

Guide d'information sur la prévention du suicide chez le personnel policier

Laurent Corthésy-Blondin

Marie-Hélène Poirier

Christine Genest

Avec la collaboration d'Amélie Trudel

et de Christine Lamarche



Rédaction

Laurent Corthésy-Blondin, stagiaire postdoctoral à la Faculté des sciences infirmières et à l'Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail (IRSST), et membre du Centre de recherche et d'intervention sur le suicide, enjeux éthiques et pratiques de fin de vie (CRISE) et du Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal (CR-IUSMM).

Marie-Hélène Poirier, conseillère en mobilisation des connaissances, IRSST.

Christine Genest, professeure agrégée à la Faculté des sciences infirmières, Université de Montréal, et chercheuse au CRISE et au Centre d'étude sur le trauma du CR-IUSMM.

Collaboration

Amélie Trudel et Christine Lamarche, conseillères en prévention, Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail, secteur « affaires municipales » (APSAM).

Coordination

Patricia Labelle, conseillère en communications, IRSST.

Révision linguistique

Manon Lévesque, adjointe administrative, IRSST.

Graphisme

Tabasko

Iconographie

Ville de Québec et Service de police de la Ville de Québec : p. 11, 12 (gauche), 15, 16, 18, 19, 23, 24, 26, 30
iStock : p. couverture, 8, 9, 12 (centre et droite), 13, 14, 21, 25

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2023

ISBN 978-2-89797-268-4 (PDF)

© Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail, 2023

La reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée à condition que la source soit mentionnée.

Pour citer ce document : Corthésy-Blondin, L., Poirier, M-H. et Genest, C. (2023). *Guide d'information sur la prévention du suicide chez le personnel policier* (Guide n° RG-1180-fr). Montréal, QC: IRSST.

505, boul. De Maisonneuve Ouest Montréal (Québec) H3A 3C2

Téléphone : 514 288-1551

publications@irsst.qc.ca

www.irsst.qc.ca

Remerciements

Louis-Francis Fortin, psychologue et chef de section, Programme d'aide au personnel policier, Service de police de la Ville de Montréal.

Geneviève St-Hilaire, responsable d'équipe, Service de la santé et de la prévention au travail, Direction des ressources humaines, Sûreté du Québec.

Comité de travail paritaire du groupe de liaison Police de l'APSAM.

Le Centre de documentation du CRISE et son documentaliste, Luc Dargis, pour avoir entrepris la constitution du corpus de littérature scientifique inclus dans ce document.

La Ville de Québec et le Service de police de la Ville de Québec, pour avoir partagé des photographies de leurs milieux.

Table des matières

4	Objectifs
5	Portée et limites
5	À qui s'adresse ce document
5	Introduction
6	Le suicide et les comportements suicidaires dans la population générale
8	Le suicide chez le personnel policier
9	Les problèmes de santé psychologique chez le personnel policier
11	Les facteurs d'influence des comportements suicidaires et du suicide
17	La recension d'interventions et de programmes de prévention du suicide chez le personnel policier
23	Les effets des interventions et programmes en prévention du suicide chez le personnel policier
27	Pistes d'action
33	Conclusion
34	Bibliographie
39	Annexes
39	A. Définition des concepts clés de la prévention du suicide utilisés dans ce document
40	B. Exemples d'interventions et de programmes issus de la littérature scientifique et grise
53	C. Schéma intégrateur de la prévention du suicide pour les policières et policiers et pistes d'action



Liste des acronymes, sigles et abréviations

APSAM	Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail, secteur « affaires municipales »
CNESST	Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail
EPT	Événement potentiellement traumatique
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
IRSST	Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail
OMS	Organisation mondiale de la Santé
PAPP	Programme d'aide au personnel policier
PSP	Personnel de la sécurité publique
SPVM	Service de police de la Ville de Montréal
SQ	Sûreté du Québec
TCC	Thérapie cognitivo-comportementale
TSPT	Trouble de stress post-traumatique

Liste des acronymes en anglais

EMDR	<i>Eye Movement Desensitization and Reprocessing</i>
MBRT	<i>Mindfulness-based Resilience Training</i>
TRiM	<i>Trauma Risk Management</i>

Objectifs

Les objectifs de ce document sont de :

- présenter la problématique du suicide et des problèmes de santé psychologique chez le personnel policier ;
- présenter des facteurs d'influence associés aux comportements suicidaires et au suicide ;
- présenter des exemples d'interventions et de programmes utiles pour la prévention du suicide chez le personnel policier ;
- décrire les effets de certaines interventions et certains programmes liés à la prévention du suicide chez le personnel policier et des populations connexes ;
- proposer des pistes d'action pour la prévention du suicide chez le personnel policier.

Portée et limites

Il est à noter que les interventions et programmes dont il est question dans ce document proviennent d'une revue de la littérature scientifique, c'est-à-dire des articles publiés dans des revues savantes, et d'une revue de la littérature grise, soit ce qui a été trouvé sur les différents sites Internet des organisations policières et autres associations. En aucun cas la liste des interventions et programmes présentés dans ce document n'est exhaustive.

À qui s'adresse ce document

Ce document a été produit à la demande de l'Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail, secteur « affaires municipales » (APSAM). Il s'adresse aux organisations policières et à tous ceux et celles qui s'intéressent à la prévention du suicide chez le personnel policier, soit l'ensemble des policiers et policières.

Il sera d'intérêt pour les gestionnaires et ceux et celles qui représentent les travailleurs et travailleuses des services de police, de même que pour les membres des comités de santé et de sécurité du travail qui souhaitent mettre en place un programme ou des interventions de prévention du suicide. Du même coup, les agents et agentes de police, les responsables de la formation, les professionnels et professionnelles en santé psychologique, les intervenants et intervenantes en santé et en sécurité du travail et en ressources humaines, les partenaires des milieux policiers de même que les différents groupes représentant le personnel policier y trouveront des informations utiles.

Introduction

La nature du travail du personnel policier implique souvent d'être aux premières loges de la détresse humaine. Les agressions, la violence, la négligence, les problèmes de santé psychologique, la pauvreté et même la mort peuvent faire partie de son quotidien.

Ce contexte de travail peut être propice au développement de la détresse psychologique et de divers problèmes de santé psychologique, comme le trouble de stress post-traumatique et la dépression majeure, qui semblent expliquer en partie les comportements suicidaires de certains policiers et policières selon les écrits scientifiques. Les comportements suicidaires et les problèmes liés à la santé psychologique demeurent tabous dans la société en général et ils semblent l'être encore plus dans les services de police [1]. Dans l'exercice de leurs fonctions, les policiers et les policières sont en contact avec des personnes aux prises avec des problèmes de santé psychologique graves. Ces rencontres peuvent contribuer à forger une attitude défavorable chez le personnel policier qui ne souhaite pas être associé à ce type de problématique [2]. Être identifié comme une personne fragilisée et les possibles conséquences négatives sur sa carrière font partie des principales craintes rapportées, et représentent, par le fait même, des obstacles à la recherche d'aide. Conséquemment, un des grands défis des organisations policières est de reconnaître rapidement la détresse psychologique et les idéations suicidaires, d'offrir proactivement du soutien et d'encourager la demande d'aide.

Ce document présente d'abord la problématique du suicide et de certains problèmes de santé psychologique chez le personnel policier. Par la suite, il explique les facteurs d'influence associés aux comportements suicidaires et au suicide. Le modèle de prévention du suicide de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), les niveaux de prévention et les définitions des concepts sont présentés [3]. Les définitions des concepts sont regroupées dans l'annexe A. Des interventions et des programmes issus de la littérature scientifique et grise sont ensuite décrits. Les détails de ceux-ci se trouvent dans l'annexe B. Les résultats d'études scientifiques sur les effets de certaines interventions et programmes chez le personnel policier et des populations connexes sont également rapportés. Une dernière section de ce document comprend des pistes d'action s'adressant en particulier aux organisations policières québécoises. L'annexe C intègre dans un schéma les composantes du modèle de prévention du suicide et les pistes d'action correspondantes.

Le suicide et les comportements suicidaires dans la population générale

- Selon l'OMS, le suicide se définit comme l'acte de se donner délibérément la mort [3].
- Les idéations suicidaires réfèrent au fait de penser à se tuer [4].
- Une tentative de suicide est un acte intentionnel d'une personne dans le but de s'enlever la vie, mais qui n'aboutit pas à la mort [4].
- Les comportements suicidaires incluent les idéations suicidaires, les tentatives et le suicide [3].

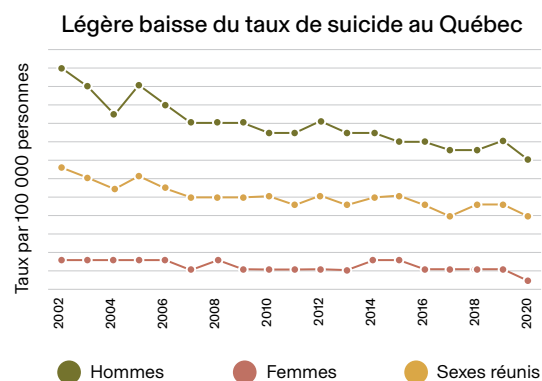
Selon l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) [5], le nombre de décès par suicide s'élevait à 1055 en 2020. Le suicide demeure un acte relativement rare. En 2020, le taux de suicide, ajusté pour l'âge¹, était de 12,3 par 100 000 habitants, occupant ainsi le 8^e rang parmi les causes de décès. Au Québec, comme dans la plupart des pays à revenu élevé, le taux de suicide chez les hommes est trois fois supérieur à celui des femmes [3, 5]. Dans la province, les personnes âgées entre 50 et 64 risquent plus que les autres de se suicider [5].

Depuis 2020, l'INSPQ comptabilise les visites à l'urgence liées à certains comportements suicidaires, comme les idéations suicidaires et les tentatives de suicide. En 2021, 3 780 hospitalisations étaient attribuables à une tentative de suicide, ce qui portait le taux à 46,4 par 100 000 habitants. À ce chapitre, les femmes étaient trois fois plus nombreuses que les hommes. Le taux de visites aux urgences pour des idéations suicidaires était de 403,9 par 100 000 habitants en 2022, avec 34 662 visites aux urgences comptabilisées [5].

Surveillance des comportements suicidaires au Québec

1 055 suicides en 2020

3 suicides par jour



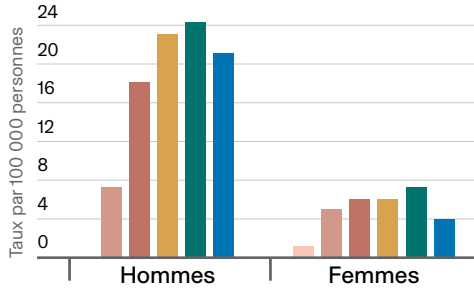
3 fois plus de suicides chez les hommes que chez les femmes

1. Comme le taux de suicide varie en fonction du groupe d'âge, l'ajustement permet d'éliminer l'effet de l'âge sur le taux global.

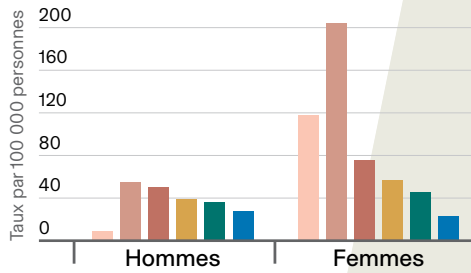
Comportements suicidaires selon l'âge

10-14 ans 15-19 ans 20-34 ans 35-44 ans 45-64 ans 65 ans ou plus

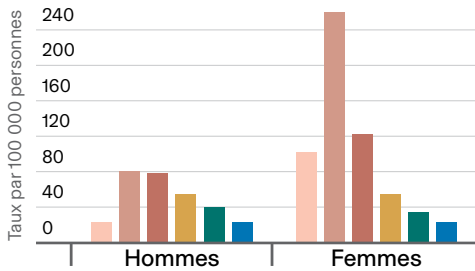
Suicides



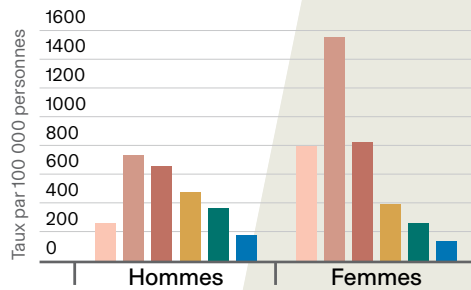
Hospitalisations pour tentative de suicide



Visites à l'urgence pour tentative de suicide



Visites à l'urgence pour idées suicidaires



(Figure adaptée de *Les comportements suicidaires au Québec : portrait 2023*, INSPQ.)

Le suicide chez le personnel policier

Selon le Bureau du coroner du Québec, le nombre annuel moyen de suicides chez les policiers et policières est de trois depuis 2015 (Bureau du Coroner, communication personnelle, 31 mai 2022). Considérant l'ensemble de la population policière du Québec de 2015 à 2021 et le nombre de suicides au cours de la même période, les taux annuels bruts de suicide variaient entre 6,3 et 37,8 par 100 000 policiers et policières (Bureau du Coroner, communication personnelle, 31 mai 2022) [7]. La comparaison entre ces taux bruts et celui de la population générale doit cependant être faite avec prudence, car la composition sociodémographique de la population policière n'est pas identique à celle de la population générale. En effet, cette dernière se distingue par sa prédominance masculine et ne contient ni mineurs ni personnes âgées.

À titre de comparaison, les décès de policiers et policières en service, soit ceux entraînés par des lésions professionnelles, sont moins nombreux. La Commission des normes, de l'équité, de la santé et de la sécurité du travail (CNESST) en a confirmé deux pour la période 2014-2018 [8].

Actuellement, les études ne permettent pas de déterminer clairement si le personnel policier se suicide davantage que la population générale, ce qu'expliquent les raisons suivantes :

Les recherches comparant les taux de suicide du personnel policier à ceux de la population générale ne parviennent pas systématiquement aux mêmes conclusions. Alors que des études ont trouvé des taux de suicide plus élevés chez le personnel policier, d'autres n'ont pas rapporté de différences significatives et, dans certains cas, les taux étaient plus bas pour cette population [9].

Comme les études emploient des méthodes différentes pour estimer le taux de suicide chez le personnel policier et dans la population générale, les résultats ne sont pas toujours comparables [10].

Aux États-Unis, où sont menées la plupart des études sur le sujet, des scientifiques ont observé une proportion importante de décès dont la cause était « indéterminée » à la suite des enquêtes réalisées par des coroners [11]. Une analyse secondaire a permis de déterminer que plusieurs des décès ainsi classés étaient probablement des suicides. Le nombre de décès annuel par suicide chez le personnel policier aux États-Unis pourrait donc être sous-estimé.

Lors de leur embauche, les policiers et policières devraient présenter une bonne santé physique et psychologique. Dans cette perspective, le taux de suicide chez le personnel policier devrait être inférieur à celui de la population générale. Un taux de suicide égal à celui de la population générale pourrait en fait dissimuler un risque relativement plus élevé chez les policiers et policières [12].

Les problèmes de santé psychologique chez le personnel policier

Les problèmes de santé psychologique et les comportements suicidaires sont fortement associés. De plus, ils sont influencés par des facteurs communs. Il est donc pertinent de s'intéresser aux problèmes de santé psychologique des policiers et policières dans une perspective de prévention du suicide.

Dans ce document, le terme « problèmes de santé psychologique » est utilisé pour englober les troubles de santé psychologique et les symptômes sévères qui leur sont associés. Les troubles de santé psychologique sont caractérisés par des perturbations cognitives et émotionnelles, des comportements anormaux, un fonctionnement altéré, ou toute combinaison de ces éléments [13]. Les symptômes sont des anomalies comportementales ou psychologiques pouvant indiquer un problème sous-jacent. La détresse psychologique réfère également à la présence de symptômes associés aux troubles de santé psychologique [14].

La présence d'un trouble de santé psychologique est confirmée cliniquement par du personnel professionnel autorisé à évaluer l'état de santé psychologique d'un individu à l'aide de critères diagnostiques précis. Les personnes qui sont atteintes d'un trouble de santé psychologique ne cherchent pas toujours une évaluation clinique, et celles qui le font ne le dévoilent pas nécessairement. La présence du trouble n'est donc pas nécessairement connue de l'entourage ou de la personne elle-même. De plus, certaines personnes présentant des symptômes sévères ne répondent pas à tous les critères diagnostiques d'un trouble, mais vivent une détresse significative qui indique un besoin de prise en charge et de soutien [15].



