	1	100,00	1	87,46	0,34	100,00	1
Proche	100	1	100	1	100,00	1	100	1	100,00	1					100,00	1	100,00	1	100,00	1	95,66	0	100,00	1	100,00	1

Tableau A5c. Autres nœuds

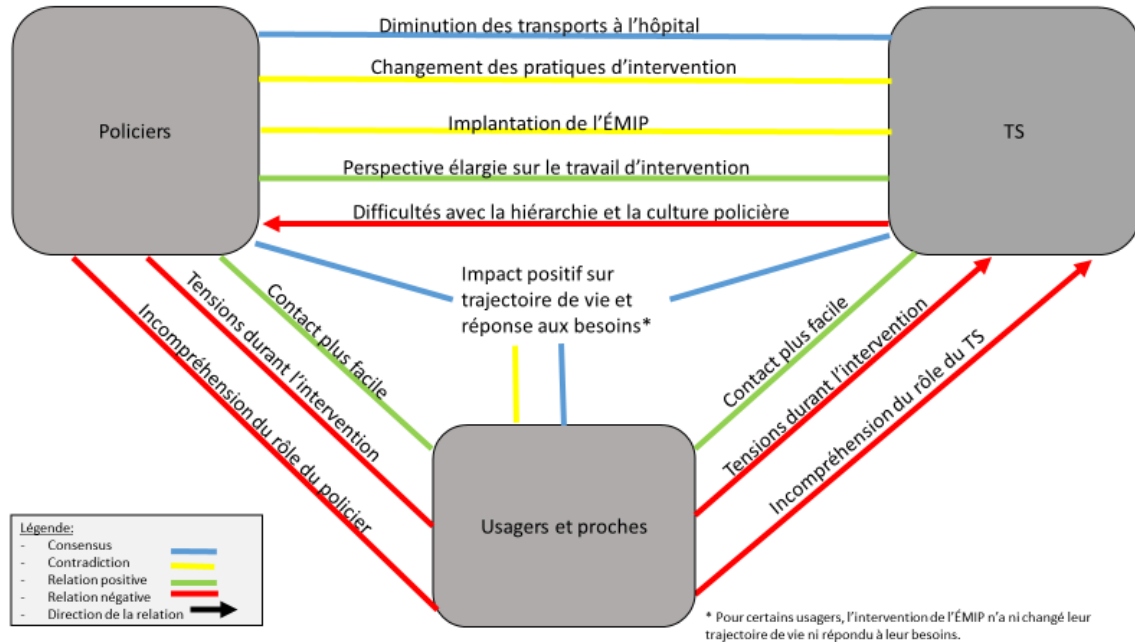
Nœuds		Gest. Policier		Gest. TS		Groupe TS		Groupe policier		Usager no 37		Usager no 17		Usager no 8		Usager no 32		Usager 25		Usager no 13		Usager no 33		Usager no 19		Usager no 39	
		%	κ	%	κ	%	κ	%	κ	%	κ	%	κ	%	κ	%	κ	%	κ	%	κ	%	κ	%	κ	%	κ
Facteurs limitants	Divergences intervenant policier	95,42	0	91,35	0,01	89,65	0	93,50	0	100,00	1	100,00	1	98,53	0,70	100,00	1	100,00	1	100,00	1	99,06	0	97,07	0	100,00	1
	Négociation	100	1	100	1	95,06	0	98,22	0	100,00	1	100,00	1	99,11	0	100,00	1	100,00	1	100,00	1	100,00	1	97,07	0	100,00	1
	Modifications potentielles	97,97	0	96,43	0	100,00	1	96,31	0	100,00	1	100,00	1	100	1	100,00	1	100,00	1	100,00	1	100,00	1	100,00	1	100,00	1
	Recommandation et mise en garde	97,16	0,80	93,86	0,11	92,71	0	91,20	0,27	96,66	0,38	100,00	1	99,42	0,85	96,57	0	99,40	0,70	100,00	1	99,24	0	99,01	0,68	95,89	0



ANNEXE 8

SCHEMA CONCEPTUEL

Schéma conceptuel



ANNEXE 9

MODELE LOGIQUE DU PROJET PILOTE DEDUIT DU CORPUS DE DONNEES

Projet pilote de L'ÉMIP et la p-38

Vocation: Répondre aux besoins d'une clientèle vulnérable.	Problématique: Une recrudescence des situations de crises en santé mentale.	Ressources: •Équipe mixte sont complètes. •Budget (TS) 60,000\$ •Manque d'organismes pour les femmes.
Besoins: Disposer d'une équipe mixte (policier + intervenante) adaptée aux besoins de la personne au prises avec une problématique en santé mentale.		
Éléments limitants: •Communication entre policiers •Quart de travail différent •Résistance face au projet •Partage la responsabilité avec le CIUSS •La convention collective des policiers •Intégration difficile pour les intervenantes	Objectifs: •Sécuriser l'usager - diminuer les hospitalisations. •Diriger la clientèle vers des ressources mieux adaptées.	
Éléments facilitants: •Expertise externe •Absence d'enjeu budgétaire •Bonne collaboration et confiance	Impact sur la clientèle: Ils sont dirigés vers des ressources adaptées et se sentent plus écoutés. Leurs besoins sont généralement comblés.	
	Résultats: La P-38 serait moins appliquée que dans le passé. L'équipe mixte est bien implantée. Nouvelle trajectoire de vie proposée pour la clientèle ciblée	



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

Québec 