695 (2026-2027) — N° 1

PARLEMENT WALLON

SESSION 2026-2027

29 SEPTEMBRE 2026

LA SANTÉ MENTALE *

Audition de :

- **MM. Blaffart, Van Tichelen et Mme Danloy, Président, Vice-Président et Administratrice et Secrétaire de la Fédération wallonne des services de santé mentale (FéWaSSM) ;**
- **M. Leclercq, Conseiller de la fédération Santhea ;**
- **M. Demesmaecker, Responsable du secteur Santé mentale d'UNESSA ;**
- **Mme Leruse et M. Coibion, Coordinatrice et Responsable des formations d'Agricall ;**
- **Mme Bouton, Inspectrice générale du département Santé de l'Agence pour une Vie de Qualité (AViQ) ;**
- **M. Francart, Conseiller Statut social, Bien-être et Pensions au service Études, Représentation et Plaidoyer de l'Union des classes moyennes (UCM) ;**
- **Mmes Duveau et Gisle, Chercheuse scientifique et Chercheuse scientifique senior au sein de l'unité Enquêtes de santé de Sciensano ;**
- **Mme Duchêne, Pédopsychiatre et Cheffe d'unité de l'hôpital Le ThIPI d'Area+ et Pédopsychiatre-Coordinatrice du service résidentiel pour jeunes Clair Val ;**
- **M. Delrée, Président de la Fédération des associations de médecins généralistes de la Région wallonne (FAGW) ;**
- **Mme Mertens, Présidente de l'Union professionnelle des psychologues cliniciens francophones et germanophones (UPPCF) ;**
- **M. Adam, Responsable de l'Unité psychologique de la sénescence de l'Université de Liège ;**
- **Mme Lambert et M. Minotte, Codirectrice et Codirecteur du Centre de référence en santé mentale (CRéSaM) ;**
- **Mme Chebieb et M. Holsbeek, Adjointe à la coordination fédérale « Cellule des réformes des soins en santé mentale » et Attaché « Soins de santé mentale et assuétudes » du service « Soins intégrés et soins de santé mentale » du SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement ;**
- **M. Thirion et Mme Ringlet, Administrateur délégué et Psychologue et Codirectrice thérapeutique de SOS Suicide ;**
- **M. Martin et Mme Fontaine, Directeur de Télé-Accueil Luxembourg et Directrice de Télé-Accueil Liège**

RAPPORT

présenté au nom de la Commission de la santé,
de l'environnement et de l'action sociale

par

Mmes Jacqmin et Dejardin

4e session de la XIIe législature
* Voir CRIC (2025-2026) – Nos 151, 182 et 186
CRIC (2026-2027) – Nos 7 et 16

site web : www.parlement-wallonie.be
courriel : courriel@parlement-wallonie.be

SOMMAIRE

I. Résumé 3

II. Procédure 3

III. Auditions 4

IV. Échange de vues 5

V. Rapport 7

VI. Annexes 8

Pour compléter son information, le lecteur peut consulter le compte rendu intégral qui fait foi quant au contenu des interventions ainsi que les enregistrements audiovisuels de la réunion qui sont découpés en podcasts. Ils sont consultables via les liens suivants :

– réunion du 19 mai 2026 : parlwal.be/4dVyCOw ;

– réunion du 30 juin 2026 : parlwal.be/76ye4 ;

– réunion du 13 juillet 2026 : parlwal.be/W9y7Y ;

– réunion du 15 septembre 2026 : parlwal.be/RfBA5 ;

– réunion du 29 septembre 2026 : parlwal.be/QpR7r.

Mesdames,

Messieurs,

Votre Commission de la santé, de l'environnement et de l'action sociale a procédé à des auditions sur la santé mentale.

I. RÉSUMÉ

Selon certaines études, un Belge sur quatre déclare avoir des problèmes de santé mentale tandis que 9 % de la population souffre de dépression. La Belgique se classe de surcroît au troisième rang des pays européens où le taux de suicide est le plus élevé, avec 16 suicides en moyenne par jour.

Observant sur cette base que les problèmes de santé mentale constituent aujourd'hui un défi croissant de santé publique, tant par leur prévalence que par l'impact humain, social et économique qu'ils génèrent, la Commission de la santé, de l'environnement et de l'action sociale a procédé à des auditions sur la santé mentale les 19 mai, 30 juin, 13 juillet et 15 septembre 2026. Quinze organismes ont été entendus dans ce cadre. Des avis écrits ont également été sollicités.

II. PROCÉDURE

En date du 21 avril 2026, la Commission a décidé de procéder à l'audition :

- de représentants habilités de la Fédération wallonne des services de santé mentale (FéWaSSM) ;
- de représentants habilités de la fédération Santhea ;
- de représentants habilités d'UNESSA.

La Commission a procédé le 19 mai 2026 à l'audition :

- de MM. Blaffart, Van Tichelen et Mme Danloy, Président, Vice-Président et Administratrice et Secrétaire de la Fédération wallonne des services de santé mentale (FéWaSSM) ;
- de M. Leclercq, Conseiller de la fédération Santhea ;
- de M. Demesmaecker, Responsable du secteur Santé mentale d'UNESSA.

Le 2 juin 2026, la Commission a décidé de procéder à l'audition :

- de représentants habilités d'Agricall ;
- de représentants habilités de l'Agence pour une Vie de Qualité (AViQ) ;
- de représentants habilités de l'Union des classes moyennes (UCM) ;
- de M. Jonker, Auteur chez Sciensano du *policy brief* de février 2025 relatif à la nécessité d'un plan d'action régional pour la prévention du suicide en Wallonie ;
- de Mme Duchêne, Pédopsychiatre et Cheffe d'unité de l'hôpital Le ThIPI d'Area+ et Pédopsychiatre-Coordinatrice du service résidentiel pour jeunes Clair Val ;
- de représentants habilités de la Fédération des associations de médecins généralistes de la Région wallonne (FAGW) ;
- de représentants habilités de la Fédération belge des psychologues (FBP) ;
- de représentants habilités de l'Unité psychologique de la sénescence de l'Université de Liège ;
- de représentants habilités de la Fédération des maisons médicales (FMM) ;
- de représentants habilités du Centre de référence en santé mentale (CRéSAM) ;
- de représentants habilités de Psy 107 ;
- de représentants habilités de SOS Suicide ;
- de représentants habilités de Télé-Accueil.

Le même jour, la Commission a décidé de solliciter les avis écrits :

- de Prisme (annexe 1) ;
- des Plateformes de concertation en santé mentale (annexe 2) ;
- de la Fédération des Centres régionaux d'intégration (CRI) (annexe 3) ;
- de Mensura (annexe 4) ;

– du Campus santé mentale Saint-Bernard (annexe 5) ;

– de Mme Alibrandi, Auteure de l'audit systémique « Santé mentale : continuité des soins et deuil après le suicide en Belgique » (annexe 6).

Le 16 juin 2026, la Commission a décidé de procéder à l'audition de Mmes Duveau et Gisle, Chercheuse scientifique et Chercheuse scientifique senior au sein de l'unité Enquêtes de santé de Sciensano, en lieu et place de M. Jonker, Auteur chez Sciensano du *policy brief* de février 2025 relatif à la nécessité d'un plan d'action régional pour la prévention du suicide en Wallonie.

Le 30 juin 2026, la Commission a procédé à l'audition :

– de Mme Leruse et M. Coibion, Coordinatrice et Responsable des formations d'Agricall ;

– de Mme Bouton, Inspectrice générale du département Santé de l'Agence pour une Vie de Qualité (AViQ) ;

– de M. Francart, Conseiller Statut social, Bien-être et Pensions au service Études, Représentation et Plaidoyer de l'Union des classes moyennes (UCM) ;

– de Mmes Duveau et Gisle, Chercheuse scientifique et Chercheuse scientifique senior au sein de l'unité Enquêtes de santé de Sciensano.

Le 13 juillet 2026, la Commission a procédé à l'audition :

– de Mme Duchêne, Pédopsychiatre et Cheffe d'unité de l'hôpital Le ThIPI d'Area+ et Pédopsychiatre-Coordinatrice du service résidentiel pour jeunes Clair Val ;

– de M. Delrée, Président de la Fédération des associations de médecins généralistes de la Région wallonne (FAGW) ;

– de Mme Mertens, Présidente de l'Union professionnelle des psychologues cliniciens francophones et germanophones (UPPCF) ;

– de M. Adam, Responsable de l'Unité psychologique de la sénescence de l'Université de Liège.

Le même jour, la Commission a décidé de solliciter l'avis écrit de la Fédération des maisons médicales (FMM) (annexe 7) dont les représentants habilités étaient indisponibles le 13 juillet 2026.

Le 15 septembre 2026, la Commission a procédé à l'audition :

– de Mme Lambert et M. Minotte, Codirectrice et Codirecteur du Centre de référence en santé mentale (CRéSAM) ;

– de Mme Chebieb et M. Holsbeek, Adjointe à la coordination fédérale « Cellule des réformes des soins en santé mentale » et Attaché « Soins de santé mentale et assuétudes » du service « Soins intégrés et soins de santé mentale » du SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement ;

– de M. Thirion et Mme Ringlet, Administrateur délégué et Psychologue et Codirectrice thérapeutique de SOS Suicide ;

– de M. Martin et Mme Fontaine, Directeur de Télé-Accueil Luxembourg et Directrice de Télé-Accueil Liège.

Le 29 septembre 2026, à l'unanimité des membres, la Commission a octroyé la confiance au président et aux rapporteuses pour l'élaboration du rapport.

Ont participé aux travaux : Mmes Ammi, Dejardin (Rapporteuse), Durenne, Jacqmin (Rapporteuse), MM. Lepine (Président), Palermo, Mmes Taquin, Thoron, Roberty, Vandorpe.

Ont assisté aux travaux : Mmes Aït Alouha, Bernard, Bluge (Art. 47.4), MM. Fiévet (Art. 47.3), Huberty, Mmes Linard, Morreale, Muratore, Nikolic, Pécriaux, Warzée-Caverenne (Art. 47.4).
M. Coppieters, Ministre de la Santé, de l'Environnement, des Solidarités et de l'Économie sociale.

III. AUDITIONS

Réunion du 19 mai 2026

La Commission de la santé, de l'environnement et de l'action sociale s'est réunie afin de procéder à l'audition de :

– MM. Blaffart, Van Tichelen et Mme Danloy, Président, Vice-Président et Administratrice et Secrétaire de la Fédération wallonne des services de santé mentale (FéWaSSM) ;

– M. Leclercq, Conseiller de la fédération Santhea ;

– M. Demesmaecker, Responsable du secteur Santé mentale d'UNESSA.

En application de la décision du Bureau du 13 juillet 2017, le rapport d'audition établi par une commission ou un comité renvoie vers le contenu du ou des comptes rendus intégraux de l'audition ou des auditions concernées.

Le compte rendu de ces auditions est consultable via le lien suivant : parlwal.be/f85Ut, pp. 2-39.

Réunion du 30 juin 2026

La Commission de la santé, de l'environnement et de l'action sociale s'est réunie afin de procéder à l'audition de :

– Mme Leruse et M. Coibion, Coordinatrice et Responsable des formations d'Agricall ;

– Mme Bouton, Inspectrice générale du département Santé de l'Agence pour une Vie de Qualité (AViQ) ;

– M. Francart, Conseiller Statut social, Bien-être et Pensions au service Études, Représentation et Plaidoyer de l'Union des classes moyennes (UCM) ;

– Mmes Duveau et Gisle, Chercheuse scientifique et Chercheuse scientifique senior au sein de l'unité Enquêtes de santé de Sciensano.

En application de la décision du Bureau du 13 juillet 2017, le rapport d'audition établi par une commission ou un comité renvoie vers le contenu du ou des comptes rendus intégraux de l'audition ou des auditions concernées.

Le compte rendu de ces auditions est consultable via le lien suivant : parlwal.be/BDK7Y, pp. 3-36.

Réunion du 13 juillet 2026

La Commission de la santé, de l'environnement et de l'action sociale s'est réunie afin de procéder à l'audition de :

– Mme Duchêne, Pédopsychiatre et Cheffe d'unité de l'hôpital Le ThIPI d'Area+ et Pédopsychiatre-Coordinatrice du service résidentiel pour jeunes Clair Val ;

– M. Delrée, Président de la Fédération des associations de médecins généralistes de la Région wallonne (FAGW) ;

– Mme Mertens, Présidente de l'Union professionnelle des psychologues cliniciens francophones et germanophones (UPPCF) ;

– M. Adam, Responsable de l'Unité psychologique de la sénescence de l'Université de Liège.

En application de la décision du Bureau du 13 juillet 2017, le rapport d'audition établi par une commission ou un comité renvoie vers le contenu du ou des comptes rendus intégraux de l'audition ou des auditions concernées.

Le compte rendu de ces auditions est consultable via le lien suivant : parlwal.be/pvg8A, pp. 1-45.

Réunion du 15 septembre 2026

La Commission de la santé, de l'environnement et de l'action sociale s'est réunie afin de procéder à l'audition de :

– Mme Lambert et M. Minotte, Codirectrice et Codirecteur du Centre de référence en santé mentale (CRéSAM) ;

– Mme Chebieb et M. Holsbeek, Adjointe à la coordination fédérale « Cellule des réformes des soins en santé mentale » et Attaché « Soins de santé mentale et assuétudes » du service « Soins intégrés et soins de santé mentale » du SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement ;

– M. Thirion et Mme Ringlet, Administrateur délégué et Psychologue et Codirectrice thérapeutique de SOS Suicide ;

– M. Martin et Mme Fontaine, Directeur de Télé-Accueil Luxembourg et Directrice de Télé-Accueil Liège.

En application de la décision du Bureau du 13 juillet 2017, le rapport d'audition établi par une commission ou un comité renvoie vers le contenu du ou des comptes rendus intégraux de l'audition ou des auditions concernées.

Le compte rendu de ces auditions est consultable via le lien suivant : parlwal.be/ef4t9, pp. 2-35.

IV. ÉCHANGE DE VUES

Réunion du 29 septembre 2026

Mme Roberty explique avoir demandé, lors de la réunion du 14 septembre 2026, un report du vote de confiance pour l'élaboration du rapport afin de pouvoir réécouter les différents échanges qui sont intervenus en commission.

Selon l'intervenante, plusieurs constats peuvent être tirés des auditions sur la santé mentale : d'une part, que la santé mentale constitue un enjeu fondamental et structurel de santé publique et, d'autre part, qu'elle est largement liée aux déterminants sociaux de la santé. Une politique ambitieuse de santé mentale ne peut donc être menée sans agir également sur les conditions de vie.

Constatant que les troubles de santé mentale sont deux fois plus fréquents chez les personnes disposant des revenus les plus faibles et qu'ils s'aggravent à mesure que la précarité s'installe, la députée estime que cette dernière est alimentée par des réformes qui sont mises en oeuvre par l'actuel Gouvernement et qui fragilisent davantage la population. Elle explique que la situation va notamment empirer en raison de la réduction des subventions facultatives versées à certaines associations, de la réforme des aides à la promotion pour l'emploi (APE) ou de l'explosion des prix. Après avoir mentionné les menaces pesant sur les allocations fami-

liales, les déchets ou encore la taxe autonomie, la commissaire observe que l'insécurité sociale et financière pèse directement sur la santé mentale de ceux qui éprouvent des craintes face aux dépenses du quotidien.

Par ailleurs, soulignant une augmentation de la demande, elle plaide, sur la base des auditions, pour un renforcement de l'offre existante et une meilleure lisibilité du système à travers notamment des financements structurels stables et renforcés. Elle demande dès lors à M. le Ministre de s'opposer, lors du conclave, à des coupes budgétaires ou autres gels d'indexation dans les moyens de l'Agence pour une Vie de Qualité (AViQ) en santé mentale et met à nouveau en exergue l'importance de faire confiance aux structures existantes.

