



Le suicide avec usage d'armes à feu

Analyse et recommandations

Un pass dans l'impasse
Centre de référence de prévention du suicide
182, chaussée de Waterloo – 5002 Saint-Servais
Tél. : 081/777.878 – www.un-pass.be



AViQ

Agence pour une Vie de Qualité

Familles Santé Handicap



« Si un policier pense à s'enlever la vie, pour une raison que personne ne connaîtra peut-être jamais, il a facilement le moyen de le faire. Mais si quelqu'un veut s'enlever la vie, il finit toujours par trouver le moyen de le faire. Être policier rend seulement la chose plus facile. » Jason Levinstein, in Strandberg (1997), p.39

Remerciements

Afin de réaliser cette analyse sur le suicide par armes à feu, nous avons pris contact avec l'Armée belge, la Police Fédérale ainsi que la Fédération des clubs de tirs et des clubs de chasse, nous tenons à les remercier chaleureusement pour leur collaboration.

Table des matières

Introduction.....	5
Contextualisation.....	5
Les recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé en matière de prévention du suicide	5
Le plan Wallon de Prévention et de Promotion de la Santé – Horizon 2030.....	6
Approche théorique.....	6
1. Définitions.....	6
2. Prévalence	7
3. Analyse du processus suicidaire.....	8
4. Facteurs de risque	9
5. La crise suicidaire	10
6. Facteurs de protection	10
7. Déterminants du choix de la méthode	11
8. L'impact du passage à l'acte suicidaire	11
9. Prévenir le suicide.....	11
10. Mise en perspective de la réduction d'accès aux moyens en prévention du suicide	12
11. Illustrations quant à la réduction d'accès aux moyens	13
Approche légale de la détention d'armes à feu	13
1. Contexte professionnel	13
2. Contexte privé	14
Approche synthétique de la littérature au sujet du suicide avec usage d'armes à feu.....	15
1. Accessibilité.....	15
2. Différences liées au genre et autres caractéristiques sociodémographiques	16
3. La Police.....	16
4. Le stress du policier	17
5. Sous-estimation du nombre de suicide chez les policiers	18
6. Evaluation d'un programme de prévention mis en place au sein de la police : Mishara, & Martin, (2012)	18
7. La Défense.....	19
8. Douane.....	19
Rencontre avec les milieux concernés	20
1. La Défense.....	20
2. La Police.....	20
3. Les clubs de chasse et les Tireurs sportifs	21
Recommandations	21
Conclusion.....	22
Bibliographie	23

Introduction

Le suicide, du latin *suicidium*, terme composé du préfixe *sui*, « soi », et du verbe *caedere*, « tuer » est l'acte intentionnel de mettre fin à sa propre vie.

On peut identifier deux constantes dans l'histoire du suicide. La première consiste en un impératif discursif autour de l'acte délibéré entrepris par un individu de mettre fin à ses jours ; la seconde fait lien à la recherche de sens donné à l'acte (Renneville & Yampolsky, 2018).

Le suicide a longtemps été considéré comme un acte criminel. L'histoire nous le rappelle en démontrant comment l'héritage judéo-chrétien a identifié dans le passé le geste suicidaire comme un crime de lèse-divinité (Renneville & Yampolsky, 2018).

Progressivement, la psychiatrie et la médecine ont amené le droit criminel à modifier l'étiquette du comportement suicidaire de « crime » à « responsabilité criminelle » pour cause d'aliénation mentale. Ceci implique la disparition des peines ainsi que des conséquences légales et financières pour les proches du suicidant (Renneville & Yampolsky, 2018).

Le suicide est un phénomène multifactoriel, présentant une approche complexe. Cette affirmation s'explique par le fait que différents facteurs interviennent dans le cadre du processus suicidaire ; il s'agit à la fois de facteurs psychologiques, sociologiques, culturels, environnementaux ou encore biologiques. Il est également possible d'identifier des facteurs intimement corrélés à un risque de suicide élevé chez les jeunes, cette identification revêt toute son importance en matière de prévention (Bilsen, 2018).

Selon l'OMS, 703.000 personnes se suicident chaque année dans le monde. En 2019, le suicide était la quatrième cause de mortalité chez les 15-29 ans (OMS, 2019)

Le suicide doit dès lors être compris comme un phénomène mondial. En outre, plus de 77 % des suicides sont survenus dans des pays à revenu faible ou intermédiaire en 2019. Selon les derniers chiffres disponibles, 1.782 Belges se sont donné la mort en 2018. Le suicide est la première cause de décès chez les 15-44 ans en Belgique. En Wallonie, 686 suicides ont été recensés en 2018 contre 612 l'année d'avant.

Contextualisation

Les recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé en matière de prévention du suicide

La santé est définie par l'OMS (1948) comme « *un état complet de bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* »¹.

Les suicides et les tentatives de suicide ont un **effet d'entraînement** qui a des répercussions sur les familles, les amis, les collègues, les communautés et les sociétés (OMS, 2019).

Ainsi, le suicide est reconnu par l'OMS comme « *priorité de santé publique* ». En 2014, l'OMS a publié son premier rapport sur le suicide dans le monde : « *Prévenir le suicide : un impératif mondial* ». L'objectif de ce rapport était de sensibiliser à la thématique du suicide et d'axer les priorités en termes de santé publique sur la prévention.

¹ Retrieved from : https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_fr.pdf

Dans le Programme d'action de l'OMS lancé en 2008 relatif à la lutte contre les lacunes en santé mentale, le suicide en est une des conditions prioritaires. Un indicateur de la cible des objectifs de développement durable est le taux de mortalité par suicide. En effet, il s'agit de parvenir, pour 2030, à réduire d'un tiers la mortalité prématurée due aux maladies non transmissibles grâce à la prévention et au traitement et de promouvoir la santé mentale ainsi que le bien-être.

En outre, l'OMS avance que la connaissance des principales méthodes utilisées pour se suicider est nécessaire afin de concevoir des stratégies de prévention qui s'avèrent efficaces, **et ce, notamment en réduisant l'accès aux moyens.**

Le Plan Wallon de Prévention et de Promotion de la Santé – Horizon 2030

Le Code Wallon de l'action sociale et de la santé définit son plan de prévention comme : « *le plan de prévention et de promotion de la santé adopté par le Gouvernement présentant le diagnostic de situation relatif à l'état de santé de la population wallonne, fixant les objectifs de santé, guidant les actions et les stratégies à mettre en œuvre en matière de promotion de la santé et de prévention des maladies* »¹.

Le 30 novembre 2018, le Gouvernement wallon adopte le premier plan de prévention et de promotion de la santé – Horizon 2030. 5 axes distincts composent le plan ; **le deuxième axe intéresse particulièrement Un pass dans l'impasse car il traite de la promotion de la santé mentale.**

Réduire l'accès aux moyens létaux apparaît comme l'approche la plus concluante en matière de prévention du suicide (OMS, 2014) et se décline en trois actions qui consistent à :

- **sensibiliser quant à la détention d'armes à feu et en contrôler l'accès ;**
- sensibiliser les professionnels de la santé concernant la prescription, la vente et l'usage excessif de médicaments des publics à risque ;
- identifier et sécuriser les « hotspots ».

Approche théorique

1. Définitions

Selon l'OMS (2014), le **comportement suicidaire** est caractérisé par un ensemble d'attitudes qui peuvent être des idées suicidaires, la planification d'un passage à l'acte suicidaire, la réalisation d'une tentative de suicide et, in fine, aboutir au décès par suicide. Il est important d'être en mesure de distinguer ces différentes phases qui peuvent se situer sur un continuum dans le processus suicidaire.

Les **idéations suicidaires** font référence à un ensemble de pensées qui concernent le suicide (Wenzel et al., 2009 cités par Desseilles, 2012 ; Batt et al., 2007).

Richard-Devantoy et al. (2010) définissent une **personne suicidaire** comme une personne étant dotée d'idéations suicidaires sans qu'il n'y ait nécessairement de passage à l'acte. Batt et al. (2007) ajoutent qu'une personne suicidaire peut également avoir des comportements et/ou des paroles qui pourraient laisser penser qu'elle est susceptible de mettre à mal son intégrité physique et que cela puisse aboutir à sa propre mort.

