

Protéger celles et ceux qui servent

Une réponse gouvernementale coordonnée au suicide chez les policiers et à la santé mentale au travail au Canada

Préparé par J. Bruce Townley | Révisé le 5 octobre 2026

La prévention du suicide chez les policiers demeurera insuffisante tant que les gouvernements et les dirigeants policiers ne traiteront pas la santé psychologique comme un devoir de protection. Cela exige un accès protégé aux soins, des milieux de travail plus sains, des dirigeants responsables et des résultats transparents.

Les résultats empiriques sont distingués des recommandations de BRC. Un dépistage n'est pas un diagnostic; les bénéfices projetés ne sont pas garantis; les recommandations juridiques exigent un examen propre à chaque administration.

1. Introduction

Le travail policier expose les membres à la violence, à la mort subite, à la souffrance humaine et à des décisions morales difficiles. Dans une étude nationale portant sur 5 813 membres du personnel canadien de la sécurité publique, 44,5 % ont obtenu un résultat positif à un dépistage de symptômes compatibles avec au moins un trouble mental (Carleton et coll., 2018). Un dépistage repère des profils de symptômes; il ne pose pas de diagnostic clinique.

Les effets peuvent s'accumuler au fil d'une carrière et se manifester par une blessure de stress post-traumatique, la dépression, l'anxiété, la consommation problématique, des tensions familiales ou des idées suicidaires. Les facteurs organisationnels — manque de soutien, injustice, surcharge de travail ou harcèlement — sont aussi associés à de moins bons résultats en santé mentale. Cette association ne prouve pas à elle seule un lien causal (Purba et Demou, 2019).

Le Canada ne dispose toujours pas de données professionnelles cohérentes permettant d'établir des tendances nationales. Les décès ne sont pas systématiquement liés à la profession, au statut actif ou retraité ni aux transitions de carrière. Sans référence fiable, les gouvernements ne peuvent évaluer le risque, repérer les concentrations de cas ou mesurer l'efficacité de la prévention.

Le présent document s'appuie sur plus de 32 années au sein des services policiers canadiens et sur mon propre rétablissement à la suite d'une blessure psychologique professionnelle. Ces recommandations visent à renforcer les services policiers. Le rang et l'autorité publique s'accompagnent d'une responsabilité accrue envers les personnes qui servent.

2. Pourquoi les approches actuelles sont insuffisantes

Le Canada dispose de fondements utiles : le plan d'action fédéral sur les blessures de stress post-traumatique, l'ICRTSP, PSPNET et la Ligne d'aide 9-8-8. Ces initiatives ne créent pas, à elles seules, une norme uniforme et exécutoire pour chaque employeur policier. La sensibilisation et la formation en résilience ne remplacent ni des effectifs adéquats, ni une charge de travail raisonnable, ni des processus équitables, ni l'accès aux soins. Les craintes liées à la confidentialité, à la carrière et au jugement demeurent des obstacles documentés dans les organisations de sécurité publique (Vesely et coll., 2026; Sécurité publique Canada, 2019).

La solution ne peut consister à répéter aux policiers en détresse qu'ils doivent devenir plus résilients. Les gouvernements et les dirigeants policiers doivent réduire les conditions de travail qui causent des préjudices évitables et rendre réellement sécuritaire le recours précoce au traitement.

3. Un cadre gouvernemental coordonné

Leadership fédéral

Le gouvernement fédéral devrait établir une stratégie nationale quinquennale de prévention du suicide chez les policiers, assortie de cibles mesurables et d'un financement stable. Une loi devrait exiger des indicateurs normalisés et dépersonnalisés. Le financement devrait renforcer l'ICRTSP, PSPNET et la recherche adaptée aux réalités policières, créer une voie destinée aux policiers et au personnel de la sécurité publique au sein du 9-8-8, soutenir les membres, les retraités et les familles, et conditionner les subventions au respect de normes exécutoires. Le système de données protégé pourrait s'inspirer du programme obligatoire de déclaration uniforme de la criminalité de Statistique Canada; distinguer les membres actifs et retraités et les transitions pertinentes tout en supprimant les identifiants et en protégeant les petits groupes.