Elle relève ensuite que les auditions ont mis en lumière la nécessité de travailler sur les parcours, de renforcer les solutions intermédiaires telles que le résidentiel, le logement accompagné et le *reach out*, mais aussi d'améliorer la lisibilité du secteur et l'orientation des patients.

Toujours sur la base des auditions, elle estime que si la prévention du suicide doit être pleinement intégrée à la politique de santé publique, elle mérite également une stratégie spécifique, coordonnée avec la stratégie globale de santé mentale, avec des objectifs propres, une meilleure connaissance des déterminants et des facteurs de risque, un suivi des idées et des tentatives de suicide, une prise en charge des personnes concernées, mais aussi de leurs proches.

Sur le plan interfédéral, elle constate qu'il est urgent d'assurer la juste répartition des moyens fédéraux sur l'ensemble du territoire wallon et observe qu'il existe un déséquilibre historique dans la répartition des moyens entre la Flandre et la Wallonie.

De manière générale, elle explique que les auditions invitent à faire de la santé mentale une politique transversale dans la première ligne de soins, dans la réforme du paysage hospitalier, dans les politiques destinées aux jeunes, aux femmes et aux personnes âgées, mais aussi dans les politiques de logement, d'emploi, d'enseignement et de lutte contre les discriminations.

Dans ce contexte, tout en rappelant la proposition émise le 7 avril 2026 par Mme Vandorpe de réaliser un travail commun, elle suggère à l'ensemble des groupes de se réunir rapidement afin d'envisager la suite des auditions et présente les différentes options possibles, à savoir la production de recommandations, le dépôt d'amendements communs portant sur la proposition de résolution visant à intensifier la prévention du suicide, déposée par Mmes Tillieux, Roberty, Morreale, MM. Witsel, Lepine et Mme Muratore (Doc. 492 (2025-2026) N° 1) ou la rédaction d'une nouvelle initiative parlementaire. Elle estime qu'un texte voté à l'unanimité constituerait un signal positif et constructif pour l'ensemble des citoyens.

Mme Vandorpe propose d'acter ce jour la confiance pour l'élaboration du rapport afin de pouvoir avancer de manière constructive et dans un laps de temps adéquat, tout en rappelant que M. le Ministre a participé à l'ensemble des auditions et qu'il prépare un plan stratégique pour la fin de l'année.

Elle plaide pour le dépôt d'amendements à la proposition de résolution (Doc. 492) avec l'objectif d'arriver à un texte final commun. De même, elle explique qu'il serait intéressant d'élargir le spectre du texte et de ne pas se limiter à la prévention du suicide.

Après avoir noté qu'il serait sans doute judicieux d'élargir le spectre de la proposition de résolution (Doc. 492), **Mme Nikolic** rappelle qu'un décret-cadre structurant a été adopté en janvier 2024 et qu'un plan stratégique est attendu en fin d'année. Observant que de nombreuses questions ont été posées par les personnes et organismes auditionnés et que des réponses politiques sont attendues, elle explique qu'il s'agit d'éviter de devoir poser les mêmes constats ou de procéder aux mêmes auditions dans quelques années. Selon la députée, il convient dès lors de déterminer ce qui tient au cadre légal et ce qui relève de la mise en oeuvre avec, comme point d'attention, l'articulation avec le plan stratégique annoncé pour la fin d'année.

Des auditions, elle met en exergue les éléments suivants :

– l'importance de pouvoir préciser quel service est compétent et pourquoi, en se mettant du côté du bénéficiaire avec, en filigrane, la question de l'accès et de la continuité des parcours ;

– le relais apporté après une prise en charge, une tentative de suicide, un appel à la ligne d'écoute ou une première consultation ;

– l'enjeu central représenté par la coordination et le pilotage à travers le monitoring des données ;

– la question des moyens, à travers l'identification des besoins insuffisamment couverts et la notion d'efficacité.

Mme Roberty indique être consciente que M. le Ministre travaille sur un plan stratégique et espère que ce dernier sera assorti de moyens, tout en réaffirmant la volonté du Groupe PS d'être constructif. Observant que les constats restent identiques depuis de nombreuses années, elle plaide pour que ceux-ci puissent être dépassés et pour que la majorité puisse s'accorder avec l'opposition afin de sortir des clivages et de collaborer. Elle ajoute que ce travail permettra également de nourrir la stratégie de M. le Ministre.

V. RAPPORT

À l'unanimité des membres, il est décidé de faire confiance au président et aux rapporteuses pour l'élaboration du rapport.

Les Rapporteurs,	Le Président,
M. JACQMIN	J.-P. LEPINE
V. DEJARDIN	

PRISME
Fédération wallonne LGBTQIA+

Avis sur la santé mentale des personnes LGBTQIA+

Avis rédigé par Prisme, fédération wallonne des associations LGBTQIA+

Août 2026

Dossier adressé à : La Commission de la santé, de l'environnement et de l'action sociale du parlement de Wallonie

Table des matières

1| RETOUR SUR NOTRE ANALYSE DE L'ACCÈS AU SYSTÈME DE SANTÉ BELGE POUR LES PERSONNES LGBTQIA+ 3
METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE EFFECTUÉE 3
SANTÉ MENTALE ET VIOLENCE SYSTÉMIQUE 7
Une population particulièrement vulnérable 7
Obstacles : les services de santé mentale sont-ils adaptés à cette réalité ? 9
2| CONTRIBUTION D'ASSOCIATIONS CONCERNÉES 11
3| DONNÉES ISSUES DE L'ÉTUDE EX AEQUO 12
1• Profil des répondant·es 12
2• Un état de santé mentale préoccupant pour une partie importante des répondant·es 13
3• Des expériences de pression et de violence dans plusieurs espaces de vie 13
4• Le soutien social comme ressource 13
5• Une expérience contrastée de l'aide professionnelle 14
6• Le besoin d'espaces "safe(r)" ou "espaces sécurisants" 14
4| RECOMMANDATIONS 14
5 | CONCLUSION 15

1| RETOUR SUR NOTRE ANALYSE DE L'ACCÈS AU SYSTÈME DE SANTÉ BELGE POUR LES PERSONNES LGBTQIA+

Une partie de notre note d'opinion à destination de la Commission santé, de l'environnement et de l'action sociale sur la santé mentale est issue de notre dossier de recherche qui visait à répondre à la question : "Dans quelle mesure le système de santé belge, tel qu'il est actuellement structuré, contribue-t-il lui-même à produire des inégalités, et comment peut-il être amélioré de manière matérielle, technique, organisationnelle et/ou législative, afin de garantir un accès aux soins réellement inclusif et respectueux des droits fondamentaux ?" sorti à l'occasion du 17 mai 2026, Journée internationale de lutte contre l'homophobie, la transphobie et la biphobie.

METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE EFFECTUÉE

Du point de vue de la méthodologie, lors de notre recherche sur la thématique de la santé, nous avons opté pour une approche pluri-méthodologique par questionnaire et entretiens semi-directifs, ancrée sur une large revue de la littérature. Au total, nous avons récolté 56 témoignages de personnes LGBTQIA+ (en ligne) et mené 18 entretiens auprès de professionnel·les wallon·nes de la santé et de travailleur·euses psycho-sociales de nos associations-membres sur une période s'étalant de mars à avril 2026.

La recherche initiale s'appuie donc à la fois sur une revue de la littérature scientifique francophone et internationale et, de manière centrale, sur les retours de terrain issus des professionnel·les rencontré·es. Ce choix méthodologique visait à articuler les connaissances théoriques aux réalités concrètes de l'accompagnement, en intégrant les pratiques, les difficultés et les besoins observés dans les contextes socio-professionnels. Car si la littérature permet de structurer les cadres d'analyse et d'identifier des tendances générales, les expériences de terrain offrent quant à elles un éclairage indispensable sur la manière dont ces enjeux se manifestent dans toute leur complexité au quotidien. S'appuyer sur ces expériences permet ainsi de formuler des recommandations plus ancrées, opérationnelles et adaptées aux réalités vécues par les publics et les professionnel·les, en évitant une approche exclusivement théorique ou déconnectée des pratiques.

Pour cette raison, une attention particulière a été portée à l'inclusion directe des personnes concernées par les soins LGBTQIA+ spécifiques, par le biais d'une enquête grand public, à destination plus spécifiquement des publics LGBTQIA+. Cette démarche visait à intégrer les voix, les vécus et les besoins exprimés par les usager·ères elleux-mêmes, en complément des perspectives professionnelles et des apports de la littérature scientifique. Mettre à l'honneur ces expériences permet de reconnaître l'expertise située des personnes concernées et d'éviter une approche descendante des

recommandations. En ce sens, les données recueillies contribuent à fonder davantage le dossier sur les réalités vécues, en faisant émerger les enjeux, les limites de la mise en œuvre des procédures de soin, les obstacles pratiques, etc., parfois peu visibles (voire complètement invisibilisés) dans les cadres académiques et/ou institutionnels. Cette approche participative vise ainsi à renforcer la pertinence et la légitimité des recommandations formulées.

Le dossier comporte toutefois plusieurs limites. Comme d'autres, nous avons cherché « à donner de la visibilité à une diversité de populations, pas seulement blanches, pas seulement en bonne santé, et à une large diversité de questions, au prisme d'une approche intersectionnelle de la santé »[1]. Toutefois, cette ambition n'a pu être pleinement réalisée. En effet, ce dossier se voulait à la fois une synthèse et une lecture transversale des principales problématiques de santé rencontrées par les personnes LGBTQIA+. Une analyse plus approfondie de chacune de ces thématiques est nécessaire et aurait demandé de ce fait un travail de plus grande envergure, permettant d'en examiner les enjeux individuellement et de manière plus détaillée et spécifique.

Par ailleurs, alors que la migration, le vieillissement, le handicap ou l'addiction sont des enjeux majeurs pour la santé des personnes LGBTQIA+, ces questions n'ont été que très peu abordées lors de nos entretiens dans la mesure où nos enquêté·es ne disposaient elleux-mêmes que de peu de ressources sur ces thématiques importantes.

Cela étant, nous espérons via ce document de travail à destination de la Commission santé, apporter plusieurs pistes de recommandations concrètes qui pourront à l'avenir améliorer non seulement la prise en compte et « en soin » des populations LGBTQIA+ mais également leur rapport à la santé.

INTRODUCTION : ÉTAT DES LIEUX GLOBAL SUR LA SANTÉ DES PERSONNES LGBTQIA+

Les années passent, mais les constats restent inchangés : « les patient·es LGBTQIA+ présentent un niveau de santé physique et mental inférieur à la population générale »[2].

Les femmes*[3] lesbiennes et bisexuelles ont « un taux de participation inférieure au dépistage des IST et du cancer du col de l'utérus». Elles sont également susceptibles de développer davantage de maladies cardio-vasculaires et ont un risque accru « de

[1] François Berdougo, Gabriel Girard et al., « Santé des personnes LGBTI+ : enjeux scientifiques et perspectives de santé publique », *Santé Publique* 2022/HS2 (vol. 34), p. 16.

[2] Margaux Aron, Timothée Leroy et Gaëlle Fonteyne, « La santé des personnes LGBTQIA+ : entre prise en charge globale et besoins spécifiques », *La Revue de la Médecine Générale* juin 2023 (n°404), p. 6.

[3] L'utilisation du terme « femmes* », avec un astérisque, est une forme de langage inclusif visant à inclure toutes les personnes concernées par cette réalité, au-delà des seules femmes cisgenres.

dépression, d'anxiété, de nervosité, d'automutilation, de tentatives de suicide et de problématiques d'assuétude »[4].

Les hommes* gays et bisexuels sont également plus susceptibles de développer des « pathologies musculo-squelettiques, des cancers, des problèmes hépatiques, rénaux, des IST et du tabagisme » ainsi que des « troubles alimentaires, de la dépression, de l'anxiété, des risques de suicide et des problématiques d'assuétude dont le recours au "chemsex" »[5].

Les personnes trans* et queers se retrouvent, quant à elles, dans une situation de grande vulnérabilité. Iels sont en effet particulièrement marqué·es par « une morbidité importante en termes de mortalité, de cancers, de diabète, etc. » ; par « un taux de VIH et d'IST important » ; et par un plus grand risque de dépression, d'état de stress, d'anxiété et de tentative de suicide et de consommation en quantité problématique de substances psychoactives[6].

Les personnes intersexes sont davantage susceptibles de développer « des problèmes de santé mentale liés à un contexte d'isolement, de harcèlement, de stigmatisation, de discriminations et de rejet par l'entourage »[7]. En outre, « les traitements chirurgicaux modifiant les caractéristiques sexuelles effectués sans le consentement de la personne intersexe amènent à des troubles psychologiques conséquents » ainsi qu'à de lourdes séquelles corporelles[8].

Enfin, les personnes asexuelles et aromantiques présentent davantage de risque d'errance médicale par suite d'un taux de participation inférieure au dépistage des IST, du cancer du col de l'utérus ou anal[9]. Elles présentent également un risque accru de développer une dépression, de l'anxiété, de la nervosité, de l'automutilation ou de faire une tentative de suicide.

Pourtant, alors même que la population LGBTQIA+ semble avoir un besoin plus grand que la moyenne en soins de santé, les recherches dans le domaine constatent qu'elle « consulte moins les professionnel·les de santé et se dit davantage insatisfaite de la prise en charge dans ce domaine que la population générale »[10]. Selon *Épicentre*, en

---

[4] *Ibid.*, p. 8 et Commission nationale consultative des droits de l'homme (CNCDH), *Rapport Orientation sexuelle, identité de genre et intersexuation : de l'égalité à l'effectivité des droits*, Paris, La Documentation française, 2022, 480 p.

[5] *Id.*

[6] *Id.*

[7] *Id.*

[8] *Id.*

[9] *Id.*

[10] Épicentre, «LGBTQIA+ et système de soins : une relation compliquée», Bruxelles [en ligne: https://epicentre.brussels/question/lgbtqia-et-systeme-de-soins-une-relation-compliquee/].

Belgique, 1 personne trans*[11] sur 4 éviterait au maximum tout contact avec les soins de santé[12]. En France, « en 2020, 14,3% des hommes gays préfèreraient éviter les soins, suite à des discriminations subies, 34,7% des personnes ayant fait leur "coming out médical" se seraient senties jugées par leur médecin et 57,5% des femmes lesbiennes auraient peur d'être discriminées ou jugées en annonçant leur sexualité. Elles sont également 20% à déclarer avoir déjà reçu des commentaires lesbophobes, rejets ou refus de soins dans l'espace médical »[13].

Or, cet évitement des parcours traditionnels de soin et du système de santé « ont eu et continuent d'avoir des conséquences très concrètes pour les personnes concernées »[14]. Ces conséquences ont en outre elles-mêmes un coût sanitaire significatif : l'isolement et la grande vulnérabilité qui s'en suivent conduisent de nombreuses personnes LGBTQIA+ à développer des complications médicales importantes » et/ou ont « des conséquences néfastes sur [leur] bien-être psychologique et social »[15]. Ce qui a d'ailleurs tendance à accentuer les difficultés initiales[16].