« De 2015 à 2019, la proportion de lésions psychologiques parmi l'ensemble des lésions indemnisées était 5,2 fois plus élevée chez les policiers et policières que parmi tous les travailleurs et travailleuses au Québec. »

Une étude canadienne s'est penchée sur les problèmes de santé psychologique parmi les membres du personnel de la sécurité publique (PSP) [16]. Les symptômes rapportés par les policiers et policières municipaux ayant participé à l'enquête ont permis d'estimer la prévalence actuelle, c'est-à-dire le taux au moment de l'enquête, de certains problèmes de santé psychologique comme la dépression majeure (19,6 %) et le trouble de stress post-traumatique (TSPT) (19,5 %) [16]. Ces taux semblent élevés considérant les données issues de la population générale. En effet, des études antérieures ont estimé la prévalence actuelle de ces troubles chez les Canadiens et Canadiennes à 8,4 % pour la dépression majeure [17] et à 2,4 % pour le TSPT [18].

Des données de la CNESST permettent aussi de comparer l'ampleur de certaines problématiques de santé psychologique liées au travail parmi le personnel policier relativement à l'ensemble des travailleuses et travailleurs québécois. De 2015 à 2019, la proportion de lésions psychologiques parmi l'ensemble des lésions indemnisées était 5,2 fois plus élevée chez les policiers et policières que parmi tous les travailleurs et travailleuses du Québec [8]. Ces proportions atteignaient 7,2 % chez les policiers et policières comparativement à 1,4 % chez l'ensemble des travailleurs et travailleuses [8].

De 2014 à 2018, 263 policiers et policières ont été indemnisés pour une lésion psychologique [8]. Ces données ne représentent que les lésions déclarées et acceptées par la CNESST, mais non la prévalence des problèmes de santé psychologique qui peuvent affecter les policiers et les policières. Les problèmes rapportés étaient principalement le stress post-traumatique (64 %), le trouble d'adaptation (22 %), l'anxiété ou le stress (11 %) et l'état dépressif (1 %) [8]. Chez les travailleuses et travailleurs en général, les principaux problèmes rapportés suivaient le même ordre : le stress post-traumatique (53 %), le trouble d'adaptation (28 %), l'anxiété ou le stress (11 %) et l'état dépressif (4 %) [8].

Le personnel policier versus les travailleuses et travailleurs en général indemnisés par la CNESST pour une lésion psychologique de 2014 à 2018

Lésions	Personnel policier	Travailleuses et travailleurs en général
Stress post-traumatique	64 %	53 %
Trouble d'adaptation	22 %	28 %
Anxiété ou stress	11 %	11 %
État dépressif	1 %	4 %
Total	100 %	100 %

Les facteurs d'influence des comportements suicidaires et du suicide

Le suicide est un phénomène complexe et multidéterminé, c'est-à-dire qu'il résulte de l'accumulation et de l'interaction de plusieurs facteurs [3]. L'encadré suivant définit les types de facteurs associés au suicide dont il est question dans ce document.

Les facteurs d'influence présentés sont non exhaustifs. Ils sont rapportés comme les plus souvent évoqués dans la littérature scientifique. Le personnel policier est concerné par les facteurs de risque universels, au même titre que la population générale, mais également par les facteurs spécifiques à son contexte de travail. La littérature sur le suicide chez le personnel policier en fait ressortir certains qui pourraient s'appliquer à d'autres groupes. Toutefois, ils semblent teinter particulièrement les comportements suicidaires des policiers et policières, notamment lorsqu'ils ont été évalués à l'aide d'instruments de mesure développés spécifiquement pour le contexte de leur travail. Les numéros ne font pas référence à la prépondérance du facteur; ils sont plutôt utilisés pour faciliter le repérage.

Facteurs d'influence

En épidémiologie du suicide, les facteurs de risque peuvent faire varier à la hausse le risque suicidaire, soit la probabilité à un moment donné de décéder par suicide. Les facteurs de protection réduisent quant à eux l'effet accru des facteurs de risque sur le risque suicidaire. Les facteurs de risque et de protection peuvent aussi être distingués selon trois catégories :

- individuel (propre à la personne et à ses caractéristiques personnelles);
- social (lié au contexte familial, aux amis, à la société en général);
- organisationnel (lié au contexte et au milieu de travail).

Facteurs précipitants

Certains facteurs agissent davantage comme déclencheurs de la crise suicidaire. Il s'agit des facteurs de risque précipitants.



Facteurs de **risque** universels

Facteurs de risque universels individuels

- 1 Présence d'antécédents d'idéations ou de tentatives de suicide
- 2 Présence de problèmes de santé psychologique
- 3 Présence de problèmes de santé physique
- 4 Consommation d'alcool
- 5 Transitions et parcours de vie difficile
- 6 Désespoir

Facteurs de risque universels sociaux

- 7 Stigmatisation liée à la santé psychologique
- 8 Accès à un moyen létal
- 9 Perte d'une ou d'un proche par suicide
- 10 Couverture médiatique inappropriée du suicide

Facteur de risque précipitant

- 11 Rupture ou divorce

Facteurs de **risque** spécifiques au contexte policier

Facteurs de risque individuels

- 12 Stress chronique lié au travail

Facteurs de risque organisationnels

- 13 Horaires de travail atypiques
- 14 Accès à l'arme à feu de service
- 15 Exposition à des événements potentiellement traumatiques
- 16 Obstacles à l'utilisation des services de santé psychologique

Facteur de risque précipitant

- 17 Mise en investigation, suspension ou échec professionnel

Facteurs de **protection** universels

Facteurs de protection universels individuels

- 18 Plan de traitement des problèmes de santé psychologique
- 19 Résilience et stratégie d'adaptation
- 20 Bien-être psychologique

Facteurs de protection universels sociaux

- 21 Soutien social
- 22 Accès à des services de santé psychologique

Facteurs de **protection** spécifiques au contexte policier

Facteurs de protection organisationnels

- 23 Sentiment d'appartenance
- 24 Soutien des gestionnaires et des collègues



Facteurs de risque universels individuels

- 1** *Présence d'antécédents d'idéations ou de tentatives de suicide* : Un historique de tentative de suicide est un important prédicteur d'un futur geste suicidaire ou d'un décès par suicide [19].
- 2** *Présence de problèmes de santé psychologique* : Le croisement des données issues de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes et de la Base de données sur les congés des patients permet d'estimer la prévalence de certains problèmes parmi la population canadienne ayant été hospitalisée pour une tentative de suicide ou un décès par suicide. Les proportions de personnes qui, au cours de l'année précédant un geste suicidaire, présentaient des symptômes indiquant la présence d'un trouble de santé psychologique étaient de 27 % pour les troubles anxieux, 16 % pour un épisode de dépression majeure, 16 % pour les troubles liés à l'usage de substances et 14 % pour un trouble bipolaire [20]. Dans l'ensemble, 47 % des personnes hospitalisées pour une tentative de suicide ou étant décédées par suicide présentaient au moins un de ces troubles [20]. Cette étude excluait la province du Québec, dont les bases de données ne sont pas appariées, mais rien ne porte à croire que ces résultats ne s'appliquent pas à la population québécoise.
- 3** *Présence de problèmes de santé physique* : Les problèmes de santé chroniques, les douleurs chroniques et les maladies au pronostic sombre augmenteraient le risque de décéder par suicide [3].
- 4** *Consommation d'alcool* : Au Québec, pour les années 2017-2018, une analyse d'alcoolémie a été réalisée dans 78 % des cas de suicide [21]. Chez les hommes comme chez les femmes, 32 % des analyses se sont révélées positives. Dans la majorité des cas, le taux était supérieur à 80 mg sur 100 ml de sang, soit la limite permise pour prendre le volant.
- 5** *Transitions et parcours de vie difficile* : D'autres facteurs psychosociaux sont liés à un risque accru de suicide, comme des antécédents personnels et familiaux d'abus et des événements de vie bouleversants [3, 22]. De façon générale, les transitions de vie peuvent constituer des périodes à risque pour le suicide (par exemple, l'entrée sur le marché du travail, le départ à la retraite).
- 6** *Désespoir* : Le désespoir peut s'observer lorsque la personne entretient la croyance que ses problèmes sont permanents et insurmontables. Le désespoir est un indicateur particulièrement important du risque suicidaire lorsqu'il est combiné à un problème de santé psychologique [3].





Facteurs de risque universels sociaux

- 7** *Stigmatisation liée à la santé psychologique* : La stigmatisation liée à la santé psychologique est l'attitude négative et erronée à l'égard d'une personne qui conduit à une action négative ou à la discrimination [23]. Dans un contexte qui stigmatise l'utilisation des soins de santé psychologique, il est possible de croire que les personnes présentant des symptômes vont moins entreprendre de démarches d'évaluation ou de traitement de peur d'être jugées [3].
- 8** *Accès à un moyen léthal* : La facilité avec laquelle un individu peut accéder à un moyen léthal est associée à la probabilité de décéder par suicide en cas de crise et augmente la probabilité de mettre en œuvre un plan de suicide [3].
- 9** *Perte d'une ou d'un proche par suicide* : Il semble que les personnes endeuillées par suicide, surtout lorsque celui-ci survient dans la famille, présentent une détresse plus marquée et un risque suicidaire plus élevé comparativement aux personnes endeuillées par un décès attribuable à une maladie ou à une cause violente [24, 25]. En outre, lorsqu'un suicide survient dans un milieu de vie tel qu'un environnement de travail, la probabilité que survienne un suicide subséquent dans le même milieu augmente [26].
- 10** *Couverture médiatique inappropriée du suicide* : La couverture médiatique d'un suicide peut entraîner des gestes suicidaires chez celles et ceux qui y sont exposés, notamment lorsque le cas leur permet de s'identifier à la personne décédée ou que le geste de celle-ci est glorifié [3].

Facteur de risque précipitant

- 11** *Rupture ou divorce* : La rupture et le divorce génèrent souvent la perte de la personne confidente principale, soit l'ex-partenaire de vie [3]. Chez les personnes dont le réseau social se limite au conjoint ou à la conjointe, la détresse liée à la séparation peut être vécue dans la solitude.

Facteurs de risque individuels spécifiques au contexte policier

- 12** *Stress chronique lié au travail* : Le stress chronique et l'insatisfaction qui découlent des stressseurs chroniques associés au travail sont liés aux idéations suicidaires chez le personnel policier [24, 25].

Facteurs de risque organisationnels spécifiques au contexte policier

- 13** *Horaires de travail atypiques* : Le travail posté et les horaires atypiques, tels que de soir et de nuit, peuvent amoindrir la qualité du sommeil et perturber la dynamique familiale [26], deux facteurs de risque connus du suicide particulièrement courants chez le personnel policier [3, 22].
- 14** *Accès à l'arme à feu de service* : Les policiers et policières ont accès à une arme à feu, et plusieurs études ont documenté que l'arme de service est le moyen qu'ils privilégient pour s'enlever la vie [27, 28, 29]. En comparaison avec d'autres méthodes, la probabilité de survivre à un projectile est faible. De plus, l'effet est plus rapide comparativement à celui d'une intoxication à des substances liquides ou solides. Il est donc plus difficile de changer d'idée, d'appeler à l'aide ou d'être secouru une fois le geste posé, ce qui augmente le risque de décès.
- 15** *Exposition à des événements potentiellement traumatiques (EPT)* : L'exposition à des EPT est associée à la sévérité des symptômes de plusieurs problèmes de santé psychologique, comme les symptômes de dépression et du TSPT ainsi que l'abus de substances [16]. Ceux-ci sont à leur tour associés à une probabilité accrue de présenter des comportements suicidaires chez le PSP [1, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38].
- 16** *Obstacles à l'utilisation des services de santé psychologique* : Des barrières à la recherche d'aide et la stigmatisation réduisent l'utilisation de ces services. Selon la littérature sur le PSP et les militaires, certains obstacles semblent particulièrement saillants dans ces groupes [39, 40, 86]. L'encadré ci-dessous présente ces barrières à la recherche d'aide et des indicateurs de stigmatisation.



Obstacles à l'utilisation des services de santé psychologique

Barrières à la recherche d'aide	Indicateurs de stigmatisation
<ul style="list-style-type: none">• Méconnaissance des ressources d'aide• Difficulté à fixer un rendez-vous avec un professionnel ou une professionnelle• Préférence pour gérer seul ses problèmes• Découragement de l'utilisation des services par les supérieurs• Méconnaissance réelle ou perçue de la réalité policière par les services professionnels• Croyance que les services d'aide ne peuvent pas soutenir le personnel policier• Problèmes liés aux transports• Coûts élevés des services non remboursés	<ul style="list-style-type: none">• Craintes de brèches de la confidentialité du fait de consulter et du contenu des discussions durant la consultation• Crainte que l'utilisation du service d'aide entraîne des conséquences sur la carrière• Perception négative des collègues qui ont un problème de santé psychologique• Impression d'être jugé par les collègues et supérieurs en allant consulter

Facteur de risque précipitant

- 17** *Mise en investigation, suspension ou échec professionnel* : Ce facteur est identifié dans la littérature comme pouvant éventuellement précipiter une tentative de suicide ou un décès par suicide chez le personnel policier [41, 42].

Facteurs de protection universels individuels

- 18** *Plan de traitement des problèmes de santé psychologique* : En présence d'un problème de santé psychologique, le fait d'entreprendre rapidement un plan de traitement adéquat et d'y adhérer peut réduire le risque [3].
- 19** *Résilience et stratégies d'adaptation* : La résilience est le processus et le résultat d'une adaptation à des expériences de vie difficiles ou éprouvantes, notamment par la flexibilité mentale, émotionnelle et comportementale [43]. Les stratégies d'adaptation réfèrent aux pensées et comportements déployés en réponse aux stressors [44]. La résilience et les stratégies d'adaptation exercent un rôle de protection puisqu'elles permettent aux individus de faire face à l'adversité [3].
- 20** *Bien-être psychologique* : Le fait qu'une personne vive un état de bien-être peut généralement avoir un effet protecteur relativement au suicide [3].



Facteurs de protection universels sociaux

- 21** *Soutien social* : Il s'agit d'un facteur de protection important du suicide puisqu'il contribue à la résilience [3]. Le soutien social peut prendre plusieurs formes. Il peut provenir de la famille, des amis, des collègues ou des gestionnaires. Parmi les types de soutien, notons l'aide matérielle, les services, les marques d'affection, les conseils et la participation à des activités [45, 46]. Le soutien ne se limite pas à l'écoute attentive lorsqu'un problème se présente : la perception d'avoir du soutien social dans son entourage constitue un facteur de protection déterminant pour le suicide [3].
- 22** *Accès aux services de santé psychologique* : Un milieu qui facilite l'accès aux services de santé psychologique disponibles en tout temps peut contrebalancer la présence de certains facteurs de risque.

Facteurs de protection organisationnels spécifiques au contexte policier

- 23** *Sentiment d'appartenance* : Il s'agit à la fois du sentiment d'appartenir à une équipe, à l'organisation, à la profession. Le besoin de former des liens interpersonnels forts et stables a été identifié dans la littérature comme un besoin fondamental universel [47]. L'appartenance est ressentie lorsque des personnes qui interagissent se respectent mutuellement et se perçoivent comme une équipe [48, 49, 50]. Chez le personnel policier, comme la notion de groupe est centrale à l'identité et à l'exercice des fonctions, elle est considérée comme un facteur de protection du suicide [51, 52].

- 24** *Soutien des gestionnaires et des collègues* : Pour le PSP, le soutien des pairs, des gestionnaires et de la direction peut diminuer la sévérité des idéations suicidaires en dépit d'une exposition au stress professionnel [53]. Ces travailleurs et travailleuses vivent des expériences troublantes qu'ils préfèrent souvent taire à leurs proches [54]. Ainsi, il est plus facile d'en parler entre eux puisqu'ils ont vécu l'expérience en question ensemble, ou des situations similaires au cours de leur carrière. En revanche, le manque de soutien organisationnel a été identifié comme un facteur de risque de suicide chez le personnel policier présentant certains symptômes de troubles de santé psychologique. En effet, les policiers et policières qui rapportent à la fois un faible soutien organisationnel et des symptômes de TSPT élevés auraient une plus grande probabilité de vivre du désespoir [55], un facteur de risque important du suicide [3].

