

ARTICLE DE RECHERCHE

Suicide dans la Police nationale française : trajectoires de vie et facteurs associés

Suicide among the French National Police forces: Implication of life events and life trajectories

G. Encrenaz^{a,b,*}, A. Miras^a, B. Contrand^a, M. Séguin^c,
M. Moulki^d, R. Queinec^e, J.-S. René^a, A. Fériot^a, M. Mougin^a,
M. Bonfils^f, P. Marien^g, G. Michel^g, E. Lagarde^a

^a Équipe « prévention et prise en charge des traumatismes », centre Inserm U897, université de Bordeaux, 33000 Bordeaux, France

^b COMPTRASEC UMR 5114 CNRS, université de Bordeaux, avenue Léon-Duguit, 33608 Pessac, France

^c Université du Québec en Outaouais et groupe McGill d'étude sur le suicide, institut universitaire Douglas, Canada

^d Pôle 347, unité Régis, centre hospitalier Charles-Perrens, 33000 Bordeaux, France

^e Centre hospitalier de Cadillac, 33410 Cadillac, France

^f Association Entr'Actes, 92700 Colombes, France

^g Laboratoire EA psychologie, santé et qualité de vie, université de Bordeaux, 33000 Bordeaux, France

Reçu le 27 novembre 2014 ; accepté le 20 janvier 2015

MOTS CLÉS

Autopsie
psychologique ;
Suicide ;
Police ;
Trajectoire de vie

Résumé Les taux de suicide sont généralement plus élevés dans les forces de l'ordre qu'au sein d'autres professions. Pour en comprendre les raisons, les objectifs de cette étude réalisée à partir d'un échantillon de policiers décédés par suicide étaient : (1) de déterminer les facteurs impliqués dans le passage à l'acte suicidaire ; (2) de décrire leur trajectoire de vie. Des autopsies psychologiques ont été conduites autour des 49 situations de suicide de policiers survenues en 2008. Le supérieur hiérarchique, un collègue de travail et un proche ont été interrogés par des psychologues formés, en utilisant des outils standardisés. Chaque dossier a ensuite été évalué par un panel d'experts. L'analyse a montré que tous les policiers ayant mis fin à leurs jours présentaient les symptômes d'un trouble mental, le plus souvent de type dépressif. Après les difficultés d'ordre psychologique, les principaux facteurs de vulnérabilité concernaient la sphère affective. La sphère professionnelle était source de vulnérabilité dans une moindre mesure, mais était également source de protection. Quatre types de trajectoires

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : gaelle.encrenaz@u-bordeaux.fr (G. Encrenaz).

KEYWORDS

Psychological
autopsy;
Suicide;
Police;
Life trajectory

de vie impliquées dans la suicidalité ont été mis en évidence. L'ensemble de ces résultats confirme que la prévention ne peut reposer que sur le dépistage de la souffrance psychologique et sa prise en charge, qui doit inclure une approche globale, en tenant compte de l'ensemble des sources de vulnérabilités.

© L'Encéphale, Paris, 2015.

Summary

Objectives. – Research indicates that suicide rates are high among members of law enforcement. Our objectives were: (1) to determine life events implicated in suicide mortality among French law enforcement; and (2) to describe the different life trajectories of police officers who deceased by suicide.

Methods. – All suicides of police officers which occurred during 2008 ($n=49$) were explored using the psychological autopsy method. Key informants were: a supervisor, a colleague and a member of the family or a close friend. Each of them were interviewed by trained psychologists using standardized questionnaires exploring: sociodemographic characteristics, life events, social integration and support, health service use, mental health with the Composite International Diagnostic Interview short form (CIDI-SF), occupational stress with the Spielberger Inventory, impulsiveness with the Barratt Impulsiveness Scale and aggressiveness with the Brown-Goodwin Lifetime Aggression Scale. Information was then summarized in a timetable life trajectory of all life areas. All cases were finally appraised by at least two experts in order to identify the determinants of the suicide and to determine psychiatric diagnoses. For each period of time, a burdensomeness score was determined, from 6 (no adversity) to 1 (adversities in each sphere of life).

Results. – Of the 49 cases of suicide, two were excluded and 39 were investigated and appraised (response rate: $39/47=83\%$). Eighty-two percent of the suicide cases were men and the mean age at death was 35 years. In more than half of the cases, police officers used their service weapon to commit suicide. All deceased police officers were suffering from mental health symptoms (primarily depression). Of them, two thirds had used healthcare for this distress. The main other cause of suicide was problems in the married life (70% of the cases). Four distinct types of life trajectories of adversities could be identified by a qualitative analysis.

Discussion. – It is the first time such a study was performed in France, and results are concordant with those of the literature. This study showed that all deceased police officers were suffering from mental disorders and that there was not one single profile of life trajectory: screening and support of police officers in distress need to be prioritized. Moreover, results suggested that the availability of the service weapon during off-duty periods should be reconsidered. This study helped the Home ministry to elaborate and improve strategies to prevent suicide among police officers.

© L'Encéphale, Paris, 2015.

Introduction

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) estime que le suicide est responsable de près d'un million de décès dans le monde chaque année. Il représente la quatrième cause de décès et la sixième cause d'incapacité chez les 15–44 ans [1]. La France est l'un des pays occidentaux les plus touchés avec environ 10 000 décès par suicide chaque année (10 359 décès ont été enregistrés par le CepiDC en 2011) [2]. L'attention est souvent portée sur les conduites suicidaires des adolescents et des jeunes adultes, aux dépens des adultes aux âges de la vie active [3]. Pourtant, si l'on considère le nombre de suicides, les classes d'âges les plus touchées sont les 35–44 et les 45–54 ans avec, pour chacune d'entre elles, près de 2200 décès chaque année [4].

Les facteurs associés au suicide sont nombreux et souvent étroitement liés. L'un des principaux est la présence d'un trouble mental. Une revue récente d'études

conduites à partir d'autopsies psychologiques a montré que la prévalence médiane de trouble mental chez les personnes décédées par suicide était égale à 91 % (comprise entre 23 et 100 % selon les études) [5], parmi lesquels la dépression occupe une place importante [6]. Un autre facteur de risque important est la présence d'antécédents personnels de conduites suicidaires [5], avec un fort risque de récurrence [7]. À cela s'ajoute l'effet d'autres facteurs, tels que l'usage de substances psychoactives [8], les facteurs sociodémographiques (les hommes sont beaucoup plus touchés et le risque augmente avec l'âge) [1,4], un bas niveau socio-économique [9], certains traits de personnalité [10], les abus sexuels, traumatismes et événements de vie [11–13], les antécédents familiaux de conduites suicidaires [14,15], l'accès à un moyen léthal [16], la présence d'un trouble somatique [17] ou encore des facteurs psychosociaux au travail tels que le stress [18]. Outre ces facteurs, d'autres diminuent le risque de suicide comme les relations

affectives et sociales, le soutien et l'intégration sociale [19–21].

