

Protéger celles et ceux qui servent

SANTÉ MENTALE ET PRÉVENTION DU SUICIDE EN MILIEU POLICIER

Note de synthèse — une page | J. Bruce Townley | Révisé le 5 octobre 2026

Prévenir le suicide chez les policiers relève du devoir de protection des gouvernements et des employeurs. Il faut protéger les soins, sécuriser les milieux, responsabiliser les dirigeants et mesurer les résultats.

Champ : police canadienne, membres actifs ou retraités et familles; adapter pour les autres secteurs.

Qui doit faire quoi

Fédéral	Stratégie quinquennale; données protégées et dépersonnalisées; financer l'ICRTSP, PSPNET et la recherche; voie policière proposée au sein du 9-8-8; subventions liées à des normes exécutoires.
Provinces / territoires	Évaluations cliniques confidentielles; rendez-vous annuels ou semestriels négociés avec les associations, sans divulgation à l'employeur; soins pendant l'adjudication; aucune interruption arbitraire; inspection indépendante.
Autochtones / partenaires financiers	Co-concevoir des soins culturellement adaptés et financés de façon stable et équitable, même en région éloignée.
Municipalités / commissions de police	Effectifs sûrs, limites aux heures supplémentaires, remplacement, retours progressifs; chefs responsables; capacité civile de crise; résultats dépersonnalisés et protégés.

Garanties essentielles

Soins indépendants. Accès hors du commandement, des RH et de l'aptitude. Cliniciens réglementés, compétents en risque suicidaire et expérimentés en sécurité publique; non-cliniciens : orientation seulement.

Protection juridique. Privilège proposé pour le traitement volontaire selon l'administration, avec exceptions légales étroites; aptitude distincte et limitée. Aucune garantie de droits actuels.

Gestion humaine des risques. Sécurité des armes guidée par un clinicien; restrictions non punitives réévaluées rapidement; soutien familial; discipline équitable et diligente.

Autorité clinique. Le commandement dirige les opérations, non le diagnostic aigu, le traitement ou l'aptitude. Retour imposé, traitement écarté ou refus de réclamation recommandé : avis clinique indépendant écrit.

Prévention, non surveillance. Les évaluations orientent les soins confidentiels, jamais l'embauche, la promotion ou la discipline.

Surveillance indépendante. Communication claire, dignité, enquêtes équitables et diligentes; soutien clinique pour tous, y compris les enquêteurs, sans affaiblir l'examen ni les conséquences.

Prévenir l'exposition évitable; assurer le relais

Financer les réponses mixtes adaptées au risque et non policières, même hors des heures normales. Maintenir la police pour la sécurité immédiate. Exiger service d'accueil, contact responsable, relais confirmé et suivi entre intervention, hôpital, détention et communauté. Partager les seuls renseignements nécessaires et légaux avec le consentement requis. Le manque de capacité ne justifie jamais une détention illégale.

Mesurer crises répétées, délais et heures policières de transfert, soins reçus, continuité à 30/60/90 jours, charge de travail, équité, besoins non comblés et demande déplacée. À Grande Prairie, surveillance, soins et suivi communautaire sont émergents : aucune réduction démontrée des crises ou blessures. La technologie complète les vérifications physiques.

Définir la réussite de façon sécuritaire

Priorité aux soins qualifiés, à la confiance, à la confidentialité, à la continuité, aux prestations adéquates, au rétablissement durable et aux retours sûrs à 6 et 12 mois. Moins de demandes, de congés ou de dépenses peut masquer demandes découragées, retours prématurés ou besoins non comblés. Mesurer maintien, retours échoués, présentéisme et coût total.

Données probantes et cadre complet

44,5 % de 5 813 membres de la sécurité publique : dépistage positif, non diagnostic [1]. Données nationales sur le suicide professionnel incohérentes [2]. Réduction montréalaise d'environ 71 % sur 22 ans : observationnelle [3]. Réponses mixtes : effets selon le contexte [4-5]; effets sur les blessures à évaluer longitudinalement.

[1] Carleton et al. (2018) | [2] CIPSRT / ICRTSP | [3] Mishara & Fortin (2022) | [4] Lowder et al. (2024) | [5] Parry et al. (2026)

Lire le cadre complet et les références →

Propositions indépendantes, non des conseils cliniques ou juridiques individuels. Danger mortel immédiat : 9-1-1. Crise suicidaire : appel/texto 9-8-8. © 2026 J. Bruce Townley. Partage non commercial intégral, non modifié et avec attribution permis.