En somme, le risque suicidaire correspond à l'accumulation de facteurs de risque combinée à un déficit de facteurs de protection, et ces facteurs d'influence se situent sur les plans individuel, social et organisationnel. Mieux connaître les facteurs d'influence permet d'intervenir directement auprès de la personne considérée comme à risque de suicide ou encore de modifier son environnement social et organisationnel afin de minimiser le risque suicidaire. Les cadres supérieurs et gestionnaires qui reconnaissent les problèmes de santé psychologique comme un enjeu organisationnel important peuvent contribuer à la prévention du suicide en créant des environnements de travail favorables à la santé psychologique [56] et en favorisant l'accès des travailleurs et travailleuses les plus à risque de suicide à des services d'aide [57].

La recension d'interventions et de programmes de prévention du suicide chez le personnel policier

Plusieurs modèles catégorisent les interventions en prévention du suicide selon différents niveaux [3, 56, 58]. Dans son rapport sur les stratégies nationales de prévention du suicide, l'OMS définit trois niveaux de prévention [3]. Ces niveaux visent des groupes qui se distinguent par le risque suicidaire des personnes qui les composent. Le premier niveau vise l'ensemble de la population ; le deuxième, les personnes présentant des facteurs de risque suicidaire ; et le troisième, les personnes qui présentent un problème de santé psychologique ou des comportements suicidaires. Dans ce document, ces niveaux sont respectivement désignés par les termes « primaire », « secondaire » et « tertiaire ».²

En raison de l'aspect multidéterminé du suicide, la communauté scientifique recommande des programmes de prévention globaux, soit des ensembles structurés d'interventions [3]. Une intervention peut prendre plusieurs formes et cibler un ou plusieurs facteurs d'influence du suicide. Elle peut faire partie d'un programme de prévention ou être utilisée de façon autonome.

À partir du modèle de l'OMS, une revue de la littérature concernant la prévention du suicide et des problèmes de santé psychologique chez le personnel policier a été conduite pour informer les milieux policiers des interventions et des programmes existants.

Dans un premier temps, cette revue de la littérature scientifique avait comme objectif de recenser les articles scientifiques qui traitent spécifiquement de la prévention du suicide chez les policiers et policières. Elle visait aussi à recenser les études ayant évalué les effets des interventions et des programmes visant à prévenir ou à traiter les conséquences de l'exposition aux EPT sur la santé psychologique du PSP [59]. Cette littérature s'avère pertinente puisque l'exposition aux EPT, qui peut entraîner des conséquences sur la santé psychologique, est un facteur de risque pour la population policière qui doit être considéré pour la prévention du suicide.

Par la suite, une recension de la littérature grise, soit des écrits n'ayant pas été révisés par les pairs, a été entreprise. Elle visait à identifier des interventions et des programmes de prévention du suicide utilisés dans les milieux policiers ou pouvant répondre aux besoins des policiers et policières du Québec. Ainsi, des interventions s'adressant à la population générale, aux militaires et au PSP ont aussi été recensées lorsqu'elles semblaient pertinentes et transférables à la population policière.

« En raison de l'aspect multidéterminé du suicide, la communauté scientifique recommande des programmes de prévention globaux, soit des ensembles structurés d'interventions. »

Les interventions et programmes recensés en fonction des niveaux de prévention

Ces revues de littérature ont permis d'identifier un éventail d'interventions et de programmes qui ciblent un ou plusieurs facteurs d'influence du suicide. Tous les facteurs d'influence ne sont pas assortis d'une intervention ou d'un programme leur correspondant.

Des exemples d'interventions et de programmes identifiés dans les écrits se trouvent dans quatre tableaux annexés à ce document (voir l'annexe B). Pour chaque niveau de prévention, les facteurs d'influence ciblés et des types d'interventions sont décrits. Certaines interventions pourraient se retrouver dans plus d'un niveau, car elles répondent aux besoins de plus d'un groupe visé. Elles ont été classées dans un niveau particulier pour faciliter la lecture. Des programmes globaux sont aussi présentés.

2. L'OMS désigne les niveaux de prévention par les termes « universel, sélectif et indiqué » (OMS, 2014). Toutefois, les termes « primaire, secondaire et tertiaire » ont été privilégiés puisque leur usage est plus commun dans les milieux policiers.

Niveaux de prévention et types d'interventions ou programmes associés

Prévention primaire		1.1 Campagnes de sensibilisation
		1.2 Activités de formation et d'information
		1.3 Entraînement à la résilience
Prévention secondaire		2.1 Programmes d'aide aux employés et employées
		2.2 Activités de soutien des collègues et des gestionnaires ³
		2.3 Prise en charge globale des EPT
		2.4 Lignes d'écoute
		2.5 Postvention
Prévention tertiaire		3.1 Prise en charge des problèmes de santé psychologique
		3.2 Prise en charge des comportements suicidaires



3. Les termes « pairs-aidant(e)s » et « sentinelles » sont souvent évoqués dans la littérature sur la prévention du suicide et du stress post-traumatique. Considérant la variabilité et le chevauchement des définitions qui leur sont accolées, ces deux interventions ont été regroupées sous la catégorie « activités de soutien des collègues et des gestionnaires ».

Les interventions en prévention primaire

Le niveau de prévention primaire bénéficie à tout le personnel policier. Il s'agit d'interventions universelles qui ont pour cibles de diminuer la stigmatisation reliée à la santé psychologique, les barrières à la recherche d'aide (p. ex. : méconnaissance des services) et le stress chronique, ainsi que de renforcer les facteurs de protection tels que la résilience, les stratégies d'adaptation, le bien-être psychologique et le soutien social. Ainsi, dans les interventions associées à la prévention primaire, on trouve les campagnes de sensibilisation, les activités d'information et de formation et l'entraînement à la résilience. Les campagnes de sensibilisation sont des efforts organisés pour promouvoir la santé au moyen d'une sensibilisation accrue aux maladies, aux comportements sains et à d'autres sujets liés aux soins de santé [60] (**type d'intervention 1.1**). Il est recommandé de se concentrer sur un ou deux problèmes de santé psychologique et d'employer plusieurs canaux de diffusion, tels que les médias sociaux et les affiches [3]. En prévention du suicide, les activités de formation et d'information visent à améliorer les connaissances par rapport au suicide, la santé psychologique, les ressources disponibles et les compétences en matière de prévention (**type d'intervention 1.2**). Quant à l'entraînement à la résilience, il s'agit d'activités qui consistent à outiller le personnel policier pour qu'il puisse mieux s'adapter à l'adversité (**type d'intervention 1.3**).



« Ainsi, dans les interventions associées à la prévention primaire, on trouve les campagnes de sensibilisation, les activités d'information et de formation et l'entraînement à la résilience. »



Les interventions en prévention secondaire



La prévention secondaire, pour sa part, vise le personnel policier qui présente des facteurs de risque de suicide, incluant des facteurs précipitants. Il peut s'agir de policiers et policières qui vivent une transition, comme le départ à la retraite, une mise en investigation, un échec professionnel, une rupture ou un divorce, ou qui sont exposés à un EPT ou au suicide d'une ou d'un proche ou d'un ou d'une collègue. Ces interventions ont pour cibles de renforcer le soutien social, la résilience et les stratégies d'adaptation positives. Une autre cible d'interventions en prévention secondaire est de minimiser la stigmatisation liée à la santé psychologique et certaines barrières à la recherche d'aide, comme la disponibilité des ressources et la méconnaissance de la réalité policière par certains professionnels et professionnelles. La prévention secondaire comprend les Programmes d'aide aux employés et employés (PAE), le soutien des collègues et gestionnaires, les lignes d'écoute, la postvention et les programmes de prise en charge globale des EPT. Un PAE est un service de counseling confidentiel, généralement à court terme, s'adressant aux employés et employés ayant des difficultés personnelles et/ou professionnelles [61] (**type d'intervention 2.1**). Les activités de soutien des collègues et gestionnaires font référence à un large éventail d'approches dans lesquelles des personnes ayant des rôles ou des expériences partagées fournissent une aide structurée à leurs pairs [33] (**type d'intervention 2.2**). Les programmes de prise en charge globale des EPT sont un ensemble organisé d'interventions ayant pour but de prévenir le trouble de stress post-traumatique (TSPT), de soutenir les policières et policiers impliqués dans un événement potentiellement traumatique et de favoriser le rétablissement de ceux et celles qui en sont affectés [62] (**type d'intervention 2.3**). En ce qui concerne les lignes d'écoute, elles peuvent être assurées par du personnel policier et des professionnelles ou professionnels formés au contexte policier vers lesquels les personnes concernées peuvent se tourner lorsque tout autre soutien social ou professionnel est indisponible ou non souhaité [3] (**type d'intervention 2.4**). La postvention englobe les interventions déployées après qu'un suicide soit survenu dans une organisation [63] (**type d'intervention 2.5**). Ce type d'intervention permet d'offrir du soutien aux personnes exposées à un suicide.

« La prévention secondaire comprend les Programmes d'aide aux employés et employés (PAE), le soutien par des collègues et gestionnaires, les lignes d'écoute, la postvention et la prise en charge globale des EPT. »



Les interventions en prévention tertiaire

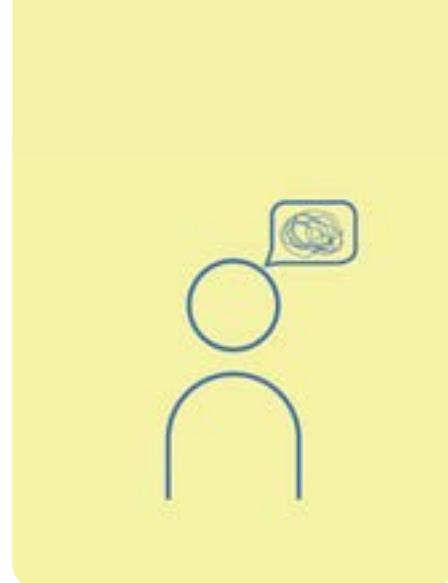
La prévention tertiaire vise spécifiquement les policiers et policières ayant des facteurs de risque majeurs de suicide, dont des problèmes de santé psychologique ou des comportements suicidaires. Les cibles de ces interventions sont de réduire les barrières à la recherche d'aide, les problèmes de santé psychologique, les comportements suicidaires et l'accès à l'arme à feu des policiers et policières les plus à risque. Les interventions de niveau tertiaire comportent la prise en charge des problèmes de santé psychologique (**type d'intervention 3.1**) et la prise en charge des comportements suicidaires (**type d'intervention 3.2**).

Des exemples de programmes globaux de prévention du suicide pour le personnel policier et les militaires

Le Programme de prévention du suicide du Service de police de la Ville de Montréal (SPVM), « Ensemble pour la vie », est un exemple de programme global (**exemple de programme 4.1**). Il se compose principalement de quatre types d'interventions, soit une campagne de sensibilisation (prévention primaire), une ligne d'écoute assurée par des policiers et policières volontaires (prévention secondaire), une formation d'une demi-journée pour tout le personnel policier sur la nature du suicide, les ressources disponibles et la responsabilité collective d'aider les collègues en difficulté (prévention primaire-secondaire) et une formation d'une journée pour les superviseurs et superviseuses et les représentants et représentantes syndicaux sur l'identification du risque suicidaire et sur les façons d'aider (prévention tertiaire).

Parallèlement, le SPVM a mis en place des interventions distinctes qui ne font pas partie du Programme global de prévention du suicide, mais qui peuvent aussi contribuer à la prévention. Avant l'implantation du programme de prévention du suicide, le SPVM s'était déjà doté du Programme d'aide au personnel policier (PAPP) dont la réputation est excellente [64]. Cette initiative mise sur la disponibilité des services adaptés, la réduction de la stigmatisation et la prise en charge des problèmes de santé psychologique. Une intervention de soutien par les pairs y a été ajoutée après la réalisation d'une première évaluation du programme de prévention du suicide [64, 65]. Il est à noter que le SPVM a aussi mis en œuvre d'autres interventions proactives qui consistent à aller vers le personnel afin de diminuer la stigmatisation et protéger la santé psychologique. La formation « préparation aux incidents critiques » en est un exemple [66].

En raison du succès de ce programme, dont les effets seront décrits ultérieurement, le SPVM a collaboré avec d'autres villes ou régions dont York, en Ontario, Los Angeles, aux États-Unis, et Genève, en Suisse, pour y implanter des programmes similaires.



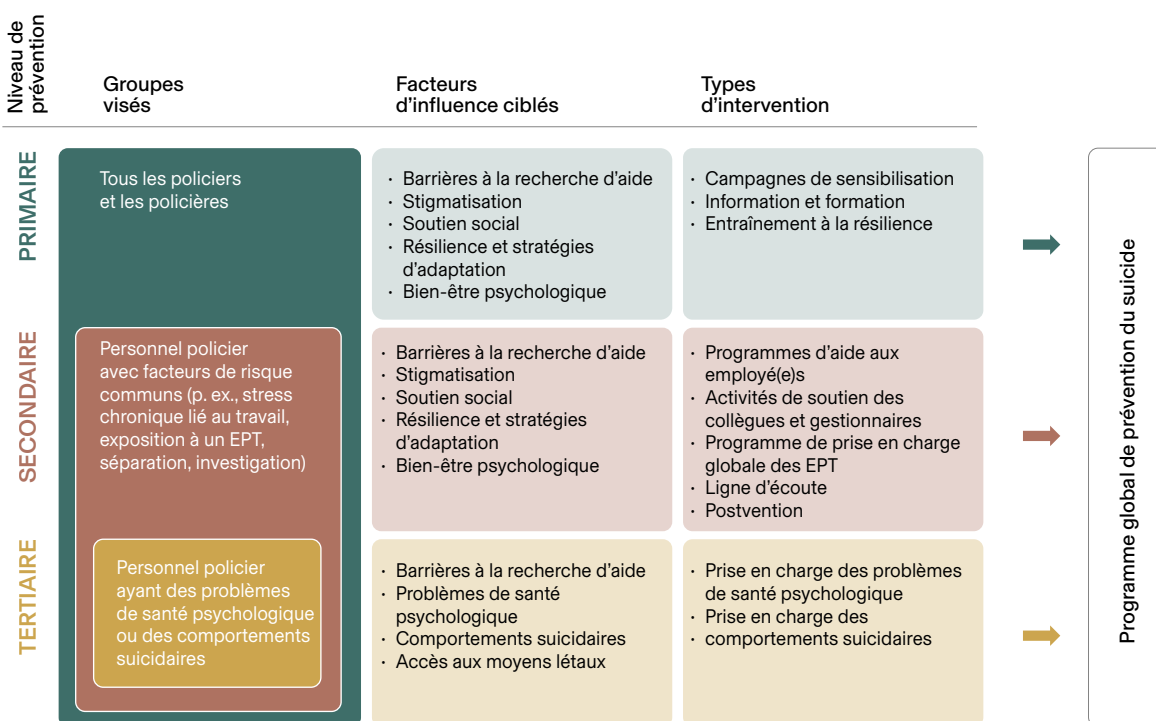
« Dans les interventions de niveau tertiaire se trouvent la prise en charge des problèmes de santé psychologique et la prise en charge des comportements suicidaires. »



Un autre programme global est celui des forces de l'Armée de l'air américaine (**exemple de programme 4.2**). Il incluait initialement 11 interventions principalement menées au niveau primaire (p. ex. : des campagnes de sensibilisation, des activités d'information sur la santé psychologique) et secondaire (p. ex. : l'évaluation du risque suicidaire des officiers et officières mis en investigation, un programme de prise en charge globale des EPT et une politique de confidentialité accrue pour la consultation des services d'aide de santé psychologique par le personnel sous investigation) [67, 68]. Depuis, ce programme a été bonifié avec l'ajout d'autres interventions, telles que l'inclusion des proches dans des activités d'entraînement à la résilience (prévention primaire), la postvention (prévention secondaire) et la restriction de l'accès aux moyens létaux pour les officiers et officières à risque (prévention tertiaire).

Ainsi, en intervenant à différents niveaux, les organisations policières pourront répondre à différents besoins de leur personnel. Les organisations peuvent se référer au schéma intégrateur afin de développer un programme global de prévention du suicide pour le personnel policier.

Schéma intégrateur de la prévention du suicide pour le personnel policier



Les effets des interventions et programmes en prévention du suicide chez le personnel policier

La recension des écrits révèle l'existence de nombreuses interventions et programmes, dont la plupart n'ont pas été évalués scientifiquement. Néanmoins, les études suivantes figurent parmi celles qui ont mesuré les effets de certaines interventions et programmes de prévention primaire, secondaire, tertiaire et de programmes globaux.