Le lien entre le travail et le suicide est difficile à établir car il apparaît comme facteur de protection, mais aussi comme facteur de vulnérabilité. De par ses fonctions d'intégration sociale et instrumentale, le travail est protecteur vis-à-vis du suicide. Une étude a été menée récemment en France par l'Institut de veille sanitaire, à partir des données du CépIDC, l'organisme dépendant de l'Inserm chargé de recenser l'ensemble des décès et leurs causes et des données du panel Déclaration annuelle des données sociales (DADS) de l'Insee [22]. Les taux de mortalité par suicide entre 1976 et 2002 ont été calculés chez les hommes selon le statut professionnel et le métier exercé. Les résultats ont montré que les hommes sans emploi présentaient le taux le plus élevé, égal à 50 pour 100 000 pour la période 1997–2002. Cela illustre le caractère protecteur d'une activité salariée (ou vulnérabilisant de son absence), le chômage étant un facteur associé au suicide bien documenté [23–26]. Cependant, les taux de suicide sont plus élevés parmi les individus exerçant certaines professions, avec de plus fortes incidences enregistrées chez les médecins [27] et dans le secteur médicosocial [22]. Le métier de policier fait également partie des professions pour lesquelles un sur-risque de suicide a été constaté [28]. La conjonction de facteurs de vulnérabilité connus, comme par exemple la plus grande proportion d'hommes, pourrait expliquer ce sur-risque. À cela semblent s'ajouter des facteurs directement liés à l'exercice de cette profession tels que les conditions de travail, la pression professionnelle (introduction des quotas, obligation de résultats, chronométrage des tâches...), les exigences émotionnelles et la confrontation avec la mort [29]. Chacun de ces facteurs est également reconnu pour favoriser l'émergence du syndrome d'épuisement professionnel comprenant de forts symptômes d'épuisement émotionnel et de dépersonnalisation ainsi qu'une réduction de l'accomplissement de soi [30] : ces derniers ayant une incidence sur la dévalorisation du métier, le sentiment d'inutilité et de frustration (antagonisme avec le système judiciaire). Enfin, les policiers disposent d'une arme à feu, et donc d'un moyen létal, pouvant favoriser le passage à l'acte [16]. Cependant, les policiers disposent de services d'aide n'existant pas pour d'autres professions. Ces services peuvent diminuer le risque suicidaire des policiers grâce à l'accès à une prise en charge de leur détresse. En effet, suite au pic du nombre de suicides survenus en 1996, a été créé le service de soutien psychologique opérationnel (SSPO). Il s'agit d'une structure dont les objectifs sont de gérer le caractère post-traumatique des événements (la demande peut être effectuée par les agents eux-mêmes ou par l'administration) et de développer une politique de prévention et d'écoute au profit des personnels. Le SSPO comporte actuellement une soixantaine de postes de psychologues répartis sur l'ensemble du territoire national.

Dans ce contexte, les objectifs de l'étude visaient :

- à identifier les sphères de vie impliquées dans le déclenchement de l'acte suicidaire des policiers ;
- et à décrire les trajectoires de vie des policiers décédés par suicide.

Population et méthode

L'autopsie psychologique

Pour mieux comprendre l'acte suicidaire et dégager les principaux facteurs y conduisant, nous avons mené des autopsies psychologiques [31–34] auprès des proches de policiers ayant mis fin à leurs jours. Cette méthode a été développée pour étudier l'ensemble des facteurs impliqués dans la survenue du décès. Son objectif est d'établir une biographie médicopsychologique permettant de comprendre les circonstances du passage à l'acte. Ce type de méthode est une analyse rétrospective comprenant une reconstruction du style de vie, des comportements et des événements vécus par l'individu. De nombreux travaux montrent que cette méthode est une des plus appropriées pour comprendre les comportements antérieurs au passage à l'acte [35,36].

Cas sélectionnés

Les informations sur les victimes (identité, lieu de résidence, dernier poste occupé et dernier service auquel le fonctionnaire était rattaché, toutes données administratives nécessaires à la rencontre des proches privés et collègues) nous ont été transmises par la Direction Générale de la Police nationale qui nous a fait parvenir les comptes rendus des enquêtes environnementales conduites par les services après chaque cas de suicide de policier.

Choix des « informants »

La technique des autopsies psychologiques s'appuie sur le recueil d'informations dans l'entourage du défunt. Les études ayant utilisé cette méthodologie évoquent qu'entre 50 et 60% des personnes sollicitées acceptent de participer [32]. Pour cette raison, nous avons décidé d'interroger plusieurs « informants » pour chaque décès afin d'obtenir une information minimale pour un plus grand nombre de dossiers. Par ailleurs, afin d'acquérir une vision globale du profil de la personne décédée, il nous a paru important d'interroger des « informants » issus de ses principales sphères de vie. Nous avons ainsi décidé de sélectionner trois « informants » pour chaque cas : le supérieur hiérarchique, un collègue de travail et un proche (conjoint, parent...). Tous ces contacts ont été réalisés avec l'aide du Ministère et des différents services de police. Nous avons ensuite obtenu les coordonnées des participants potentiels auprès des directions concernées.

Recueil des données

Un intervenant psychosocial, formé à l'intervention de crise suicidaire et expérimenté à la pratique de ce type d'entretiens, a été recruté ainsi que trois psychologues cliniciennes. Du 01/10/2009 au 30/04/2010, ils se sont rendus sur les lieux de travail et d'habitation des familles des fonctionnaires décédés. Une formation spécifique a permis de standardiser la procédure de recueil de données et développer les habilités nécessaires à ce type de recueil de données. Cette étude a été menée en collaboration avec

le groupe McGill d'étude sur le suicide, qui a une longue expérience quant à la réalisation de ce type d'études. Ainsi, l'intervenant psychosocial associé à cette équipe a réalisé un transfert d'expertise à travers une formation de 10 jours qui incluait à la fois une partie théorique sur le suicide et le deuil, et une partie pratique sur la conduite d'autopsies psychologiques et sur les outils de recueil de données du projet.