Responsabilités provinciales, territoriales et autochtones

Les provinces et territoires devraient offrir des évaluations de référence et réévaluations confidentielles, dirigées par des cliniciens, afin d'orienter les soins — jamais l'embauche, la promotion ou la discipline. Des rendez-vous cliniques privés annuels ou semestriels devraient être négociés avec les associations policières. La présence ne doit pas imposer la divulgation clinique.

Les administrations devraient permettre les soins cliniquement indiqués pendant l'étude d'une réclamation, prévenir les plafonds arbitraires ou l'interruption du traitement, soutenir les cliniciens connaissant le milieu policier et exiger l'inspection indépendante des plans de prévention, de retour au travail et de postvention. Les gouvernements autochtones et leurs partenaires financiers devraient élaborer conjointement des services culturellement adaptés et financés de façon stable. Évaluer, plutôt que présumer, les effets sur le recours précoce aux soins, la continuité pendant les congés, les retours durables et les coûts; la formation ne remplace ni des effectifs sûrs ni les soins cliniques.

Gouvernements municipaux et commissions de police

Les budgets devraient limiter les heures supplémentaires et les quarts de nuit consécutifs, remplacer les membres en traitement et soutenir les retours progressifs. Les commissions devraient intégrer la sécurité psychologique à l'évaluation du rendement du chef et publier des données dépersonnalisées sur l'accès, les effectifs, les congés, la durabilité des retours, la confidentialité et les délais d'enquête. Financer les services civils de logement, de dépendances et de crise mobile afin que la police ne devienne pas la réponse par défaut à chaque défaillance sociale.

Prévenir les expositions professionnelles évitables

Les gouvernements devraient traiter les interventions de crise évitables comme un enjeu de prévention en santé au travail et de soins communautaires. Les systèmes de santé provinciaux et territoriaux, les municipalités et les services policiers devraient financer conjointement des interventions mixtes avec des cliniciens et des services de crise non policiers adaptés au risque, avec des critères d'accès et une couverture hors des heures normales clairement définis. La police doit demeurer disponible lorsque la sécurité immédiate exige sa présence. Une meilleure coordination vise à réduire les expositions répétées inutiles et la charge de travail; toute réduction des blessures psychologiques doit être évaluée plutôt que présumée.

Évaluer les interventions mixtes dans leur contexte

Les interventions mixtes ne garantissent pas de meilleurs résultats. Dans un district policier d'Indianapolis, un essai randomisé n'a observé aucune différence significative concernant le recours ultérieur aux services médicaux d'urgence, les incarcérations, les visites aux urgences ou les consultations externes, comparativement à l'intervention policière habituelle (Lowder et coll., 2024). Cela n'établit pas les effets au Canada ni sur les blessures professionnelles. Une synthèse réaliste de 2026 sur les partenariats de crise auprès des jeunes souligne le contexte local, l'expertise clinique, le financement stable, la gouvernance et l'équité; elle ne démontre pas un bénéfice causal universel (Parry et coll., 2026). Définir la population, la couverture et le comparateur, puis évaluer les résultats pour les patients, la sécurité et les effets sur le personnel avant d'élargir le modèle.

Maintenir la capacité des services qui reçoivent le relais

Les gouvernements devraient financer les services cliniques et communautaires qui prennent le relais au moyen d'ententes pluriannuelles, décider des renouvellements avant leur expiration et protéger la continuité des soins. Les ententes devraient préciser les effectifs, les heures de service, les délais, l'acceptation des orientations et l'accès rural, éloigné et autochtone. La stabilité du financement doit s'accompagner d'évaluations publiques et de résultats mesurables. Santé Canada indique un financement de 4,8 milliards de dollars pour quatre exercices, de 2023-2024 à 2026-2027, destiné aux soins à domicile et communautaires, à la santé mentale et aux dépendances. Cette période se termine en mars 2027; d'autres volets fédéraux de financement de la santé se poursuivent au-delà. L'échéance constitue un risque pour la continuité à anticiper, non la preuve de réductions déjà réalisées ni la fin de tout soutien fédéral en santé mentale (Santé Canada, s. d.).