Les effets des interventions et programmes en prévention primaire

Il est difficile d'évaluer les retombées sur le suicide de la prévention primaire dont les cibles directes se situent en amont de la détresse (p. ex. la résilience et les stratégies d'adaptation). Les données probantes sur la prévention primaire ne portent pas sur les changements dans les comportements suicidaires et le suicide, mais plutôt sur l'amélioration de la santé psychologique en général [59]. Les études en question ont évalué les effets de programmes d'entraînement à la résilience sur certains facteurs de risque et de protection liés au suicide.

Une étude canadienne a vérifié l'efficacité de l'intervention « Road to Mental Readiness » (R2MR) pour réduire la stigmatisation chez le personnel policier municipal. La perception négative des policiers et policières envers les collègues souffrant d'un problème de santé psychologique a été mesurée avant et après la participation à cette intervention. La réduction de cet indicateur de stigmatisation était significative immédiatement après la séance de formation, mais l'effet ne s'était pas maintenu six mois et 12 mois plus tard [16]. Des séances de rafraîchissement sont donc indiquées pour cette intervention [16].

Des études réalisées à l'international ont montré des effets de l'entraînement à la résilience sur d'autres facteurs d'influence du suicide. Certaines de ces interventions semblent efficaces pour augmenter la résilience et modifier positivement l'utilisation de certaines stratégies d'adaptation chez le personnel policier [69, 70, 71, 72]. De plus, ces recherches indiquent que participer à de telles formations est associé à d'autres bienfaits, comme davantage de bien-être psychologique et moins de symptômes de dépression, d'anxiété, de TSPT et de consommation abusive d'alcool [69, 70, 71, 72].



Les effets des interventions et programmes en prévention secondaire

Chez les policiers et policières, la prévention secondaire a été étudiée relativement à la stigmatisation de la santé psychologique et aux barrières à la recherche d'aide. Il s'agissait d'études portant sur des interventions de soutien par les pairs.

Au service de police de York, en Ontario, un service de pairs-aidantes et aidants a été implanté afin de soutenir le personnel policier face aux EPT et aux stresseurs organisationnels (p. ex. : le processus de promotion, la culture policière et le manque de soutien de la part des superviseurs et superviseuses). Des questions ont été posées aux policiers et policières qui exercent le rôle de pair-aidant afin d'explorer l'effet du soutien par les pairs sur leurs collègues. Dans cette étude, ces personnes affirmaient que leurs interventions amélioraient les connaissances du personnel policier sur la santé psychologique et réduisaient la stigmatisation dans leur milieu, notamment en réduisant les craintes reliées à la demande d'aide. Les pairs-aidantes et aidants qui avaient vécu une expérience traumatique affirmaient que leur expérience personnelle leur donnait une forme de crédibilité qui facilitait la demande d'aide de leurs collègues [73].

Une étude britannique a vérifié si les obstacles à la recherche d'aide étaient moins présents dans des services de police où le « Trauma Risk Management » (TRiM) est implanté. Une intervention basée sur les premiers soins psychologiques où des policiers et policières évaluent chez leurs pairs le risque de développer une détresse psychologique à la suite d'une exposition à un EPT [74]. Dans cette étude, les services avaient mis le TRiM en pratique depuis au moins sept ans. La recherche a montré que certains indicateurs de stigmatisation (p. ex. les préoccupations par rapport aux attitudes des collègues face aux problèmes de santé psychologique) et les barrières à la recherche d'aide (p. ex. la méconnaissance des ressources) sont perçues comme moindres dans les départements et services de police qui utilisent le TRiM [74]. Donc, après des années d'implantation, le soutien par les pairs semble réduire la stigmatisation en induisant un changement d'ordre organisationnel, soit l'amélioration des attitudes envers les problèmes de santé psychologiques et l'acceptabilité de la demande d'aide [74].



Plusieurs modèles d'intervention post événement sont à la disposition des organisations, mais les données disponibles n'indiquent pas clairement qu'un modèle soit efficace pour prévenir l'apparition du TSPT chez les adultes exposés à un EPT [75]. Néanmoins, certains spécialistes recommandent d'assurer une veille attentive dans le mois qui suit un EPT pour vérifier le besoin d'aide supplémentaire, et si nécessaire, de diriger la personne vers des services professionnels [75]. Les premiers soins psychologiques sont un exemple d'intervention qui intègre la veille attentive.

Les effets des interventions et programmes en prévention tertiaire

Les études sur les interventions et programmes situés spécifiquement à ce niveau ont mesuré des facteurs de risque importants du suicide, comme les problèmes de santé psychologique et les comportements suicidaires. Elles ont porté sur la prise en charge des troubles de santé psychologique chez le PSP et les vétérans et vétéranes.

L'efficacité de la psychothérapie pour le TSPT a été évaluée chez le personnel policier. Des recherches montrent que la thérapie cognitive comportementale (TCC) est associée à une réduction des taux de TSPT observée six mois et deux ans suivant la fin du traitement [76, 77]. Elle a aussi des effets indirects sur les comportements suicidaires. Chez des vétérans et vétéranes présentant à la fois un TSPT et des idéations suicidaires, la réduction des symptômes du TSPT au moyen de cette approche thérapeutique avait eu pour conséquence de réduire les idéations suicidaires [78].

Les idéations suicidaires semblent aussi avoir diminué chez les policiers et policières qui participent à un programme de thérapie intensive pour le TSPT. C'est ce que révélait l'évaluation du West Coast Post Trauma Retreat, auquel ont participé un groupe de PSP dont environ la moitié était du personnel policier [79]. Participer au programme a été associé à une diminution significative des idéations suicidaires. De plus, certains participants et participantes qui avaient des idées suicidaires avant d'intégrer le programme ont affirmé, par la suite, que l'efficacité du traitement les avait dissuadés de faire une tentative de suicide. Il apparaît donc important d'effectuer un dépistage des idéations suicidaires avant et après la participation à ce type de programme et d'offrir un suivi et un soutien ponctuel à ceux et celles qui l'ont terminé [3].

Il existe plusieurs approches psychothérapeutiques pour le TSPT. Celles qui sont recommandées pour les adultes incluent notamment la TCC pour le TSPT et le Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) [75]. Pour les adultes ayant un diagnostic de TSPT ou des symptômes de TSPT cliniquement importants qui se sont manifestés plus de trois mois après un événement traumatique ne souhaitant pas s'engager dans une psychothérapie comme la TCC pour le TSPT ou l'EMDR en face à-face, la TCC pour le TSPT assistée par ordinateur peut être envisagée. En revanche, cette formule est contre-indiquée pour les individus qui présentent des symptômes plus sévères de TSPT (en particulier des symptômes dissociatifs) et pour les individus qui représentent un danger pour eux-mêmes ou pour autrui [75].



Les effets de programmes globaux de prévention du suicide

Des études sur des programmes globaux de prévention du suicide chez le personnel policier se sont intéressées à leurs effets sur les décès par suicide. Une méta-analyse basée sur six études montre que les taux de suicide diminuent de moitié lorsque de tels programmes sont implantés chez le PSP et les militaires [80]. Les études incluses comptaient les évaluations des programmes de prévention du suicide du SPVM et de l'Armée de l'air américaine.

Le programme « Ensemble pour la vie » s'est avéré efficace pour réduire le taux de suicide chez les policiers et policières. Une première recherche a documenté la diminution des taux après son implantation en 1998 [64]. Les résultats montrent que le taux de suicide annuel moyen chez le personnel policier de Montréal est passé de 30,5 à 6,4 par 100 000 personnes, une diminution de 79 %. Après 1998, le taux de suicide chez les autres policiers et policières du Québec a connu une augmentation non significative, soit de 26,0 à 29,0 par 100 000 personnes. La diminution du taux de suicide au SPVM n'a pas été observée chez les autres corps de police. Conséquemment, le recul des taux de suicide chez le personnel policier de Montréal est fort probablement attribuable aux mesures comprises dans le programme « Ensemble pour la vie ». Une seconde évaluation a permis de conclure que l'efficacité de celui-ci s'est maintenue dans le temps. En effet, le taux de suicide au SPVM est resté stable jusqu'en 2018 [65].



L'évaluation du programme du SPVM a montré que des gestionnaires et représentants ou représentantes syndicaux ayant participé à la formation sur l'intervention auprès d'une personne suicidaire ont appliqué leurs apprentissages parmi des policiers et policières à risque [64]. En effet, à la suite de la formation, des adaptations du contexte de travail de la personne en détresse, des références au PAPP, l'implication d'autres personnes pour renforcer le soutien social et les conditions de retrait de l'arme de service ont été appliquées à certains policiers et policières. Il est donc possible de constater que la formation a pu avoir pour effet d'amener les gestionnaires et représentants et représentantes syndicaux à agir sur certains facteurs de risque ou de protection du suicide.

Le programme global de prévention du suicide de l'Armée de l'air américaine est aussi reconnu pour son efficacité. Une première évaluation datant de 2003 a montré un recul de 33 % des taux de suicide à la suite de son implantation [67]. Une seconde évaluation publiée en 2010 a révélé que les effets s'étaient maintenus, à l'exception de l'année 2004 [68]. Les auteurs constatent que plusieurs des interventions comprises dans ce programme avaient été appliquées moins rigoureusement au cours de 2004, année où le taux de suicide des militaires a connu une augmentation ponctuelle, ce qui souligne l'importance de maintenir les efforts en prévention du suicide afin que les effets demeurent.

Les résultats présentés précédemment montrent que, individuellement, les interventions et programmes situés à chacun des trois niveaux peuvent avoir des effets complémentaires et pertinents sur la prévention du suicide, notamment en modifiant des facteurs d'influence. La prévention tertiaire pourrait prévenir à cet égard des tentatives de suicide parmi les policiers et policières qui présentent des facteurs de risques majeurs de suicide. En combinant cette approche à des interventions des niveaux primaires et secondaires, il serait possible de réduire le nombre de policiers et policières chez qui l'accumulation de facteurs de risque entraîne le développement de problèmes de santé psychologique ou de comportements suicidaires. En ligne avec les recommandations générales en santé publique [3], des programmes globaux et durables sont souhaitables pour réduire les taux de suicide.

Pistes d'action

Cette section regroupe des pistes d'action dont l'efficacité pour la prévention du suicide est soutenue par des données probantes ou qui ont été ajoutées à des programmes reconnus comme efficaces. Étant les plus opérationnelle possible, ces pistes d'action s'adressent spécifiquement aux acteurs et actrices des organisations policières qui souhaitent mettre en place un programme de prévention du suicide. Des éléments à considérer pour leur mise en œuvre dans le contexte spécifique des organisations policières québécoises sont également présentés.

Les pistes d'action proposées visent à favoriser la santé psychologique du personnel policier québécois, à faciliter la demande d'aide et à fournir une réponse adéquate à ceux et celles qui éprouvent de la détresse psychologique, des problèmes de santé psychologique ou des comportements suicidaires. Comme mentionné précédemment, un ensemble d'interventions agissant sur les facteurs de risque et de protection du suicide est susceptible de prévenir les gestes suicidaires chez le personnel policier.

La prévention du suicide requiert la participation de tous les membres des organisations policières. Un ensemble d'interventions axées sur la sensibilisation et la formation permettra d'outiller tout le personnel policier à offrir de l'aide ponctuelle aux collègues et à certains policiers et policières d'acquérir des compétences plus poussées leur permettant d'intervenir dans des moments critiques. De plus, pour que chaque personne joue son rôle, un fort appui organisationnel est nécessaire. En ce sens, aller vers une culture organisationnelle bienveillante nécessite une volonté réelle de la part des directions de même que l'implication de l'ensemble des parties prenantes.

Schéma intégrateur de la prévention du suicide du personnel policier et pistes d'action

Niveau de prévention	Groupes visés	Facteurs d'influence ciblés	Types d'intervention
PRIMAIRE	Tous les policiers et les policières	<ul style="list-style-type: none"> Barrières à la recherche d'aide Stigmatisation Soutien social Résilience et stratégies d'adaptation Bien-être psychologique 	<ul style="list-style-type: none"> Campagnes de sensibilisation Information et formation Entraînement à la résilience
SECONDAIRE	Personnel policier avec facteurs de risque communs (p. ex., stress chronique lié au travail, exposition à un EPT, séparation, investigation)	<ul style="list-style-type: none"> Barrières à la recherche d'aide Stigmatisation Soutien social Résilience et stratégies d'adaptation Bien-être psychologique 	<ul style="list-style-type: none"> Programmes d'aide aux employé(e)s Activités de soutien des collègues et gestionnaires Programme de prise en charge globale des EPT Ligne d'écoute Postvention
TERTIAIRE	Personnel policier ayant des problèmes de santé psychologique ou des comportements suicidaires	<ul style="list-style-type: none"> Barrières à la recherche d'aide Problèmes de santé psychologique Comportements suicidaires Accès aux moyens létaux 	<ul style="list-style-type: none"> Prise en charge des problèmes de santé psychologique Prise en charge des comportements suicidaires

Pistes d'action

- A. Déployer une campagne de sensibilisation.
- B. Offrir une activité d'information sur la santé psychologique et le suicide.
- C. Offrir des activités visant le renforcement de la résilience et promouvoir des stratégies d'adaptation positives et le bien-être psychologique.
- D. Organiser l'accès à des ressources d'aide professionnelles, notamment dans un PAE.
- E. Implanter un programme visant à augmenter le soutien des collègues et des gestionnaires.
- F. Implanter un programme de prise en charge globale des EPT.
- G. Offrir une ligne d'écoute à tout le personnel policier.
- H. Implanter un programme de postvention dans chaque organisation policière.
- I. Rédiger une procédure à appliquer lorsqu'un policier ou une policière présente des problèmes de santé psychologique, des idées suicidaires actives ou des comportements suicidaires.
- J. Déterminer les situations qui indiquent que la possession de l'arme de service pourrait représenter un danger.
- K. Offrir une formation sur le dépistage du risque suicidaire et sur les façons de porter assistance aux personnes suicidaires.
- L. Formaliser des ententes avec des ressources d'aide de première ligne pour les urgences suicidaires.
- M. Structurer un programme global de prévention du suicide pour le personnel policier en combinant des interventions situées à différents niveaux de prévention.

Programme global de prévention du suicide

Prévention primaire



La prévention primaire s'adresse à l'ensemble de la population policière. Elle intervient avant même que des comportements suicidaires surviennent. Elle a pour cibles de diminuer la stigmatisation liée à la santé psychologique et les barrières à la recherche d'aide, d'augmenter la résilience, le soutien social et le bien-être psychologique et de promouvoir des stratégies d'adaptation positives. Les pistes d'action qui vont en ce sens consistent à sensibiliser et à informer sur la santé psychologique et le suicide ainsi qu'à offrir des activités de renforcement de la résilience.

A Piste d'action : Déployer une campagne de sensibilisation visant à réduire la stigmatisation associée aux problématiques de santé psychologique et les barrières à la recherche d'aide (p. ex. la méconnaissance des ressources).

Éléments à considérer

- Les messages de sensibilisation doivent être adaptés à la population visée [3].
- Certains indicateurs de stigmatisation, qui semblent plus répandus, devraient être ciblés davantage. Par exemple, la crainte que consulter par rapport à la santé psychologique nuise à la carrière [39].

B Piste d'action : Offrir à tout le personnel policier, gestionnaires et représentants ou représentantes des syndicats une activité d'information sur la santé psychologique et le suicide de même que sur les ressources disponibles afin de favoriser le soutien social, réduire la stigmatisation et les barrières à la recherche d'aide.

Élément à considérer

- Le personnel policier apprécie que les formations soient animées par des policiers et policières ayant vécu des difficultés, qui ont demandé de l'aide et qui se portent bien aujourd'hui. À cet effet, les activités d'information du programme du SPVM sont dorénavant animées par un ou une psychologue et un policier ou une policière ayant une expérience personnelle liés à la santé psychologique [65].

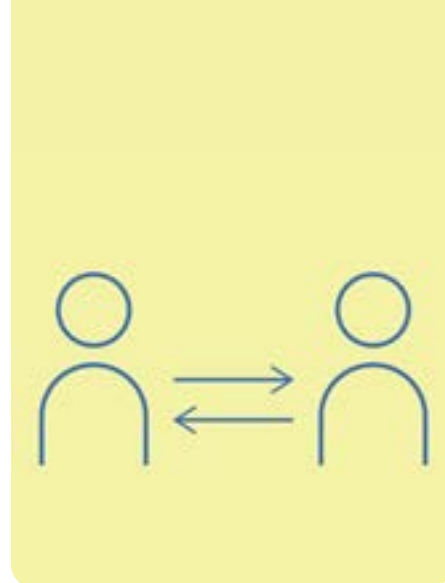
C Piste d'action : Offrir au personnel policier des activités visant le renforcement de la résilience et promouvoir des stratégies d'adaptation positives et le bien-être psychologique.