Déroulement des entretiens

Une première prise de contact était réalisée par un courrier envoyé aux participants les informant du projet de recherche et de l'entretien pour lequel ils avaient été sélectionnés. Ce premier courrier les prévenait qu'un des psychologues leur téléphonerait pour leur proposer de participer à l'étude. En cas de réponse positive, le psychologue convenait d'un rendez-vous pouvant se dérouler dans un lieu choisi par le participant (son domicile, un lieu public ou son lieu de travail). Pour cette prise de rendez-vous, l'équipe organisant les entretiens veillait à ne pas contacter les familles et l'entourage pendant les fêtes de Noël ou à une date proche de l'anniversaire de naissance ou de décès du défunt. Ces entretiens ont été réalisés en deux temps auprès des familles et collègues proches. Un seul entretien était organisé avec le supérieur hiérarchique. Chaque rencontre durait entre deux et trois heures. À la fin de l'entretien, l'enquêteur s'assurait que la personne interrogée n'était pas en détresse, ni 48 heures après la rencontre (la procédure prévoyait un appel téléphonique). Si tel était le cas, l'enquêteur en référait aux coordonnateurs du projet de recherche, qui contactaient le SSPO pour organiser une prise en charge, ou un soutien psychologique. Si la personne ne souhaitait pas consulter le personnel du SSPO, l'enquêteur lui transmettait les coordonnées précises des services spécialisés en santé mentale de sa région.

Données recueillies et outils utilisés

Les données ont été recueillies de manière standardisée, et tous les outils validés déjà existants ont été adaptés par notre équipe au contexte de l'autopsie psychologique. Les proches, membres de la famille et collègues de travail renseignaient l'ensemble de ces questionnaires. En revanche, le supérieur hiérarchique n'était interrogé que sur les données sociodémographiques et le stress professionnel. Ces données concernaient :

- les caractéristiques sociodémographiques et socio-économiques, l'intégration sociale, les événements de vie, les habitudes de vie et l'utilisation des services de santé ont été recueillis grâce à un questionnaire élaboré spécifiquement pour ce projet ;
- les particularités du décès (circonstances, méthode, préméditation) ont été collectées de manière semi-dirigée selon une grille élaborée pour ce projet ;
- les diagnostics psychiatriques des troubles de l'humeur, des troubles anxieux et des troubles liés à une substance ont été déterminés à partir des critères du DSM-IV [37] en utilisant la version courte du Composite International Diagnostic Interview (CIDI *short form*) [38] ;

- les dimensions de personnalité ont été explorées en utilisant les questions « filtre » de l'International Personality Disorder Examination (IPDE) [39], évaluant de manière dimensionnelle les différents troubles de la personnalité (axe II) du DSM-IV [37]. Les dimensions de personnalité ayant fait l'objet d'une mesure étaient les personnalités narcissique, histrionique, paranoïaque, évitante, schizoïde, schizotypique, antisociale, borderline, compulsive et dépendante ;
- le stress au travail a été mesuré au travers de l'adaptation du Job Stress Survey de Spielberger au métier de policier [40,41]. Ce dernier liste 50 stressseurs professionnels dont la sévérité perçue et vécue par l'agent décédé était évaluée par la personne interrogée.

Enfin, nous avons utilisé deux autres outils validés permettant de mesurer l'impulsivité et l'agressivité. Présentés sous forme d'autoquestionnaires, ils étaient remis uniquement aux proches (famille et collègue de travail) qui les remplissaient puis les remettaient à l'enquêteur lors de la deuxième entrevue :

- l'impulsivité a été évaluée en utilisant la 11^e version de la Barratt Impulsiveness Scale (BIS) [42]. Il s'agit d'une échelle composée de 30 items, qui permet d'évaluer les difficultés de planification, l'impulsivité motrice et l'impulsivité cognitive ;
- l'agressivité a été évaluée en utilisant la Brown-Goodwin Aggression Scale (BGAS) [43]. Il s'agissait d'indiquer pour neuf événements relatifs à l'agressivité, un nombre d'occurrences dans la vie de la personne décédée.

L'ensemble de ces informations nous a permis de reconstituer la trajectoire de vie et d'adversités de chaque individu. Elles ont été synthétisées par les psychologues dans un calendrier de vie développé par Monique Seguin et son équipe [31] et adapté à l'exercice du métier de policier ainsi qu'aux objectifs de notre projet. Cet outil explore 11 domaines de la vie :

- l'endroit de résidence ;
- la relation parents-enfant et les difficultés dans l'enfance ;
- la vie affective et la vie de couple ;
- la vie familiale ;
- les épisodes de difficultés personnelles ;
- la vie professionnelle ;
- la vie sociale ;
- les pertes, séparations et départs ;
- les autres adversités ;
- les facteurs de protection et ;
- la demande d'aide et de soin.

À l'issue de ce questionnaire, les enquêteurs proposaient un calendrier de la vie du sujet en y intégrant, de manière graphique, les difficultés et événements qu'il avait vécus. Par ailleurs, ils étaient chargés pour chaque cas de rédiger une courte vignette clinique qui résumait dans quel contexte était survenu le suicide. Les dossiers ont été contrôlés et discutés au fur et à mesure par l'un des coordonnateurs du projet.

Expertise des dossiers

Tous les dossiers pour lesquels au moins deux informants ou un proche avaient répondu, ont été lus et analysés par neuf experts en épidémiologie, psychologie, psychiatrie et médecine légale qui se sont réunis pendant une semaine. Chacun des dossiers était lu par deux experts rapporteurs chargés de résumer l'histoire de vie du défunt aux autres membres. En séance de consensus, les experts déterminaient alors par des scores quels domaines de la vie de la personne décédée avaient contribué au décès. Par exemple, pour la vie affective, la question était la suivante : « *Dans quelle mesure le passage à l'acte est-il attribuable à des problèmes liés à la vie affective et de couple ?* ». Les experts répondaient alors selon quatre modalités, de « pas du tout » à « beaucoup ». Ils déterminaient également la trajectoire de vie et d'adversités de la personne décédée en établissant pour chaque tranche de temps un score allant de 6 (très peu d'adversités et des facteurs de protection) à 1 (toutes les sphères de vie affectées par des adversités et aucun facteur de protection). Les experts établissaient également les diagnostics de troubles psychiatriques dont avaient très certainement souffert les personnes décédées.