¹ Retrieved from : <http://sante.wallonie.be/sites/default/files/2019%2005%2020%20AVIQ-18-19401-Rapport%20Plan%20W%20Pr%C3%A9vention%20dk%C5%BE.pdf>

La **personne suicidante** est celle qui a commis une tentative de suicide sans que cela n'ait abouti au décès (Batt et al., 2007 ; Richard-Devantoy et al., 2010).

Ainsi, une **tentative de suicide** fait référence à tout comportement intentionnel non létal, motivé ou non par une intention de mourir, et qui consiste en des actes d'auto-agression (OMS, 2014).

Enfin, le **suicide** est défini comme un acte intentionnel commis contre soi-même dans le but de se donner la mort (OMS, 2014 ; Desseilles, 2012 ; Tousignant, 1994). Par conséquent, le **suicidé** est le sujet qui est décédé par suicide (Richard-Devantoy et al., 2010).

2. Prévalence

En Belgique, en 2018, le suicide est la première cause de décès chez les 15-24 ans et chez les 25-44 ans (Sciensano, 2021). En outre, l'arme à feu est le 2ème moyen le plus utilisé par les hommes pour se suicider après la pendaison et le 3ème moyen le plus utilisé par les femmes après la pendaison et les médicaments.

En ce qui concerne l'Europe, la Belgique se situe en 6^{ème} position des pays présentant le plus haut taux de suicide avec une moyenne de 15,92 en 2018 (Eurostats, 2021).

En outre, en 2018, nous comptabilisons, selon Sciensano, 1782 décès par suicide en Belgique.

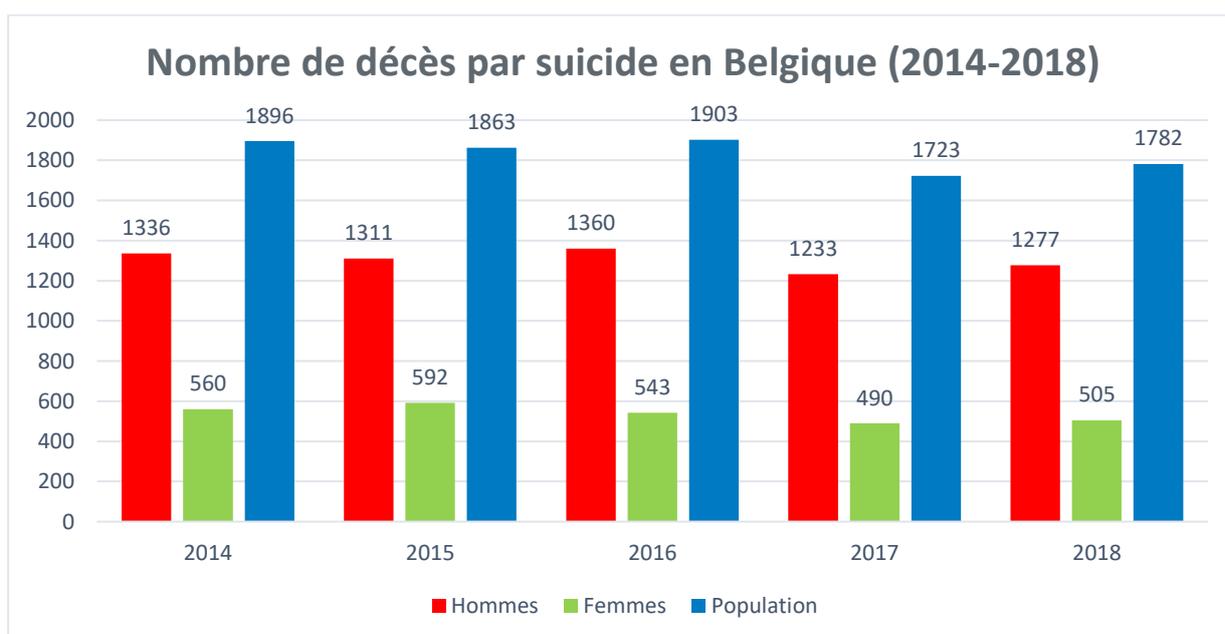


Tableau 1 ©Centre de référence de prévention du suicide - Un pass dans l'impasse

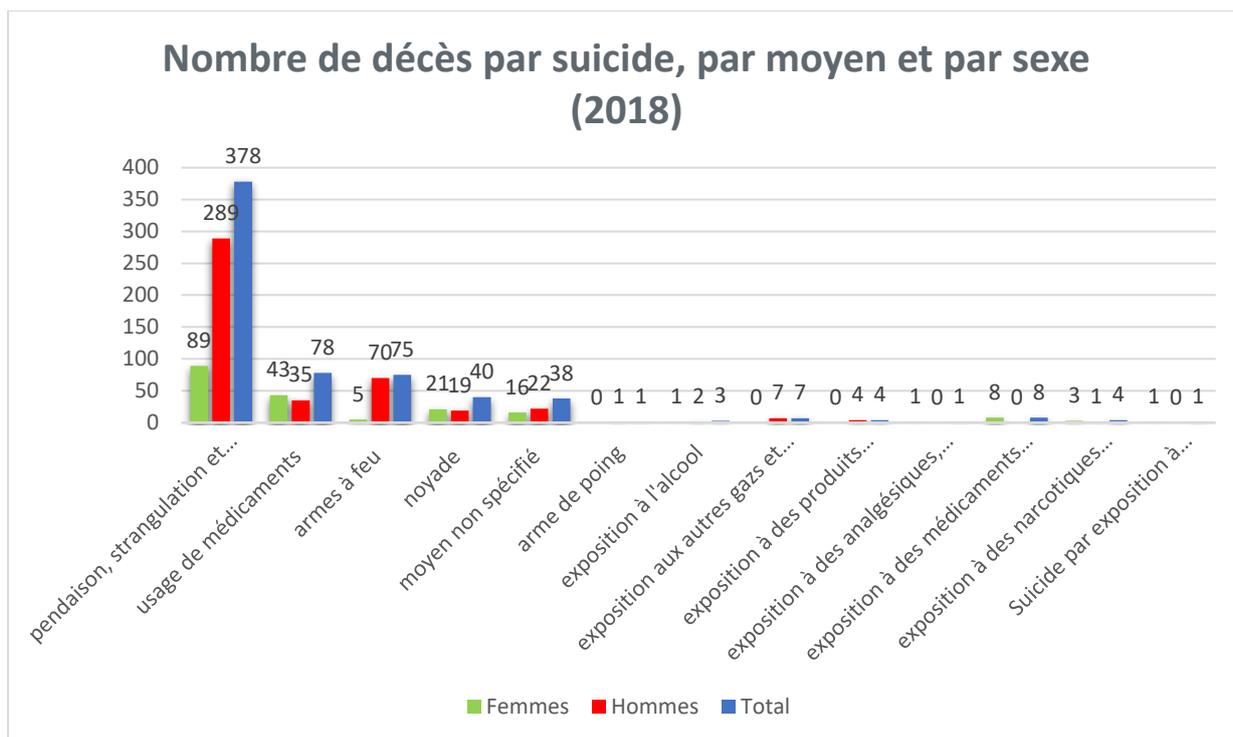


Tableau 2 ©Centre de référence de prévention du suicide - Un pass dans l'impasse

3. Analyse du processus suicidaire

« Les gens ne se suicident pas parce qu'objectivement, leur situation paraît sans espoir, ils envisagent le suicide quand, subjectivement, ils ne voient aucun moyen d'alléger leurs souffrances et leurs douleurs, indépendamment de la réalité objective »¹ B.L. Mishara (1993).

Pour prévenir le suicide, il est nécessaire de comprendre ce qui sous-tend un passage à l'acte suicidaire et ce qu'est un processus suicidaire. C'est cette compréhension qui nous permet de mettre en évidence les leviers sur lesquels nous pouvons agir.

Le **comportement suicidaire** peut émerger lorsqu'une personne se retrouve confrontée à des événements de vie qui entraînent des ruptures plus ou moins violentes pouvant mettre à mal sa capacité d'adaptation (Batt et al., 2007). En effet, l'intensité émotionnelle ressentie suite à des situations de vie stressantes peut affecter l'aptitude à raisonner (Mishara, 1993). Toutefois, tout individu qui fait face à un ou plusieurs problème(s) à gérer n'adoptera pas automatiquement des comportements suicidaires. Certains semblent donc plus vulnérables que d'autres dans la gestion d'un événement difficile (Batt et al., 2007).