Éléments à considérer

- L'implication de policières et policiers expérimentés et de gestionnaires en collaboration avec des professionnels et professionnelles de la santé psychologique est fortement encouragée lors de la conception ou de l'adaptation de ces ateliers [69].
- La participation est facilitée lorsqu'elle est permise durant les heures de travail [71].

Prévention secondaire

La prévention secondaire vise les policiers et policières qui présentent certains facteurs de risque de suicide. Elle a pour cibles de favoriser l'accès aux services d'aide en réduisant les barrières à la recherche de soutien (p. ex. la méconnaissance des ressources d'aide) et la stigmatisation (p. ex. les préoccupations par rapport aux attitudes des collègues face aux problèmes de santé psychologique) ainsi que d'augmenter le soutien social, la résilience et les stratégies d'adaptation. Les pistes d'action correspondantes consistent à organiser l'accès à des ressources professionnelles, à implanter des activités de soutien des collègues et gestionnaires, à gérer les EPT, ainsi qu'à offrir une ligne d'écoute et un programme de postvention.



D **Piste d'action :** Organiser l'accès à des ressources professionnelles, notamment dans un PAE, en considérant des mesures qui réduiront les obstacles à la recherche d'aide. Les actions qui vont en ce sens incluent :

- Dresser une liste des ressources d'aide professionnelles en s'assurant d'y intégrer des intervenantes ou intervenants formés à la réalité policière;
- Accueillir les professionnels et professionnelles de la santé psychologique dans des activités de proximité (p. ex. : patrouille, rassemblement) afin de les familiariser à la réalité policière et d'accoutumer le personnel policier à ces ressources;
- Promouvoir les services d'aide auxquels le personnel policier a accès dans son organisation;
- Permettre au personnel policier de consulter sur les heures de travail;
- Offrir les services en virtuel pour améliorer l'accès dans les régions où ils peuvent être moins disponibles;
- Informer le personnel policier de l'aspect confidentiel du processus de consultation avec des professionnels et professionnelles en santé psychologique;
- Cibler les situations organisationnelles où du soutien pourrait être offert aux policiers et policières (p. ex. : mise en investigation, suspension ou échec professionnel);
- Maintenir l'accès aux services après le départ à la retraite.

E **Piste d'action :** Implanter un programme visant à augmenter le soutien des collègues et gestionnaires en réaction à des stresseurs individuels, familiaux et organisationnels.

Éléments à considérer

- La sélection des pair-aidantes ou aidants peut se baser sur des critères tels qu'une expérience de travail suffisante, une mise en candidature par des collègues, une approbation de la candidature par une équipe de pairs et de cliniciens ou de cliniciennes, posséder diverses qualités, comme une bonne écoute [66, 81].
- Comme ce rôle s'ajoute au travail émotionnel régulier du policier ou de la policière, il est important de s'assurer du bien-être des pair-aidantes ou aidants [82].
- Soutenir l'implantation de réseaux de sentinelles dans divers milieux de vie, dont celui du travail, est une des mesures comprises dans la Stratégie nationale de prévention du suicide 2022-2026 du gouvernement du Québec [83].



F **Piste d'action :** Implanter un programme de prise en charge globale des EPT qui inclut notamment des actions de soutien après un EPT.

Élément à considérer

- La littérature comporte des modèles de soutien par les pairs les impliquant après un EPT [84].

G **Piste d'action :** Mettre à la disposition de tout le personnel policier une ligne d'écoute assurée par des pairs ou par des professionnelles ou professionnels formés à la réalité policière.

Éléments à considérer

- Recruter des policiers et des policières ayant des profils variés permettrait aux personnes de parler avec une pair-aidante ou aidant qui partage leur réalité ;
- Dans l'État du New Jersey, aux États-Unis, la ligne d'écoute COP 2 COP offre la possibilité de s'adresser à des policiers ou policières à la retraite et à des professionnels ou professionnelles en santé psychologique [85].

H **Piste d'action :** Implanter un programme de postvention dans chaque organisation policière.

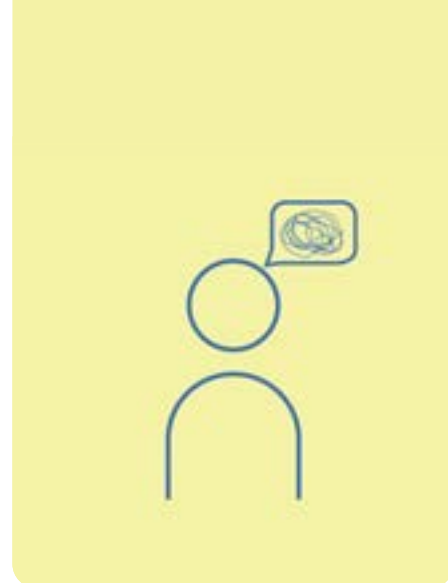
Élément à considérer

- Le programme de postvention de l'Association québécoise de prévention du suicide serait à adapter aux milieux policiers afin que les lignes directrices répondent davantage à leur réalité et à leurs besoins. Chaque organisation pourrait par la suite le transposer à son contexte.
- La Sûreté du Québec a mis en place un protocole de postvention qui pourrait être adapté pour les besoins des services de police municipaux.



Prévention tertiaire

La prévention tertiaire se concentre sur les policiers et les policières les plus à risque de suicide, comme ceux et celles qui ont un problème de santé psychologique (p. ex. : TSPT, abus de substance, dépression), des idéations suicidaires actives ou un antécédent de tentative de suicide récente. Elle a pour cibles de réduire les barrières à la recherche d'aide, les problèmes de santé psychologique, les comportements suicidaires et l'accès au moyen d'attenter à ses jours en retirant l'arme de service dans des conditions particulières. Les pistes d'action qui vont en ce sens consistent à planifier les gestes à poser face aux personnes les plus à risque, à déterminer les situations nécessitant l'évaluation du retrait de l'arme, à former le personnel au dépistage du risque suicidaire et à intervenir auprès des policiers et policières présentant des idées suicidaires ainsi qu'à conclure des ententes avec des ressources d'aide de première ligne.



I Piste d'action : Rédiger une procédure à appliquer lorsqu'un policier ou une policière présente des problèmes de santé psychologique, des comportements suicidaires ou des idées suicidaires actives. Voici des exemples d'actions qui pourraient être déployées :

- dépister ou évaluer le risque suicidaire ;
 - évaluer la nécessité de désarmer la personne, et le faire le cas échéant (voir piste d'action J) ;
 - accompagner la personne vers des ressources d'aide professionnelles ;
 - mobiliser le réseau de soutien ;
 - maintenir un contact avec la personne durant son absence, incluant la préparation de son retour au travail ;
 - lors de son retour au travail, et si son arme lui a été retirée, appliquer la procédure d'évaluation de l'aptitude au port de l'arme ;
 - lui assurer un soutien accru dans les semaines qui suivent son retour au travail.
-



J **Piste d'action :** Déterminer les situations indiquant que la possession de l'arme de service pourrait représenter un danger pour le policier ou la policière, ou pour autrui, et qui entraîneraient une évaluation de la nécessité du retrait de l'arme, par exemple :

- l'expression d'idées suicidaires actives ;
 - une tentative de suicide récente ;
 - l'expression d'une détresse psychologique marquée en raison d'une situation personnelle ou professionnelle (ex. : divorce ou conflits familiaux, mise en investigation, échec professionnel, douleur chronique) ;
 - une absence du travail pour un problème de santé psychologique ;
 - une absence du travail de plus de 14 jours ;
 - sur recommandation d'un professionnel ou d'une professionnelle de la santé.
-

K **Piste d'action :** Offrir aux personnes susceptibles d'intervenir auprès de policiers et policières présentant des idées suicidaires actives ou des comportements suicidaires (ex. : gestionnaires, représentants ou représentantes syndicaux, pairs-aidant(e)s) une formation sur le dépistage du risque suicidaire et les façons de porter assistance à ces personnes (p. ex. : diriger vers les ressources d'aide, retirer l'arme de service, solliciter le soutien des proches).

L **Piste d'action :** Formaliser des ententes avec des ressources d'aide de première ligne pour les urgences suicidaires. Par exemple, conclure une entente avec un centre hospitalier pour créer des corridors d'accès aux services facilitant la prise en charge d'un policier ou d'une policière en crise suicidaire.

Prévention globale

M **Piste d'action :** Structurer un programme global de prévention du suicide pour le personnel policier en combinant des interventions situées à différents niveaux de prévention.

Conclusion

La littérature scientifique et l'expérience de certains programmes implantés dans des services de police permettent d'affirmer que c'est la combinaison de plusieurs interventions qui aura les effets les plus significatifs sur la prévention du suicide chez le personnel policier. Agencer la sensibilisation, la formation, l'organisation et l'offre de soutien ainsi que la planification des interventions à mettre en œuvre en cas de risque suicidaire est indiqué.

Pour le secteur policier, l'accès à des services d'aide adaptés, familiers à la réalité de leur travail, demeure un enjeu. De plus, leur utilisation est compromise par les barrières à la recherche d'aide de même que par la stigmatisation, d'où l'importance de cibler ces enjeux.

Il est important de noter que la prévention du suicide est une responsabilité partagée qui concerne tout le personnel des organisations policières, et il est primordial d'agir de manière concertée pour favoriser l'implantation des actions. De plus, un engagement à long terme et en continu est essentiel pour soutenir les actions de prévention et ainsi contribuer à améliorer la santé psychologique du personnel policier. Les organisations policières qui planteront des interventions proposées dans ce document mettront en place un filet de sécurité qui peut sauver la vie de policiers et de policières.

Pour appuyer les organisations policières dans la prévention du suicide, d'autres actrices et acteurs peuvent également être mis à contribution, notamment les centres de recherche pour l'évaluation des programmes mis en œuvre dans les milieux de travail.

Enfin, la prévention du suicide est un enjeu qui touche d'autres milieux de l'urgence. Les pistes d'action présentées dans ce rapport pourraient être utiles à d'autres organisations qui emploient du personnel de la sécurité publique.

« Les organisations policières qui planteront des interventions proposées dans ce document mettront en place un filet de sécurité qui peut sauver la vie de policiers et de policières. »

Pour communiquer avec des ressources en prévention du suicide

Ligne d'écoute de la maison de thérapie La Vigile **1 888-315-0007**

Le service d'intervention par clavardage, offert sur ordinateur au **suicide.ca**, ou en téléchargeant gratuitement l'application pour appareil mobile « **Mes outils** »

Par téléphone au **1 866 APPELLE (277-3553)**

Ces services sont gratuits et disponibles **24 heures sur 24, 7 jours sur 7, partout au Québec**. Vous pouvez aussi consulter votre programme d'aide aux employé(e)s, s'il y a lieu.

Bibliographie

- [1]. Di Nota, P. M., Anderson, G. S., Ricciardelli, R., Carleton, R. N. et Groll, D. (2020). Mental disorders, suicidal ideation, plans and attempts among Canadian police. *Occupational Medicine*, 70(3), 183-190. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqaa026>
- [2]. Office of the Chief Coroner. (2019). *Staying visible, staying connected, for life: Report of the expert panel on police officer deaths by suicide*. Office of the Chief Coroner. <https://www.mcscs.jus.gov.on.ca/english/Deathinvestigations/OfficeChiefCoroner/Publicationsandreports/StayingVisible.html>
- [3]. Organisation mondiale de la Santé. (2014). *Prévention du suicide : l'état d'urgence mondial*. OMS. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/131801/9789242564778_fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- [4]. Mishara, B. L. et Tousignant, M. (2004). *Comprendre le suicide*. Presses de l'Université de Montréal.
- [5]. Lévesque, P. P. et Perron, P.-A. (2023). *Les comportements suicidaires au Québec : portrait 2023*. INSPQ.
- [6]. Lévesque, P., Genest, C. et Rassy, J. (2022). *Le suicide au Québec : 1981 à 2019 : mise à jour 2022*. INSPQ. <https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2842-suicide-quebec-2022.pdf>
- [7]. Statistique Canada. (2022). *Tableau 35-10-0076-01 : personnel policier et certaines statistiques de la criminalité*. Statistique Canada.
- [8]. Lebeau, M. (2022). *Valeurs estimées par le Groupe connaissance et surveillance statistique (GCSS) de la Direction de la recherche de l'IRSST (CNESST; 2014-2019) [Données non publiées]*. IRSST.
- [9]. Stanley, I. H., Hom, M. A. et Joiner, T. E. (2016). A systematic review of suicidal thoughts and behaviors among police officers, firefighters, EMTs, and paramedics. *Clinical Psychology Review*, 44, 25-44. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.12.002>
- [10]. Loo, R. (2003). A meta-analysis of police suicide rates: Findings and issues. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 33(3), 313-325. <https://doi.org/10.1521/suli.33.3.313.23209>
- [11]. Violanti, J. M. (2010). Suicide or undetermined? A national assessment of police suicide death classification. *International Journal of Emergency Mental Health*, 12(2), 89-94.
- [12]. Pearce, N., Checkoway, H. et Kriebel, D. (2007). Bias in occupational epidemiology studies. *Occupational and Environmental Medicine*, 64(8), 562-568.
- [13]. American Psychological Association. (2023). *Mental health*. <https://dictionary.apa.org/mental-health>
- [14]. American Psychological Association. (2023). *Distress*. <https://dictionary.apa.org/distress>
- [15]. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5* (5^e éd.). APA.
- [16]. Carleton, R. N., Korol, S., Mason, J. E., Hozempa, K., Anderson, G. S., Jones, N. A., . . . Bailey, S. (2018). A longitudinal assessment of the road to mental readiness training among municipal police. *Cognitive Behaviour Therapy*, 47(6), 508-528.
- [17]. Patten, S. B. et Schopflocher, D. (2009). Longitudinal epidemiology of major depression as assessed by the Brief Patient Health Questionnaire (PHQ-9). *Comprehensive Psychiatry*, 50(1), 26-33. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2008.05.012>
- [18]. Van Ameringen, M., Mancini, C., Patterson, B. et Boyle, M. H. (2008). Post-traumatic stress disorder in Canada. *CNS Neuroscience & Therapeutics*, 14(3), 171-181. <https://doi.org/10.1111/j.1755-5949.2008.00049.x>
- [19]. Ribeiro, J. D., Franklin, J. C., Fox, K. R., Bentley, K. H., Kleiman, E. M., Chang, B. P. et Nock, M. K. (2016). Self-injurious thoughts and behaviors as risk factors for future suicide ideation, attempts, and death: A meta-analysis of longitudinal studies. *Psychological Medicine*, 46(2), 225-236.
- [20]. Adhikari, K., Metcalfe, A., Bulloch, A. G., Williams, J. V. et Patten, S. B. (2020). Mental disorders and subsequent suicide events in a representative community population. *Journal of Affective Disorders*, 277, 456-462.
- [21]. Lévesque, P., Perron, P.-A., & Mishara, B. L. (2021). *Le suicide au Québec : 1981 à 2018 : mise à jour 2021*. INSPQ. https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2720_suicide_quebec_2021.pdf