4. Éléments essentiels du système

Chaque membre devrait avoir un accès direct à des soins cliniques indépendants, sans passer par la chaîne de commandement. Le réseau 9-8-8 ne garantit pas l'accès à un clinicien. Une option réservée aux policiers et au personnel de la sécurité publique devrait répondre en 60 secondes et assurer, en moins de cinq minutes, une mise en relation avec un professionnel indépendant et réglementé de la santé mentale. Ces délais sont des cibles proposées par BRC, non des normes actuelles garanties. En 2024-2025, l'attente moyenne au téléphone du 9-8-8 était de 56 secondes et 86 % des appels admissibles à une réponse ont été pris en charge (ASPC, 2025).

Seuls des professionnels inscrits en règle, compétents en évaluation du risque suicidaire et ayant une expérience clinique récente auprès du personnel policier ou de sécurité publique devraient évaluer ou intervenir. Les non-cliniciens peuvent uniquement orienter; un danger mortel immédiat demeure du ressort du 9-1-1. Les dossiers de traitement doivent rester hors de portée de l'employeur; le mieux-être doit être distinct des ressources humaines et des évaluations d'aptitude; le soutien par les pairs doit servir de passerelle vers des soins professionnels. Les cliniciens doivent aussi maîtriser les traumatismes, la blessure morale, la consommation de substances, la confidentialité et la sécurité des armes. Les familles doivent pouvoir accéder au soutien de crise.

Protéger légalement les dossiers de traitement

La confidentialité professionnelle et le privilège juridique sont différents. Le Canada ne reconnaît pas de privilège thérapeute-patient général et uniforme dans toutes les administrations et procédures. La Cour suprême a reconnu que les communications thérapeutiques peuvent bénéficier d'un privilège au cas par cas lorsque les circonstances le justifient (M. (A.) c. Ryan, 1997). Cette incertitude peut décourager la franchise et le recours au traitement.

Les gouvernements devraient envisager un privilège légal présumé visant les communications liées à un traitement volontaire entre un membre policier et un professionnel réglementé. Il devrait appartenir au membre, survivre à l'emploi et, sous réserve d'exceptions étroites, empêcher la divulgation routinière

dans les affaires civiles, administratives, syndicales, disciplinaires et d'indemnisation. Le gouvernement fédéral devrait examiner les protections relevant de sa compétence et proposer un modèle; les provinces et territoires devraient examiner leurs dispositions sur la preuve, les renseignements de santé, le travail, l'indemnisation et la police.

Les évaluations d'aptitude au travail, examens médicaux indépendants et évaluations demandées par l'employeur servent des décisions de tiers et exigent des limites écrites quant à leur objet, au consentement, à l'accès et à la conservation. La protection devrait dépendre de la finalité thérapeutique, non du titre professionnel. Les exceptions doivent être étroites et légales, notamment en cas de préjudice grave imminent, d'obligation de signalement ou de nécessité pour l'équité procédurale. Lorsque la divulgation est nécessaire, appliquer la nécessité, la proportionnalité, le caviardage et, au besoin, la mise sous scellés ou des ordonnances de protection. Les protections du Code criminel, à l'article 278.1, visent certaines procédures particulières et ne créent pas un privilège thérapeutique général.

Puisque les armes de service peuvent accroître la létalité d'une crise, les organisations ont besoin de protocoles individualisés de sécurité des armes à feu, guidés par un clinicien. Le commandement régit les opérations, non le diagnostic clinique aigu, le traitement ou l'aptitude. Toute restriction immédiate doit faire l'objet d'un examen clinique indépendant rapide. La discipline doit demeurer rigoureuse, diligente et humaine. Les chefs et commandants ne devraient pas imposer un retour au travail, écarter un avis de traitement ou recommander le refus d'une réclamation sans avis écrit d'un clinicien indépendant et réglementé connaissant la sécurité publique. Le rangement temporaire de l'arme ou des tâches adaptées ne devrait pas automatiquement mettre fin à la carrière; éviter l'isolement prolongé.