A ce sujet, Desseilles, en 2012, soutient qu'un individu suicidaire peut présenter des anomalies dans le processus de résolution de problèmes, notamment au niveau de la capacité à prendre des décisions. Dans ce contexte, peu de solutions seraient générées, ce qui ne laisse pas la place à des alternatives et les solutions rapides seraient privilégiées, sans que les conséquences à long terme ne soient prises en considération.

¹ Mishara, B.L. (1993.). Le suicide : un problème important pour la santé publique ?. Revue Canadienne de Santé Publique, 84 (4), 223-225, p.224

4. Facteurs de risque

Selon Mishara (1993), il existe des facteurs de risque à long terme qui participent à l'émergence de comportements suicidaires (variables épidémiologiques classiques) et des facteurs de risque à court terme qui peuvent précipiter le suicide.

A propos de ces facteurs précipitants, Mishara en 1993 fait référence à une perte pour l'individu et aux éléments sociaux-environnementaux tels que la disponibilité des moyens ou encore l'absence d'aide immédiate précédant la tentative de suicide.

Dans sa typologie, Debout en 1996 – cité par Batt et al. en 2007 distingue :

- Les facteurs de risque sociaux, comme l'isolement social dont le rôle défavorable est incontestable ;
- Les facteurs de risque familiaux, notamment lorsqu'il s'agit d'une situation de rupture qui peut fragiliser l'individu ;
- Les facteurs de risque psychologiques et psychopathologiques, tels que l'anxiété, la dépression, le désespoir ou encore l'instabilité émotionnelle.

L'OMS (2014) considère quant à elle les facteurs de risque suivant :

- Liés à la société et au système de santé y afférent. Par exemple : les difficultés d'accès aux soins de santé, la stigmatisation des individus qui souhaitent être aidés par rapport à leurs comportements à risque, la facilité d'accès aux moyens pour se suicider ou encore le traitement médiatique inapproprié de la thématique du suicide qui incite d'une certaine façon à l'émergence d'un phénomène de mimétisme ;
- Liés à la communauté et aux relations tels que les conflits armés, les relations conflictuelles, la discrimination, le sentiment d'isolement, la maltraitance, ... ;
- Individuels qui font référence aux pertes financières, à la douleur chronique, à la consommation excessive d'alcool et/ou de stupéfiants, à la présence de troubles mentaux, aux antécédents familiaux en matière de tentative(s) et décès par suicide (Richard-Devantoy et al., 2010), et les antécédents de tentative(s) de suicide propres à la personne.

De manière générale, au regard de la littérature scientifique, **trois facteurs de risque ont particulièrement été étudiés** dans le cadre du passage à l'acte suicidaire.

Tout d'abord, **les antécédents en matière de tentative(s) de suicide** où l'on constate une rechute dans 30 à 50% des cas, peu importe la gravité sur le plan clinique, après une première tentative (Debout, 1996 – cité par Batt et al., 2007).

Ensuite, **la présence de troubles mentaux** qui serait en lien avec 20 à 40% des passages à l'acte suicidaire (Debout, 1996 – cité par Batt et al., 2007). Mishara (2003) quant à lui parle de 80 à 90% des personnes décédées par suicide qui souffraient d'un trouble mental. Néanmoins, les auteurs s'accordent à dire que la majorité des individus ayant été diagnostiqués ne passeront pas à l'acte malgré leurs problèmes et que la présence d'un trouble mental quelconque augmente le risque de passage à l'acte mais n'est pas en soi la cause des suicides (Tanney, 1992 - cité par Mishara, 1993 ; Mishara, 2003 ; Debout, 1996 – cité par Batt et al., 2007). A ce sujet, Lester (2008) ajoute que le risque est d'autant plus grand si les troubles mentaux sont associés à une consommation d'alcool, de drogue ou des problèmes affectifs.

Enfin, **l'accessibilité aux moyens** peut dangereusement concrétiser le projet suicidaire sous la forme d'un passage à l'acte impulsif (Walter, 2003).

5. La crise suicidaire

En amont d'un passage à l'acte suicidaire se situe la crise suicidaire (Batt et al., 2007). Cette dernière trouve son origine dans la souffrance ressentie par l'individu en état de vulnérabilité qui ne parvient plus à mobiliser les ressources nécessaires, qu'elles soient physiques ou psychiques, pour faire face à un événement stressant (Lapierre, 2007).

Un sentiment de vivre une situation d'échec devient de plus en plus présent et peut se mêler à des idéations suicidaires qui deviennent davantage envahissantes, de sorte que le passage à l'acte semble être la seule sortie possible de cet état de crise (Fédération Française de Psychiatrie, 2001 – cité par Batt et al., 2007).

La crise suicidaire se présente donc comme une forme de rupture ou de déséquilibre pour l'individu où le geste suicidaire apparaît comme l'unique façon d'apaiser les tensions et souffrances ressenties (Richard-Devantoy et al., 2010 ; Batt et al., 2007 ; Terra, 2003). La crise suicidaire est à considérer comme un phénomène complexe et protéiforme, multimodal et multifactoriel, qui implique des facteurs psychologiques, psychiatriques, biographiques, biologiques, environnementaux, sociaux et culturels. Elle se caractérise par sa très grande mouvance et sa fluctuation dans son occurrence.

La **théorie interpersonnelle du suicide**, élaborée par Joiner (2009), propose une conceptualisation simple et pragmatique pour tenter de décrypter ce phénomène. Il identifie **deux facteurs prépondérants** qui constituent le désir de suicide. D'une part, le **sentiment d'être un fardeau**, un poids pour les autres. D'autre part, le **sentiment de ne pas être en lien avec les autres** ou de n'appartenir à rien.

Son modèle permet en outre d'expliquer pourquoi toutes les personnes suicidaires ne meurent pas de suicide. Il vérifie l'hypothèse selon laquelle l'envie suicidaire n'est pas suffisante pour concrétiser un suicide. Autrement dit, il ne suffit pas de vouloir se suicider pour effectivement se suicider.

Ainsi, il introduit un **troisième facteur** qu'il identifie comme la **capacité à mettre en acte le désir de suicide**. Ce facteur est hautement déterminant dans le risque de décéder par suicide. Il correspond chez l'individu à la faculté acquise à surpasser l'instinct d'autoconservation. Cette condition se réalise chez l'individu qui s'est trouvé répétitivement confronté à des expériences de douleur subie, de violence agie ou à la mort. Il en résulte une tolérance accrue à la douleur et une diminution de la peur de mourir en raison d'un phénomène d'habituation. Cette capacité peut aussi se développer lorsque la personne suicidaire s'informe sur les moyens les plus efficaces pour se suicider, de sorte qu'elle développe une meilleure compétence pour effectuer le passage à l'acte, tout en s'imprégnant encore de l'idée de se tuer.

En situation de crise suicidaire, cette capacité à agir et le désir de suicide exposent évidemment davantage la personne au risque de commettre un passage à l'acte grave et potentiellement létal. Dans ces circonstances, le risque de suicide spontané sera encore accru si la personne dispose dans son environnement du moyen de suicide de son choix.

L'impulsivité et l'ambivalence sont considérées comme des caractéristiques communes du processus suicidaire (Daigle, 2005, cité par Chen et al., 2016).

6. Facteurs de protection

Le lien social protège quant au risque suicidaire (Richard-Devantoy et al., 2010). De plus, l'ambivalence dont un individu suicidaire peut faire preuve est une porte ouverte à l'intervention et à la mise en place d'un système d'aide qui ne seront généralement pas refusés par ce dernier (Mishara, 1993). Cette ambivalence permet aussi d'expliquer pourquoi le nombre de tentatives de suicide est plus conséquent que le nombre de décès par suicide (Farberow, 1967 cité par Mishara, 2003) étant donné que la grande majorité des

personnes qui commettent une tentative de suicide changeront d'avis et pourraient solliciter de l'aide, ce qui permettra d'empêcher une issue fatale (Daigle, 2003).

Ainsi, si le passage à l'acte est bien de nature intentionnelle, l'ambivalence demeure toutefois présente tout au long de ce processus qui peut être interrompu à tout moment, soit par la personne elle-même, soit en raison de l'intervention d'un tiers. C'est pourquoi, le fait de manifester à la personne en crise suicidaire la possibilité d'une présence altruiste, d'une écoute bienveillante, peut l'aider à se détourner du passage à l'acte suicidaire.