- [22]. Stanley, E. A., Mumford, E. A., Liu, W., Taylor, B. et Maitra, P. (2021). The role of military service and childhood adversity in US law enforcement officer health and wellness. *Journal of Police and Criminal Psychology*, 36(3), 490-505. <https://doi.org/10.1007/s11896-021-09436-z>
- [23]. Corrigan, P. W. et Penn, D. L. (1999). Lessons from social psychology on discrediting psychiatric stigma. *American Psychologist*, 54(9), 765-776.
- [24]. Quarshie, E. N., Odame, S. K. et Annor, F. (2021). Suicidal behaviors in the Ghana Police Service. *Crisis : The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 42(3), 194-201. <https://10.1027/0227-5910/a000707>
- [25]. Syed, S., Ashwick, R., Schlosser, M., Jones, R., Rowe, S. et Billings, J. (2020). Global prevalence and risk factors for mental health problems in police personnel: A systematic review and meta-analysis. *Occupational and Environmental Medicine*, 77(11), 737-747. <https://doi.org/10.1136/oemed-2020-106498>
- [26]. Boivin, B. D. et Boudreault, P. (2022). *Système de gestion des risques liés à la fatigue pour les policiers en autopatrouille* (Rapport n° R-1131-fr). IRSST. <https://www.irsst.qc.ca/media/documents/PubIRSST/R-1131-fr.pdf>
- [27]. Tiesman, H. M., Hendricks, S. A., Bell, J. L. et Amandus, H. A. (2010). Eleven years of occupational mortality in law enforcement: The census of fatal occupational injuries, 1992-2002. *American Journal of Industrial Medicine*, 53(9), 940-949. <https://doi.org/10.1002/ajim.20863>
- [28]. Violanti, J. M. (2007). Homicide-suicide in police families: Aggression full circle. *International Journal of Emergency Mental Health and Human Resilience*, 9(2), 97-104.
- [29]. Violanti, J. M., Mnatsakanova, A., Burchfiel, C. M., Hartley, T. A. et Andrew, M. E. (2012). Police suicide in small departments: A comparative analysis. *International Journal of Emergency Mental Health and Human Resilience*, 14(3), 157-162. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4536806/pdf/nihms-704672.pdf>
- [30]. Cantor, C. H., Tyman, R. et Slater, P. J. (1995). A historical survey of police suicide in Queensland, Australia, 1843-1992. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 25(4), 499-507. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1943-278X.1995.tb00242.x?sid=nlm%3Apubmed>
- [31]. Chopko, B. A., Palmieri, P. A. et Facemire, V. C. (2014). Prevalence and predictors of suicidal ideation among U.S. law enforcement officers. *Journal of Police and Criminal Psychology*, 29(1), 1-9.
- [32]. Colevins-Tumlin, C. (2018). *Phenomenological correlates of depression and suicidal ideation in law enforcement professionals* (Thèse de doctorat, Alliant International University).
- [33]. Anderson, G. S., Di Nota, P. M., Groll, D. et Carleton, R. N. (2020). Peer support and crisis-focused psychological interventions designed to mitigate post-traumatic stress injuries among public safety and frontline healthcare personnel: A systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(20), article 7645.
- [34]. Guerrero-Barona, E., Guerrero-Molina, M., Chambel, M. J., Moreno-Manso, J. M., Bueso-Izquierdo, N. et Barbosa-Torres, C. (2021). Suicidal ideation and mental health: The moderating effect of coping strategies in the police force. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(15), article 8149. <https://doi.org/10.3390/ijerph18158149>
- [35]. Kydonieus, A. R. (2017). *PTSD as an exacerbating factor of external stressors in law enforcement* (Thèse de doctorat, Alliant International University).
- [36]. Lester, D. (1993). A study of police suicide in New York City, 1934-1939. *Psychological Reports*, 73(3, Pt 2), 1395-1398. <https://doi.org/10.2466/pr0.1993.73.3f.1395>
- [37]. Violanti, J. M. (2004). Predictors of police suicide ideation. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 34(3), 277-283. <https://doi.org/10.1521/suli.34.3.277.42775>
- [38]. Violanti, J. M., Charles, L. E., Hartley, T. A., Mnatsakanova, A., Andrew, M. E., Fekedulegn, D., . . . Burchfiel, C. M. (2008). Shift-work and suicide ideation among police officers. *American Journal of Industrial Medicine*, 51(10), 758-768. <https://doi.org/10.1002/ajim.20629>
- [39]. Haugen, P. T., McCrillis, A. M., Smid, G. E. et Nijdam, M. J. (2017). Mental health stigma and barriers to mental health care for first responders: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychiatric Research*, 94, 218-229. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2017.08.001>
- [40]. Bernier, L. (2021). *Stigmata public et barrières à la consultation : étude sur des facteurs pouvant influencer l'utilisation des services d'aide psychologique chez les policiers et les policières* (Thèse de doctorat, Université de Sherbrooke).

- [41]. Barron, S. (2010). Police officer suicide within the New South Wales police force from 1999 to 2008. *Police Practice & Research: An International Journal*, 11(4), 371-382. <https://doi.org/10.1080/15614263.2010.496568>
- [42]. Janik, J. et Kravitz, H. M. (1994). Linking work and domestic problems with police suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 24(3), 267-274. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1943-278X.1994.tb00751.x?sid=nlm%3Apubmed>
- [43]. American Psychological Association. (2023). *Resilience*. <https://dictionary.apa.org/resilience>
- [44]. Lazarus, R. S. et Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer Publishing Company.
- [45]. Barrera, M. et Ainlay, S. L. (1983). The structure of social support: A conceptual and empirical analysis. *Journal of Community Psychology*, 11(2), 133-143.
- [46]. Cohen, S., Mermelstein, R., Kamarck, T. et Hoberman, H. M. (1985). Measuring the functional components of social support. Dans I. G. Sarason et B. R. Sarason (édit.), *Social support: Theory, research and applications* (p. 73-94). Springer.
- [47]. Baumeister, R. F. et Leary, M. R. (1995). The need to belong: Desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. *Psychological Bulletin*, 117(3), 497-529.
- [48]. Joiner, T. E. (2005). *Why people die by suicide*. Harvard University Press.
- [49]. Van Orden, K. A., Witte, T. K., Cukrowicz, K. C., Braithwaite, S. R., Selby, E. A. et Joiner, T. E. (2010). The interpersonal theory of suicide. *Psychological Review*, 117(2), 575-600.
- [50]. Schein, E. H. (1994). Innovative cultures and organizations. Dans T. J. Allen et M. S. S. Morton (édit.), *Information technology and the corporation of the 1990s: Research studies* (p. 125-146). Oxford University Press.
- [51]. Chu, C., Buchman-Schmitt, J. M., Hom, M. A., Stanley, I. H. et Joiner, T. E. (2016). A test of the interpersonal theory of suicide in a large sample of current firefighters. *Psychiatry Research*, 240, 26-33. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.03.041>
- [52]. Encrenaz, G., Miras, A., Contrand, B., Séguin, M., Moulki, M., Queinec, R., . . . Lagarde, E. (2016). Suicide dans la police nationale française : trajectoires de vie et facteurs associés. *L'Encéphale : revue de psychiatrie clinique biologique et thérapeutique*, 42(4), 304-313. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2015.08.004>
- [53]. Carpenter, G. S., Carpenter, T. P., Kimbrel, N. A., Flynn, E. J., Pennington, M. L., Cammarata, C., . . . Gulliver, S. B. (2015). Social support, stress, and suicidal ideation in professional firefighters. *American Journal of Health Behavior*, 39(2), 191-196. <https://doi.org/10.5993/ajhb.39.2.5>
- [54]. Donnelly, E. A., Bradford, P., Davis, M., Hedges, C. et Klingel, M. (2016). Predictors of posttraumatic stress and preferred sources of social support among Canadian paramedics. *Canadian Journal of Emergency Medicine*, 18(3), 205-212.
- [55]. Violanti, J. M., Andrew, M. E., Mnatsakanova, A., Hartley, T. A., Fekedulegn, D. et Burchfiel, C. M. (2016). Correlates of hopelessness in the high suicide risk police occupation. *Police Practice and Research*, 17(5), 408-419. <https://doi.org/10.1080/15614263.2015.1015125>
- [56]. LaMontagne, A. D., Martin, A., Page, K. M., Reavley, N. J., Noblet, A. J., Milner, A. J., . . . Smith, P. M. (2014). Workplace mental health: Developing an integrated intervention approach. *BMC Psychiatry*, 14, article 131. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-14-131>
- [57]. Organisation mondiale de la Santé. (2006). *Prévenir le suicide : ressource pour les conseillers*. OMS. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/69471/9241594314_fre.pdf?sequence=1
- [58]. Hadlaczky, G., Wasserman, D., Hoven, C. W., Mandell, D. J. et Wasserman, C. (2016). Suicide prevention strategies: Case studies from across the globe. Dans J. P. Rory et C. O'Connor (édit.), *The international handbook of suicide prevention* (2^e éd., p. 556-568). Wiley.
- [59]. Corthésy-Blondin, L., Genest, C., Dargis, L., Bardon, C. et Mishara, B. L. (2021). Reducing the impacts of exposure to potentially traumatic events on the mental health of public safety personnel: A rapid systematic scoping review. *Psychological Services*, 19(Suppl. 2), 80-94. <https://doi.org/10.1037/ser0000572>
- [60]. American Psychological Association. (2020). *Public health campaigns: Thesaurus*. APA.
- [61]. Centre canadien d'hygiène et de sécurité au travail. (2023). *Programmes d'aide aux employés (PAE)*. <https://www.cchst.ca/oshanswers/hsprograms/eap.html>

- [62]. Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail –Secteur des affaires municipales. (2022). *Programme de gestion globale des événements traumatiques au travail*. <https://www.apsam.com/clientele/services-de-police/stress-post-traumatique/programme-gestion-globale-evenements-traumatiques-au-travail>
- [63]. Association québécoise de prévention du suicide. (2013). *Nouveau programme de postvention*. <https://www.aqps.info/postvention/>
- [64]. Mishara, B. L. et Martin, N. (2012). Effects of a comprehensive police suicide prevention program. *Crisis : The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 33(3), 162-168.
- [65]. Mishara, B. L. et Fortin, L.-F. (2021). Long-term effects of a comprehensive police suicide prevention program: 22-year follow-up. *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 43(3), 183-189. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000774>
- [66]. Thibodeau, A., Busseau, C. et Fortin, L.-F. (2022). *Formation préparation incidents critiques. Équipe multidisciplinaire en post incident du SPVM* [Communication]. Stress post-traumatique : quand l'urgence d'agir se fait sentir, Trois-Rivières, QC.
- [67]. Knox, K. L., Litts, D. A., Talcott, G. W., Feig, J. C. et Caine, E. D. (2003). Risk of suicide and related adverse outcomes after exposure to a suicide prevention programme in the US Air Force: Cohort study. *BMJ*, 327, article 1376.
- [68]. Knox, K. L., Pflanz, S., Talcott, G. W., Campise, R. L., Lavigne, J. E., Bajorska, A., . . . Caine, E. D. (2010). The US Air Force suicide prevention program: Implications for public health policy. *American Journal of Public Health*, 100(12), 2457-2463.
- [69]. Arble, E., Lumley, M. A., Pole, N., Blessman, J. et Arnetz, B. B. (2017). Refinement and preliminary testing of an imagery-based program to improve coping and performance and prevent trauma among urban police officers. *Journal of Police and Criminal Psychology*, 32(1), 1-10. <https://doi.org/10.1007/s11896-016-9191-z>
- [70]. Chitra, T. et Karunanidhi, S. (2018). The impact of resilience training on occupational stress, resilience, job satisfaction, and psychological well-being of female police officers. *Journal of Police and Criminal Psychology*, 36(1), 8-23. <https://doi.org/10.1007/s11896-018-9294-9>
- [71]. Christopher, M. S., Goerling, R. J., Rogers, B. S., Hunsinger, M., Baron, G., Bergman, A. L. et Zava, D. T. (2016). A pilot study evaluating the effectiveness of a mindfulness-based intervention on cortisol awakening response and health outcomes among law enforcement officers. *Journal of Police and Criminal Psychology*, 31(1), 15-28. <https://doi.org/10.1007/s11896-015-9161-x>
- [72]. Kaplan, J. B., Bergman, A. L., Christopher, M., Bowen, S. et Hunsinger, M. (2017). Role of resilience in mindfulness training for first responders. *Mindfulness*, 8(5), 1373-1380. <https://doi.org/10.1007/s12671-017-0713-2>
- [73]. Milliard, B. (2020). *Utilization and impact of peer-support programs on police officers' mental health* (Thèse de doctorat, Walden University).
- [74]. Watson, L. et Andrews, L. (2018). The effect of a Trauma Risk Management (TRIM) program on stigma and barriers to help-seeking in the police. *International Journal of Stress Management*, 25(4), 348-356. <https://doi.org/10.1037/str0000071>
- [75]. National Institute for Health and Care Excellence. (2018). *Post-traumatic stress disorder*. NICE. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng116>
- [76]. Bryant, R. A., Kenny, L., Rawson, N., Cahill, C., Joscelyne, A., Garber, B., . . . Dawson, K. (2021). Two-year follow-up of trauma-focused cognitive behavior therapy for posttraumatic stress disorder in emergency service personnel: A randomized clinical trial. *Depression and Anxiety*, 38(11), 1131-1137. <https://doi.org/10.1002/da.23214>
- [77]. Bryant, R. A., Kenny, L., Rawson, N., Cahill, C., Joscelyne, A., Garber, B., . . . Nickerson, A. (2019). Efficacy of exposure-based cognitive behaviour therapy for post-traumatic stress disorder in emergency service personnel: A randomised clinical trial. *Psychological Medicine*, 49(9), 1565-1573. <https://doi.org/10.1017/S0033291718002234>
- [78]. Cox, K. S., Mouilso, E. R., Venners, M. R., Defever, M. E., Duvivier, L., Rauch, S. A. M., . . . Tuerk, P. W. (2016). Reducing suicidal ideation through evidence-based treatment for posttraumatic stress disorder. *Journal of Psychiatric Research*, 80, 59-63. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2016.05.011>
- [79]. Kamena, M. et Galvez, H. (2020). Intensive residential treatment program: Efficacy for emergency responders' critical incident stress. *Journal of Police and Criminal Psychology*, 35(1), 75-81. <https://doi.org/10.1007/s11896-019-09359-w>

- [80]. Witt, K., Milner, A., Allisey, A., Davenport, L. et LaMontagne, A. D. (2017). Effectiveness of suicide prevention programs for emergency and protective services employees: A systematic review and meta-analysis. *American Journal of Industrial Medicine*, 60(4), 394-407.
- [81]. Milliard, B. (2020). Utilization and impact of peer-support programs on police officers' mental health. *Frontiers in Psychology*, 11, article 1686. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01686>
- [82]. Tessier, M., Lamothe, J. et Geoffrion, S. (2021). Adherence to psychological first aid after exposure to a traumatic event at work among EMS workers: A qualitative study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(21), article 110126. <https://www.mdpi.com/1660-4601/18/21/11026>
- [83]. Gouvernement du Québec. (2022). *Rallumer l'espoir : stratégie nationale de prévention du suicide 2022-2026*. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2022/22-247-01W.pdf>
- [84]. Scully, P. J. (2011). Taking care of staff: A comprehensive model of support for paramedics and emergency medical dispatchers. *Traumatology*, 17(4), 35-42. <https://doi.org/10.1177/1534765611430129>
- [85]. Ussery, W. J. et Waters, J. A. (2006). COP-2-COP hotlines: Programs to address the needs of first responders and their families. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 6(1), 66-78.
- [86]. Geoffrion, S., Leduc, M.-P., Bourgoïn, E., Bellemare, F., Arenzon, V. et Genest, C. (2023). A feasibility study of psychological first aid as a supportive intervention among police officers exposed to traumatic events. *Frontiers in Psychology*, 14, article 1149597. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1149597>



Annexes

A. Définition des concepts clés de la prévention du suicide utilisés dans ce document

Prévention primaire : La prévention de niveau primaire s'adresse à l'ensemble de la population policière. Elle intervient avant même que des comportements suicidaires surviennent. Elle a pour but de réduire ou d'éliminer certains facteurs de risque ou encore d'augmenter certains facteurs de protection.



Prévention secondaire : La prévention de niveau secondaire vise le personnel policier qui présente des facteurs de risque ou chez qui des idées suicidaires pourraient survenir sans qu'ils semblent pleinement engagés dans un processus suicidaire. Les interventions consistent à détecter la présence de détresse ou d'idées suicidaires et à augmenter le soutien. Intervenir auprès de l'entourage d'une personne qui s'est suicidée fait aussi partie de la prévention secondaire.



Prévention tertiaire : La prévention de niveau tertiaire se concentre sur le personnel policier le plus à risque, comme ceux et celles qui ont un trouble de santé psychologique ou des symptômes sévères associés aux troubles anxieux, aux troubles de l'humeur, au TSPT, à l'abus de substances, des idéations suicidaires actives ou un antécédent de tentative de suicide. Les interventions ont pour objectifs de freiner la progression des problèmes psychologiques et de réduire les idéations suicidaires.



Programme global de prévention du suicide : Ensemble structuré d'interventions agissant à différents niveaux avec le but ultime de réduire les taux de suicide.

Intervention en prévention du suicide : Activité de nature préventive ou curative pouvant faire partie d'un programme de prévention du suicide ou être utilisée de façon autonome. Les interventions visent ultimement à réduire un facteur de risque, à augmenter un facteur de protection ou encore à limiter les comportements suicidaires.

Facteurs d'influence ciblés : Cible spécifique d'une intervention ou d'un programme lié à la modification d'un facteur d'influence ou à la réduction des taux de suicide et des comportements suicidaires.