Face à ce constat, plusieurs questions s'imposent : quelles sont les causes – structurelles, systémiques et sociales – à l'origine des inégalités de santé auxquelles sont confrontées les personnes LGBTQIA+ ? Quelles seraient les pistes pour favoriser une prise en charge plus adaptée des patient·es LGBTQIA+ qui puisse prendre en considération ces inégalités, sans pour autant « les réduire à leur statut de personne LGBTQIA+ »[17] ? Comment faire en sorte que la population LGBTQIA+ puisse se réapproprier sa santé ? Enfin, une question centrale traverse ce dossier de recherche : dans quelle mesure le système de santé belge, tel qu'il est actuellement structuré, contribue-t-il lui-même à produire des inégalités, et comment peut-il être amélioré de manière matérielle, technique, organisationnelle et/ou législative, afin de garantir un accès aux soins réellement inclusif et respectueux des droits fondamentaux ? C'est à l'ensemble de ces questions, dans une logique analytique et transformatrice, qu'entend répondre ce dossier thématique.

Si le « moins bon » état de santé physique et mentale des personnes LGBTQIA+ peut sans aucun doute être attribué « aux discriminations, aux préjugés et aux inégalités de santé auxquelles sont confrontées quotidiennement ces communautés » tout autant qu'à différents facteurs socio-économiques de la santé (tels que l'origine, le statut social, l'âge, etc.) qui « influent sur les discriminations vécues, ressenties par le·la patient·e »[18],

[11] L'utilisation du terme « trans* », avec un astérisque, est une forme de langage inclusif visant à inclure toutes les personnes concernées le fait de ne pas s'identifier à son cisgenre.
[12] *Id.*
[13] *Id.*
[14] François Berdougo, Gabriel Girard *et al.*, *op. cit.*, p. 12.
[15] *Id.*
[16] Épicentre, *op. cit.*
[17] Margaux Aron, Timothée Leroy et Gaëlle Fonteyne, *op. cit.*, p. 6.
[18] *Id.*

nous faisons l'hypothèse qu'il s'explique également par un autre élément : l'inadéquation de la « prise en soin » des personnes LGBTQIA+ par la majorité des professionnel·les de la santé. Dans de nombreux cas, la vision d'une prise en charge, et *en soin*, neutre et universelle de toustes les patient·es perdure ; de sorte que la plupart des professionnel·les de la santé ignore tous des « vulnérabilités des personnes LGBTQIA+ en matière de santé et de parcours de vie »[19].

L'enjeu est donc double : d'une part identifier les freins à l'accès aux soins de santé de qualité et adéquats pour les personnes LGBTQIA+ ; de l'autre proposer des pistes de recommandations concrètes pour rendre ceux-ci accessibles ceux-ci à toute la population LGBTQIA+ – au-delà de la neutralité présumée du soin. Il en va ici des droits fondamentaux.

SANTÉ MENTALE ET VIOLENCE SYSTÉMIQUE

Alors que les recherches scientifiques montrent de plus en plus que les personnes LGBTQIA+ sont « davantage victime[s] de violences, souffre[nt] de multiples pathologies et [ont] une prévalence plus importante que le reste de la population [générale] de différents troubles psychologiques »[20], la question de la santé mentale et d'une prise en soin adaptée à la population LGBTQIA+ reste souvent un impensé, ou du moins une question largement invisibilisée.

Pourtant, comme le révèle notre enquête, la santé mentale apparaît comme un enjeu central (prioritaire pour 83% de nos enquêté·es et important pour les 17% restant), en particulier au regard des discriminations, des violences et des situations de rejet ou d'incompréhension pouvant être vécues dans les sphères familiale, scolaire ou sociale. Ces réalités recouvrent des situations très hétérogènes, allant de contextes familiaux contraignants, parfois marqués par des logiques de contrôle ou de pratiques de conversion, à des environnements caractérisés par des vulnérabilités socio-économiques (nécessité de survie impliquant de quitter le domicile, violence familiale, etc.) et des violences multiples.

À partir d'une présentation des facteurs principaux qui affectent la santé mentale des personnes LGBTQIA+ et rendent cette population particulièrement vulnérable, cette section met en avant les différents obstacles qui nuisent à la prise en soin appropriée de ce public. Cette section dresse aussi, par contraste, plusieurs recommandations pour rendre l'accompagnement des personnes LGBTQIA+ plus adéquat.

Une population particulièrement vulnérable

[19] *Ibid.*, p. 7.

[20] Grégory Beltran, « Les besoins en santé mentale des personnes migrantes LGBTI : entre orientation généraliste et soutien communautaire », *Santé Publique* 2022/HS2 (vol. 34), p. 252.

Les différentes recherches s'accordent sur ce point : la population LGBTQIA+ est un public particulièrement vulnérable. Selon notre enquête, la majorité du public qui fréquente des associations LGBTQIA+ est atteint de dépression, d'anxiété, de burn-out, de dysphorie de genre, de lourds traumatismes, de stress chronique ou de troubles borderline. Plusieurs facteurs expliquent cette situation.

Pendant longtemps, les sexualités différentes de l'hétérosexualité et les identités de genre différentes de la cisnormativité[21] ont été considérées comme des troubles psychiques[22]. Ce n'est que depuis 1990 que l'homosexualité n'est plus considérée comme un trouble mental par l'OMS, et il faudra attendre 2019 pour la transidentité ! Les personnes LGBTQIA+ ont ensuite conquis, au fil des années, de plus en plus de droits (mariage, adoption, PMA, etc.). La population générale semble être aussi devenue davantage encline à accepter la diversité des identités de genre et sexuelles. Toutefois, cette plus grande visibilité continue de susciter « des réactions de défiance » : « de nombreux courants de pensée continuent à considérer les sexualités différentes comme choquantes ou dangereuses »[23]. De sorte qu'aujourd'hui encore, la stigmatisation des personnes LGBTQIA+ persiste. Dans ce cadre, préjugés, manque de soutien des proches, voire rejet, isolement, propos et actes discriminatoires, violences physique et/ou verbale, continuent d'être une réalité pour de (trop) nombreuses personnes LGBTQIA+ dans des contextes aussi variés que la famille, l'école, le travail, l'accès au logement, les réseaux sociaux, la rue et… les soins de santé.

Parallèlement, le climat politique est un facteur particulièrement anxiogène pour de nombreuses personnes LGBTQIA+. Après une période de relative tolérance, voire de progrès en termes de droits sociaux et de libertés, la répression grandissante des identités LGBTQIA+ à l'international ainsi que dans de nombreux pays limitrophes impacte largement la santé mentale des personnes LGBTQIA+, en augmentant, par exemple, le risque de dépression ou de suicide[24]. Et ce également dans des pays où la législation est plus tolérante[25].

Ce contexte général induit un stress minoritaire – « source de souffrance pour les personnes concernées »[26]. Au début des années 2000, le chercheur américain Ilan H. Meyer développe ce modèle pour expliquer l'état physique et mental dans lequel se

[21] Norme sociale et culturelle qui considère l'identité cisgenre (c'est-à-dire la correspondance entre le genre assigné à la naissance et le genre ressenti) comme la seule norme valide.

[22] Ana Waalder et Estelle Saget, « La santé mentale des LGBT+ », *Psycom* [en ligne : https://www.psycom.org/sinformer/la-sante-mentale/la-sante-mentale-des-lgbt/].

[23] *Id.*

[24] Grégory Beltran, *op. cit.*, p. 252.

[25] Fabienne El Khoury Lesueur, Christophe Léon et al., « Santé mentale des adultes selon l'orientation sexuelle et violences subies. Résultats du baromètre de Santé publique France 2021 », *Bull Epidemiol Hebd.* 2021 (vol. 6-7), pp. 97-104.

[26] Ana Waalder et Estelle Saget, *op. cit.*

trouve nombre de personnes LGBTQIA+[27]. Selon lui, toute personne appartenant à une minorité (de genre, sexuelle, de race supposée, de classe, de religion, de handicap, etc..) subit un stress supplémentaire en raison de la stigmatisation, de la discrimination et de l'exclusion sociale qu'elle vit au quotidien. Ce stress chronique, qui émane des stigmatisations vécues tout autant que perçues (hypervigilance, appréhension, etc.) et/ou intériorisées (de l'«intériorisation d'attitudes négatives » aux LGBTQIA+-phobies internalisées), peut avoir de lourdes conséquences physiques et/ou mentales pour les personnes concernées[28]. De fait : en tant que minorité de genres et sexuelles, les personnes LGBTQIA+ font l'expérience d'un état de stress chronique que la majorité des personnes hétérosexuelles ne connaissent pas (et dont la plupart pourrait difficilement « se figurer l'ampleur des discriminations »)[29]. Il est cependant bon de rappeler que ce n'est pas le fait d'être une personne LGBTQIA+ qui est source de souffrance mais bien « ces différents mécanismes d'exclusion »[30].

Ce climat anxiogène a des répercussions concrètes sur la vie et la santé mentale des personnes LGBTQIA+ et constitue un véritable enjeu dans l'accompagnement de ce public. Comme l'expliquent très bien Ana Waalder et Estelle Saget, « en étant exposé à des violences répétées, on peut développer des sentiments négatifs vis-à-vis de soi-même. Peu à peu, la personne se trouve conditionnée à s'attendre à des discriminations ou un rejet. Au fil du temps, l'effort pour faire face à la stigmatisation épuise ses ressources psychologiques »[31]. Progressivement, cet état de stress chronique peut ainsi conduire les personnes LGBTQIA+ à développer des stratégies d'évitement, d'isolement, de repli sur soi, d'hypervigilance et de protection qui impactent largement leur vie et leur santé mentale, rendant tout accompagnement et prise en soin difficile, voire impossible, surtout pour des personnes pour qui la santé mentale est parfois encore un tabou.

Obstacles : les services de santé mentale sont-ils adaptés à cette réalité ?

Compte tenu de ces circonstances, il semble particulièrement important que l'accompagnement psychologique et psychiatrique des personnes LGBTQIA+ tienne compte de ces facteurs anxiogènes et puisse anticiper au mieux les besoins et/ou réactions spécifiques de ce public[32].

Pourtant, comme le déplore plus de 80% de nos enquêté·es, les formations des professionnel·les de santé dans ce domaine ne sont pas appropriées. Au-delà de la

[27] Ilan H. Meyer, « Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence », *Psychological Bulletin* 2003/5 (n°129), pp. 674-697.

[28] Épicentre, « Vous reprendrez bien une dose de stress ? », *Guide de santé inclusive* [en ligne : https://epicentre.brussels/question/vous-reprendrez-bien-une-dose-de-stress/].

[29] Ana Waalder et Estelle Saget, *op. cit.*

[30] Caroline Dayer, « Préface », *op. cit.*, p. 7.

[31] Ana Waalder et Estelle Saget, *op. cit.*

[32] Épicentre, « Vous reprendrez bien une dose de stress ? », *op. cit.*

pathologisation des identités LGBTQIA+, des LGBTQIA+-phobies et des préjugés qui continuent, aujourd'hui encore, d'imprégner le cadre de nombreuses consultations en santé mentale (et en santé tout court !), notre enquête met en exergue le manque cruel de formation des professionnel·les du secteur. Très souvent, ces dernier·es n'ont jamais eu connaissance durant leur formation initiale des spécificités et besoins du publics LGBTQIA+. D'autres, par leurs questions intrusives insufflent un climat anxiogène pour leur patient·es LGBTQIA+ et n'ont de cesse de tout ramener à leur identité de genre ou sexuelle – sans jamais interroger leurs propres catégories de pensées (parfois encore très conservatrices)[33].

La conséquence de ce manque de formation adéquate est double. D'une part, il freine l'accès aux soins de santé mentale et renforce des stratégies d'évitement déjà existantes. De l'autre, et ce n'est que l'autre face d'un même problème, il augmente le risque que les personnes LGBTQIA+ ne reçoivent pas les soins dont elles ont besoin et auxquels elles ont droits. À terme, cela peut avoir de graves répercussions en termes de santé mentale et, par ricochet, avoir un coût sanitaire plus important encore.

Cependant, cette situation n'est pas une fatalité. Plusieurs professionnel·les de santé mentale, intéressé·es par ces questions, se sont formé·es auprès d'association telles que Genres Pluriels, les Maisons Arc-en-ciel, Go to Gynéco !, Épicentre, Exæquo ou Prisme (pour ne citer que les plus emblématiques) qui proposent une large offre de formations et de guides de soins inclusifs à destinations des professionnel·les de santé. Grâce à ces formations, ces professionnel·les de la santé mentale sont parvenu·es à instaurer un cadre de consultation safe(r) et adéquat pour les personnes LGBTQIA+ qui les consultent. Si ces démarches sont à saluer, et représentent une piste non négligeable à explorer pour rendre les prises en soin plus inclusives, nous regrettons toutefois qu'elles ne soient seulement que l'initiative de quelques personnes désireuses de se former et ne fassent pas – encore – partie du cursus obligatoire.

Par ailleurs si ces initiatives permettent, dans la plupart des cas, de mettre en place un environnement de confiance avec les personnes LGBTQIA+, leur nombre restreint rend leur portée relativement réduite : très vite, ces professionnel·les de la santé, que nous pourrions qualifier de « LGBTQIA+-friendly », sont saturé·es ; rarement conventionné·es, leur coût peut devenir rapidement un frein pour un public déjà largement précarisé ; et leur faible nombre les rend souvent inaccessible, y compris en terme de territoire (pour des publics déjà isolés). Cette conjoncture rend les délais extrêmement longs pour des personnes souvent en demande urgente d'accompagnement et a tendance, une fois encore, à renforcer les stratégies d'évitement des soins.

[33] Caroline Dayer, « Préface », *op. cit.*, pp. 6-7.

2| CONTRIBUTION D'ASSOCIATIONS CONCERNÉES

Lors de la préparation d'un projet commun autour de la santé mentale chez les jeunes LGBTQIA+, plusieurs associations issues notamment des secteurs de la jeunesse, de la culture et LGBTQIA+ (dont Prisme) se sont concertées afin de partager leurs constats et préoccupations concernant la santé mentale des jeunes LGBTQIA+.

Cette concertation a été accompagnée d'un travail de recherche et de mise en commun des connaissances issues du terrain et de la littérature scientifique, afin d'identifier les thématiques qui font partie des préoccupations des jeunes et qui peuvent influencer indirectement aujourd'hui plus particulièrement et plus spécifiquement la santé mentale et le bien-être des jeunes LGBTQIA+, au-delà des questions de discrimination et de violence directes.

Les conclusions tirées de ces concertations corroborent les résultats de la recherche menée par Prisme pour son dossier sur les soins de santé LGBTQIA+. La seule différence est que les concertations abordaient d'avantage les préoccupations exprimées par les acteurs de terrain concernant les sujets de société qui gravitent autour de la jeunesse. De ce fait, plusieurs thématiques apparaissent comme ayant un impact majeur sur la santé mentale des jeunes LGBTQIA+. Ces facteurs ne doivent pas être considérés isolément car ils se croisent, se cumulent et peuvent se renforcer mutuellement.

Les expert·es du secteur jeunesse ont mis en avant :

- L'influence des réseaux sociaux et des environnements numériques, et notamment l'exposition aux discours de haine, au cyberharcèlement, aux normes sociales, corporelles et aux mécanismes de comparaison sociale.
- La progression des discours masculinistes auprès des jeunes, notamment par l'intermédiaire des plateformes numériques (utilisation de la culture fitness par les réseaux masculinistes pour toucher une jeune audience masculine, par exemple), ainsi que leur articulation avec les discours sexistes, homophobes et transphobes.
- Le rôle des algorithmes et des systèmes de recommandation des applications/réseaux sociaux, susceptibles d'amplifier ou de favoriser l'exposition répétée à certains contenus polarisants, discriminatoires ou hostiles aux personnes LGBTQIA+.
- Le concept de "stress minoritaire", défini ci-dessus, y compris dans sa dimension numérique, lié à l'expérience ou à l'anticipation du rejet, de la discrimination et de la stigmatisation.
- La problématique de la ruralité et l'isolement territorial, qui peuvent limiter l'accès des communautés LGBTQIA+ au besoin de représentation dans son milieu de vie, aux associations, aux services de santé mentale et aux professionnels sensibilisés aux réalités LGBTQIA+.