Analyse des données

Les données ont été analysées en utilisant des méthodes descriptives. Dans un premier temps, nous avons décrit les caractéristiques des cas inclus dans l'étude, puis analysé les données issues de l'expertise. Pour cela, nous avons tout d'abord décrit les difficultés dans les différentes sphères de vie, puis regroupé les cas en fonction de leur trajectoire de vie que nous avons analysée de manière qualitative.

Éthique

Les données ont été recueillies après consentement signé des participants qui étaient informés des objectifs de l'enquête, que les renseignements recueillis lors de cette rencontre étaient strictement confidentiels et qu'ils pouvaient à tout moment mettre un terme à cette participation sans justification. Il était également précisé que les résultats globaux et les propositions que nous allions formuler au terme de cette étude seraient communiqués au ministère de l'Intérieur, mais qu'en aucun cas celui-ci n'aurait accès aux résultats des entretiens individuels. Cette étude s'étant déroulée au sein des services de la Police, la consultation et l'exploitation des données a été réalisée sous l'autorité du Ministère de l'intérieur, en respectant ses contraintes et procédures vis-à-vis de l'accès et de l'exploitation de ses fichiers.

Résultats

Parmi les 49 situations de décès de l'année 2008, deux ont été exclues (l'une pour instruction judiciaire en cours et l'autre pour raisons logistiques, le décès étant survenu en Outre-Mer). Aucune coordonnée n'a été obtenue pour 16 membres de la famille ou proches, sept collègues et six supérieurs hiérarchiques. Pour deux cas, nous n'avons

Tableau 1 Caractéristiques des 49 cas de suicides de l'année 2008 et des 39 situations de décès par suicide expertisées.

Variables	Situation sélectionnée (n = 49) Effectif (%)	Situation expertisée (n = 39)
<i>Sexe</i>		
Hommes	42 (85,7)	32 (82,1)
Femmes	7 (14,3)	7 (17,9)
<i>Situation familiale</i>		
Célibataire	15 (30,6)	13 (33,3)
Marié/en couple	24 (49,0)	19 (48,7)
Divorcé/séparé/veuf	10 (20,4)	7 (17,9)
<i>Moyen utilisé</i>		
Arme à feu administrative	27 (55,1)	21 (53,8)
Arme à feu personnelle	5 (10,2)	3 (7,7)
Pendaison	13 (26,5)	11 (28,2)
Autres	4 (8,2)	4 (10,3)
<i>Âge moyen, ans</i>	36,8	35,8

obtenu aucune coordonnée de personnes ayant connu ou travaillé avec le défunt. Parmi les familles ou proches, dix personnes sélectionnées ont refusé de participer à l'enquête. Ils étaient trois parmi les collègues. Aucun refus n'a été enregistré parmi les supérieurs hiérarchiques. Au total, 39 dossiers étaient exploitables, c'est-à-dire qu'ils incluaient le témoignage d'au moins un proche ou d'au moins un collègue et un supérieur hiérarchique. Une autopsie psychologique a ainsi pu être menée à bien pour 83 % des cas inclus (39/47). Les caractéristiques des situations de décès par suicide sélectionnées et incluses sont décrites dans le tableau suivant (Tableau 1).

Difficultés psychologiques

Pour 29 personnes sur 32 (7 dossiers ne permettant pas de telles conclusions), le décès par suicide pouvait être attribué « modérément » ou « beaucoup » à des épisodes de difficultés psychologiques (Tableau 2). Pour 28 d'entre eux, il s'agissait d'un trouble mental. De manière plus précise, 24 (83 %) souffraient d'un trouble de l'humeur (dont 23 d'un épisode dépressif majeur), 6 (21 %) d'un trouble de la personnalité, 4 (14 %) de troubles anxieux, 4 (14 %) de troubles psychotiques et 11 (38 %) de troubles liés à l'alcool. Enfin, 12 personnes (41 %) avaient déjà fait une tentative de suicide dans le passé.

Par ailleurs, indépendamment de l'implication dans le passage à l'acte de nature suicidaire, le comité d'experts a déterminé que 33 personnes souffraient d'un trouble mental au moment du décès. Parmi les six autres : un seul ne souffrait d'aucun trouble et pour cinq personnes, les données étaient insuffisantes pour établir un diagnostic. Parmi ces 33 personnes, 19 souffraient de plusieurs troubles

Tableau 2 Répartition des cas de suicides de fonctionnaires de police de l'année 2008 en fonction des scores d'expertise pour différentes sphères de la vie ($n = 39$).

	Données insuffisantes	Pas du tout	Peu	Modérément	Beaucoup
Habitation	0	27	8	2	2
Relations avec les parents	16	1	11	6	5
Vie affective	6	8	2	3	20
Vie familiale	4	20	2	4	9
Difficultés psychologiques	7	0	3	3	26
Vie professionnelle	3	10	12	9	5
Vie sociale	3	26	7	3	0
Pertes, séparations, départs et autres adversités	9	46	11	7	5

(comorbidité psychiatrique) et 22 avaient eu recours au soin pour un problème de santé mentale. Par recours au soin, nous entendons toute consultation avec un médecin généraliste, un psychiatre, un psychologue, une visite aux urgences psychiatriques ou une hospitalisation en santé mentale.

Le comité d'experts a estimé qu'au total 21 actes suicidaires pouvaient être attribués à un défaut de prise en charge médicopsychologique, pouvant être dû à une absence de prise en charge alors que celle-ci était nécessaire ($n = 14$) ou à une prise en charge inappropriée ($n = 7$).

Autres difficultés

Après ces épisodes de difficultés psychologiques, les facteurs de vulnérabilité semblant avoir le plus contribué au passage à l'acte étaient ceux associés à la sphère affective et plus particulièrement les difficultés associées aux relations de couples ou aux rapports avec les parents. Concernant la sphère professionnelle, elle semblait avoir contribué au passage à l'acte suicidaire pour 14 cas (5 « beaucoup » et 9 « modérément ») sur 36. Ces facteurs avaient « peu » contribué au suicide pour 12 cas et n'y avait « pas du tout » contribué pour 10 cas. De nombreuses difficultés professionnelles étaient liées aux premières affectations souvent très éloignées du milieu d'origine et mal vécues par les jeunes policiers.