7. Déterminants du choix de la méthode

Tant le choix du lieu que de la méthode du suicide sont l'aboutissement d'un processus cognitif où opèrent des déterminants subjectifs conscients et inconscients (De Moore et Robertson, 1999 - cités par Chen et al., 2016).

Clarke et Lester (1989 cités par Daigle, 2003) ont identifié 20 éléments qui déterminent le choix des personnes suicidaires quant au moyen à employer. Il s'agit par exemple : de la disponibilité de ce dernier, la familiarité, la douleur associée, la certitude de mourir (létalité), les possibilités d'interruption, les possibilités d'intervention des secours, le symbolisme,...

Un autre facteur important dans la détermination du choix d'un moyen pour mettre fin à ses jours est la « cognitive availability », c'est-à-dire comment un moyen est considéré comme accessible dans l'esprit d'un individu (Florentine et Crane, 2010, cité par Chen et al., 2016 ; Hawton, 2005 ; OMS, 2014). En outre, les recherches indiquent que plus un moyen de suicide est accessible, plus il sera utilisé par les personnes suicidaires (Clarke et Lester, 1989 – cités par Lester, 2008).

8. L'impact du passage à l'acte suicidaire

Le suicide est un problème de santé publique majeur et ce, pour 3 raisons principales (Richard-Devantoy et al., 2010 ; Batt et al., 2007 ; OMS, 2014) :

- Il est important en termes de mortalité (cf. prévalence) ;
- Il touche l'ensemble des pays, des communautés, des populations et plus spécifiquement les jeunes adultes ;
- Il pèse un poids non négligeable au niveau socio-économique et psychologique pour la famille du suicidé, ses proches, les professionnels de la santé,...

9. Prévenir le suicide

Batt et al. en 2007 définissent **l'acte préventif** comme toute mesure qui intervient en amont de la crise suicidaire et de tout acte qui peut en découler. La prévention a donc pour objectif d'anticiper le risque de mort volontaire.

Aussi, comme l'indique l'OMS en 2014, la prévention du suicide nécessite une mobilisation et une coopération multisectorielle, celle-ci se composant d'un ensemble de mesures.

Le modèle de prévention primaire, secondaire et tertiaire appliqué à la thématique du suicide (Leguay, 2005 – cité par Batt et al., 2007) permet de rendre compte de cette vision globale nécessaire pour parvenir à réduire les passages à l'acte suicidaire.

Ce modèle prévoit la **prévention primaire** comme toute mesure qui vise l'ensemble de la population sans distinction aucune. On peut également parler de **prévention « universelle »**, où les actions menées seront orientées sur les facteurs protecteurs ou sur les facteurs pouvant déterminer un risque accru de passage à l'acte (Senterre et al., 2006).

La **prévention secondaire** s'intéresse quant à elle aux individus qui présentent des comportements et/ou caractéristiques à risque qui peuvent laisser sous-entendre qu'un passage à l'acte suicidaire est possible, comme par exemple, les adolescents, les personnes qui présentent une pathologie, les personnes âgées,... L'identification et l'accompagnement de ces groupes à risque sont au cœur de la prévention secondaire afin d'anticiper tout passage à l'acte.

Enfin, la **prévention tertiaire** cible toute personne directement concernée par une problématique suicidaire, il peut s'agir par exemple d'un individu qui a commis une tentative de suicide. Cette forme de prévention a pour objectif la prise en charge pour éviter toute récurrence.

Tel que mentionné ci-dessus, la facilité d'accès à un moyen létal joue un rôle prépondérant dans le passage à l'acte suicidaire. Il s'agit donc d'un facteur précipitant sur lequel nous pouvons agir. Ainsi, la réduction d'accès aux moyens, et plus spécifiquement aux armes à feu, s'inscrit dans le cadre de la prévention primaire et se situe, par conséquent, en amont de la crise suicidaire. Cela laisse l'opportunité de pouvoir chambouler l'équation décisionnelle ou le passage à l'acte impulsif, par le biais de la restriction d'accès à un moyen spécifique susceptible d'être choisi par l'individu suicidaire (Daigle, 2003). Par ailleurs, cela permet de gagner du temps afin qu'un tiers puisse intervenir ou que la crise s'estompe (Gunnell, 2005 – cité par Chen et al., 2016).

10. Mise en perspective de la réduction d'accès aux moyens en prévention du suicide

La restriction de l'accès aux moyens de suicide est une **stratégie efficace universelle de prévention du suicide** et dépend de la volonté politique en matière de santé publique. (Hawton, 2005).

D'un point de vue pratique, l'intervention la plus simple et sans conteste la plus importante à réaliser pour tout clinicien face à une personne en crise suicidaire, est de **tenter d'enlever ou d'éloigner les moyens de se suicider que la personne a en sa possession**. Car l'exposition récurrente à un moyen de suicide dans l'environnement agit comme un stimulus positif chez les personnes en crise suicidaire, notamment de par le phénomène d'habituation au suicide que cela induit et qui constitue la « capacité acquise à se suicider » (Joiner, 2009).

En partant du principe que certains suicides revêtent un caractère impulsif, voire non planifié, la tendance des individus sera d'utiliser les moyens qui sont les plus accessibles (Yip et al., 2012 ; Hawton, 2005). Ainsi, si une méthode létale, facilement accessible est restreinte au moment de la crise suicidaire qui, comme nous l'avons vu, peut-être plus ou moins brève, la probabilité de survie jusqu'à la fin de cet épisode de crise est plus importante (Hawton, 2005).

11. Illustrations quant à la réduction d'accès aux moyens

Dans le contexte de l'utilisation d'arme, Killias et al. en 2001, cités par Lester en 2008 ont découvert que l'utilisation d'une arme pour se suicider semble en lien avec les spécificités culturelles d'une population quant à la possession d'armes à feu.

Dès lors, nous pouvons émettre l'hypothèse suivante : si les armes n'étaient pas librement accessibles, les individus auraient moins tendance à exploiter ce moyen pour attenter à leur vie. C'est ce que confirme Daigle (2003), qui rappelle que la disponibilité d'un moyen va influencer la fréquence de son utilisation pour se suicider.

Approche légale de la détention d'armes à feu

1. Contexte professionnel

Selon l'Arrêté Royal du 3 juin 2007 relatif à l'armement de **la Police**, l'acquisition de l'armement répond à des règles spécifiques fixées par le Ministre.

L'article 10 al.2 et suivants informent notamment que la délivrance de l'arme est subordonnée à la réussite d'une formation spécifique et que celle-ci peut être suspendue par le chef de corps ou par le commissaire général lorsque l'intérêt du service ou l'intérêt général l'exige. Ce retrait a lieu également si le fonctionnaire de police change de service ou cesse définitivement d'exercer les missions pour lesquelles l'autorisation a été délivrée.

L'article 12 du présent arrêté ajoute que *les aspirants issus du recrutement externe ne peuvent détenir, porter ou transporter l'armement réglementaire que dans le cadre de leur formation, de leur entraînement ainsi que durant les stages, suivant les directives fixées par le directeur général de l'appui et de la gestion de la police fédérale.*

L'autorisation de porter l'armement individuel en dehors du service mentionne, outre sa période de validité, les modalités pratiques. Celle-ci est octroyée par le chef de corps, le commissaire général ou le directeur général à un membre du personnel sur lequel il exerce l'autorité fonctionnelle en vertu de **l'article 13**.

Ensuite, conformément à **l'article 14**, sauf le cas visé à [l'article 13](#), le port de l'armement en dehors du service est interdit. Néanmoins, le chef de corps, le commissaire général ou le directeur général peut édicter des directives particulières pour ce qui concerne le trajet du domicile vers le lieu de travail et vice versa. Le fait de faire ce déplacement en uniforme implique la possibilité de porter l'armement individuel.

En vertu de **l'article 15**, l'autorisation de porter son armement individuel en dehors du service ne permet cependant pas au membre du personnel, lorsqu'il bénéficie d'une absence planifiée prolongée, de conserver son arme à domicile pendant cette période. Dans ce cas, le membre du personnel doit obligatoirement rentrer son armement individuel et ce, conformément aux instructions respectives du chef de corps, du commissaire général ou du directeur général dont il dépend fonctionnellement.