- L'intersectionnalité et le cumul des discriminations, notamment lorsque l'identité LGBTQIA+ se conjugue avec une origine ou une appartenance religieuse minoritaire, une situation de handicap, une situation socio-économique défavorable ou d'autres facteurs de marginalisation.
- Les inégalités sociales et économiques grandissantes en Belgique qui influencent notamment la possibilité d'accéder aux soins, au logement, à l'autonomie, aux études et aux espaces de soutien.
- Les effets différenciés des réseaux sociaux selon le genre, avec une attention particulière aux risques auxquels peuvent être confrontées les filles et les jeunes femmes.
- Le contexte social et politique, notamment la progression de discours ou de mesures politiques hostiles aux droits et à la reconnaissance des personnes LGBTQIA+.
- Les difficultés pour la jeunesse à se projeter positivement dans l'avenir, certains jeunes pouvant craindre le rejet, les discriminations dans l'emploi ou plus largement l'impossibilité de trouver leur place dans la société.

Ces différentes dimensions montrent que la santé mentale des jeunes LGBTQIA+ ne peut être appréhendée uniquement comme une problématique individuelle ou médicale. Elle est profondément liée aux conditions sociales, économiques, territoriales, numériques, culturelles et politiques dans lesquelles les jeunes grandissent et construisent leur identité.

3| DONNÉES ISSUES DE L'ÉTUDE EX AEQUO

Afin de mieux comprendre les réalités vécues par les jeunes LGBTQIA+ en matière de santé mentale, le questionnaire diffusé par Ex Aequo dans le cadre de leur projet "Queer Up !" a interrogé les participant·es sur leur bien-être psychologique, les situations de pression ou de violence auxquelles iels peuvent être confronté·es, leur recours à l'aide ainsi que leurs besoins et leurs ressources.

Au total, 161 personnes ont participé à l'enquête, bien que le nombre de réponses varie selon les questions.

L'objectif de cette analyse était d'identifier les principales tendances qui ressortent des données quantitatives et des réponses ouvertes. Les résultats doivent toutefois être interprétés comme une description de l'échantillon interrogé et non comme une estimation de la situation de l'ensemble des jeunes LGBTQIA+ en Belgique. Les informations disponibles dans le document ne permettent en effet pas d'établir que l'échantillon est statistiquement représentatif.

1• Profil des répondant·es

Ces données indiquent que les résultats du questionnaire rendent avant tout compte de l'expérience d'une population LGBTQIA+ relativement jeune. En effet, l'échantillon est principalement composé de jeunes adultes. Parmi les 161 personnes ayant répondu à la question relative à l'âge, 77 % ont entre 18 et 30 ans, tandis que 19,3 % ont entre 12 et 18 ans. Les personnes âgées de plus de 30 ans représentent donc une proportion relativement faible de l'échantillon.

Concernant le lieu de résidence, 155 personnes ont répondu à cette question. Les réponses se répartissent principalement entre la Wallonie et Bruxelles.

2• Un état de santé mentale préoccupant pour une partie importante des répondant·es

Le questionnaire met en évidence une situation de bien-être psychologique contrastée. À la question "En ce moment, comment te sens-tu ?", 155 personnes ont répondu selon une échelle allant de "très bien" à "très mal". Le questionnaire examinait également plusieurs manifestations de mal-être au cours des derniers mois, notamment le stress, les inquiétudes difficiles à interrompre, la tristesse et la diminution de l'envie de pratiquer des activités habituellement appréciées.

Un résultat mérite une attention particulière. À la question "As-tu déjà pensé à disparaître ou à ne plus vouloir vivre ?", posée à 155 personnes, 32,9 % déclarent avoir connu ce type de pensées récemment et 49 % indiquent les avoir connues, mais pas récemment.

3• Des expériences de pression et de violence dans plusieurs espaces de vie

Les résultats montrent également que les difficultés rapportées par les jeunes interrogé·es s'inscrivent dans différents environnements sociaux. Parmi les 140 personnes ayant répondu à la question concernant les espaces dans lesquels certaines situations de pression ou de violence ont été vécues, plusieurs lieux apparaissent de manière importante. Les réponses montrent que l'école constitue l'espace le plus fréquemment concerné, cité par 108 répondant·es, soit 77,1 % de l'échantillon. La maison et la rue arrivent ensuite dans des proportions très proches : elles sont mentionnées respectivement par 71 personnes (50,7 %) et 70 personnes (50,0 %). Enfin, les lieux publics sont cités par 47 répondant·es, soit 33,6 %.

4• Le soutien social comme ressource

Les réponses ouvertes permettent d'identifier plusieurs éléments associés au "mieux-être" des répondant·es. Parmi les 127 réponses données à la question portant sur les éléments qui aident à se détendre ou à se sentir mieux, on retrouve comme régulièrement mentionnés : les ami·es, les partenaires, les membres de la famille et les personnes de confiance.

Les activités personnelles occupent également une place importante. Les réponses font notamment référence à l'art (musique, art plastique, les activités

manuelles/créatives, culture, etc.), la lecture, les jeux vidéo, le sport, la nature et les animaux.

Certain·es répondant·es mentionnent également les milieux queer, les associations ou les espaces dans lesquels iels peuvent rencontrer des personnes concernées et/ou partageant certaines réalités de vie communes.

Le soutien social apparaît comme une ressource particulièrement présente dans les témoignages.

5• Une expérience contrastée de l'aide professionnelle

Les témoignages relatifs aux professionnel·les de la santé mettent en lumière une diversité d'expériences, tantôt négatives, tantôt positives.

Certain·es répondant·es rapportent avoir rencontré des professionnel·les qui leur ont apporté une aide importante. L'écoute, la possibilité de parler librement, le sentiment d'être compris·e et l'absence de jugement apparaissent alors comme des dimensions essentielles d'un accompagnement de qualité.

À l'inverse, plusieurs témoignages font état d'expériences négatives et évoquent principalement le sentiment d'être jugé·e, une incompréhension des difficultés rencontrées et/ou la sensation d'un manque de connaissances concernant les réalités LGBTQIA+, notamment les réalités trans.

6• Le besoin d'espaces "safe(r)" ou "espaces sécurisants"

En ce qui concerne la définition d'un espace dans lequel les jeunes se sentent en sécurité, les répondant·es évoquent principalement la possibilité d'être soi-même sans crainte d'être jugé·e, rejeté·e, discriminé·e ou agressé·e. Cependant, le sentiment de sécurité ne se limite pas à l'absence de violence, dans le sondage. Certains témoignages mentionnent également des caractéristiques environnementales, comme l'accès au calme, à un espace sans bruit ou encore la présence d'une personne identifiable à laquelle s'adresser en cas de problème.

D'autres réponses soulignent l'importance de pouvoir rencontrer des personnes partageant certaines réalités, d'évoluer dans un environnement diversifié et de pouvoir échanger sans devoir justifier son orientation/identité/expression de genre ou dévoiler des éléments relevant de son intimité.

4| RECOMMANDATIONS

Pour sortir de cet engrenage, plusieurs pistes se dessinent. La première, et la plus évidente, serait sans doute d'imposer une formation appropriée – et continue – des professionnel·les médico-psycho-sociaux sur les réalités vécues par les personnes LGBTQIA+. Ces formations pourraient, au moins en partie, être assurées par les

associations de terrains déjà accoutumée à ces questions. Une fois formé·es, ces professionnel·les auraient la possibilité d'obtenir un label facilement identifiable par le public cible, gage d'un accompagnement juste et adapté.

Une deuxième piste serait de tenir compte de la précarité générale du public LGBTQIA+ et de son besoin, spécifique, de prise en soin mental. Dans ce cadre, deux recommandations apparaissent : (1) veiller à la répartition des professionnel·les formé·es sur l'ensemble du territoire ; (2) veiller à l'accessibilité financière de ces consultations. Pour ce dernier point, une piste concrète pourrait être de s'assurer que les professionnel·les recommandé·es sont systématiquement conventionné·es. Une dernière piste serait d'augmenter la couverture sociale par la mutuelle du nombre de consultation psychologique ou psychiatrique pour ces publics.

5 | CONCLUSION

Notre note d'avis permet de mettre en lumière que les inégalités de santé vécues par les personnes LGBTQIA+ ne relèvent pas de fragilités individuelles, mais de conditions sociales, institutionnelles et politiques qui produisent, entretiennent ou aggravent des écarts d'accès aux soins. La peur d'être jugé·e, l'épuisement de devoir sans cesse se justifier, l'invisibilisation de certains besoins spécifiques, le poids des discriminations croisées, la méconnaissance du corps médical ou encore l'inadaptation de nombreux dispositifs administratifs et médicaux ne sont pas des obstacles marginaux ; ils constituent, pour beaucoup, la trame ordinaire du rapport au soin.

Nous souhaitons également rappeler avec force cette réalité centrale : l'accès aux soins ne dépend jamais uniquement de l'existence d'une offre médicale, mais aussi de la manière dont cette offre est pensée, rendue accessible et ouverte à la pluralité des publics. Tant que nos systèmes continueront, parfois malgré eux, à s'appuyer sur des normes implicites qui invisibilisent certaines réalités ou fragilisent certains parcours, les inégalités de santé persisteront.

Penser l'inclusion des personnes LGBTQIA+ implique dès lors de dépasser une logique de simple adaptation ponctuelle pour interroger plus largement les normes implicites qui structurent nos systèmes de soins, nos institutions et nos représentations collectives. Faire de l'accessibilité (physique, financière, cognitive, administrative, symbolique et relationnelle) une condition de base, et non une exception, constitue à cet égard un enjeu fondamental de santé publique.

Enfin, il convient de rappeler une évidence trop souvent oubliée dans le débat public : militer pour un accès équitable aux soins de santé ne consiste pas à revendiquer de nouveaux droits, mais à exiger l'application effective de droits déjà existants. Le droit n'est pas un principe abstrait destiné à rester symbolique, il constitue un outil de protection, qui n'a de sens que s'il est effectivement garanti dans les pratiques.

Revendiquer l'égalité d'accès aux soins, c'est dès lors exiger le respect de la loi, la mise en œuvre concrète de droits déjà reconnus et l'application des engagements pris par les pouvoirs publics, notamment dans les accords de gouvernement.

Car (re)penser la santé LGBTQIA+ nous conduit finalement à poser une question plus vaste : quel système de santé voulons-nous construire ? Le choix qui s'offre à nous est autant sanitaire que politique. Et il engage, très concrètement, notre manière collective de prendre soin.

Avis concerté proposé par les Plates-Formes de Concertation en Santé Mentale de Wallonie (1er septembre 2026)

Le 9 juin 2026, les Plates-Formes de Concertation en Santé Mentale ont été sollicitées par la Commission de la Santé, de l'Environnement et de l'Action Sociale du Parlement de Wallonie afin de rendre un avis écrit sur le thème de la santé mentale. L'Inter-Plates-Formes remercie la Commission pour cette opportunité.

Les Plates-Formes de Concertation en Santé Mentale se sont mobilisées afin de recueillir et de porter rapidement une parole collective issue du terrain, la note étant attendue pour le 1er septembre. Dans cette perspective, la démarche a été double :

- le recueil de recommandations récentes issues des divers groupes de travail des Plates-Formes,

- un questionnaire diffusé auprès de l'ensemble de leurs membres, en veillant à représenter les différentes catégories d'acteurs reconnues dans le cadre décrétal.

La richesse et la diversité des réponses recueillies ont permis de dresser un état des lieux particulièrement éclairant à propos de l'offre de soins en santé mentale en Wallonie. Cette consultation, conjointe aux recommandations déjà émises récemment, a en effet permis de faire émerger les priorités que les professionnels considèrent aujourd'hui comme essentielles pour garantir l'accès à des soins de qualité, renforcer la continuité des soins et répondre de manière plus adaptée aux besoins de la population.

Malgré le court délai octroyé et ce, pendant la période de congés d'été, 63 services ont répondu à la demande des Plates-Formes de concertation. La présente note traduit donc une volonté commune de contribuer de manière constructive aux travaux de la Commission et d'apporter aux Autorités des recommandations fondées sur les réalités observées sur le terrain.

Éléments issus du questionnaire

Tout le territoire wallon et toutes les catégories de membres des Plates-Formes sont représentés dans l'élaboration des réponses ci-dessous.

Pour information, les membres des Plates-Formes sont :

- les hôpitaux généraux disposant d'un service de psychiatrie,
- les hôpitaux psychiatriques,
- les maisons de soins psychiatriques,
- les services de santé mentale,
- les initiatives d'habitations protégées,
- les institutions liées par une convention INAMI ou une convention avec l'Agence qui ont pour mission d'organiser une offre spécifique dans le cadre des soins de santé mentale,
- les réseaux d'aide et de soins spécialisés en assuétudes.

Capacité d'accueil, listes d'attente et délais d'accès aux soins

L'enquête met en évidence une saturation généralisée de l'offre de soins en santé mentale en Wallonie. Quels que soient leur taille ou leurs publics cibles, la plupart des structures déclarent fonctionner à capacité maximale et faire face à une demande supérieure à leur possibilité de prise en charge.

Cette tension se traduit par l'existence de listes d'attente dans la majorité des services. Celles-ci varient de quelques personnes à plusieurs dizaines, voire davantage dans certaines structures spécialisées. Les services qui ne disposent pas de liste d'attente précisent généralement qu'il s'agit d'un choix organisationnel visant à éviter de créer de faux espoirs ; ils procèdent alors à des réorientations lorsque leur capacité est atteinte. Cette absence de liste ne signifie donc pas l'absence de saturation.

Les délais d'attente observés sont particulièrement préoccupants. Ils sont le plus souvent compris entre un et six mois, mais de nombreuses structures signalent des délais supérieurs à six mois, voire à un an pour certaines prises en charge spécialisées, notamment en pédopsychiatrie, en psychiatrie, pour les assuétudes ou pour les situations complexes nécessitant des dispositifs spécifiques.

Les répondants soulignent que ces délais entraînent des conséquences importantes pour les usagers : aggravation des troubles, décompensations, recours accru aux urgences, ruptures de parcours et renoncement aux soins. De nombreux professionnels indiquent également que les possibilités de réorientation sont limitées, les partenaires du territoire étant eux-mêmes saturés.

Les réponses recueillies révèlent un secteur sous tension permanente et montrent que le problème principal relève d'une inadéquation croissante entre les besoins de la population et les capacités de prise en charge.

Les stratégies face aux problèmes de financement

L'enquête met en évidence que les structures de santé mentale déploient de nombreuses stratégies pour compenser l'insuffisance des financements. La plus fréquente consiste à mobiliser les fonds propres des institutions ou le soutien financier de leur pouvoir organisateur (par exemple, les Provinces, les hôpitaux, etc.) pour compléter les subsides jugés insuffisants pour déployer l'offre de soins.

En parallèle, de nombreux services recourent aux appels à projets, aux subventions ponctuelles et aux financements temporaires pour financer des postes ou développer de nouvelles initiatives. Si ces dispositifs permettent de répondre à certains besoins, les acteurs soulignent leur caractère précaire et l'incertitude qu'ils génèrent pour les équipes et les bénéficiaires.

Certaines organisations cherchent également à diversifier leurs ressources en développant des partenariats avec d'autres institutions, des fondations ou des sponsors, ainsi qu'en sollicitant des dons privés, des actions de mécénat ou des initiatives de solidarité locale. Quelques structures mettent en place des activités génératrices de revenus afin de compléter leurs moyens financiers.

Face à la pression budgétaire, plusieurs institutions ont par ailleurs appliqué des mesures de rationalisation : restructuration des équipes, mutualisation de ressources, recours accru aux

subsides à l'emploi ou réduction de certaines activités. Dans les situations les plus critiques, certaines structures signalent devoir réduire leurs effectifs et de ce fait, l'offre de soins.