Facteurs de protection

Parmi les 33 cas pour lesquels les données étaient disponibles, deux bénéficiaient de beaucoup de facteurs de protection, onze en bénéficiaient de manière modérée et 14 en bénéficiaient peu. Pour six cas, on ne relevait aucun facteur de protection.

Parmi les 27 cas pour lesquels au moins un facteur de protection avait été mis en évidence :

- 11 bénéficiaient de facteurs de protection liés à leur vie familiale ;
- 6 bénéficiaient de facteurs de protection liés à leur vie professionnelle ;
- 9 bénéficiaient de facteurs de protection liés à leur vie familiale et à leur vie professionnelle ;
- 1 bénéficiait d'un autre type de facteur de protection.

Les facteurs de protection d'origine professionnelle les plus souvent mis en évidence étaient relatifs à l'esprit de corps et le soutien formel ou informel entre les membres d'une même unité.

Trajectoires de vie

L'analyse des trajectoires de vie a permis de déterminer quatre groupes (Fig. 1), représentant 31 cas. Pour les huit autres cas, la trajectoire était atypique ou les données étaient insuffisantes (essentiellement manquantes pour les périodes de l'enfance et de l'adolescence).

La trajectoire de type 1 ($n = 10$) est celle qui suscite le plus d'incompréhension, en raison de la quasi-absence d'accumulation de facteurs de risque et d'éléments d'adversités connus. Contrairement aux autres trajectoires, il n'y a pas d'accumulation de facteurs de risque tout au cours de la vie et le décès survient rapidement. Ces décès semblaient survenir souvent lors d'une perte importante (comme une rupture amoureuse), souvent lorsqu'il y a une dimension d'humiliation ou de perte ayant un caractère public. Ce groupe était exclusivement masculin et se caractérisait par une très forte proportion d'utilisation de l'arme de service (70%). C'est aussi dans ce groupe que la sphère professionnelle semblait le plus avoir contribué au processus suicidaire. C'était dans ce groupe que la proportion de fonctionnaires consciencieux et perfectionnistes ayant connu un événement négatif au travail était la plus grande. Par ailleurs, dans ce groupe, la sphère professionnelle était également source de facteurs de protection dans 30% des cas.

La trajectoire de type 2 ($n = 5$) concernait des cas pour lesquels la vie n'avait pas présenté de difficultés au cours de l'enfance, ni de l'adolescence. Les adversités s'accumulaient au cours de la vie adulte, pendant quelques années. À la différence de la trajectoire de type 1, ces adversités s'accumulaient pendant environ cinq années avant le passage à l'acte suicidaire. C'est dans ce groupe que la proportion de femmes semblait la plus grande. La sphère professionnelle semblait impliquée dans le passage à l'acte dans 20% des cas et était facteur de protection dans 33% des cas.

Dans le troisième type de trajectoire ($n = 11$), les adversités s'accumulaient tout au long de la vie. C'est dans ce groupe que l'abus et/ou la dépendance à l'alcool étaient

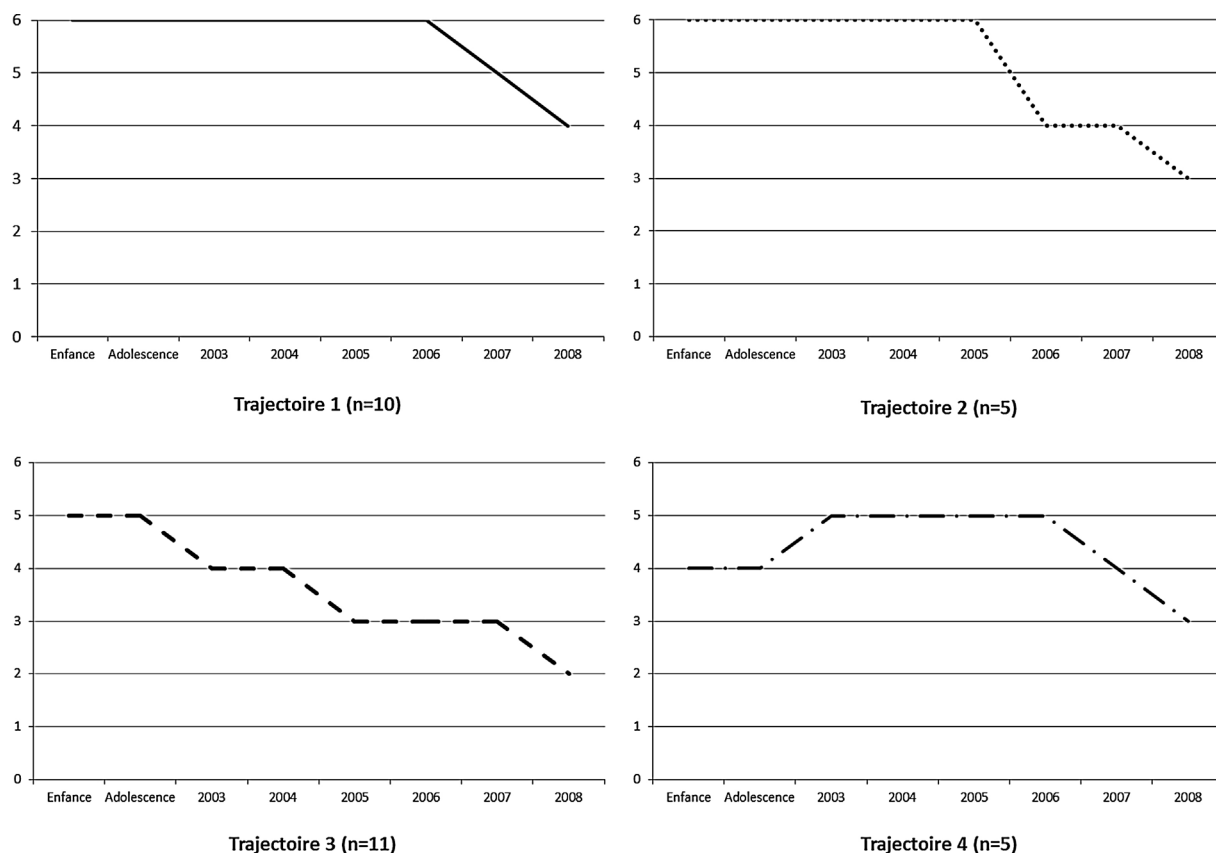


Figure 1 Typologie des trajectoires de vie des policiers décédés par suicide en 2008 ($n = 31$), à partir des représentations graphiques des scores d’adversité (6 : aucune adversité ; 1 : adversités dans toutes les sphères de vie) en fonction du temps.

les plus fréquents (2 cas sur 3) et que les antécédents de tentatives de suicide étaient également les plus fréquents (45%). La sphère professionnelle avait contribué au passage à l’acte dans 46% des cas, mais c’est aussi dans ce groupe qu’elle était le plus souvent facteur de protection (64%).