Exiger des relais efficaces et la continuité des soins

BRC recommande des protocoles interorganismes écrits pour les transitions entre intervention policière et soins cliniques, entre urgences et services communautaires, et entre détention et retour dans la communauté. Ces protocoles devraient préciser le service qui prend le relais, une personne responsable, une évaluation clinique rapide, le transport sécuritaire au besoin et les modalités de suivi. Une orientation devrait être confirmée, sans être assimilée à des soins effectivement reçus. Le partage de renseignements doit se limiter à ce qui est nécessaire et légal, avec le consentement requis. Le manque de ressources communautaires ne doit pas justifier une détention sans autorité légale. Les gouvernements devraient financer les services d'accueil afin de ne pas simplement déplacer la responsabilité entre la police, les hôpitaux, le personnel de détention et la rue.

Un exemple émergent : Grande Prairie

Le 17 septembre 2026, le Service de police de Grande Prairie a annoncé la surveillance biométrique sans contact de huit cellules, le maintien de professionnels de la santé et d'orientations vers le programme virtuel de traitement de la dépendance aux opioïdes de l'Alberta, ainsi que des liens et un suivi après la libération par Mobile Outreach. Le service se prépare à assumer la compétence policière le 21 octobre 2026. La surveillance doit compléter les vérifications en personne, non les remplacer (Grande Prairie Police Service, 2026). Ce modèle émergent doit être évalué : il ne démontre pas encore une réduction des crises répétées, de la charge de travail ou des blessures professionnelles.

Blessure psychologique présumée et adjudication équitable

Lorsqu'une loi présume qu'une blessure psychologique diagnostiquée est liée au travail, cette présomption doit avoir un effet réel. La participation de l'employeur et l'équité procédurale demeurent légitimes, mais une réclamation présumée ne devrait pas devenir antagoniste simplement parce qu'une réfutation est théoriquement possible. Les traitements et le soutien au rétablissement devraient continuer pendant l'adjudication; toute contestation devrait reposer sur des éléments précis et crédibles; les soins doivent demeurer indépendants du bien-fondé de la réclamation. En Ontario, la politique de la WSIB prévoit que, pour les premiers intervenants admissibles, l'examen d'une réfutation est généralement nécessaire seulement si la preuve soulève une véritable question quant à la contribution importante de l'emploi. Ce repère ontarien ne constitue pas une règle nationale (WSIB, s. d.).

Surveillance indépendante sans préjudices inutiles

L'examen indépendant et les conséquences de l'inconduite demeurent essentiels. La Police Review Commission de l'Alberta prévoit un soutien aux plaignants sensible aux traumatismes et culturellement adapté dans un poste de soutien aux personnes touchées; il s'agit d'un mandat, non d'une preuve de résultats améliorés (Police Review Commission, s. d.). BRC recommande une communication claire, une confidentialité proportionnée, l'équité procédurale, des décisions diligentes et un soutien clinique indépendant pour les plaignants, les témoins, les familles, les policiers visés et les enquêteurs. La participation à une formation ne prouve pas un changement. Évaluer les délais, la compréhension et l'équité vécue ainsi que le soutien aux enquêteurs, sans compromettre l'indépendance, la qualité de la preuve ni la responsabilisation.

Coût total de la main-d'œuvre et maintien en poste

L'objectif n'est pas de minimiser les réclamations. Il consiste à prévenir les blessures évitables, les repérer tôt, fournir un traitement efficace, favoriser un rétablissement durable et maintenir en poste les membres expérimentés lorsque cela est indiqué sur les plans clinique et opérationnel. Chaque policier devrait recevoir des soins rapides, fondés sur les données probantes, ainsi qu'une véritable possibilité d'atteindre le meilleur rétablissement possible.

L'évaluation économique devrait comparer le coût complet de la réadaptation et du maintien durable en poste au coût complet d'un retour échoué, d'un poste vacant, du remplacement, du recrutement, de la formation, de l'équipement, de la supervision, de la baisse de productivité et de la perte de connaissances institutionnelles. Une baisse des dépenses de la WSIB ou d'invalidité ne prouve pas, à elle seule, qu'un système est meilleur ou moins coûteux.