Enfin, quelques répondants indiquent avoir recours à l'endettement ou devoir reporter une partie des coûts sur les usagers, notamment pour couvrir des frais d'infrastructure insuffisamment subsidiés.

Cette situation révèle une forte capacité d'adaptation des acteurs mais pose la question de sa durabilité tout en soulignant une fragilité structurelle importante. De plus, la recherche récurrente de financements mobilise également un temps considérable au détriment des missions de soins.

Analyse des besoins non couverts en santé mentale

L'analyse des réponses révèle un constat quasi unanime : les besoins en santé mentale ne sont actuellement pas couverts, ou seulement partiellement couverts, sur les territoires des répondants. Très peu de structures considèrent que l'offre existante répond adéquatement aux besoins de la population.

Le besoin le plus fréquemment cité est l'insuffisance globale de l'offre face à l'augmentation de la demande. Les professionnels décrivent un contexte de saturation généralisée où les listes d'attente s'allongent dans l'ensemble des services, qu'ils soient ambulatoires, hospitaliers ou résidentiels (voir point supra).

Les lacunes dans l'offre de soins, comme le manque de places et de structures adaptées, sont encore plus importantes concernant certains publics particulièrement vulnérables : enfants et adolescents, jeunes en transition vers l'âge adulte, personnes présentant un trouble du spectre de l'autisme, ou un double diagnostic (santé mentale et assuétudes ou handicap), publics en situation de grande précarité et personnes âgées.

De fait, plusieurs problématiques sont identifiées comme particulièrement préoccupantes : les assuétudes, les troubles psychiatriques complexes, les troubles neurodéveloppementaux, les troubles du comportement alimentaire. Des lacunes sont également rapportées dans des prises en charge aux modalités particulières: prises en charge intensives, suivis au long cours et interventions en milieu de vie.

Les répondants soulignent également une pénurie importante de psychiatres, en particulier de pédopsychiatres et de psychogériatres ainsi qu'un manque de professionnels spécialisés, ce qui limite fortement les capacités de prise en charge malgré, notamment, la prise en compte des psychologues de première ligne.

Enfin, de nombreux acteurs relèvent un manque de dispositifs résidentiels, de logements accompagnés et de solutions intermédiaires entre l'hospitalisation et le retour à domicile, ce qui fragilise la continuité des parcours de soins.

En conclusion, les réponses mettent en évidence un décalage important entre les besoins de la population et les ressources disponibles. Les acteurs de terrain appellent à renforcer les capacités de prise en charge, à développer des dispositifs spécialisés pour les publics les plus vulnérables et à lutter contre la pénurie de professionnels spécialisés afin de garantir un accès équitable et rapide aux soins en santé mentale.

La participation aux réseaux

La quasi-totalité des institutions répondantes sont impliquées dans un ou plusieurs dispositifs de coordination, principalement les réseaux de santé mentale fédéraux (réseaux dits “107” pour les adultes et réseaux de la Nouvelle Politique Enfant-Adolescent) et les réseaux assuétudes. Cette mobilisation témoigne d'une volonté partagée de développer des parcours de soins coordonnés et de renforcer la continuité des prises en charge.

Toutefois, les professionnels soulignent que les conditions actuelles de fonctionnement limitent largement l'efficacité de ces dispositifs. Le principal frein identifié est le manque de temps et de ressources humaines. Dans un contexte marqué par une augmentation constante de la demande en santé mentale, les équipes sont confrontées à un arbitrage difficile entre la participation aux réunions et le maintien de l'activité clinique auprès des usagers. Plusieurs services indiquent que le temps consacré aux réunions se fait au détriment du temps de consultation, alors même que les listes d'attente continuent de s'allonger. Enfin, certains services situés dans des territoires plus éloignés soulignent que les contraintes géographiques constituent un obstacle supplémentaire à une participation régulière aux instances des réseaux.

Les répondants relèvent également une complexité institutionnelle importante. La coexistence de multiples instances de concertation, parfois composées des mêmes acteurs et abordant des thématiques similaires, génère un sentiment de redondance et nuit à la lisibilité du paysage de la santé mentale. Plusieurs services déplorent une multiplication des lieux de concertation sans articulation suffisante entre eux, ce qui contribue à disperser les ressources disponibles.

Le travail en réseau

L'analyse des réponses met en évidence une forte adhésion des acteurs au principe du travail en réseau.

A ce propos, une préoccupation majeure concerne l'absence de reconnaissance structurelle du travail de coordination dans le cadre du travail clinique en réseau. En effet, le temps consacré à la concertation entre services, aux transmissions ou au tuilage entre prises en charge est rarement financé ou valorisé. Pourtant, ces activités constituent un levier indispensable à la continuité des soins, particulièrement pour les personnes présentant des problématiques multiples ou complexes. Les acteurs de terrain ne remettent donc pas en cause la pertinence du travail en réseau, mais ils souhaitent cependant une évolution du modèle actuel afin que la coordination, au sein des entités opérationnelles, ne soit plus perçue comme une charge supplémentaire, mais comme une composante pleinement reconnue et financée de l'offre de soins.

Analyse des priorités pour renforcer l'offre en santé mentale

Les réponses des acteurs de terrain montrent une forte convergence quant aux actions à mener pour améliorer durablement l’offre en santé mentale.

La priorité absolue concerne la mise en place d’un financement stable, structurel et pérenne, afin de sortir de la logique des financements temporaires qui fragilisent les services et leurs équipes.

La deuxième priorité est le renforcement des ressources humaines, notamment par l'augmentation des effectifs. Les répondants demandent également une meilleure valorisation financière des fonctions de psychiatres, pédopsychiatres et autres professionnels spécialisés afin d'améliorer leur attractivité et lutter contre leur absence au sein des structures agréées par la Région wallonne.

Les professionnels insistent également sur la nécessité de développer une vision stratégique concertée de la santé mentale, avec une meilleure coordination entre les différents niveaux de pouvoir et une simplification de la gouvernance afin d'assurer davantage de cohérence et de lisibilité dans l'offre de soins.

Une attention particulière est demandée pour les publics les plus vulnérables et les situations complexes, notamment les personnes âgées, les enfants et adolescents, les jeunes en transition, les personnes souffrant d'assuétudes, de double diagnostic ou nécessitant des parcours de soins multiples et coordonnés.

Enfin, les répondants soulignent l'importance de renforcer les politiques de prévention, de promotion de la santé mentale et de continuité des soins, tout en réduisant la charge administrative qui mobilise une part croissante du temps des professionnels.

En conclusion, les acteurs de terrain demandent avant tout de consolider et renforcer les dispositifs existants plutôt que de multiplier les projets ponctuels. Ils plaident pour des financements durables, davantage de personnel, une meilleure coordination du secteur et une attention accrue aux publics les plus fragilisés afin de garantir un accès équitable aux soins en santé mentale en Wallonie.

Recommandations issues des divers groupes de travail des Plates-Formes

Les PFCSM s'appuient sur des groupes de travail thématiques organisés selon différentes catégories de publics accompagnés. À ce titre, chacune développe une réflexion et des travaux autour de grandes thématiques telles que l'enfance et l'adolescence, les personnes en situation de handicap, les personnes âgées ou encore les personnes judiciarisées en lien avec la santé mentale.

La structuration du présent texte à destination de la Commission s'établit par public-cible sans que cette structuration ne constitue une hiérarchisation ou une priorisation des besoins. Comme le soulignent les réponses au questionnaire, l'ensemble des institutions, quel que soit leur public, font état de besoins importants. L'objectif est avant tout de faire remonter les constats recueillis au sein des PFCSM et de mettre en lumière les réalités spécifiques rencontrées par les différents publics concernés.

Les groupes de travail mettent en évidence une insuffisance structurelle des capacités d'accueil et des solutions de prise en charge. Le manque chronique de places adaptées entraîne des orientations inadéquates, des ruptures de parcours et des prolongations de séjour (détention ou hospitalisation) qui ne répondent plus aux besoins réels des personnes accompagnées. Cette situation touche particulièrement les enfants/adolescents, les personnes en situation de handicap et les personnes internées.

Dans le champ spécifique des mesures de protection et de l'internement, l'offre de soins généraliste, qu'elle soit ambulatoire ou résidentielle, demeure insuffisante pour

l’accompagnement des personnes internées. Elles sont dès lors maintenues dans des dispositifs inadaptés, comme la détention préventive, qui peut servir de réponse provisoire faute d’alternatives. Ces difficultés provoquent un engorgement en chaîne de l’ensemble du système et allongent les durées d’accompagnement, d’internement, tout en occupant des places rendues indisponibles pour des situations laissées en attente.

Les situations les plus complexes concernent les personnes se trouvant à la croisée de plusieurs secteurs — santé mentale, handicap, aide à la jeunesse — pour lesquelles les réponses existantes restent trop fragmentées. Notamment les jeunes présentant des troubles psychiques, des déficiences intellectuelles et des comportements à risque rencontrent de grandes difficultés à trouver une orientation adaptée, y compris après la stabilisation de leur état de santé mentale à l’hôpital (les places dans les autres secteurs, du handicap ou de l’aide à la jeunesse étant également insuffisantes). Les hospitalisations sont dès lors prolongées sans réel besoin, engorgeant également les services.

Mais cette pénurie de moyens pèse également fortement sur les professionnels. Ceux-ci doivent gérer les urgences quotidiennes tout en manquant de temps pour la formation, l’échange entre pairs et la préservation de leur propre santé. Cette tension favorise l’épuisement professionnel et fragilise la qualité et la continuité des accompagnements.

Les acteurs appellent donc à un renforcement durable des moyens : création de places supplémentaires, sécurisation des financements, développement de solutions ambulatoires et spécialisées, amélioration de la coordination entre secteurs et soutien accru aux équipes. Une approche globale et concertée apparaît indispensable pour garantir des parcours fluides, cohérents et adaptés aux besoins des personnes vulnérables.

Les acteurs de terrain recommandent également de développer une stratégie wallonne de santé mentale spécifiquement adaptée aux personnes âgées.

La prévention est un élément important de maintien d’une bonne santé mentale et doit notamment reposer sur des campagnes de sensibilisation aux problèmes de santé mentale des aînés, aux risques de maltraitance et à la notion d’âgisme, ainsi que sur la lutte contre l’isolement grâce au soutien aux associations qui développent des projets de mise en lien, aux activités sociales et aux initiatives favorisant la mobilité. Il est également important de mettre en avant l’apport des personnes âgées à la collectivité via une logique d’inclusion et non uniquement d’intégration.

Ils soulignent aussi la nécessité de mieux former les professionnels de l’aide et du soin aux particularités du vieillissement, de la psychogériatrie et des troubles cognitifs. Également, une meilleure connaissance des services locaux et le développement du travail en réseau permettraient d’assurer des prises en charge plus coordonnées et d’améliorer la détection précoce des difficultés.

L'accompagnement des personnes âgées vivant à domicile peut être renforcé par une meilleure coordination des services, davantage de personnel dans l’aide familiale et la pérennisation des missions de soutien psychologique à domicile, notamment celles des SPAD (via le subside du Plan de Relance de la Wallonie, Get up Wallonia), des ISPA (Initiatives Spécifiques aux Personnes Âgées) des SSM, ainsi que les psychologues de première ligne.

Dans les maisons de repos et de soins, les professionnels préconisent la formation des équipes, la création de référents en santé mentale, le recours accru aux réseaux de soins et l'intervention de psychogériatres ou de psychologues *in situ* afin de prévenir les hospitalisations. La création de structures spécialisées pour les personnes âgées présentant des troubles psychiatriques, à l'instar des "cantous" pour la démence, ainsi qu'une révision des critères d'évaluation de l'autonomie, sont également proposées.

Enfin, l'offre hospitalière en psychogériatrie apparaît insuffisante. Les acteurs demandent l'élargissement des hôpitaux de jour et des services spécialisés, la création d'un *case management* dédié aux personnes âgées et un investissement accru des hôpitaux dans l'accompagnement en amont (mobilité du personnel spécialisé sur le lieu de vie). L'objectif est de privilégier des interventions précoces, coordonnées et adaptées au lieu de vie afin d'éviter autant que possible les décompensations et les hospitalisations.

Recommandations politiques prioritaires

Au regard des constats recueillis, les Plates-Formes de Concertation en Santé Mentale recommandent aux Autorités wallonnes de prioriser les éléments suivants :

Urgence d'augmenter l'offre de soins généraliste et de pérenniser les financements

Le constat le plus partagé par les professionnels est l'insuffisance de l'offre de soins (tant ambulatoire que résidentielle) par rapport à la demande en pleine croissance. L'augmentation des moyens en vue d'adapter l'offre, de réduire les temps d'attente et de proposer des solutions pertinentes est une nécessité relevée par tous. En effet, dans la conjoncture actuelle, la succession de crises (covid, inondations, guerres, changement climatique, inflation...) génère un climat d'incertitude et d'anxiété qui détériore la santé mentale aussi bien des publics vulnérables que de la population générale.

D'autre part, le message le plus récurrent concerne la nécessité de sortir de la logique des financements temporaires. De nombreux services alertent sur les risques liés à la disparition de subsides ponctuels ayant permis de renforcer l'offre de soins ces dernières années. Plusieurs structures citent spécifiquement les emplois financés dans le cadre du Plan de Relance de la Wallonie (Get up Wallonia) et soulignent que leur suppression entraînerait une diminution immédiate de la capacité de prise en charge. Les acteurs demandent des financements stables permettant de maintenir les équipes existantes et de développer une offre de soins à long terme.

Renforcer les services existants

De nombreux services estiment que les moyens disponibles devraient prioritairement servir à consolider les dispositifs qui fonctionnent déjà. Ils dénoncent la multiplication de projets ou de nouvelles structures parfois peu articulés avec l'existant et plaident pour un renforcement des services disposant d'une expertise reconnue sur leur territoire. En particulier, l'augmentation des effectifs dans les services permettrait directement d'augmenter la capacité de l'offre de soins.

Faire face à la pénurie de professionnels

La pénurie de psychiatres, et particulièrement de pédopsychiatres et de psychogériatres, est présentée comme une difficulté majeure dans de nombreux territoires. Les professionnels

soulignent qu'il devient impossible de répondre à certaines demandes faute de médecins spécialisés disponibles. Des difficultés similaires sont mentionnées pour d'autres professions spécialisées du secteur.

Développer des réponses pour les publics les plus vulnérables

Les professionnels attirent l'attention de la Commission sur l'absence de solutions adaptées pour certains groupes de population :

- enfants et adolescents en situation complexe ;
- jeunes en transition vers l'âge adulte ;
- personnes âgées ;
- personnes présentant un double diagnostic ;
- personnes souffrant d'assuétudes ;
- personnes nécessitant un accompagnement résidentiel ou un logement adapté ;
- personnes en situation de grande précarité ;
- personnes internées.

Plusieurs services insistent particulièrement sur le manque de logements, d'habitats protégés et de solutions de réinsertion, considérés comme un maillon essentiel de la continuité des soins.

Simplifier la gouvernance et réduire la charge administrative

De nombreux témoignages dénoncent la multiplication des démarches administratives, des sollicitations pour participer à de nouveaux projets et à divers organes de gouvernance. Les professionnels estiment consacrer un temps excessif aux procédures administratives et aux participations à des réunions diverses au détriment du travail clinique. Plusieurs soulignent également les difficultés liées au cloisonnement entre administrations et niveaux de pouvoir.

Renforcer la continuité et la coordination des parcours de soins

Les professionnels demandent une meilleure articulation entre les différents secteurs afin d'éviter les ruptures de prise en charge. Ils insistent sur la nécessité de soutenir les transitions entre services, d'améliorer la transmission des informations et de financer le temps consacré à la coordination autour des situations complexes.