La quatrième trajectoire regroupait cinq individus pour qui la vie avait été difficile dès le départ, mais dont le contexte s’était amélioré au début de l’âge adulte. Dans cette trajectoire, la vie avait présenté dès le commencement, plusieurs éléments d’adversités dont la négligence, la maltraitance, des conflits familiaux majeurs, des sévices physiques et sexuels, qui se sont accumulés au fur et à mesure du développement de l’individu. Le nombre d’adversités diminuait après que l’individu ait quitté le foyer familial et se soit retrouvé dans un contexte d’autonomie et de liberté relative. Cette période correspondait à une diminution des facteurs de risque et une augmentation des facteurs de protection. Mais cette période était suivie par l’apparition de nouvelles adversités, comme si une certaine vulnérabilité au niveau de la personnalité s’était maintenue pendant tout ce temps et que les difficultés personnelles, psychologiques et psychiatriques les rattrapaient au milieu de leur vie, provoquant ainsi un effritement relationnel et un cumul de difficultés avant le passage à l’acte. La sphère professionnelle semblait impliquée dans le passage à l’acte dans 20% des cas et était facteur de protection dans 40% des cas.

Discussion

Les objectifs de cette étude étaient doubles avec de la mise en exergue des déterminants du passage à l’acte suicidaire et la description des trajectoires de vie des policiers décédés par suicide. La conduite des autopsies psychologiques a montré que tous les fonctionnaires de police ayant mis fin à leurs jours présentaient les signes d’une détresse psychologique. À l’exception d’un cas, les symptômes présentés permettaient d’établir un diagnostic de trouble psychiatrique, majoritairement de type dépressif. Les facteurs de vulnérabilité les plus souvent représentés concernaient la sphère affective et celle des relations avec les parents. Par ailleurs, pour un peu plus d’un tiers des cas, des adversités professionnelles avaient contribué au passage à l’acte. Plusieurs profils de trajectoires de vie caractérisaient l’acte suicidaire et un *profil-type* unique n’a pu être retenu. Par ailleurs, la typologie de trajectoires de vie que nous avons mise en évidence, a déjà été observée dans des études antérieures utilisant la même méthodologie. L’une des trajectoires mises en évidence en population générale n’a cependant pas été observée dans notre étude. Il s’agit d’un parcours de vie caractérisé par de nombreuses difficultés présentes dès l’enfance, et qui se maintiennent tout au long de la vie [31]. L’absence de ce type de trajectoire dans notre étude peut s’expliquer par un effet de sélection : ces profils sont ceux qui rencontrent des difficultés pour accéder à l’emploi, et qui ont donc moins de

chance d'accéder au métier de policier. De plus, le concours d'entrée dans la Police nationale comprend des tests psychologiques, qui renforcent très probablement cet effet de sélection. Si la sélection permet d'embaucher des personnes présentant « moins » de troubles de la personnalité, cela n'évite pas pour autant le développement d'autres troubles mentaux au cours de la vie. Cette partie de l'étude souligne bien l'importance de la santé mentale, et notamment de la dépression dans le passage à l'acte suicidaire, comme le montre la littérature [5,6]. Ce résultat est en faveur de politiques de prévention universelles basées sur une amélioration de l'accès au soin en santé mentale, mais aussi sélectives comme la formation de sentinelles [44]. Il s'agit de personnes formées à repérer et orienter de manière adéquate les personnes en détresse à risque de suicide. Cette personne est susceptible d'être en contact avec des personnes suicidaires par son travail, ses activités ou encore la place qu'elle occupe dans son milieu ou sa communauté. Il pourrait tout à fait être envisagé d'apporter cette formation à certains policiers, chefs de services, assistantes sociales potentiellement en contact avec des policiers à risque. Une des autres particularités du métier de policier est la mise à disposition d'une arme à feu et donc d'un moyen léthal : ce qui peut expliquer le sur-risque de suicide. En effet, de nombreuses études ont déjà souligné que la disponibilité d'un moyen léthal ou plus particulièrement d'une arme à feu augmentait le risque de décès par suicide [16]. La restriction de l'accès aux moyens léthaux est un moyen de prévention que l'OMS recommande pour la définition de politique de prévention du suicide [44]. Cette particularité met donc en avant la nécessité d'une réflexion approfondie sur la mise à disposition d'une arme, en particulier en dehors du temps de travail.

Même si ces résultats sont concordants avec ceux de la littérature scientifique, certaines limites sont à discuter. La première limite est directement liée au principe même de l'autopsie psychologique qui se base sur le témoignage de tiers. Ces biais d'information peuvent être liés au fait que la personne ne connaissait pas tout ce que ressentait le défunt, qu'elle a oublié certains détails ou alors qu'au contraire, elle s'est beaucoup interrogée sur les raisons du passage à l'acte pour en trouver une explication conduisant à une réinterprétation de certains faits. C'est l'une des raisons pour lesquelles nous avons choisi d'interroger plusieurs répondants pour chaque dossier examiné. Corollairement, se posait alors le problème de l'arbitrage des informations discordantes. Pour pallier cette limite, nous avons suivi les recommandations de l'Inserm en constituant un panel d'experts [36]. Son rôle était de confronter de manière contradictoire les informations recueillies et de permettre de tenir compte des informations provenant de plusieurs sources.