5. Responsabilisation et conclusion

Les stratégies crédibles doivent mesurer les indicateurs avancés, et non seulement les décès. Une loi devrait exiger des données annuelles dépersonnalisées sur l'accès clinique, le climat de travail, la pression sur les effectifs, les réclamations, l'évolution entre l'évaluation initiale et le suivi, la durabilité des retours et la confiance des membres. Des organismes indépendants devraient vérifier la conformité et publier leurs conclusions.

Mesurer la coordination et les effets imprévus

En complément des indicateurs de santé des membres, les services et leurs partenaires de santé devraient mesurer les contacts de crise répétés, les heures de travail policier consacrées à l'attente d'une prise en charge clinique, le repérage rapide des urgences médicales, l'accès effectif au traitement et aux services communautaires, ainsi que la continuité après la libération. Les résultats devraient être comparés à une référence définie et inclure la disponibilité des services, la charge de travail en première ligne et la sécurité communautaire. Les rapports devraient utiliser des données agrégées et dépersonnalisées, protéger les petits groupes et ne pas exposer les dossiers individuels de traitement. Une baisse des contacts policiers ne suffit pas : il faut aussi examiner les besoins non satisfaits, le déplacement de la demande, les inégalités d'accès et les soins effectivement reçus. Toute réduction alléguée des blessures professionnelles nécessite une évaluation longitudinale appropriée.

Définir la réussite de façon sécuritaire

Une diminution des demandes pour blessures psychologiques, des congés plus courts ou des retours plus rapides ne prouvent pas, à eux seuls, l'efficacité. Ils peuvent aussi signaler une sous-déclaration, des prestations inadéquates, des demandes découragées ou des retours prématurés. Les mesures prioritaires comprennent l'accès rapide à des soins qualifiés, la confiance envers la confidentialité, la continuité des soins, la suffisance des prestations, le rétablissement durable, les retours sûrs à six et douze mois, les retours interrompus, le présentisme, la détresse non déclarée, la charge de travail et les effets imprévus.

Le programme montréalais Ensemble pour la vie a combiné la formation, la participation des dirigeants et du syndicat, une ligne d'aide par les pairs et l'accès à un psychologue 24 heures sur 24. L'évaluation initiale a signalé une réduction de 79 % du taux de suicide sur 12 ans; le suivi de 22 ans a constaté un taux toujours significativement inférieur, soit une réduction combinée d'environ 71 %. L'étude est observationnelle et des facteurs non contrôlés peuvent avoir influencé les résultats. Elle appuie néanmoins l'évaluation continue de programmes complets plutôt que d'initiatives isolées.

Les mesures de capacité et de continuité devraient inclure les postes financés et vacants, les heures de service, l'acceptation des orientations, les délais d'évaluation et de traitement, les liens effectifs avec les soins et les crises répétées à 30, 60 et 90 jours. Comparer les retours aux urgences et la charge de travail des policiers et des paramédics à une référence définie. Vérifier les interventions conjointes afin de ne pas présenter les appels enregistrés par plusieurs services comme des incidents uniques sans examiner les chevauchements.

Références

Les sources sont présentées afin que le lectorat puisse examiner directement les données probantes et les autorités juridiques.

Institut canadien de recherche et de traitement en sécurité publique. Comprendre le suicide et le personnel de la sécurité publique.

<https://www.cipsrt-icrtsp.ca/en/understanding-suicide-and-public-safety-personnel>

Carleton et coll. (2018). Mental disorder symptoms among public safety personnel in Canada.

<https://doi.org/10.1177/0706743717723825>

Loi constitutionnelle de 1867, art. 91-92.

<https://laws-lois.justice.gc.ca/eng/const/page-3.html>

Code criminel, art. 278.1.

<https://laws-lois.justice.gc.ca/eng/acts/c-46/section-278.1.html>

Gouvernement du Canada. Plan d'action national pour la prévention du suicide (2024 à 2027).