Conclusion

Selon les membres des Plates-Formes de Concertation en Santé Mentale, la santé mentale en Wallonie souffre d'un manque de financement, de moyens durables et de cohérence. Dans le climat anxiogène de la conjoncture actuelle (crises sanitaires, géopolitiques et financières, changement climatique, évolution numérique, etc. ...), les besoins en santé mentale continuent de croître. Dès lors, la priorité doit surtout être donnée au renforcement (à l'élargissement) des dispositifs existants, à la prise en compte des besoins des populations vulnérables et à la stabilisation des équipes afin d'améliorer l'accessibilité aux soins et la possibilité de construire des parcours continus intégrant soins ambulatoires et hospitaliers, accompagnement social et logement. Sans réponse structurelle rapide, le risque est celui d'une saturation durable de l'ensemble du système de santé mentale wallon avec la dégradation de nombreuses situations et une aggravation des inégalités d'accès aux soins.

Par ailleurs, les Plates-Formes de Concertation en Santé Mentale restent particulièrement vigilantes à l'égard des publics en santé mentale dans le cadre de la réforme de la première ligne de soins.

L'Inter-Plates-Formes reste disponible pour de plus amples informations et sollicitations futures.

La santé mentale des personnes étrangères et d'origine étrangère

La santé mentale des personnes migrantes peut être affectée à différentes étapes de leur parcours. Les facteurs de fragilisation sont multiples et peuvent se cumuler : ils peuvent être liés aux conditions ayant conduit au départ, au parcours migratoire lui-même, mais également aux conditions d'accueil et de vie dans le pays d'arrivée. L'obtention d'un statut de séjour ne signifie dès lors pas nécessairement la fin des difficultés rencontrées sur le plan de la santé mentale.

La présente note propose tout d'abord de mettre en évidence les spécificités de la santé mentale des personnes migrantes au regard des différentes étapes de leur parcours. Elle s'intéresse ensuite plus particulièrement à certains publics présentant des facteurs spécifiques de vulnérabilité. Enfin, elle identifie plusieurs constats et recommandations susceptibles d'améliorer la prévention, l'accompagnement et la prise en charge des problématiques de santé mentale.

Partie 1 : Mise en contexte et spécificités de la santé mentale des personnes migrantes

Trois grandes temporalités peuvent être distinguées : l'étape pré-migratoire, le parcours migratoire et l'étape post-migratoire. Chacune d'entre elles peut exposer les personnes à des facteurs spécifiques de vulnérabilité et affecter, à des degrés variables, leur santé mentale.

1. L'étape pré-migratoire

Les personnes que nous accompagnons peuvent avoir quitté leur pays en raison de persécutions, de tortures, de violences sexuelles, de conflits armés ou encore de conditions sociales, économiques, sanitaires ou environnementales particulièrement difficiles : famine, épidémies, catastrophes climatiques, conflits divers, etc.

Au-delà de ces circonstances, la décision de partir constitue elle-même une étape importante. Quitter son pays implique souvent de se séparer de ses proches, de ses attaches, de ses repères et de ses habitudes de vie. Le départ peut également représenter un coût financier considérable et s'accompagner d'une forte incertitude quant à l'avenir.

Même lorsqu'il apparaît comme la seule issue possible face à une situation devenue intenable, le départ reste donc une décision lourde de conséquences. La santé mentale peut ainsi être fragilisée avant même que le parcours migratoire ne commence.

2. Le parcours migratoire

Les parcours migratoires peuvent être extrêmement différents d'une personne à l'autre, notamment en fonction du pays d'origine, de la situation socio-économique, des circonstances du départ ou encore des voies empruntées pour rejoindre le pays d'accueil.

Pour certaines personnes, ce parcours peut être particulièrement long et les exposer à de nouvelles formes de violence ou d'insécurité. Exploitation, violences physiques ou sexuelles, détention, traite des êtres humains ou insécurité chronique peuvent ainsi jalonner le parcours. Ces expériences sont susceptibles de provoquer de nouvelles souffrances psychiques ou d'accentuer des fragilités préexistantes. Leur prise en charge nécessite une attention particulière ainsi que, dans certaines situations, l'intervention de professionnels disposant d'une formation spécialisée.

3. L'étape post-migratoire

L'arrivée en Belgique constitue une troisième étape déterminante. Elle est aussi celle sur laquelle les institutions et les professionnels du pays d'accueil disposent des leviers d'action les plus directs.

L'arrivée sur le territoire, puis l'obtention éventuelle d'un statut de séjour, ne signifient pas pour autant la disparition des difficultés rencontrées sur le plan de la santé mentale. Les conséquences des expériences antérieures peuvent perdurer, tandis que les procédures administratives, les conditions d'accueil et, plus largement, les conditions de vie dans le pays d'accueil peuvent générer de nouvelles difficultés ou renforcer des fragilités existantes.

Afin de mieux identifier ces différents facteurs, il convient de distinguer deux périodes : le temps des procédures de séjour en Belgique et la période qui leur succède.

a. Durant la procédure en Belgique (DPI, regroupement familial et autres)

L'arrivée en Belgique marque le début d'une nouvelle étape qui peut elle-même générer des facteurs de stress et d'incertitude. Les personnes sont confrontées à des procédures administratives parfois longues et complexes, dont l'issue peut entraîner des conséquences déterminantes sur leur avenir.

L'attente d'une décision, la difficulté à se projeter et le sentiment de ne pas maîtriser son avenir peuvent affecter la santé mentale. Ces difficultés peuvent en outre se conjuguer avec les conséquences des expériences vécues avant le départ ou durant le parcours migratoire.

Les réalités rencontrées diffèrent néanmoins selon la procédure concernée. Deux situations peuvent notamment être mises en évidence : la demande de protection internationale et le regroupement familial.

La demande de protection internationale

La procédure de protection internationale présente plusieurs particularités susceptibles d'avoir une incidence sur la santé mentale.

Elle demande notamment aux personnes de revenir sur leur parcours et d'exposer les événements qui les ont conduites à quitter leur pays et à solliciter une protection. Pour certaines d'entre elles, raconter de manière détaillée des persécutions, des violences, des tortures ou d'autres événements particulièrement douloureux peut être difficile et raviver une souffrance psychique.

À cette difficulté peut s'ajouter la nécessité de produire un récit précis et cohérent dans le cadre de la procédure, alors même que certains événements vécus peuvent être difficiles à verbaliser. Il est également nécessaire de ne pas sous-estimer les effets possibles des psychotraumatismes sur la mémoire et la restitution du récit (sidération, dissociation, difficultés de remémoration, etc.) et cela au regard de l'enjeu de crédibilité de la parole dans la procédure. Les exigences de cette procédure et les besoins liés à la santé mentale peuvent ainsi parfois entrer en tension.

Cette situation souligne l'importance d'une attention particulière portée aux vulnérabilités des personnes ainsi que, lorsque cela s'avère nécessaire, d'un accompagnement adapté.

Durant l'examen de leur demande, les personnes peuvent également être confrontées à des conditions d'accueil susceptibles d'influencer leur bien-être et leur santé mentale.

La vie en collectivité, le manque d'intimité, l'incertitude quant à la durée du séjour dans la structure d'accueil, les éventuels changements de lieu d'hébergement ou encore les difficultés liées à la cohabitation peuvent constituer des facteurs supplémentaires de stress.
Ces difficultés doivent être replacées dans un contexte où certaines personnes arrivent déjà fragilisées par les expériences vécues avant ou pendant leur parcours migratoire. Les conditions matérielles et relationnelles de l'accueil constituent dès lors un élément à part entière de la prévention en matière de santé mentale.

Le regroupement familial
Les procédures de regroupement familial présentent d'autres facteurs susceptibles d'affecter la santé mentale des personnes concernées.
La séparation avec les proches peut se prolonger pendant plusieurs mois, voire davantage, dans un contexte où l'issue de la procédure demeure incertaine. Cette attente peut être particulièrement difficile à vivre lorsque le conjoint, les enfants ou d'autres membres de la famille se trouvent dans une situation précaire ou dangereuse dans le pays d'origine ou de transit.
La personne présente en Belgique peut également ressentir une responsabilité importante à l'égard des membres de sa famille restés à l'étranger. Elle peut être investie d'attentes fortes et apparaître comme celle sur laquelle repose l'espoir d'une amélioration de la situation familiale.
À cette pression peuvent s'ajouter les exigences administratives et financières liées à la procédure : constitution du dossier, production de documents, respect des conditions requises, coûts liés aux démarches ou encore difficulté d'obtenir certains documents dans le pays d'origine.
L'accumulation de ces éléments - séparation, attente, incertitude, responsabilités familiales et contraintes administratives - peut générer une charge psychologique importante, alors même que le regroupement familial est généralement envisagé comme la perspective positive d'une réunification avec les proches.

b. *Après la procédure*

L'obtention d'un statut de séjour constitue généralement une étape importante et sécurisante dans le parcours des personnes. Elle permet de réduire l'incertitude liée à la procédure et d'envisager plus concrètement la construction d'un projet de vie en Belgique.
Elle ne signifie toutefois pas la disparition de l'ensemble des difficultés rencontrées. Les conséquences des expériences vécues avant et pendant la migration peuvent persister et se conjuguer avec de nouvelles difficultés liées aux conditions de vie dans le pays d'accueil.
L'accès au logement, à l'emploi, à la formation, aux soins de santé ou encore à certains droits peut s'avérer complexe. Les difficultés linguistiques, l'isolement social, l'éloignement familial ou la précarité économique peuvent également peser sur le bien-être des personnes.
À cela peuvent s'ajouter des expériences de discrimination ou de racisme, susceptibles de renforcer le sentiment d'isolement ou de non-appartenance.
La santé mentale des personnes migrantes ne peut dès lors être appréhendée indépendamment de leurs conditions concrètes d'existence dans la société d'accueil.

Isolement et perte de repères sociaux : L'installation dans un nouveau pays implique également la reconstruction progressive de repères sociaux et relationnels. Les

réseaux familiaux, amicaux ou communautaires qui constituaient auparavant des ressources importantes peuvent être absents ou fortement réduits.

Cette situation peut générer un sentiment d'isolement, particulièrement lorsque s'y ajoutent des difficultés linguistiques, une faible connaissance de l'environnement institutionnel ou des possibilités limitées de participation à la vie sociale.
La création de liens sociaux et l'inscription dans des espaces collectifs constituent dès lors des facteurs importants de prévention et de soutien en matière de santé mentale.

Déclassement social : Certaines personnes disposaient dans leur pays d'origine d'une qualification, d'un emploi, d'un statut professionnel ou d'une reconnaissance sociale qu'elles ne parviennent pas à retrouver en Belgique. La non-reconnaissance ou la difficulté de valorisation des diplômes et des compétences, les obstacles linguistiques ou administratifs ainsi que l'accès à des emplois ne correspondant pas au parcours antérieur peuvent affecter l'estime de soi et le sentiment d'utilité sociale. La reconstruction d'un projet professionnel et social constitue dès lors un enjeu qui dépasse la seule insertion économique et peut également contribuer au bien-être psychologique.

Discriminations et racisme : Les expériences de discrimination et de racisme constituent également un facteur à prendre en considération. Lorsqu'elles sont répétées, elles peuvent affecter le sentiment de sécurité, l'estime de soi, la confiance dans les institutions et le sentiment d'appartenance à la société. Leur impact peut être d'autant plus important qu'elles interviennent dans un parcours déjà marqué par d'autres facteurs de vulnérabilité. La prévention des discriminations et la lutte contre le racisme participent ainsi, elles aussi, à la création d'un environnement favorable à la santé mentale.

Approche interculturelle : La manière de comprendre, d'exprimer et de prendre en charge la souffrance psychique peut également varier selon les références culturelles, sociales ou familiales des personnes. La notion même de santé mentale, le recours à un psychologue ou à un psychiatre, la manière d'exprimer une souffrance ou encore les représentations associées à certains troubles peuvent différer selon les parcours et les contextes culturels. Ces différences ne doivent ni être généralisées ni conduire à enfermer les personnes dans une appartenance culturelle supposée. Elles invitent en revanche les professionnels à développer une capacité de décentration et d'adaptation de leurs pratiques, afin de mieux comprendre la manière dont chaque personne donne sens à ce qu'elle vit. L'approche interculturelle constitue, à cet égard, une ressource importante pour favoriser la compréhension mutuelle et construire un accompagnement adapté.

Accès aux soins : L'accès à une prise en charge adaptée peut également être rendu plus difficile par certains obstacles spécifiques : maîtrise insuffisante de la langue, méconnaissance du système de soins, difficultés administratives ou financières, représentations différentes de la santé mentale ou encore disponibilité insuffisante de professionnels formés aux réalités interculturelles. Dans certaines situations, l'accompagnement nécessite dès lors des modalités particulières permettant de garantir une compréhension effective entre le professionnel et la personne. Le recours à l'interprétariat professionnel constitue à cet égard un enjeu essentiel. En matière de santé mentale plus encore que dans d'autres domaines, la précision des mots, la possibilité d'exprimer des émotions complexes et la qualité de la relation

thérapeutique rendent indispensable une communication pleinement accessible. La question des addictions est, de plus, une problématique à ne pas négliger. Souvent les taux de consommation initiaux chez les migrants « récents » sont plus faibles que dans la société d'accueil, mais la détresse psychologique et l'isolement favorisent l'émergence ou l'aggravation de conduites addictives avec le temps.

Nous attirons également l'attention sur le fait que le maillage de service de santé mental spécialisé aux questions d'exil n'est pas garanti. En effet, il existe plusieurs zones, en Région wallonne trop peu couvertes par ce type de service, notamment le Brabant wallon. Les personnes se trouvent dans l'impossibilité de se déplacer jusqu'à ce type de service, au vu des difficultés de mobilités qu'elles subissent.

A retenir :

L'obtention d'un statut de séjour ne met pas nécessairement fin aux facteurs susceptibles d'affecter la santé mentale. Aux conséquences des expériences vécues avant et pendant la migration peuvent s'ajouter des difficultés liées aux conditions de vie en Belgique : isolement social, précarité, difficultés d'accès au logement, à l'emploi ou aux droits, déclassement social, discriminations ou encore difficultés d'accès à des soins adaptés.

La manière de comprendre, d'exprimer et de prendre en charge la souffrance psychique peut également varier selon les parcours et les références culturelles, sociales ou familiales. Une attention particulière doit dès lors être portée à l'approche interculturelle, à l'accessibilité des dispositifs et, lorsque cela est nécessaire, au recours à l'interprétariat professionnel.

Agir en faveur de la santé mentale des personnes migrantes suppose ainsi à la fois de permettre l'accès à des soins adaptés et d'agir sur les déterminants sociaux susceptibles d'affecter leur bien-être.

Partie 2 : Publics présentant des facteurs spécifiques de vulnérabilité

Toute personne peut être confrontée, au cours de sa vie, à des difficultés affectant sa santé mentale. Celles-ci peuvent être ponctuelles ou durables, d'intensité variable, et entraîner des répercussions sur différents aspects de la vie quotidienne, notamment les capacités d'apprentissage, les relations sociales ou la possibilité de se projeter dans l'avenir.

Comme évoqué dans la première partie, ces difficultés sont généralement multifactorielles. Dans le contexte migratoire, elles peuvent être liées à des expériences vécues avant le départ, au cours du parcours migratoire ou après l'arrivée dans le pays d'accueil. Ces différents facteurs peuvent en outre se cumuler.

Certaines personnes peuvent être davantage exposées à des facteurs de vulnérabilité en raison de leur parcours, de leur situation personnelle, des violences subies, de leur situation administrative ou encore des conditions dans lesquelles elles sont accueillies.