Une autre limite importante de ce travail est l'absence de groupe témoin, qui nous aurait permis de mieux conclure quant à la contribution des facteurs de risque. Cependant, le choix du groupe témoin dans le contexte des autopsies psychologiques pose encore de nombreuses questions méthodologiques [45]. Des études ont utilisé des groupes témoins issus de la population générale, mais ce choix induit des biais car les personnes interrogées sont vivantes. Idéalement, il conviendrait d'interroger les proches de ces participants, mais ces derniers ne se sont pas posés toutes les

questions propres au processus de deuil, induisant en cela un autre biais d'information difficile à contrôler. D'autres auteurs ont proposé de choisir comme groupe témoin des personnes dont la cause du décès était différente, tel qu'un décès suite à un accident de la route. Le processus de deuil serait proche de celui faisant suite à un décès par suicide. L'inconvénient de cette méthode est que les personnes décédées d'un accident de voiture ne sont pas représentatives de la population générale du fait d'une sur-représentation de certains comportements à risque, comme les consommations d'alcool. Afin de s'affranchir des caractéristiques individuelles liées au fait d'être impliqué dans un accident de la circulation, il nous paraît plus pertinent, lorsque cela est possible, de ne sélectionner que des personnes non responsables de l'accident. À ce jour, la pertinence d'un groupe témoin de ce type n'a cependant jamais été testée [33]. À cela, s'ajoute encore en France, une certaine réticence à interroger des personnes en deuil. Devant ces difficultés liées au choix du groupe témoin et du manque de moyens, nous avons choisi de déterminer les facteurs ayant contribué au passage à l'acte grâce aux compétences du panel d'experts. Le recours à ce panel d'experts soulève également des limites qu'il faut discuter. Tout d'abord, selon les domaines de prédilection des experts choisis, certaines sphères de vie ont pu être négligées. Prenons l'exemple de la vie professionnelle. Parmi les experts, on ne comptait aucun spécialiste de la santé au travail et nous pouvions imaginer que cette sphère a été moins bien explorée que les autres. Cependant, nous avons été vigilants à documenter toutes les sphères de vie dans les questionnaires que nous avons choisis. Par ailleurs, un autre risque lié à ce panel d'experts est que la discussion soit déséquilibrée à cause de personnalités plus fortes ou plus influentes que les autres. Cependant, pour chaque cas, deux experts étaient chargés de raconter l'histoire de vie du défunt aux autres. Les binômes d'experts étaient tirés au sort et n'étaient pas les mêmes pour tous les cas. Cela permettait de maintenir un certain équilibre, avec à chaque fois, deux experts connaissant plus l'histoire de vie du défunt que les autres.

Une autre limite importante à discuter est liée au choix des outils et instruments de mesure. En particulier, nous avons choisi de mesurer les troubles mentaux en utilisant une adaptation du CIDI-SF [38] et les questions filtres de l'IPDE [39], alors que la plupart des études ayant recours aux autopsies psychologiques utilisent le plus souvent le SCID-I et II [46,47], qui permet d'explorer les symptômes de manière plus approfondie avec les proches en les illustrant par des exemples. C'est également pour cette raison que les experts étaient en charge de conclure quant à la probabilité d'un trouble mental, en se basant sur les symptômes recensés à l'aide des instruments de mesure sélectionnés. D'autre part, les répondants, surtout ceux de la hiérarchie et des collègues de travail n'avaient souvent pas suffisamment d'information pour permettre un recueil de données suffisant. Les proches avaient le plus d'informations pertinentes mais plusieurs proches ($n = 16$) n'ont pas été interrogés. Nous manquons donc de données quant à la trajectoire de vie.

Enfin, nous avons opté pour un recueil de données couvrant l'ensemble des sphères de vie, avec une approche quasi qualitative, aux dépens d'un plus grand nombre de cas. Contrairement à une approche quantitative, l'approche que nous avons retenue nous a permis d'explorer de manière

fine et détaillée l'ensemble des sphères de vie pouvant être affectées. Cela nous a permis de rendre compte de l'ensemble des facteurs impliqués dans le suicide, aux dépens de la généralisation des résultats. En effet, la petite taille de l'échantillon rend l'extrapolation et la généralisation des résultats difficiles.

Conclusion

Même si une sur-mortalité par suicide a été mise en évidence dans la Police nationale, les facteurs prédictifs des comportements suicidaires chez les fonctionnaires de police ne paraissent pas spécifiques à cette profession, mis à part l'accès à une arme à feu, qui était vraisemblablement déterminant. La problématique du dépôt de l'arme en fin de service pose donc toujours question et mérite une évaluation tenant compte des spécificités de chacun des corps. Par ailleurs, nous ne pouvons pas dégager de trajectoire de vie unique, ce qui souligne l'importance de stratégies de prévention reposant sur le repérage de la souffrance psychologique et sur sa prise en charge.

Déclaration d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

Remerciements

Cette étude a été présentée au congrès de l'International Association of Suicide Prevention (IASP) à Pékin, en 2011 et au congrès du Groupement d'étude et de prévention du suicide (GEPS) à Lyon, en 2013. Les auteurs souhaitent remercier tout particulièrement Madame Roux, Madame Harris, Madame Tricart, Monsieur Derrouch et Monsieur Baudet de l'Inspection Générale de la Police nationale (IGPN) pour leur aide précieuse tout au long de cette étude, ainsi que tous les participants aux entretiens, qui ont accepté de livrer tant de souvenirs douloureux.

Références

[1] Organisation mondiale de la santé. The world health report 2003: shaping the future. Geneva: OMS; 2003.

[2] Aouba A, Péquignot F, Le Toullec A, et al. Les causes médicales de décès en France en 2004 et leur évolution 1980–2004. *Bull Epidemiol Hebdo* 2007;35–36:308–14.

[3] Batt A, Campeon A, Leguay D, et al. Épidémiologie du phénomène suicidaire: complexité, pluralité des approches et prévention. Paris: Elsevier Masson; 2007.

[4] Mouquet M-C, Bellamy V. Suicides et tentatives de suicide en France. *Études et résultats*. Drees; 2006. p. 488.

[5] Cavanagh JT, Carson AJ, Sharpe M, et al. Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychol Med* 2003;33(3):395–405.

[6] Nierenberg AA, Gray SM, Grandin LD. Mood disorders and suicide. *J Clin Psychiatry* 2001;62(Suppl. 25):27–30.

[7] Gilbody S, House A, Owens D. The early repetition of deliberate self harm. *J R Coll Physicians Lond* 1997;31(2):171–2.

[8] Wilcox HC, Conner KR, Caine ED. Association of alcohol and drug use disorders and completed suicide: an empirical review of cohort studies. *Drug Alcohol Depend* 2004;76 Suppl.:S11–9.

[9] Lorant V, Kunst AE, Huisman M, et al. Socio-economic inequalities in suicide: a European comparative study. *Br J Psychiatry* 2005;187:49–54.

[10] Brezo J, Paris J, Turecki G. Personality traits as correlates of suicidal ideation, suicide attempts, and suicide completions: a systematic review. *Acta Psychiatr Scand* 2006;113(3):180–206.