En outre, **l'article 16** fait référence au retrait de l'armement par mesure de sécurité. **En effet, quand la détention ou le port de l'armement par un membre du personnel présente un danger pour ce dernier ou pour un tiers, tout supérieur fonctionnel peut lui retirer provisoirement son armement.**

En ce qui concerne **la Défense**, selon l'Arrêté ministériel du 3 juillet 2018 déterminant les armes et munitions faisant partie de l'équipement réglementaire des membres du personnel des forces armées et fixant les

dispositions particulières relatives à l'acquisition, à la détention, à la garde, au port, à l'utilisation et à la cession de ces armes et munitions, nous pouvons considérer les articles suivants :

Le **chapitre 3** relatif à la détention, au port et à l'utilisation de l'armement prévoit, en vertu de son **article 7** qu'*il est interdit à tout membre du personnel de détenir, de porter ou d'utiliser pendant le service de l'armement ne faisant pas partie de l'équipement réglementaire utilisé au sein de la Défense.*

L'**article 8** dudit Arrêté ministériel ajoute qu'*il est interdit à tout membre du personnel de détenir, de porter ou d'utiliser en dehors du service de l'armement faisant partie de l'équipement réglementaire utilisé au sein de la Défense.*

En vertu de l'**article 9**, *la détention, le port et l'utilisation de l'armement doivent être autorisés par un ordre pour le service; cet ordre précise, soit collectivement, soit individuellement, l'armement autorisé et la mission.*

Enfin l'**article 10** prévoit que *l'armement ne peut être détenu, porté et utilisé que par les membres du personnel qui ont suivi avec succès la formation appropriée, qui maintiennent les compétences requises par un entraînement régulier et qui ont une connaissance pratique et complète des règles applicables à l'utilisation de l'armement.*

En ce qui concerne l'entreposage et la garde de l'armement, l'**article 11** du chapitre 4 de l'Arrêté ministériel informe qu'*ils sont prévus par des dispositions internes de la Défense, édictées par les autorités compétentes en application de l'arrêté royal du 21 décembre 2001 déterminant la structure générale du Ministère de la Défense et fixant les attributions de certaines autorités.*

En vertu de l'**article 12** du chapitre 5, l'acquisition et la cession de l'armement *sont prévues par des dispositions internes de la Défense, édictées par les autorités compétentes en vertu de l'arrêté royal du 21 décembre 2001 déterminant la structure générale du Ministère de la Défense et fixant les attributions de certaines autorités.*

2. Contexte privé

En principe, la possession d'armes à feu est interdite en Belgique. Pour posséder des armes soumises à autorisation, il est obligatoire de demander une autorisation ou un document similaire pour la grande majorité des armes à feu.

L'autorisation est octroyée uniquement aux personnes disposant de l'aptitude à se servir d'une arme en toute sécurité et présentant une raison acceptable de détention. Le port de l'arme à feu est uniquement autorisé pour motif légitime.

Les armes à feu sont classées en trois catégories : **armes prohibées**, **armes soumises à autorisation** et en **vente libre**. Il existe des exceptions à l'obligation d'autorisation pour acquisition d'une arme à feu :

- armes à poudre noire (sauf les répliques modernes)
- armes neutralisées
- armes utilisées par des associations historiques et folkloriques lors de marches, de reconstitutions historiques et de fêtes de tireurs

Les détentions d'armes sont octroyées par le Gouverneur Provincial¹ dont vous dépendez, aux personnes exerçant un sport reconnu : chasse, tir aux clays, tir sportif et récréatif, activités historiques, folkloriques ou culturelles. L'héritage est un motif légitime de détention d'arme, uniquement après le décès du détenteur.

Les règles varient selon que vous êtes particulier, armurier, collectionneur, chasseur ou tireur sportif. Les bourses d'arme sont également soumises à autorisation.

➤ **Armes pour pratiquer les disciplines de tir sportif**

La vente de ces armes exige une autorisation spéciale.

Il s'agit d'une autorisation « modèle 4 » délivrée par le Gouverneur provincial compétent.

➤ **Armes historiques**

Elles peuvent être détenues à votre domicile sans autorisation et sans munition, ces dernières étant soumises à autorisation. Pour tirer avec votre arme historique, vous devez posséder une autorisation modèle 4 délivrée par Monsieur le Gouverneur.

➤ **Armes de collection**

La collection doit comporter un thème bien précis, comme par exemple, une arme datant de la guerre 1914-1918. Il est obligatoire d'obtenir, auprès du Gouverneur, un agrément de collectionneur. L'autorisation pour tirer est uniquement possible pour les entretenir et vérifier leur fonctionnement.

Approche synthétique de la littérature au sujet du suicide avec usage d'armes à feu

1. Accessibilité

La littérature met en exergue une relation positive entre l'accessibilité aux armes à feu et un taux de suicide par armes à feu plus important. En outre, il a été observé que le fait d'avoir une arme à la maison représente un facteur de risque de suicide au domicile. En effet, le fait que des personnes vivent dans un environnement contenant des armes les rend plus à risque de présenter un jour un comportement suicidaire que des personnes ne vivant pas entourées d'armes à feu (Miller, Hemenway & Azrael, (2004).

Néanmoins, on observe le choix d'autres méthodes létales si l'accès aux armes est moins facile. (Lang, 2013 ; Lester, 1988 ; Betz, Barber & Miller, 2010 ; Miller, Hemenway & Azrael, 2004). Cette substitution a toutefois pour effet de réduire le nombre de décès par suicide.

En d'autres termes, un contrôle strict de la détention d'armes a pour effet d'entraîner une relation positive sur la diminution de suicide par armes à feu. (Lang, 2013). Divers auteurs avancent que le meilleur moyen de lutter contre ce phénomène est de légiférer de manière stricte sur l'accessibilité des armes à feu ; l'entrée en vigueur d'une loi réduisant la facilité d'accès aux armes ayant un impact sur le taux de suicide (Lubin, Werbeloff , Halperin, Shmushkevitch, Weiser, & Knobler, 2010).

¹La compétence du Gouverneur provincial dépend de la localisation de votre domicile

Un exemple frappant est démontré par les statistiques relatives au suicide et homicide entre 1985 et 2005 : on observe une régression significative de ces nombres après l'adoption de la loi de 1997. (Kapusta, Etzersdorfer, Krall & Sonneck, 2007).

Un autre exemple est lié à l'introduction d'une réglementation relative aux armes à feu au Canada en 1991. Le taux de suicide par armes à feu chez les hommes s'est vu décliné au Canada après l'introduction de la loi.

Un délai « tampon » doit être pris en compte avant la visualisation du changement, il correspond à l'implémentation de la loi. Des variances sont également observées en fonction du degré de compliance dépendant quelque peu des cultures des peuples.

2. Différences liées au genre et autres caractéristiques sociodémographiques

Au-delà du fait qu'un taux de complétion de suicide diffère chez les hommes et chez les femmes soit expliqué par le moyen léthal utilisé, des caractéristiques démographiques peuvent également expliquer cette différence.

Le choix de la méthode pour se suicider varie à la fois selon l'âge et le sexe mais aussi en fonction du « culturellement acceptable ». On observe en outre une variation dans les méthodes utilisées au cours de l'histoire. (Callanan & Davis, 2012).

Enfin, une étude rétrospective incluant 161 patients suicidants par armes à feu, hospitalisés au CHU de Poitiers entre 1992 et 2005 témoigne que ce groupe de suicidants constitue une population cliniquement différenciée des populations de suicidants utilisant d'autres moyens pour mettre fin à leurs jours :

- Prédominance d'hommes entre 40 et 50 ans
- Antécédents psychiatriques fréquents (forte proportion de sujets suivis par un psychiatre avant le passage à l'acte)
- Existence d'un traitement psychotrope dans plus d'un tiers des cas
- Dépendance à l'alcool
- Majorité de primo suicidant
- Domicile comme lieu privilégié de passage à l'acte
- Evènement précipitant : rupture conjugale
- Fusil de chasse : attention accès car composante transgénérationnelle : pas besoin de réaliser l'achat : facilité d'accès (Humeau, & Senon, 2008).

3. La Police

Ce chapitre a trait spécifiquement au suicide chez les policiers.