<https://www.canada.ca/en/public-health/services/publications/diseases-conditions/national-suicide-prevention-action-plan-2024-2027.html>

Gouvernement du Canada. Mesures liées au TSPT et aux traumatismes.

<https://www.canada.ca/en/public-health/topics/mental-health-wellness/post-traumatic-stress-disorder/addressing-ptsd.html>

M. (A.) c. Ryan, [1997] 1 R.C.S. 157.

<https://scc-csc.lexum.com/scc-csc/scc-csc/en/item/1468/index.do>

Mishara et Fortin (2022). Long-term effects of a comprehensive police suicide prevention program.

<https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000774>

PSPNET. Au service de ceux et celles qui sont là pour nous.

<https://www.pspnet.ca/>

Agence de la santé publique du Canada. Ligne d'aide en cas de crise de suicide 9-8-8.

<https://www.canada.ca/en/public-health/corporate/transparency/corporate-management-reporting/departmental-performance-reports/2024-2025-transfer-payment-programs.html>

Statistique Canada. Programme de déclaration uniforme de la criminalité.

<https://www.statcan.gc.ca/en/survey/business/3302>

Purba et Demou (2019). Organisational stressors and mental wellbeing within police officers.

<https://doi.org/10.1186/s12889-019-7609-0>

Vesely, Mustard et Yanar (2026). Stigmatisation liée à la santé mentale dans les organisations de sécurité publique.

<https://doi.org/10.24095/hpcdp.46.4.02>

WSIB. Politique 15-03-13 : État de stress post-traumatique chez les premiers intervenants.

<https://www.wsib.ca/en/operational-policy-manual/posttraumatic-stress-disorder-first-responders-and-other-designated>

Sécurité publique Canada. Évaluation des initiatives visant les blessures de stress post-traumatique.

<https://www.publicsafety.gc.ca/cnt/rsrscs/pblctns/vltn-nttvs-ddrss-pts-njrs/index-en.aspx>

Grande Prairie Police Service. (2026, September 17). Grande Prairie Police Service enhancing detainee safety and health supports.

<https://www.gppolice.com/news-details/grande-prairie-police-service-enhancing-detainee-safety-and-health-supports>

Santé Canada. (n.d.). Shared health priorities: federal funding periods.

<https://www.canada.ca/en/health-canada/corporate/transparency/health-agreements/shared-health-priorities.html>

Lowder, E. M., et al. (2024). Police-mental health co-response versus police-as-usual response to behavioral health emergencies: A pragmatic randomized effectiveness trial. *Social Science & Medicine*, 345, 116723.

<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2024.116723>

Parry, S., et al. (2026, September 18). The care responders study: a realist synthesis of police-clinician joint and co-response models for youth mental health crises. *BMC Psychiatry*.

<https://doi.org/10.1186/s12888-026-08572-2>

Police Review Commission. (n.d.). Affected Persons Support job description (JR 84062).

https://mydocs.wfd.alberta.ca/media/tbj5bgt/jr-84062_affected-persons-supportjd.pdf

Sécurité publique Canada. (2019). Supporting Canada's Public Safety Personnel: An Action Plan on Post-Traumatic Stress Injuries.

<https://www.publicsafety.gc.ca/cnt/rsrscs/pblctns/2019-ctn-pln-ptsj/index-en.aspx>

Objet, indépendance et utilisation permise

Au-delà de la résilience Canada présente des propositions indépendantes de politiques publiques. Ces documents ne constituent pas des conseils médicaux, psychologiques, juridiques ou professionnels adaptés à une situation individuelle. Les opinions de l'auteur ne représentent aucun service de police, gouvernement ou association professionnelle, sauf indication expresse. Les lois, la recherche et les services peuvent changer.

© 2026 J. Bruce Townley. Le partage non commercial de copies intégrales et non modifiées, avec attribution, est permis. Les adaptations, le changement d'image de marque et la reproduction commerciale nécessitent une autorisation écrite préalable. Contact : contact@beyondresiliencecanada.ca