B. Exemples d'interventions et de programmes issus de la littérature scientifique et grise⁴

1. Prévention primaire	
1.1 Campagnes de sensibilisation	Les campagnes de sensibilisation sont des efforts organisés pour promouvoir la santé au moyen d'une sensibilisation accrue aux maladies, aux comportements sains ou à d'autres sujets liés aux soins de santé [60].
Intervention	Campagne de sensibilisation
Organisme	SPVM
Groupe visé	Tous les policiers et policières du SPVM
Format	Campagne qui publicise le programme <i>Ensemble pour la vie</i> dans les locaux, les journaux internes et l'intranet du service en le décrivant et en insistant sur le fait qu'il s'adresse à l'ensemble du personnel policier.
Facteurs d'influence ciblés	Stigmatisation liée à la santé psychologique, barrières à la recherche d'aide. Soutien social et soutien des gestionnaires et des collègues.
Références	Disponibles sur demande
Intervention	National Consortium on Preventing Law Enforcement Suicide Toolkit
Organisme	International Association of Chiefs of Police, États-Unis
Groupe visé	Policiers et policières
Format	Il s'agit d'un modèle en plusieurs étapes s'adressant aux gestionnaires et aux professionnels et professionnelles de la santé psychologique qui comprend plusieurs interventions de sensibilisation ayant pour but de créer une culture de prévention. Ces interventions comprennent notamment un diagnostic des besoins du personnel et la diffusion de messages positifs quant à la demande d'aide.
Facteurs d'influence ciblés	Stigmatisation liée à la santé psychologique, barrières à la recherche d'aide. Soutien social et soutien des gestionnaires et des collègues.
Références	https://www.theiacp.org/resources/national-consortium-on-preventing-law-enforcement-suicide-toolkit

4. Cette recension des programmes et interventions n'est pas exhaustive.

1.2 Activités de formations et d'informations	Les activités de formation et d'information en prévention du suicide visent à améliorer les connaissances sur le suicide, la santé psychologique et les ressources disponibles ainsi que les compétences en matière de prévention.
Intervention	Prévention des impacts psychologiques
Organisme	École nationale de police du Québec
Groupe visé	Personnel de la sécurité publique
Format	Cette formation en ligne se divise en quatre modules de 1h15. Elle aborde le soutien des collègues et des gestionnaires envers leurs pairs, les outils de prévention psychologique, les variabilités individuelles et finalement les stratégies d'adaptation et la résilience.
Facteurs d'influence ciblés	Stigmatisation liée à la santé psychologique, barrières à la recherche d'aide. Soutien social et soutien des gestionnaires et des collègues.
Références	https://www.enpq.qc.ca/formations-en-ligne/prevention-impacts-psychologiques
Intervention	Guidelines for commanders on use of mental health services
Organisme	Armée de l'air américaine, États-Unis
Groupe visé	Militaires
Format	Les commandants et commandantes reçoivent une formation sur comment et quand utiliser des services en santé psychologique, et sur comment faciliter la recherche d'aide rapide.
Facteurs d'influence ciblés	Stigmatisation liée à la santé psychologique, barrières à la recherche d'aide. Soutien social et soutien des gestionnaires et des collègues.
Références	https://www.resilience.af.mil/suicide-prevention-program/
Programme	BREAKING THE SILENCE: Suicide Prevention for Law Enforcement Video Facilitation Guide and Video
Organisme	Carson J Spencer Foundation, États-Unis
Groupe visé	Policiers et policières
Format	Vidéo et guide facilitant la discussion pour les gestionnaires et le personnel policier sur la prévention du suicide et favorisant une culture de prévention.
Facteurs d'influence ciblés	Stigmatisation liée à la santé psychologique, barrières à la recherche d'aide. Soutien social et soutien des gestionnaires et des collègues.
Références	https://theactionalliance.org/sites/default/files/leguide.pdf

1.3 Entraînement à la résilience	Il s'agit d'interventions psychosociales qui consistent à outiller les personnes pour qu'elles puissent mieux faire face à l'adversité.
Intervention	Mindfulness-based resilience training (MBRT)
Organisme	Mindful Badge Train for Humanity, États-Unis
Groupe visé	Policiers et policières
Format	Plusieurs modèles de formation, ateliers de jours et séjours résidentiels. La formation vise à améliorer l'autoefficacité, à renforcer les capacités de croissance post-traumatique, à développer la sérénité, et de saines habitudes de vie ainsi qu'à promouvoir le bien-être psychologique.
Facteurs d'influence ciblés	Consommation d'alcool, stress chronique lié au travail, horaire de travail atypique, exposition à des EPT. Résilience et stratégies d'adaptation, bien-être psychologique.
Références	https://www.mindfulbadge.com
Intervention	International Performance Resilience and Efficiency Program (iPrep)
Organisme	The Hart Lab, Canada
Groupe visé	Policiers et policières
Format	La formation d'une durée de 3 à 4 jours se déroule en classe et comprend des scénarios dynamiques basés sur des situations réelles. Elle vise le développement de réponses comportementales et de compétences qui améliorent le rendement et favorisent la résilience des agents et agentes de première ligne.
Facteurs d'influence ciblés	Stress chronique lié au travail, exposition à des EPT. Résilience et stratégies d'adaptation.
Références	https://hartlab.net/evidence-based-police-training
Intervention	Road to Mental Readiness Training (R2MR)
Organisme	Ontario Police College et Commission de la santé mentale du Canada
Groupe visé	Policiers et policières
Format	Il s'agit d'une formation qui mise sur l'apprentissage de la résilience et sur les effets des traumatismes en contexte de travail.
Facteurs d'influence ciblés	Stigmatisation liée à la santé psychologique, stress chronique lié au travail, exposition à des EPT. Résilience et stratégies d'adaptation, bien-être psychologique.
Références	https://theworkingmind.ca/sites/default/files/r2mr_en_0.pdf

2. Prévention secondaire

2.1 Programmes d'aide aux employées et employés	Un service de counseling confidentiel, à court terme, s'adressant aux employées et employés ayant des difficultés personnelles et/ou professionnelles [61].
Programme	Programme d'aide au personnel policier
Organisme	Service de police de la Ville de Montréal
Groupe visé	Policiers et policières du SPVM ayant des facteurs de risque de suicide (transitions et parcours de vie difficile, rupture, divorce, stigmatisation liée à la santé psychologique, barrières à la recherche d'aide, stress chronique lié au travail, exposition à des EPT).
Format	Service de consultation psychologique confidentiel, disponible 24 heures par jour et 7 jours par semaine. Activités de formation et de prévention du suicide.
Facteurs d'influence ciblés	Transitions et parcours de vie difficile, rupture, divorce, stigmatisation liée à la santé psychologique, barrières à la recherche d'aide, stress chronique lié au travail, exposition à des EPT. Accès à des services de santé psychologique, soutien social, résilience et stratégies d'adaptation, plan de traitement des troubles de santé psychologique et bien-être psychologique.
Références	Disponibles sur demande
2.2 Activités de soutien par des collègues et des gestionnaires	Le soutien des collègues et des gestionnaires fait référence à un large éventail d'approches dans lesquelles des participants et des participantes ayant des rôles ou des expériences partagées fournissent une aide structurée à leurs pairs [33].
Intervention	Peer Support Unit
Organisme	Beyond the Blue, Canada
Groupe visé	Policiers et policières ayant des facteurs de risque de suicide (exposition à des EPT et stress chronique lié au travail) et leurs familles.
Format	L'équipe compte une cinquantaine de membres qui s'impliquent pour soutenir le personnel policier aux prises avec des facteurs de stress liés ou non au travail. Il permet de partager leurs difficultés avec d'autres policiers et policières ainsi qu'avec des personnes civiles ayant une expérience personnelle pouvant les guider dans leur cheminement vers le rétablissement.
Facteurs d'influence ciblés	Transitions et parcours de vie difficile, rupture, divorce, stigmatisation liée à la santé psychologique, barrières à la recherche d'aide, stress chronique lié au travail, exposition à des EPT. Résilience et stratégies d'adaptation, bien-être psychologique, soutien social et soutien par les gestionnaires et les collègues.
Références	https://www.canadabeyondtheblue.com/

Intervention	Virtual peer support meeting
Organisme	Badge of life Canada, Canada
Groupe visé	Policiers et policières ayant des facteurs de risque de suicide (stress chronique lié au travail et problèmes de santé psychologique, comme le TSPT).
Format	Groupe d'entraide virtuelle hebdomadaire où le personnel de la sécurité publique est invité à discuter avec des pairs des effets du stress opérationnel, du trouble de stress post-traumatique et du suicide.
Facteurs d'influence ciblés	Stigmatisation liée à la santé psychologique, barrières à la recherche d'aide, stress chronique lié au travail. Résilience et stratégies d'adaptation, bien-être psychologique, soutien social, soutien des gestionnaires et des collègues.
Références	https://badgeoflifecanada.org/
Intervention	Trauma Risk Management (TRiM)
Organisme	Royal Navy, Royaume-Uni
Groupe visé	Personnel militaire et policier exposé à des EPT.
Format	Premiers soins psychologiques adaptés au contexte policier. Entrevue avec un ou une collègue ou un ou une gestionnaire visant à évaluer le besoin de soutien et veille attentive des policiers et policières dans le mois suivant une exposition à un EPT.
Facteurs d'influence ciblés	Stigmatisation liée à la santé psychologique, barrières à la recherche d'aide, stress chronique lié au travail, exposition à des EPT. Résilience et stratégies d'adaptation, bien-être psychologique, soutien social, soutien par des collègues et des gestionnaires.
Références	https://www.royalnavy.mod.uk/~media/royal%20navy%20responsive/documents/welfare/emotional%20support/11_022_trauma%20resilience%20handbook%20trim.pdf
Intervention	Formation « Agir en sentinelle pour la prévention du suicide »
Organisme	Association québécoise de prévention du suicide
Groupe visé	Individus présentant certains facteurs de risque de suicide.
Format	Une formation d'une durée de 7 heures visant à repérer les personnes vulnérables présentant des facteurs de risque de suicide.
Facteurs d'influence ciblés	Présence de problèmes de santé psychologique, consommation d'alcool, transitions et parcours de vie, désespoir, perte d'une ou d'un proche par suicide, stigmatisation liée à la santé psychologique, accès à un moyen léthal, couverture médiatique inappropriée du suicide, stress chronique lié au travail, horaires de travail atypiques, accès à l'arme à feu de service, exposition à des EPT, barrières à la demande d'aide. Soutien social, soutien des gestionnaires et des collègues.
Références	https://www.aqps.info/se-former/

Intervention	Investigative interview policy
Organisme	Armée de l'air américaine, États-Unis
Groupe visé	Militaires en situation d'investigation.
Format	La représentante ou le représentant syndical est chargé d'évaluer l'état émotionnel de l'officier ou de l'officière mis sous investigation. Il ou elle peut contacter une ou un prestataire de soins et de services en santé psychologique s'il ou elle juge possible que la personne sous investigation pose un geste suicidaire.
Facteurs d'influence ciblés	Présence de problème de santé psychologique, stigmatisation liée à la santé psychologique, barrière à la recherche d'aide, stress chronique lié au travail, exposition à des EPT, mise en investigation, suspension ou échec professionnel. Soutien social, accès à des services de santé psychologique.
Références	https://www.resilience.af.mil/suicide-prevention-program/

2.3 Prise en charge globale des EPT	Ensemble structuré d'interventions ayant pour but de prévenir le trouble de stress post-traumatique, de soutenir le personnel policier impliqué dans un EPT et de favoriser le rétablissement de ceux et celles qui en sont affectés [62].
Programme	Offre de services pour la gestion de la santé psychologique pour les milieux de travail, dont les premiers répondants et répondantes
Organisme	Centre d'étude sur le trauma, Canada
Groupe visé	PSP exposé à des EPT.
Format	Les professionnels et professionnelles du centre sont en mesure d'assister les milieux de travail dans la mise en place d'un plan de gestion des événements traumatiques, offrir du soutien et sensibiliser le personnel policier et autres premiers répondants face aux conséquences psychologiques pouvant survenir à la suite d'un EPT.
Facteurs d'influence ciblés	Présence de problèmes de santé psychologique, stigmatisation liée à la santé psychologique, barrières à la recherche d'aide, exposition à des EPT. Accès à des services de santé psychologique, plan de traitement des troubles de santé psychologique, résilience et stratégies d'adaptation, bien-être psychologique.
Références	https://trauma.criusmm.net/milieux-de-travail/

Programme	Programme de gestion globale des événements traumatiques au travail
Organisme	Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail, secteur « affaires municipales »
Groupe visé	Policiers et policières exposés à des EPT.
Format	Le programme s'adresse à tout le personnel policier. Des outils sont disponibles pour son élaboration : un plan d'action, un outil d'auto-évaluation qui permet de faire le portrait de la prise en charge organisationnelle du risque d'exposition aux EPT, un exemple de protocole de prise en charge des événements ainsi que des exemples de bonnes pratiques de soutien à mettre en place à la suite d'un EPT.

Facteurs d'influence ciblés	Stigmatisation liée à la santé psychologique, barrières à la demande d'aide, exposition à des EPT, accès à l'arme à feu. Soutien des gestionnaires et des collègues.
Références	https://www.apsam.com/clienteles-et-services/police/police-stress-post-traumatique/programme-de-gestion-globale-des-evenements-traumatiques-au-travail
Intervention	Responding to trauma in policing. A practical guide
Organisme	College of policing, Royaume-Uni
Groupe visé	Policiers et policières exposés à des EPT.
Format	Outils d'évaluation des risques de stress et de traumatisme s'adressant aux gestionnaires du personnel de la sécurité publique. Interventions lors d'un EPT, suivi et évaluation des interventions auprès du personnel. Les gestionnaires sont sensibilisés aux idéations suicidaires comme condition de santé psychologique pouvant résulter de l'exposition à un EPT.
Facteurs d'influence ciblés	Stigmatisation liée à la santé psychologique, barrières à la demande d'aide, exposition à des EPT, accès à l'arme à feu de service. Soutien des gestionnaires et des collègues.
Références	https://assets.college.police.uk/s3fs-public/2021-02/responding-to-trauma-in-policing.pdf
Intervention	PSPNET
Organisme	Institut canadien de recherche et de traitement en sécurité publique, Canada
Groupe visé	Personnel de la sécurité publique ayant des problèmes de santé psychologique (sauf lorsque les symptômes sont sévères, en particulier la dissociation, et lorsque la personne représente un danger pour elle-même ou pour autrui).
Format	Thérapie cognitivo-comportementale assistée par ordinateur, qui combine des modules d'apprentissage en ligne avec le soutien hebdomadaire d'un ou d'une thérapeute à l'aide de courriels sécurisés ou par téléphone.
Facteurs d'influence ciblés	Présence de problèmes de santé psychologique, consommation d'alcool, stigmatisation liée à la santé psychologique, barrières à la demande d'aide, accès à un moyen létal, rupture, séparation, stress chronique lié au travail, exposition à des EPT, mise en investigation, suspension ou échec professionnel. Accès à des services de santé psychologique, soutien social, résilience et stratégies d'adaptation, plan de traitement des troubles de santé psychologique et bien-être psychologique.
Références	https://www.pspnet.ca/fr/home

2.4 Lignes d'écoute	Les lignes d'écoute sont assurées par des personnes formées au contexte policier.
Intervention	Ligne d'écoute du SPVM
Organisme	Service de police de la ville de Montréal
Groupe visé	Policiers et policières ayant facteurs de risque (exposition à des EPT, consommation d'alcool, rupture ou divorce, problèmes personnels).
Format	Les personnes qui appellent indiquent la nature de leur problème et sont invitées à laisser leurs coordonnées pour qu'un policier ou une policière volontaire, formé à la prévention du suicide, les rappellent.
Facteurs d'influence ciblés	Stigmatisation liée à la santé psychologique, barrières à la demande d'aide, stress chronique lié au travail, exposition à des EPT, accès à l'arme à feu de service. Soutien social, résilience et stratégies d'adaptation, accès aux services de santé psychologique.
Références	Disponible sur demande
Intervention	COP 2 COP
Organisme	Service de police de l'État du New Jersey, États-Unis
Groupe visé	Personnel policier en service et retraité ayant des facteurs de risque (exposition à des EPT, consommation d'alcool, rupture ou divorce, transitions et parcours de vie difficile) et leur famille.
Format	Ligne d'écoute 24/7 qu'assurent des policiers et policières à la retraite de même que des conseillers et conseillères en santé psychologique. Ils et elles offrent du soutien psychologique et font de la prévention du suicide. Le centre de crise peut se déplacer pour soutenir les personnel policier exposé à un EPT.
Facteurs d'influence ciblés	Stigmatisation liée à la santé psychologique, barrières à la demande d'aide, transitions et parcours de vie difficile, stress chronique lié au travail, exposition à des EPT, accès à l'arme à feu de service. Soutien social, résilience et stratégies d'adaptation, accès à des services de santé psychologique.
Références	https://njfop.org/cop2cop/
Intervention	POPPA
Organisme	Service de police de la Ville de New York, États-Unis
Groupe visé	Personnel policier en service et retraité ayant des facteurs de risque (exposition à des EPT, consommation d'alcool, rupture ou divorce, transitions et parcours de vie difficile).
Format	Ligne d'écoute 24/7 qu'assurent le personnel policier et des conseillers et conseillères en santé psychologique offrant du soutien et de l'aide psychologique.
Facteurs d'influence ciblés	Stigmatisation liée à la santé psychologique, barrières à la demande d'aide, stress chronique lié au travail, exposition à des EPT, accès à l'arme à feu de service. Soutien social, résilience et stratégies d'adaptation, accès à des services de santé psychologique.
Références	http://poppanewyork.org