Une attention particulière peut notamment être nécessaire pour les enfants soldats ; les femmes, notamment lorsqu'elles ont été victimes de violences ou se trouvent isolées avec un ou plusieurs enfants ; les personnes victimes de violences sexuelles, d'exploitation ou de maltraitance ; les personnes présentant des pathologies psychiatriques ; les personnes en situation de handicap ; les mineurs étrangers non accompagnés (MENA) ; ainsi que les personnes LGBTQIA+.

Cette énumération n'est pas exhaustive. L'appartenance à l'une de ces catégories ne présume pas, à elle seule, d'une fragilité psychique. L'évaluation doit rester individualisée et tenir compte du parcours, des ressources, des besoins et de l'environnement propres à chaque personne.

La présente partie s'intéresse plus particulièrement à trois publics : les MENA, les femmes - notamment au regard des enjeux liés à la parentalité - et les personnes LGBTQIA+. Elle vise à identifier certains facteurs susceptibles d'accroître les vulnérabilités ainsi que les leviers sur lesquels il est possible d'agir en Belgique.

Le cadre législatif et réglementaire prévoit différentes mesures visant à renforcer la protection de certains publics identifiés comme particulièrement vulnérables.

Les MENA bénéficient, par exemple, de dispositifs spécifiques lors de leur arrivée. Ils sont notamment orientés, durant une première phase, vers un centre d'observation et d'orientation (COO), où leur situation est évaluée afin d'identifier leurs éventuelles vulnérabilités et de permettre ensuite une orientation vers une structure d'accueil adaptée.
L'existence de dispositifs spécifiques constitue une avancée importante. Leur mise en œuvre et leur capacité à identifier suffisamment tôt les difficultés de santé mentale peuvent toutefois varier dans la pratique.

L'identification précoce des facteurs de vulnérabilité constitue dès lors un enjeu essentiel, tant pour prévenir l'aggravation de certaines difficultés que pour permettre une orientation rapide vers un accompagnement adapté.

Le rapport du Conseil supérieur de la Santé consacré aux facteurs de fragilisation psychologique et de rétablissement chez les demandeurs de protection internationale rappelle à cet égard que, lorsqu'ils sont identifiés suffisamment tôt et pris en charge dans des conditions adéquates, les troubles de santé mentale peuvent être traités efficacement.

1. Les mineurs étrangers non accompagnés (MENA) :

Les MENA peuvent être particulièrement exposés à des événements traumatiques avant leur départ et au cours de leur parcours migratoire, parfois à un très jeune âge. Violences, ruptures, pertes de repères ou situations d'insécurité peuvent ainsi affecter leur santé mentale avant même leur arrivée en Belgique.

Ces difficultés peuvent persister ou être renforcées après l'arrivée dans le pays d'accueil. Si les acteurs présents en Belgique disposent de peu de leviers sur les événements vécus antérieurement, ils peuvent en revanche agir sur les conditions d'accueil, l'identification des vulnérabilités, l'accès aux soins et la qualité de l'accompagnement proposé au jeune.

L'absence de soutien parental ou familial constitue à cet égard un facteur d'attention particulier. Le jeune doit faire face à un nouvel environnement et à des démarches parfois complexes sans pouvoir s'appuyer sur les repères et le soutien quotidien que peut offrir l'entourage familial. Cette situation

peut renforcer certaines difficultés psychologiques et accroître le besoin d'un accompagnement stable et sécurisant.

La question de la détermination de l'âge : Dans le cadre de leur prise en charge et de leur procédure en Belgique, certains jeunes dont l'âge déclaré fait l'objet d'un doute peuvent être soumis à des examens visant à déterminer leur âge. Ces examens peuvent être vécus difficilement. Au-delà de l'examen lui-même, la mise en doute de l'âge déclaré peut être ressentie comme une remise en question de la parole du jeune, notamment lorsque son parcours l'a déjà confronté à des situations dans lesquelles sa parole ou son identité ont été contestées. La littérature souligne par ailleurs les limites de la fiabilité de certains examens médicaux utilisés dans le cadre de la détermination de l'âge et les marges d'incertitude qui peuvent y être associées (Fournier, 2017).

L'accès aux soins : L'accès effectif aux soins constitue un autre enjeu important. Les MENA peuvent, sous certaines conditions, bénéficier de l'assurance maladie obligatoire. Le document relève notamment la possibilité d'ouvrir ce droit après une période de fréquentation de l'enseignement primaire ou secondaire. L'existence de ce droit ne garantit toutefois pas toujours un accès simple et rapide aux soins. La complexité des démarches administratives nécessaires à l'ouverture des droits, ainsi que les difficultés liées notamment à la disponibilité des tuteurs, peuvent retarder certaines prises en charge. Une attention particulière doit dès lors être portée à l'accessibilité effective des dispositifs de soins, au-delà de leur seule accessibilité juridique.

La vulnérabilité supplémentaire du genre : Les jeunes filles MENA sont particulièrement exposées aux violences basées sur le genre et ce, que celles-ci soient vécues dans le pays d'origine, au cours du parcours migratoire mais également une fois arrivées en Belgique. Ces violences peuvent être de plusieurs ordres : violences intrafamiliales au pays, violences sexuelles, MGF, violences liées à l'honneur, etc. Elles ont des impacts importants sur la santé mentale des femmes et particulièrement des (très) jeunes filles. Il faudrait y être particulièrement attentif dans l'accompagnement qu'on propose à ces filles MENA.

Le regroupement familial et la recomposition des rôles : Enfin, lorsqu'un regroupement familial intervient après une période de séparation parfois longue, les retrouvailles peuvent s'accompagner d'une nécessaire recomposition des rôles et des équilibres familiaux. Certains jeunes ont vécu de manière relativement autonome pendant plusieurs mois ou plusieurs années et ont dû assumer précocement des responsabilités importantes. Retrouver une place d'enfant au sein de la famille peut dès lors nécessiter un temps d'adaptation, tant pour le jeune que pour ses proches. Après l'arrivée de la famille, le jeune peut également être amené à jouer un rôle important d'intermédiaire avec la société d'accueil, notamment lorsqu'il maîtrise davantage le français ou connaît mieux les institutions belges. Il peut ainsi être sollicité pour traduire, expliquer des démarches ou accompagner ses parents et sa fratrie. Ces responsabilités peuvent valoriser les compétences et l'autonomie acquises par le jeune, mais elles peuvent également représenter une charge importante lorsqu'elles deviennent trop lourdes ou trop régulières.

L'accompagnement des MENA doit ainsi conjuguer la prise en compte des expériences potentiellement traumatiques vécues avant ou pendant la migration avec une attention particulière aux conditions concrètes d'accueil, à la stabilité des repères, à l'accès effectif aux soins et à la place que le jeune occupe dans son environnement familial et social.

2. Les femmes et les enjeux liés à la parentalité :

Les femmes peuvent être exposées à différents facteurs spécifiques de vulnérabilité au cours du parcours migratoire et après leur arrivée en Belgique. Les violences basées sur le genre violences conjugales et intrafamiliales, violences sexuelles, MGF, violences liées à l'honneur, etc.) ont évidemment des impacts importants sur la santé mentale des femmes. Mais parmi les facteurs spécifiques de vulnérabilité la présente note souhaite porter une attention particulière aux enjeux liés à la maternité et, plus largement, à l'exercice de la parentalité dans le contexte de l'accueil collectif.

Les conditions de vie dans les centres d'accueil ne sont pas toujours adaptées aux besoins des femmes enceintes, des mères et des familles avec de jeunes enfants. La vie en collectivité peut notamment limiter l'intimité et rendre plus difficile l'accès à des espaces adaptés pour allaiter, prendre soin d'un nourrisson ou simplement préserver des moments de vie familiale.
Ces contraintes matérielles, lorsqu'elles se prolongent, peuvent affecter le bien-être quotidien des personnes et contribuer à renforcer certaines difficultés psychologiques.

La « déparentalisation » : La vie en centre collectif peut également affecter la manière dont certains parents exercent et perçoivent leur rôle parental. Plusieurs professionnels évoquent à cet égard un phénomène de « déparentalisation » : le cadre institutionnel peut réduire certaines marges de décision qui relèvent habituellement de la vie familiale.

Les parents sont eux-mêmes soumis aux règles et à l'organisation du centre et ne disposent pas toujours de la possibilité d'effectuer certains choix ordinaires pour leurs enfants. Selon les structures, il peut par exemple être difficile ou impossible de préparer soi-même les repas, de choisir certains aspects de l'alimentation ou d'organiser librement les rythmes de la vie familiale. Les relations avec les institutions extérieures peuvent également contribuer à ce sentiment lorsque, par exemple, certains échanges concernant la scolarité des enfants passent prioritairement par les professionnels du centre plutôt que directement par les parents, y compris lorsque ceux-ci sont en mesure de communiquer avec l'école. L'accumulation de ces situations peut générer chez certains parents un sentiment de perte de maîtrise de leur rôle éducatif, voire d'impuissance, alors qu'ils restent pleinement responsables de leurs enfants.

La protection des enfants et les conditions de vie : La vie en collectivité peut également confronter les parents à des situations dans lesquelles ils éprouvent des difficultés à garantir à leurs enfants l'environnement sécurisant qu'ils souhaiteraient leur offrir. Certains comportements violents ou inadaptés au sein des structures, voire certaines situations de violence sexuelle, peuvent renforcer ce sentiment d'impuissance. Le manque d'espaces adaptés aux enfants et aux activités familiales constitue une difficulté supplémentaire. La chambre familiale peut alors devenir le principal espace de retrait et de protection, tout en présentant elle-même des limites importantes : espace restreint, intimité réduite lorsque toute la famille partage une même pièce, sanitaires et espaces de détente collectifs ou encore organisation des repas selon les horaires de la structure. Lorsque cette situation se prolonge, elle peut peser sur la qualité de vie de l'ensemble de la famille et sur le bien-être psychologique des parents comme des enfants.

L'incertitude et la parentalité : L'incertitude liée à la procédure de protection internationale constitue un autre facteur susceptible de fragiliser l'exercice de la parentalité. Les parents peuvent être confrontés aux interrogations de leurs enfants concernant leur avenir en Belgique, la durée de leur séjour dans le centre ou l'issue de la procédure, alors qu'ils ne disposent eux-mêmes d'aucune réponse certaine. La difficulté à rassurer ou à se projeter avec ses enfants lorsque son propre avenir demeure incertain peut renforcer les sentiments d'impuissance et de perte de repères. À cette incertitude peuvent également s'ajouter des différences entre les repères éducatifs, familiaux ou institutionnels

connus dans le pays d'origine et ceux rencontrés en Belgique. Les conceptions relatives à l'éducation, aux relations entre parents et enfants ou aux soins peuvent notamment différer. Ces écarts peuvent nécessiter un temps d'adaptation et de compréhension mutuelle. Ils peuvent également devenir une source de tension lorsque les parents ont le sentiment que leurs compétences ou leurs pratiques éducatives sont remises en question.

Les conditions d'accueil ne constituent donc pas un simple environnement matériel : elles peuvent influencer directement la capacité des personnes à exercer leur rôle parental, à préserver des repères familiaux et à offrir à leurs enfants un cadre sécurisant. Leur amélioration constitue, à ce titre, un levier de prévention et de soutien en matière de santé mentale pour l'ensemble de la famille.

3. Les personnes LGBTQIA+ :

Les personnes qui sollicitent une protection internationale en raison de persécutions liées à leur orientation sexuelle ou à leur identité de genre peuvent avoir été exposées, avant leur départ et au cours de leur parcours migratoire, à différentes formes de rejet, de discrimination ou de violence.

L'arrivée dans le pays d'accueil ne met pas nécessairement fin à ces expériences. Certaines personnes peuvent être confrontées à la poursuite ou à la répétition de formes de discrimination et de violence, y compris dans les dispositifs destinés à les accueillir et à les protéger. La vie en collectivité dans les centres d'accueil peut notamment constituer une difficulté supplémentaire. Des personnes LGBTQIA+ peuvent y être confrontées à des attitudes de rejet, à des propos discriminatoires, à du harcèlement ou à d'autres formes de violence de la part de certains résidents. Ces situations peuvent renforcer un sentiment d'insécurité et conduire certaines personnes à dissimuler leur orientation sexuelle ou leur identité de genre afin de se protéger. La possibilité de disposer d'un environnement d'accueil sécurisant et respectueux constitue dès lors un enjeu important en matière de santé mentale.

Les discriminations dans la société d'accueil : L'arrivée en Belgique ne garantit par ailleurs pas l'absence de discriminations liées à l'orientation sexuelle ou à l'identité de genre. Les personnes LGBTQIA+ peuvent également être confrontées, dans différents espaces de la vie sociale, à des comportements discriminatoires ou violents. Ces expériences peuvent être particulièrement difficiles lorsqu'elles interviennent dans la continuité de persécutions ou de violences déjà vécues dans le pays d'origine ou durant le parcours migratoire. Elles peuvent notamment affecter le sentiment de sécurité, la confiance dans l'environnement social et institutionnel, ainsi que la possibilité de construire de nouveaux repères dans le pays d'accueil.

L'intersectionnalité : Certaines personnes peuvent par ailleurs être exposées simultanément à plusieurs facteurs de discrimination ou de vulnérabilité liés, par exemple, à leur origine, leur situation de séjour, leur genre ou leur orientation sexuelle. La notion d'intersectionnalité permet de prendre en compte la manière dont ces différentes dimensions peuvent se croiser et produire des expériences spécifiques. Une femme étrangère LGBTQIA+, par exemple, ne vit pas nécessairement séparément des discriminations liées à son genre, à son origine et à son orientation sexuelle : celles-ci peuvent s'articuler et renforcer certaines difficultés. Cette approche invite dès lors à ne pas appréhender les personnes uniquement à travers une caractéristique particulière, mais à tenir compte de l'ensemble de leur parcours, de leur situation et des différents facteurs susceptibles d'influencer leur santé mentale et leur accès aux dispositifs d'aide et de soins.

Pour les personnes LGBTQIA+ ayant connu un parcours migratoire, l'enjeu ne consiste donc pas uniquement à prendre en charge les conséquences éventuelles de violences passées, mais

également à prévenir leur répétition dans le pays d'accueil et à garantir des environnements permettant à chacun de se sentir en sécurité et respecté.

A retenir :

L'identification précoce des difficultés et des besoins en matière de santé mentale permet de favoriser une prise en charge adaptée et de prévenir l'aggravation de certaines situations.

L'accès effectif aux soins de santé mentale doit être garanti, ce qui suppose également de lever les éventuels obstacles administratifs, financiers ou liés à la couverture médicale.

Les professionnels en contact avec les publics concernés doivent pouvoir disposer de connaissances de base leur permettant d'identifier les signes de fragilité et d'orienter les personnes vers les dispositifs appropriés.

Certains parcours exposent davantage les personnes à des événements potentiellement traumatiques, notamment aux violences physiques ou sexuelles. Ces expériences peuvent intervenir avant le départ, durant le parcours migratoire mais également après l'arrivée en Belgique.

Une attention particulière doit être portée au risque de répétition des violences, discriminations ou situations d'oppression dans le pays d'accueil, y compris au sein des dispositifs d'accueil.

L'identification d'une vulnérabilité doit toujours rester individualisée : elle vise à adapter l'accompagnement aux besoins de la personne et non à considérer qu'une appartenance à un groupe déterminerait, à elle seule, une fragilité psychique.

Partie 3 : Conclusion et recommandations

La santé mentale des personnes migrantes doit être appréhendée dans toute la complexité de leur parcours. Les difficultés rencontrées peuvent trouver leur origine avant le départ, être renforcées au cours du parcours migratoire et persister ou apparaître après l'arrivée dans le pays d'accueil.