Selon une étude française, le suicide dans la Police nationale est expliqué par les professionnels comme étant un symptôme de malaise professionnel lié à la pénibilité des conditions de travail ou encore à la dévalorisation du métier (Bourgoin, N. Le suicide dans la Police nationale).

Toutefois, il faut être attentif au fait qu'il n'y a pas d'unanimité sur la présence de sursuicidité au sein de cette caste professionnelle. Il n'est pratiquement pas possible de réaliser une comparaison avec la population générale au vu de la structure démographique de la police ; or, de nombreuses études mettent en avant que le risque de suicide est étroitement lié au sexe et à l'âge. Il faut effectuer des comparaisons par structure, par âge et sexe égal (Bourgoin, N. Le suicide dans la Police nationale).

L'analyse met en avant le fait qu'il faut tenir compte dans les observations relatives au suicide policier de la facilité d'accès au moyen qui est l'arme de service : « *tandis que le suicide par pendaison occupe la première place chez les hommes de 25 à 54 ans, le suicide par arme à feu concerne près de ¾ des suicides policiers ;*

dans 75,6% de ces cas, il s'agissait de l'arme de service. Au total, celle-ci a été le moyen utilisé par plus de la moitié des policiers » (Bourgoin, N. Le suicide dans la Police nationale).

En outre, les auteurs mettent en avant une relation positive entre augmentation du risque et l'âge, **ce constat n'est pas rencontré dans les statistiques de la police**. Le taux de suicide, déjà important dans le premier groupe d'âge, augmente pour atteindre un maximum à 35-39 ans et redescend pour atteindre un minimum à 55-64 ans, âge auquel il est habituellement élevé dans la population générale. De ce fait, la sursuicidité de la police est forte aux âges jeunes ainsi qu'à 35-39 ans et inexistantes aux âges élevés (Bourgoin, N. Le suicide dans la Police nationale).

4. Le stress du policier

Un autre élément mis en avant par cette analyse est le « stress du policier ».

Le stress du policier fait référence au décalage entre les représentations antérieures à l'entrée dans la police vis-à-vis de la réalité ainsi qu'au fait que la société charge des officiers de police de la mission de réguler un public qui ne veut pas être régulé.

Ce stress du policier semble être plus important en début de carrière, là où la réalité de terrain se découvre. Cette affirmation pourrait contribuer à expliquer la sursuicidité dans ce premier groupe d'âge. Inversement, il est observé dans certaines études que les policiers âgés sont moins exposés au stress et au burnout, ayant réussi à dépasser les moments critiques de la carrière professionnelle.

La rupture familiale peut accentuer l'effet de l'absence d'aide et l'isolement social que rencontre le policier dans sa pratique. Violanti en 2016 l'identifie comme un facteur de risque du suicide policier.

En outre, la littérature constate que les policiers en tenue sont davantage exposés au risque de suicide contrairement aux officiers et commissaires. Ce constat peut- être corrélé avec celui selon lequel le suicide est souvent en lien avec le niveau social de la personne. L'étude affirme *in fine* que le taux de suicide chez les policiers oscillent autour d'une moyenne proche du taux national, en tout cas dans les limites de son intervalle de confiance, à sexe et âge égal.

D'avantage, il faut être attentif au fait que la disponibilité de l'arme de service accroît les probabilités de réussite du suicide, cela semblerait plus juste que de parler de sursuicidalité (Bourgoin, 1997).

Nelson et Smith cité par (Bourgoin, 1997) dégagent 6 facteurs de risque dans leur étude qui pourraient expliquer la propension plus importante de risque de suicide chez les policiers :

- La profession compte une majorité d'hommes ;
- Les policiers ont une arme à feu et ont donc toujours accès à ce moyen pour se suicider ;
- Les policiers doivent faire face à la mort et à la violence de manière constante ;
- Le travail par équipe ou par roulement peut nuire à la vie de famille, à la vie sociale de manière générale et empêcher de la sorte d'entretenir des relations sociales ;
- Les policiers doivent faire face à l'indifférence et parfois à l'antipathie du public ;
- Le système judiciaire peut être une source de frustration et de confusion car les policiers perçoivent certaines injustices et contradictions dans les décisions rendues par les tribunaux.

D'autres **facteurs de risque** sont néanmoins mis en avant, indépendamment de la pratique professionnelle comme le stress, la frustration, l'absence d'aide, l'abus d'alcool, la peur d'une coupure avec la sous-culture policière,... Violanti cité par (Bourgoin, 1997 ; Violanti, Andrew, Mnatsakanova, Hartley, Fekedulegn, & Burchfiel, 2016).

En outre, il existe un rapport particulier que le policier entretient avec la mort ; il s'agit pour certains auteurs d'un facteur facilitant le passage à l'acte suicidaire. Selon cette hypothèse, la pratique professionnelle des

policiers modifierait leur représentation de la mort, cette dernière leur apparaissant comme proche, familière, facilitant d'autant plus la décision de passage à l'acte (Bourgoin, 1997).

L'étude de Chae & Boyle de 2013 mettent l'accent sur le fait que de multiples facteurs de risque interviennent dans la construction d'idées suicidaires. Au total, 5 aspects principaux liés à la profession de policier sont associés avec le risque d'idéation suicidaires : le stress lié à la structure (procédures, protocoles stricts, formalité et routine excessive, traumatisme lié à un incident (mise en lumière des aspects dangereux du métier), ce qui augmente en parallèle le risque de consommation d'alcool et de drogue mais aussi le travail à pause, les problèmes relationnels, l'usage ou encore l'excès d'alcool y contribuent également.

De surcroît, intrinsèquement en lien avec la culture policière, de nombreux agents pensent qu'ils devraient être capables de gérer la plupart des situations avec un minimum d'aide. C'est aussi le fait que le sentiment de honte est ressenti comme davantage médiocre que le sentiment de peur. Il est recommandé aux superviseurs, par cette étude, d'être à l'écoute, de clarifier l'état et d'être vigilant à la confusion. Mais aussi, de réduire le sentiment d'isolement ainsi qu'encourager la résolution active des problèmes et des alternatives réalistes (Miller, 2005).

5. Sous-estimation du nombre de suicides chez les policiers

Différents éléments tels que les préjugés autour du suicide, les conséquences sociale du geste ou encore les difficultés légales qui peuvent potentiellement en découler constituent un début d'explication de cette sous-estimation. De plus, les circonstances entourant certains suicides permettraient de les camoufler en accident, c'est l'exemple d'une blessure par balle chez une personne qui manipule quotidiennement une arme à feu (Charbonneau, 2000).

6. Evaluation d'un programme de prévention mis en place au sein de la police : Mishara, & Martin, (2012)

Selon cette analyse, et parce que le taux de suicide au sein de la population générale ne s'est pas vu diminué, une diminution du nombre de suicides semble être liée à ce programme. Aucun changement majeur n'est constaté dans la formation fonctionnelle ou dans le recrutement afin d'expliquer les différences.

Cette analyse suggère dès lors que des programmes de prévention de suicide adaptés à l'environnement de travail peuvent avoir un impact significatif sur les taux de suicide.

Le but poursuivi à long terme par ledit programme est de prévenir les suicides parmi les membres de la Police montréalaise. L'objectif à court terme est de développer une forme de soutien mutuel et de solidarité entre les membres de ce corps de fonction dans la prévention du suicide, d'apporter de l'aide pour les problèmes connexes et de développer des compétences dans l'actualisation des ressources existantes.

4 composantes à l'aspect complémentaire constituent ce programme :

- 1) **Une formation pour toutes les unités** : dans le cadre de ce programme, tout le personnel de la police a reçu une formation d'une demi-journée menée dans chaque poste de police de quartier, unité administrative et centre opérationnel sur la nature du suicide, l'identification du risque de suicide et sur la question de comment aider un collègue en difficulté.
- 2) **Les ressources policières** : une nouvelle ligne d'assistance téléphonique pour les policiers a été mise en place. Au travers de celle-ci, les appelants pouvaient choisir entre quatre catégories : événement de travail ; problématique homosexuelle ; alcoolisme/ jeu et autres dépendances ou

encore problèmes conjugaux et relationnels. Les appelants sont priés de laisser un message avec leurs coordonnées afin qu'ils puissent être rappelés par un policier bénévole formé à la prévention du suicide « en toute discrétion ».