2.5 Postvention	La postvention englobe les interventions déployées à la suite d'un suicide [63].
Intervention	After a Suicide in Blue: A Guide for Law Enforcement Agencies
Organisme	International Association of Chiefs of Police, États-Unis
Groupe visé	Policiers et policières exposés à un suicide.
Format	Guide comprenant les meilleures pratiques s'adressant aux gestionnaires des services policiers. Mesures à prendre immédiatement après la perte d'un agent ou d'une agente de même que le soutien et les services à considérer pour le personnel et la famille.
Facteurs d'influence ciblés	Perte d'une ou d'un proche par suicide, accès à l'arme à feu de service, stress chronique lié au travail, exposition à des EPT. Soutien social, soutien des gestionnaires et des collègues, accès à des services de santé psychologique.
Références	https://www.edc.org/sites/default/files/uploads/IACP-NOSI-After-Suicide.pdf
Programme	Être prêt à agir à la suite d'un suicide
Organisme	Association québécoise de prévention du suicide
Groupe visé	Population générale exposée à un suicide.
Format	Le programme documente les répercussions d'un suicide, la description des trois sous-groupes auprès desquels des interventions sont proposées, quatre phases séquentielles d'intervention qui s'échelonnent après la période de choc créée par l'événement, dix mesures à mettre en place afin d'éviter l'effet d'entraînement et de favoriser un retour au fonctionnement habituel, les actions recommandées pour chacune des mesures, les tâches préalables et finalement, les outils permettant de soutenir les actions.
Facteurs ciblés	Perte d'un ou d'une proche par suicide, accès à l'arme à feu de service, stress chronique lié au travail, exposition à des EPT. Soutien social, soutien des gestionnaires et des collègues, accès à des services de santé psychologique.
Références	https://www.aqps.info/postvention/
Programme	Programme de postvention en cas de suicide d'un employé
Organisme	Sûreté du Québec
Groupe visé	Policiers et policières exposés à un suicide.
Format	Cette démarche est mise en œuvre par les gestionnaires et les professionnels et professionnelles de la santé psychologique. Elle comprend d'abord l'évaluation de la situation, des besoins opérationnels, administratifs et de soutien psychologique. Ensuite, il est question de la préparation de l'annonce au personnel et du recadrage de l'information. Par la suite, il s'agit de coordonner l'intervention du PAE en mettant en œuvre des interventions spécifiques en fonction des groupes. Finalement, le bilan des interventions est réalisé de manière à améliorer les stratégies de prévention.
Facteurs ciblés	Perte d'une ou d'un proche par suicide, accès à l'arme à feu de service, stress chronique lié au travail, exposition à des EPT. Soutien social, soutien des gestionnaires et des collègues, accès à des services de santé psychologique.
Références	Disponibles sur demande

3. Prévention tertiaire	
3.1 Prise en charge des problèmes de santé psychologique	Ces interventions visent à traiter les problèmes de santé psychologique ou à réduire la sévérité des symptômes des personnes qui les présentent.
Programme	West Coast Post-trauma Retreat, États-Unis
Organisme	First Responder Support Network, États-Unis
Groupe visé	Personnel de la sécurité publique (en poste ou à la retraite) ayant des problèmes de santé psychologique ou des comportements suicidaires.
Format	Retraite de 6 jours comprenant de la psychoéducation, un suivi individuel et de groupe spécifique aux personnes ayant été exposées à des EPT et qui ont des symptômes relatifs au trouble de stress post-traumatique.
Facteurs d'influence ciblés	Présence de problèmes de santé psychologique, consommation d'alcool, stigmatisation liée à la santé psychologique, barrières à la demande d'aide, accès à un moyen léthal, rupture, séparation, stress chronique lié au travail, exposition à des EPT, mise en investigation, suspension ou échec professionnel. Accès à des services de santé psychologique, soutien social, résilience et stratégies d'adaptation, plan de traitement des troubles de santé psychologique et bien-être psychologique.
Références	https://www.frsn.org/west-coast-post-trauma-retreat.html
Programme	Programme Répit
Organisme	Maison de thérapie La Vigile, Canada
Groupe visé	Personnel de la sécurité publique ayant des problèmes de santé psychologique.
Format	Séjours de 4 semaines comprenant des ateliers éducatifs en groupe, des séances de relaxation, des rencontres avec un intervenant ou une intervenante et un plan de sortie.
Facteurs ciblés	Présence de problèmes de santé psychologique, consommation d'alcool, stigmatisation liée à la santé psychologique, barrières à la demande d'aide, accès à un moyen léthal, rupture, séparation, stress chronique lié au travail, exposition à des EPT, mise en investigation, suspension ou échec professionnel. Accès à des services de santé psychologique, soutien social, résilience et stratégies d'adaptation, plan de traitement des troubles de santé psychologique et bien-être psychologique.
Références	https://lavigile.qc.ca/services-2/les-programmes/
Programme	Thérapie « Dépendances chez les personnes portant ou ayant porté l'uniforme »
Organisme	Centre CASA, Canada
Groupe visé	Personnel de la sécurité publique ayant des problèmes de santé psychologique.
Format	Thérapie fermée d'un nombre de jours prédéterminé comprenant des rencontres de groupes et des rencontres individuelles.

Facteurs ciblés	Présence de problèmes de santé psychologique, consommation d'alcool, stigmatisation liée à la santé psychologique, barrières à la demande d'aide, accès à un moyen létal, rupture, séparation, stress chronique lié au travail, exposition à des EPT, mise en investigation, suspension ou échec professionnel. Accès à des services de santé psychologique, soutien social, résilience et stratégies d'adaptation, plan de traitement des troubles de santé psychologique et bien-être psychologique.
Références	https://www.centrecasa.qc.ca/
Intervention	Treating PTSD in first responders: A guide for serving those who serve
Organisme	American Psychological Association, États-Unis
Groupe visé	Personnel de la sécurité publique ayant des problèmes de santé psychologique.
Format	Ce document aborde la thérapie cognitivo-comportementale basée sur l'exposition pour le trouble de stress post-traumatique chez le personnel des services d'urgence. Il s'adresse principalement aux professionnels et professionnelles de la santé psychologique qui interviennent auprès des policiers et policières ou autres PSP. L'approche thérapeutique sur la TCC basée sur l'exposition y est décrite.
Facteurs d'influence ciblés	Présence de problèmes de santé psychologique, consommation d'alcool, stigmatisation liée à la santé psychologique, barrières à la demande d'aide, accès à un moyen létal, rupture, séparation, stress chronique lié au travail, exposition à des EPT, mise en investigation, suspension ou échec professionnel. Accès à des services de santé psychologique, soutien social, résilience et stratégies d'adaptation, plan de traitement des troubles de santé psychologique et bien-être psychologique.
Références	https://doi.org/10.1037/0000255-000
3.2 Prise en charge des comportements suicidaires	Évaluation étayée de la présence d'idées suicidaires et soutien des personnes identifiées comme suicidaires.
Intervention	Formation à l'identification du risque suicidaire et aux façons de porter assistance
Organisme	Service de police de la Ville de Montréal
Groupe visé	Policiers et policières ayant des troubles de santé psychologique ou des comportements suicidaires.
Format	Formation d'une demi-journée pour les sergents et sergentes de même que les représentantes et représentants syndicaux sur l'identification d'une personne à risque, l'évaluation de l'intention suicidaire et sur le retrait de l'arme de service.
Facteurs d'influence ciblés	Présence de problèmes de santé psychologique, consommation d'alcool, stigmatisation liée à la santé psychologique, barrières à la demande d'aide, accès à un moyen létal, rupture, séparation, stress chronique lié au travail, exposition à des EPT, mise en investigation, suspension ou échec professionnel. Accès à des services de santé psychologique, soutien des gestionnaires et des collègues.
Références	Disponibles sur demande

Intervention	Procédure de désarmement en lien avec la santé psychologique
Organisme	Sûreté du Québec
Groupe visé	Policiers et policières ayant des troubles de santé psychologique ou des comportements suicidaires.
Format	Lorsqu'un policier ou une policière présente un comportement, un état psychologique ou un état physique indiquant un risque pour sa sécurité, le désarmement est envisagé. Le retrait de son arme peut être effectué par un supérieur ou par un ou une collègue, selon la situation. Cette procédure s'accompagne d'une évaluation par un professionnel ou une professionnelle de la santé. L'arme de service peut être remise à la personne après son rétablissement et un certificat d'un professionnel ou d'une professionnelle de la santé peut s'avérer nécessaire.
Facteurs d'influence ciblés	Accès à un moyen légal, présence de problèmes de santé psychologique, consommation problématique d'alcool, rupture, séparation, mise en investigation ou suspension.
Références	Disponibles sur demande

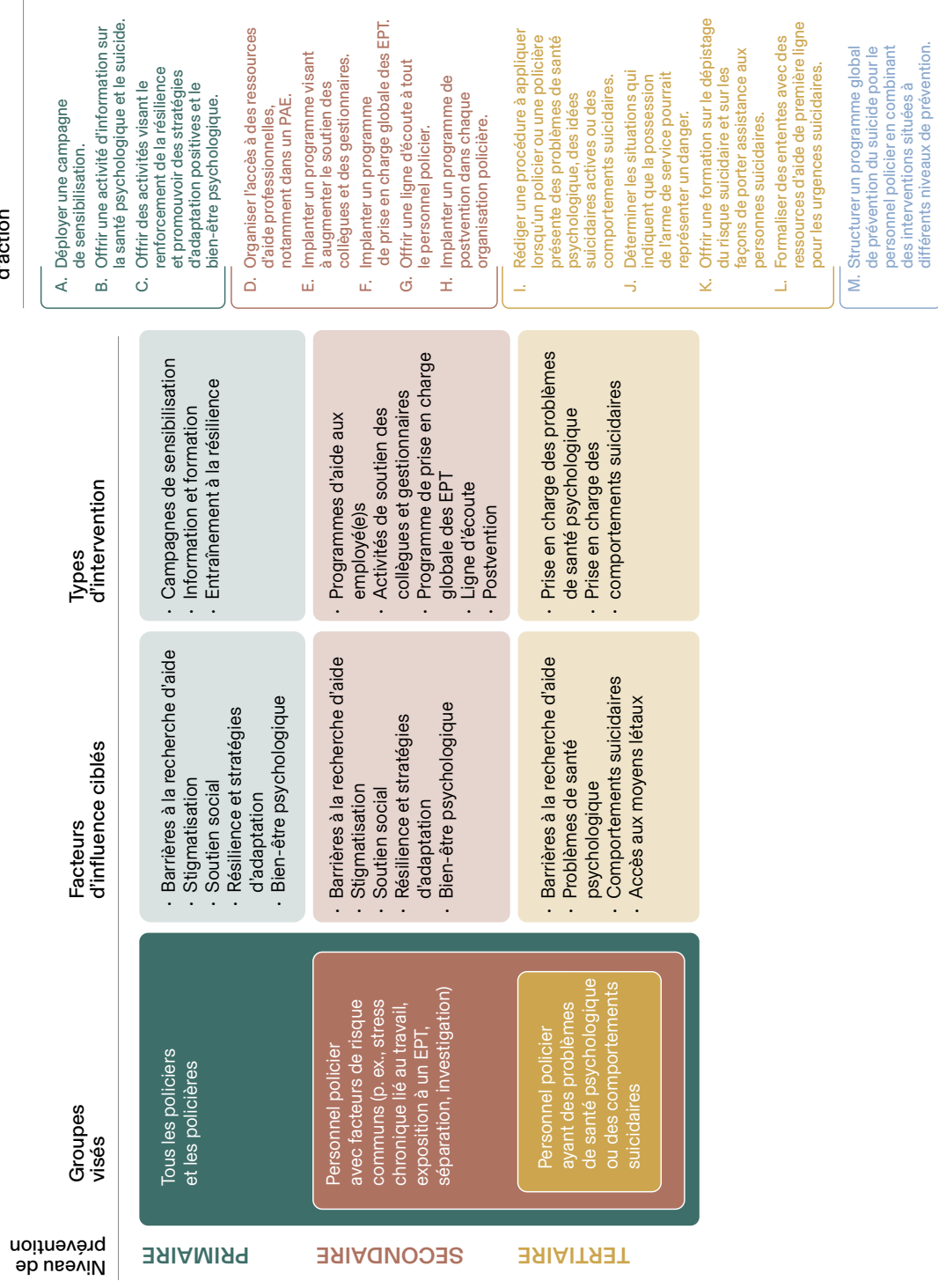
4. Programmes globaux de prévention du suicide

4.1 Programme de prévention du suicide du SPVM

Programme	Ensemble pour la vie
Organisme	Service de police de la Ville de Montréal
Groupe visé	Policiers et policières du SPVM
Format	<p>Prévention primaire : une campagne de sensibilisation.</p> <p>Prévention primaire et secondaire : une formation d'une demi-journée pour tous les policiers et policières sur la nature du suicide, les ressources disponibles et la responsabilité collective d'aider les collègues.</p> <p>Prévention secondaire : une ligne d'écoute assurée par des policiers et policières volontaires.</p> <p>Prévention tertiaire : une formation d'une journée pour les superviseurs et superviseuses de même que les représentantes et représentants syndicaux sur l'identification du risque suicidaire et sur les façons d'aider.</p> <p>Le SPVM a mis en place des interventions connexes qui ne font pas partie du programme, mais qui peuvent aussi contribuer à la prévention, dont le soutien des collègues et des gestionnaires ainsi que le programme d'aide au personnel policiers (PAPP).</p>
Facteurs d'influence ciblés	<p>Stigmatisation liée à la santé psychologique, barrières à la recherche d'aide, stress chronique lié au travail, exposition à des EPT.</p> <p>Résilience et stratégies d'adaptation, bien-être psychologique, soutien social, soutien des gestionnaires et des collègues.</p>
Références	Disponibles sur demande

4.2 Air Force Suicide Prevention Program	
Programme	Programme de prévention du suicide de l'Armée de l'air américaine
Organisme	Armée de l'air américaine, États-Unis
Groupe visé	Tous les officiers et officières de l'Armée de l'air américaine
Format	<p>Prévention primaire : implication de la direction, formation des commandants et commandantes sur la prévention du suicide, outil d'évaluation pour connaître les besoins en santé psychologique des militaires, campagne de sensibilisation, activités d'information sur la santé psychologique s'adressant à tous et à toutes, formation annuelle en groupe et pour la communauté, entraînement à la résilience avec la famille.</p> <p>Prévention secondaire : évaluation du risque suicidaire des officiers et officières mis en investigation, gestion des EPT, politique de confidentialité lors de la consultation des services d'aide de santé psychologique, postvention, documentation, lorsque possible, des tentatives de suicide et des décès par suicide.</p> <p>Prévention tertiaire : restriction de l'accès à des moyens létaux pour les officiers et officières à risque de suicide.</p>
Facteurs d'influence ciblés	<p>Problèmes de santé physique, problème de santé psychologique, stigmatisation liée à la santé psychologique, barrières à la recherche d'aide, stress chronique lié au travail, horaire de travail atypique, exposition à des EPT, accès à des moyens létaux, rupture, séparation, mise en investigation.</p> <p>Résilience et stratégies d'adaptation, bien-être psychologique, soutien social, soutien des gestionnaires et des collègues.</p>
Références	https://www.resilience.af.mil/suicide-prevention-program/

C. Schéma intégrateur de la prévention du suicide pour les policières et policiers et pistes d'action



Programme global de prévention du suicide