[11] Belik SL, Cox BJ, Stein MB, et al. Traumatic events and suicidal behavior—Results from a national mental health survey. *J Nerv Ment Dis* 2007;195(4):342–9.

[12] Simon TR, Anderson M, Thompson MP, et al. Assault victimization and suicidal ideation or behavior with a national sample. *Suicide Life Threat Behav* 2002;32:42–5.

[13] Seedat S, Stein MB, Forde DR. Association between physical partner violence, posttraumatic stress, childhood trauma, and suicide attempts in a community sample of women. *Violence Vict* 2005;20(1):87–98.

[14] Mann JJ. The neurobiology of suicide. *Nat Med* 1998;4(1):25–30.

[15] Brent DA, Mann JJ. Family genetic studies, suicide, and suicidal behavior. *Am J Med Genet C Semin Med Genet* 2005;133(1):13–24.

[16] Daigle MS. Suicide prevention through means restriction: assessing the risk of substitution. A critical review and synthesis. *Accid Anal Prev* 2005;37(4):625–32.

[17] Fujino Y, Mizoue T, Tokui N, et al. Prospective cohort study of stress, life satisfaction, self-rated health, insomnia, and suicide death in Japan. *Suicide Life Threat Behav* 2005;35(2):227–37.

[18] Feskanich D, Hastrup JL, Marshall JR, et al. Stress and suicide in the Nurses' Health Study. *J Epidemiol Community Health* 2002;56(2):95–8.

[19] Hoyer G, Lund E. Suicide among women related to number of children in marriage. *Arch Gen Psychiatry* 1993;50(2):134–7.

[20] Rogers RG, Krueger PM, Hummer RA. Suicide and social integration. In: Paper presented at the annual meeting of the American Sociological Association. 2004.

[21] Lorant V, Kunst AE, Huisman M, et al. A European comparative study of marital status and socio-economic inequalities in suicide. *Soc Sci Med* 2005;60(11):2431–41.

[22] Cohidon C, Geoffroy-perez B, Fouquet A, et al. Suicide et activité professionnelle en France: premières exploitations et données disponibles. Saint Maurice (France): Sanitaire IdV; 2010.

[23] Blakely TA, Collings SC, Atkinson J. Unemployment and suicide. Evidence for a causal association? *J Epidemiol Community Health* 2003;57(8):594–600.

[24] Preti A. Unemployment and suicide. *J Epidemiol Community Health* 2003;57(8):557–8.

[25] Kposowa AJ. Unemployment and suicide: a cohort analysis of social factors predicting suicide in the US National Longitudinal Mortality Study. *Psychol Med* 2001;31(1):127–38.

[26] Martikainen P, Maki N, Jantti M. The effects of unemployment on mortality following workplace downsizing and workplace closure: a register-based follow-up study of Finnish men and women during economic boom and recession. *Am J Epidemiol* 2007;165(9):1070–5.

[27] Boxer PA, Burnett C, Swanson N. Suicide and occupation: a review of the literature. *J Occup Environ Med* 1995;37(4):442–52.

[28] Loo R. A meta-analysis of police suicide rates: findings and issues. *Suicide Life Threat Behav* 2003;33(3):313–25.

[29] Brough P. Comparing the influence of traumatic and organizational stressors on the psychological health of police, fire and ambulance officers. *Int J Stress Manag* 2004;11(3):227–44.

[30] Lhuillier D. Dépressions sévères et travail. *Encéphale* 2009;35(Suppl. 7):S291–5.

- [31] Seguin M, Lesage A, Turecki G, et al. Life trajectories and burden of adversity: mapping the developmental profiles of suicide mortality. *Psychol Med* 2007;37(11):1575–83.
- [32] Hawton K, Appleby L, Platt S, et al. The psychological autopsy approach to studying suicide: a review of methodological issues. *J Affect Disord* 1998;50(2–3):269–76.
- [33] Pouliot L, De Leo D. Critical issues in psychological autopsy studies. *Suicide Life Threat Behav* 2006;36(5):491–510.
- [34] Abondo M, Masson M, Le Gueut M, et al. L'autopsie psychiatrique. *Encéphale* 2008;34(4):343–6.
- [35] Expertise collective Inserm. Suicide. Autopsie psychologique, outil de recherche en prévention; 2005.
- [36] Expertise opérationnelle Inserm. Autopsie psychologique. Mise en œuvre et démarches associées; 2008.
- [37] American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Washington DC: APA; 1994.
- [38] Kessler RC, Andrews G, Mroczek D, et al. The World Health Organization Composite International Diagnostic Interview Short-Form (CIDI-SF). *Int J Methods Psychiatr Res* 1998;7:171–85.
- [39] Loranger AW, Sartorius N, Andreoli A, et al. The International Personality Disorder Examination. The World Health Organization/Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration international pilot study of personality disorders. *Arch Gen Psychiatry* 1994;51(3):215–24.
- [40] Spielberger CD, Westberry LG, Grier KS, et al. The police stress survey: sources of stress in law enforcement. Tampa, FL: University of South Florida: College of Social and Behavioral Sciences; 1981.
- [41] Sifakis O, Rasclé N, Bruchon-Schweitzer M. L'inventaire de stress professionnel de C.D. Spielberger (Job Stress Survey): une adaptation française. *Psychol Psychom* 1999;20(1): 5–23.
- [42] Barratt ES. Impulsiveness defined within a system model of personality. In: Pielberger D, Butcher JN, editors. *Advances in personality assessment*, Vol. 5. New York: Erlbaum; 1985. p. 113–32.
- [43] Brown GL, Goodwin FK, Ballenger JC, et al. Aggression in humans correlates with cerebrospinal fluid amine metabolites. *Psychiatry Res* 1979;1(2):131–9.
- [44] Organisation mondiale de la santé. Prévention du suicide : l'état d'urgence mondial. Genève: Éditions de l'OMS; 2014.
- [45] Isometsa ET. Psychological autopsy studies—a review. *Eur Psychiatry* 2001;16(7):379–85.
- [46] First MB, Spitzer A, Gibbon M. The Structured Clinical Interview for DSM-III-R personality disorders (SCID-II). Part I: description. *J Pers Disord* 1995;9:83–91.
- [47] Spitzer RL, Williams JB, Gibbon M, et al. The Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID). I: History, rationale, and description. *Arch Gen Psychiatry* 1992;49(8):624–9.