- 3) **La formation des superviseurs et des représentants syndicaux** : mise en place d'une session de formation complète, animée par des psychologues dont le sujet était l'amélioration des capacités des superviseurs à identifier les agents à risque de suicide et comment leur apporter de l'aide.
- 4) **Campagne publicitaire d'information des policiers sur la prévention du suicide** : celle-ci s'est traduite par la publication d'articles dans les journaux internes de la police, par la mise en place d'affiches relatives au programme dans chaque unité de police ou encore par la distribution de brochures décrivant le programme à tous les membres de la police.

7. La Défense

Un rapport de 2017 sur la mortalité par suicide dans les forces armées canadiennes met en évidence un risque plus élevé de suicide si il existe des antécédents de déploiement chez les soldats. Même si cette hypothèse ne retient pas un consensus, elle reste néanmoins à considérer comme étant un facteur de risque de passage à l'acte.

Il a également été démontré que des événements sexuels traumatisants ainsi que d'autres relations interpersonnelles peuvent être associées à des tentatives de suicide dans un échantillon représentatif de militaires canadiens (hommes et femmes confondus) (Belik, Stein, Asmundson, & Sareen, 2009). De plus, des niveaux croissants d'exposition traumatique sont associés à une probabilité accrue de tentatives de suicide dans cette population.

La plupart des travaux antérieurs dans ce domaine se sont concentrés sur les suicides accomplis et non sur les tentatives de suicide. Pourtant, il a été démontré que les tentatives de suicide sont fortement associées à des achèvements futurs. Par conséquent, ces résultats fournissent des informations importantes qui peuvent aider à évaluer le comportement suicidaire et le rôle des expériences traumatisantes chez le personnel militaire. Selon ces études, les cliniciens travaillant avec des populations militaires devraient se renseigner sur l'exposition à des expériences traumatisantes sexuelles et interpersonnelles, ainsi que sur les diagnostics de troubles mentaux, quand le comportement suicidaire est présent. Le suicide est considéré comme la deuxième cause de décès la plus commune dans l'armée américaine.

Peu de littérature sur le sujet existe concernant l'Armée belge. Il s'agit d'une limite de notre revue de littérature.

8. Douane

De nombreux faits divers font référence à des suicides accomplis chez le personnel des douanes¹²³. Diverses raisons sont mentionnées comme par exemple la restructuration du Service Public, induisant une perte de sens à la mission.

¹ Retrieved from : <https://www.paris-normandie.fr/art/actualites/faits-divers/le-havre--un-responsable-de-la-douane-se-suicide-sur-son-lieu-de-travail-HF7968845>

² Retrieved from : <https://www.ladepeche.fr/article/2012/07/07/1395963-un-douanier-se-suicide-avec-son-arme-de-service.html>

³ <https://www.bastamag.net/Je-me-suis-voue-corps-et-ame-a-mon-metier-Je-m-y-suis-epuise-Je-m-y-suis-broye>

Rencontre avec les milieux concernés

1. La Défense

En date du 29 novembre 2021, nous avons rencontré la cellule psychologique « volet prévention » de l'Armée belge. Cette rencontre nous a permis d'apprendre les éléments suivants :

L'Armée dispose de différents services apportant un appui psychosocial aux militaires.

En 2010, les différents acteurs (service social, conseillers en prévention, centre de santé mentale) ont constitué un groupe de travail dont le sujet d'étude fut le suicide au sein de l'Armée belge. Ce groupe est à l'heure d'aujourd'hui terminé, la priorité étant axée actuellement sur le bien-être. Toutefois, une analyse au regard des chiffres est réalisée chaque année afin de cibler d'éventuels besoins. Aussi, de multiples supports sont disponibles en interne. En outre, les militaires ont l'obligation de se rendre de manière régulière devant la médecine du travail qui attribue un score relatif à la santé psychologique de l'individu. Si le score n'est plus adapté, la médecine du travail peut retirer l'arme à feu.

Le chef d'unité peut également, s'il en juge le besoin, retirer l'arme. En outre, il existe un protocole prévu dans le règlement établi pour le chef de corps ; des procédures sont également organisées lors de la présence d'un/d'évènement(s) grave(s). Un protocole de communication est d'ailleurs prévu afin que tous les acteurs soient tenus informés. Un support est enfin pensé pour les proches et les familles.

De surcroît, une formation sur la prévention du suicide est rendue obligatoire pour le personnel médical de l'Armée.

Il est également important de noter que La Défense dispose de son propre Service de santé mentale interne, avec une équipe multidisciplinaire où chaque membre de l'Armée peut bénéficier d'un soutien psychologique gratuit. Ce service est situé à Bruxelles mais les suivis peuvent se dérouler également au sein des différentes casernes de Belgique.

Selon les acteurs militaires, il existe peu, en termes de fréquence, de suicides avec usage d'armes à feu au sein de l'Armée.

Les données de la littérature scientifique mises en avant dans ce rapport ne sont pas vérifiées par les constats énumérés par les acteurs du secteur psychomédicosocial de l'Armée belge. En effet, selon ces professionnels, les facteurs de risque prédictifs au sein de l'Armée sont identiques à ceux retrouvés au sein de la population générale. Les suicides avérés sont majoritairement produits par des hommes entre 40 et 50 ans, seuls ou divorcés. Ces constats peuvent s'expliquer par le fait que les missions que poursuivent l'Armée belge sont différentes de celles poursuivies par l'Armée Américaine ou Canadienne, pays dont émane la littérature majoritaire sur ce sujet.

2. La Police

Le 16 décembre 2021, nous avons rencontré trois psychologues du service « Stressteam » de la Police Fédérale. Leur rôle consiste d'une part en un appui psychosocial, proposant, au besoin, des thérapies sur le long terme et d'autre part, un rôle d'aide, une permanence, disponible 24h/24 en temps de crise.

Le service « Stressteam » dispense également des formations, notamment aux cadres de base concernant la prévention du stress, le trauma, le burnout ainsi que le suicide auprès des sous-officiers.

En termes de chiffres liés au taux de décès par suicide au sein de la Police, le service « Stressteam » n'a pu nous communiquer des statistiques officielles en raison de l'absence de celles-ci. Toutefois, les pratiques de terrain de ces professionnels mettent en exergue qu'il ne semble pas, comme l'indique la littérature, qu'il existe une tranche d'âge particulière étant plus à risque de se suicider au sein de la police.

En outre, comme les psychologues nous l'ont rappelé, il existe en interne divers protocoles et politiques concernant le retrait de l'arme de service. Les professionnels ont également attiré notre attention sur le fait que le retrait de l'arme pour le policier coïncide avec un retrait de l'outil de travail, ce qui implique des conséquences psychologiques mais également des conséquences économiques. En effet, un policier se voyant retirer son arme ne peut plus se rendre sur le terrain, ce qui résulte parfois sur une perte financière qui peut aller jusqu'à 300 euros net par mois. Ceci entraîne également, de temps à autre, dans le chef de certain dirigeant une banalisation du moyen et, dès lors, l'absence du retrait de l'arme là où cela aurait pourtant été opportun.

Les psychologues étaient toutefois d'accord avec les constats de la littérature selon lesquels on rencontre chez de nombreux policiers des mécanismes de défense, de banalisation suite au vécu de certains événements professionnels qui peuvent devenir un facteur de risque. En lien avec le stress du policier identifié ci-dessus, les professionnels rencontrent de nombreux policiers qui souffrent de désillusion par rapport à leur fonction, notamment en lien avec la présence de disfonctionnement au sein de l'institution, de conflits de valeurs ou encore d'un sentiment d'impuissance.

Enfin, notre présentation du dispositif sentinelles en prévention du suicide a fait sens pour les membres du « Stressteam » qui seraient intéressés de participer à une des sensibilisations dispensées en 2022 par Un pass dans l'impasse. Nous envisageons également de réfléchir ensemble à une adaptation des sensibilisations au sein de la police. Ceci viendrait en complémentarité du projet de groupe de soutien collégial organisé en interne par la police afin d'offrir un pôle unique sur la thématique du suicide.

3. Les clubs de chasse et les Tireurs sportifs

Nous avons souhaité, dans le cadre du projet « armes à feu », sensibiliser les milieux de loisirs concernés par la présence d'armes. Pour ce faire, nous avons pris contact avec l'ADF Royal Saint-Hubert Club de Belgique et l'Union Royale des Sociétés de Tir de Belgique. L'URSTBF a souhaité connaître les données épidémiologiques en matière de décès par suicide en Belgique. Les informations échangées lors de ces prises de contact ne mettent pas en avant la présence d'un besoin significatif de sensibilisation à la thématique du suicide par armes à feu. Il a toutefois été décidé d'envisager une campagne de communication au travers de la diffusion d'affiches auprès de ces membres.

Recommandations

Ces recommandations de bonnes pratiques sont destinées au public cible de ce projet, à savoir les milieux potentiellement à risque d'être concernés par le suicide avec usage d'armes à feu.

- S'assurer autant que possible d'une connaissance actualisée de la situation épidémiologique au sein de l'institution, de la structure, du club,...concernant le suicide.
- Renforcer la prévention du suicide par le biais de formations et/ou de sensibilisations. Il s'agit d'une part de renforcer cette formation dans le chef des primo-arrivants et d'autre part, d'offrir la possibilité au(x) membres/personnel de manière continue, de participer à une formation sur la thématique.

- Favoriser un système d'aide et de soutien par les pairs dans les différentes structures, comme par exemple la mise en place d'un dispositif de sentinelle en prévention du suicide, permettant une meilleure détection d'un collègue en souffrance mais aussi une plus grande facilité à la mise en place d'une aide adaptée.
- Création de groupes d'entraide, entre policiers ou entre familles de policiers, par exemple.
- Développer des actions ciblées auprès des publics particulièrement sensibles. Par exemple, suite à un vécu d'évènement traumatique.
- Développer des pistes de communication adéquates en fonction de la culture de sa structure dans le but de déstigmatiser les démarches d'aide face à une personne suicidaire.
- Se renseigner et communiquer sur les possibilités d'aide et lieux de prise en charge d'une personne en détresse.
- Ne pas banaliser le moyen. En d'autres termes, ne pas banaliser la possibilité d'user de l'arme à feu pour mettre fin à ses jours.

Conclusion

La législation encadrant la matière de la détention des armes à feu prévoit déjà l'existence de conditions strictes, restreignant de la sorte, le port et l'usage légal de ce moyen létal. Ceci se traduit notamment par un encadrement strict et une réglementation par les professionnels des milieux concernés (Police, Défense,...) quant à l'emploi de l'arme dans le contexte du travail mais aussi par le respect de différentes conditions pour l'acquisition d'une arme par un particulier.

Ceci étant, l'arme revêtant également le statut d'outil de travail dans les milieux professionnels concernés, le retrait de l'arme est un acte hautement impactant, tant sur le plan professionnel, psychologique qu'économique qui a pour effet d'entraîner une banalisation de son caractère létal.

En outre, le public-cible de ce projet, de par sa culture est difficilement atteignable. De surcroît, les milieux où l'arme est considérée comme un moyen de loisir (Tireurs sportifs et clubs de chasse par exemple), ne présentent, selon eux, pas le besoin d'être sensibilisés à la problématique n'étant pas concernés par ce phénomène au sein de leurs structures. Or, si on se réfère aux données chiffrées, ce public constitue malgré tout une tranche de la population vulnérable au suicide.

Bibliographie

- Batt, A., Campeon, A., Leguay, D., & Lecorps, P. (2007). Épidémiologie du phénomène suicidaire: complexité, pluralité des approches et prévention. *EMC–Psychiatrie*, 37-500.
- Belik, S. L., Stein, M. B., Asmundson, G. J., & Sareen, J. (2009). Relation between traumatic events and suicide attempts in Canadian military personnel. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 54(2), 93-104.
- Betz, M. E., Barber, C. W., & Miller, M. (2010). Firearm restriction as suicide prevention: variation in belief and practice among providers in an urban emergency department. *Injury prevention*, 16(4), 278-281.
- Bilsen, J. (2018). Suicide and youth: risk factors. *Frontiers in psychiatry*, 9, 540.
- Bourgoin, N. (1997). Le suicide dans la police nationale. *Population (french edition)*, 52(2), 431-440.
- Callanan, V. J., & Davis, M. S. (2012). Gender differences in suicide methods. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 47(6), 857-869.
- Chae, M. H., & Boyle, D. J. (2013). Police suicide: Prevalence, risk, and protective factors. *Policing: An International Journal of Police Strategies & Management*.
- Charbonneau, L. (2000). Le suicide chez les policiers au Québec: enjeux méthodologiques et état de la situation. *Population (french edition)*, 367-378.
- Daigle, M., Beausoleil, L., Brisoux, J., Raymond, S., Charbonneau, L., & Desaulniers, J. (2006). Reaching suicidal people with media campaigns. *Crisis*, 27(4), 172-180.
- Desseilles, M., Perroud, N., Guillaume, S., Jausset, I., Genty, C., Malafosse, A., & Courtet, P. (2012). Is it valid to measure suicidal ideation by depression rating scales?. *Journal of affective disorders*, 136(3), 398-404.
- Encrenaz, G., Miras, A., Conrand, B., Séguin, M., Moulki, M., Queinec, R., ... & Lagarde, E. (2016). Suicide dans la Police nationale française: trajectoires de vie et facteurs associés. *L'Encéphale*, 42(4), 304-313.
- Eurostats (données 2021).
- Hawton, K., & James, A. (2005). Suicide and deliberate self harm in young people. *Bmj*, 330(7496), 891-894.

Humeau, M., & Senon, J. L. (2008). Conduites suicidaires au moyen d'une arme à feu: étude clinique à partir de 161 cas Attempted suicide by firearms: A retrospective study of 161 cases. *L'Encéphale*, 34, 459-466.

Ribeiro, J. D., & Joiner, T. E. (2009). The interpersonal-psychological theory of suicidal behavior: Current status and future directions. *Journal of clinical psychology*, 65(12), 1291-1299.

Lang, M. (2013). Firearm background checks and suicide. *The Economic Journal*, 123(573), 1085-1099.

Leguay, C. (2005). *Respecter la vie, disposer de sa mort!: pour une loi Vincent Humbert*. l'Harmattan.

Lester, D. (1988). Firearm availability and the incidence of suicide and homicide. *Acta Psychiatrica Belgica*, 88(5-6), 387-393.

Lubin, G., Werbeloff, N., Halperin, D., Shmushkevitch, M., Weiser, M., & Knobler, H. Y. (2010). Decrease in suicide rates after a change of policy reducing access to firearms in adolescents: a naturalistic epidemiological study. *Suicide and Life-threatening behavior*, 40(5), 421-424.

Miller, L. (2005). Police officer suicide: Causes, prevention, and practical intervention strategies. *International Journal of Emergency Mental Health*, 7(2), 101.

Miller, M., Hemenway, D., & Azrael, D. (2004). Firearms and suicide in the northeast. *Journal of Trauma and Acute Care Surgery*, 57(3), 626-632.

Mishara, B. L., & Martin, N. (2012). Effects of a comprehensive police suicide prevention program. *Crisis*.

Organisation mondiale de la santé. Prévention du suicide : l'état d'urgence mondial. [En ligne]. Genève : Organisation mondiale de la santé, 2014. Disponible sur : < [http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/fr/\(le lien est externe\)](http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/world_report_2014/fr/(le_lien_est_externer)) >.

Renneville, M., & Yampolsky, E. (2018). Histoires de la pathologie du suicide. *Criminocorpus. Revue d'Histoire de la justice, des crimes et des peines*.

Richard-Devantoy, S., Duverger, P. P., Gohier, B., & Garré, P. J. B. (2010). Conduite suicidaire chez l'adolescent et l'adulte. *La Revue du praticien*, 60, 273.

Sciensano (2021).

Terra, J. L., & Le Vinatier, C. H. S. (2003). Prévenir le suicide: repérer et agir. *Actualité et dossier en santé publique*, 45, 20-23.

Tremblay, J. M. (2005). Brian L. Mishara et Michel Tousignant, *Comprendre le suicide* (2004).

Violanti, J. M., Andrew, M. E., Mnatsakanova, A., Hartley, T. A., Fekedulegn, D., & Burchfiel, C. M. (2016). Correlates of hopelessness in the high suicide risk police occupation. *Police Practice and Research*, 17(5), 408-419.

Walter, M. (2003). Suicide risk evaluation. *La revue du Praticien*, 53(11), 1186-1190.