Les expériences potentiellement traumatiques ne constituent toutefois qu'une partie des facteurs susceptibles d'affecter la santé mentale. Les conditions d'accueil et de vie en Belgique jouent également un rôle important : incertitude liée aux procédures, conditions d'hébergement, isolement social, difficultés d'accès au logement, à l'emploi, aux droits ou aux soins, déclassement social, discriminations ou encore séparation familiale peuvent contribuer à fragiliser le bien-être psychologique.

À l'inverse, un environnement sécurisant, l'accès effectif aux droits, la possibilité de développer des relations sociales, la stabilité des conditions de vie et l'accès à un accompagnement adapté peuvent constituer des facteurs de protection et de rétablissement.

La santé mentale des personnes migrantes ne peut dès lors être appréhendée indépendamment de leurs conditions d'accueil et d'existence dans la société d'accueil.
Cette réalité appelle une approche globale et coordonnée. La réponse aux difficultés de santé mentale ne peut reposer uniquement sur les professionnels spécialisés : elle concerne également les acteurs de l'accueil, de l'accompagnement social, de l'intégration, de la santé, du logement, de l'insertion socioprofessionnelle et, plus largement, l'ensemble des dispositifs susceptibles d'agir sur les déterminants sociaux de la santé mentale.

Cette approche suppose enfin de tenir compte de la singularité des parcours et des besoins. Elle nécessite des dispositifs accessibles, une attention aux dimensions interculturelles, la possibilité de recourir à l'interprétariat professionnel lorsque cela est nécessaire et une coopération renforcée entre les professionnels concernés.

Recommandations
Au regard des constats développés dans cette note, la Fédération des CRI invite les pouvoirs publics wallons à porter une attention particulière aux leviers suivants dans le développement des politiques de santé mentale, d'accueil et d'intégration des personnes étrangères :

- **Renforcer l'identification précoce des difficultés et des facteurs de vulnérabilité**, afin de permettre une orientation rapide vers les dispositifs appropriés et de prévenir l'aggravation de certaines situations.
- **Garantir un accès effectif à des soins de santé mentale adaptés**, en portant une attention particulière aux obstacles administratifs, financiers, linguistiques ou liés à la couverture médicale susceptibles de retarder ou d'empêcher la prise en charge ; en veillant également à créer un maillage de structure SSM suffisant garantissant un accès aisé quel que soit le lieu de résidence.
- **Renforcer et soutenir une offre de soins accessible et adaptée aux réalités des personnes migrantes**, notamment en favorisant la disponibilité de professionnels formés aux parcours migratoires et aux enjeux interculturels.
- **Garantir l'accès à l'interprétariat professionnel lorsque celui-ci est nécessaire**, en particulier dans le domaine de la santé mentale, où la précision de la communication et la possibilité d'exprimer des expériences ou des émotions complexes constituent des conditions essentielles à la qualité de l'accompagnement.
- **Renforcer la formation des professionnels de première ligne en matière de santé mentale**, afin qu'ils puissent mieux identifier certains signes de fragilité, adopter une posture adaptée et orienter les personnes vers les services spécialisés lorsque cela s'avère nécessaire.
- **Développer et renforcer le travail en réseau entre les acteurs de la santé mentale, de l'accueil, de l'accompagnement social et de l'intégration**, afin de favoriser la continuité des accompagnements, l'échange d'expertise et une meilleure articulation entre les dispositifs.
- **Agir sur les déterminants sociaux susceptibles d'affecter la santé mentale**, notamment en garantissant un accès effectif aux droits fondamentaux, au logement, aux soins, à la formation, à l'emploi et à une vie sociale permettant de lutter contre l'isolement.
- **Veiller à la qualité et au caractère sécurisant des conditions d'accueil**, notamment pour les personnes présentant des facteurs spécifiques de vulnérabilité, afin d'éviter que les dispositifs d'accueil ne reproduisent ou n'aggravent certaines situations de violence, de discrimination ou d'insécurité.
- **Favoriser des approches individualisées et interculturelles**, tenant compte du parcours, des ressources, des représentations et des besoins propres à chaque personne, sans réduire celle-ci à son origine, son statut administratif ou son appartenance à une catégorie particulière.

Investir dans la santé mentale des personnes migrantes suppose ainsi de renforcer l'accès aux soins, mais également de créer les conditions sociales, institutionnelles et relationnelles permettant à chacun de reconstruire durablement ses repères et son autonomie.

Cette note s'appuie sur l'expérience de terrain des Centres Régionaux d'Intégration, complétée par une analyse de la littérature disponible et par des échanges avec différents acteurs spécialisés

Références bibliographiques et documentaires :

- *Facteurs de fragilisation psychologique et de rétablissement chez les demandeurs de protection internationale*, Avis du Conseil Supérieur de la Santé n° 9744, Septembre 2024
- K. FOURNIER, *L'estimation de l'âge des MENA en question : problématique, analyse et recommandations*, 2017 (publié par la plateforme Mineurs en exil)
- *La prise en charge de la santé mentale des demandeurs d'asile. Un défi à contre-courant des visions migratoires et thérapeutiques,* CIRE, 2024
- *La santé mentale*, 4A4 de CARDA n° 18, novembre 2023 (publication de la Croix Rouge de Belgique)
- *L'accompagnement des familles exilées pendant la crise sanitaire*, sous la dir. De C. BARRAS et A. MANCO, L'Harmattan, Paris, 2023 (collection « Compétences interculturelles » de l'IRFAM)
- *L'accompagnement des familles. Entre réparation et créativité, sous la dir. De C. BARRAS et A. MANCO, L'Harmattan, Paris, 2019 (collection « Compétences interculturelles » de l'IRFAM)*
- *Malades du racisme. Souffrance & dignité*, sous la dir. De R. BATHOUM, L'Harmattan, Paris, 2023
- *Pour une prise en compte de la santé mentale des personnes exilées. Recommandations rédigées par la concertation wallonne « Exil et Santé mentale », s.l., s.d.*
- *Racisme institutionnel : école, police, entreprise, sous la dir. De R. BATHOUM, L'Harmattan, Paris, 2025*
- *Soigner l'Autre en contexte interculturel. Tabane, engagements pour un accueil collectif en santé mentale,* sous la dir. De L. SNOECK et A. MANCO, L'Harmattan, Paris, 2016 *(collection « Compétences interculturelles » de l'IRFAM)*

Personnes et organismes consultés dans le cadre de la rédaction :

- Rencontre avec les représentants de la COFI, coupole des Fédérations d'ILI, le 13 juillet 2026
- Rencontre avec Bénédicte Guebs, coordinatrice du CINL, le 15 juillet 2026

Personnes de contact :

Nicolas CONTOR, Président : n.contor@crilux.be
Patrick MONJOIE, Vice-Président : p.monjoie@cribw.be

mensura

Bien-être mental : recommandations pour une approche préventive et intégrée

1. Contexte

Selon les chiffres les plus récents de l'INAMI, on dénombrait à la fin de l'année dernière 537.728 personnes en **incapacité de travail de longue durée (≥ 1 an)**. Parmi celles-ci, 209.245 étaient absentes en raison de **troubles psychiques**, ce qui représente 38,9 % de l'ensemble des causes d'incapacité de longue durée. L'évolution observée au cours des dernières années montre non seulement une augmentation du nombre total de personnes en incapacité de longue durée, mais également une progression de la part des troubles psychiques parmi les causes de cette incapacité.

Cette tendance se reflète également au sein des Services Externes de Prévention et de Protection au Travail. Les chiffres récents de l'organisation faîtière CO-PREV (2025) indiquent qu'en 2025, près de 25.000 **demandes d'intervention psychosociale au travail** ont été enregistrées, soit une hausse de 3,5 % par rapport à 2024.

En tant que partenaire du bien-être, **ce que Mensura observe sur le terrain**, c'est que trois employés sur quatre parmi ceux que nous suivons jouissent d'une bonne santé mentale. Entre 2021 et 2026, nous observons une tendance à la hausse de la résilience (Figure 1) et une tendance à la baisse de la tension mentale au travail (Figure 2). Ces chiffres confirment notre conviction qu'investir dans le bien-être porte ses fruits.

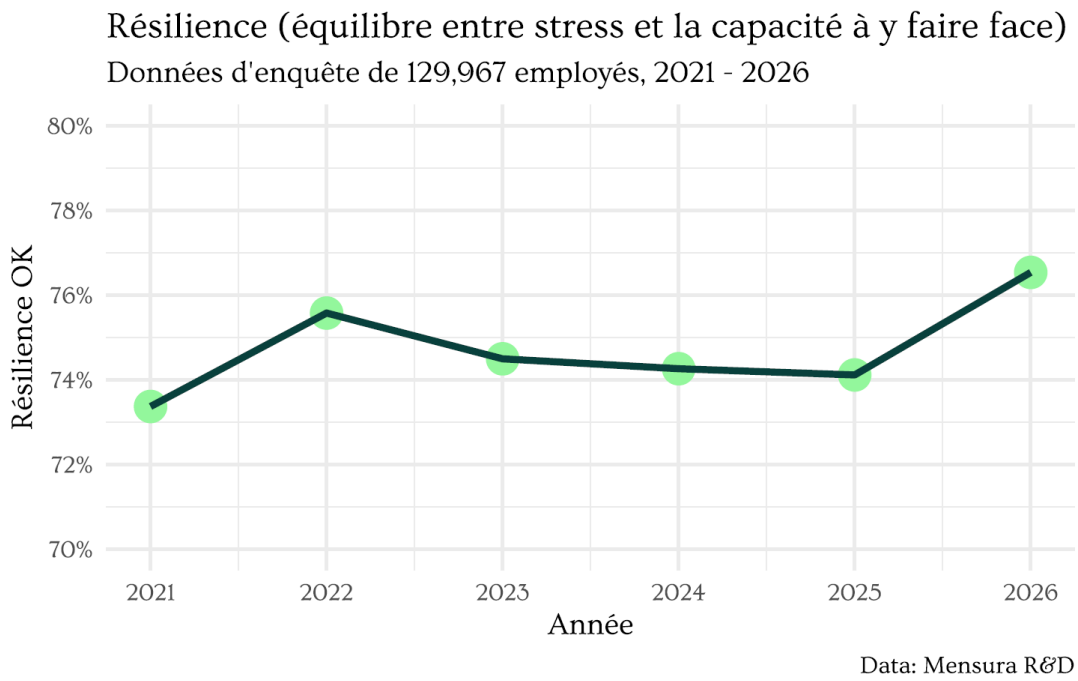


Figure 1: Résilience, évolution 2021 - 2026

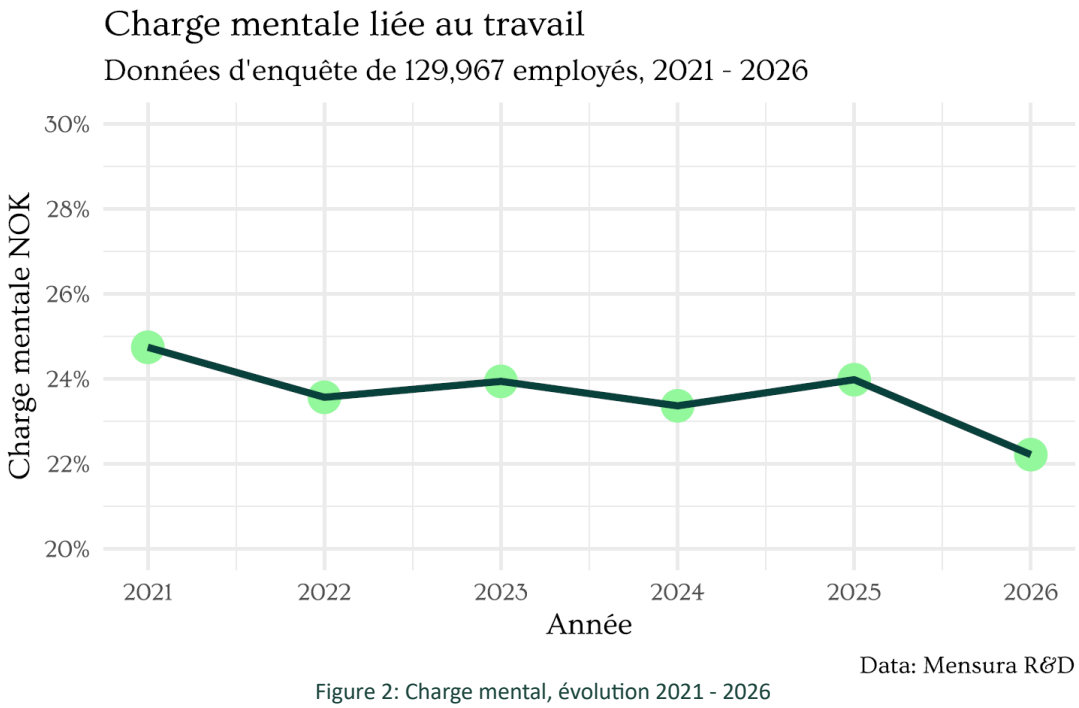
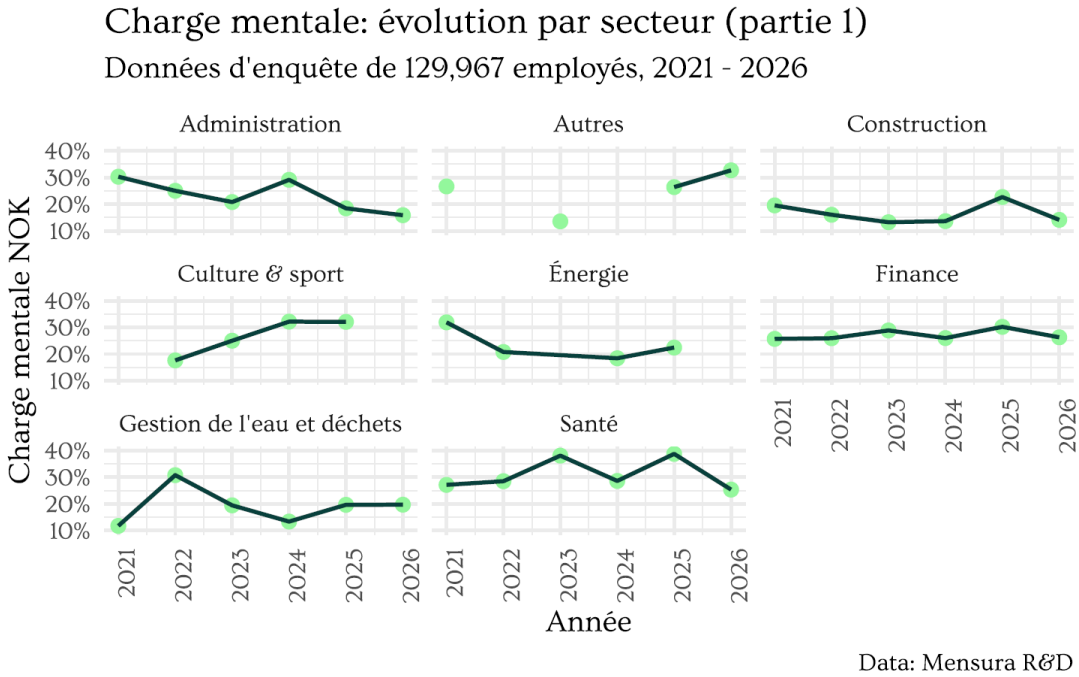


Figure 2: Charge mental, évolution 2021 - 2026

Il convient toutefois de noter que l'évolution positive en matière de santé mentale ne s'observe pas dans tous les **secteurs**. Prenons pour exemple la tendance préoccupante dans le domaine de l'éducation (Figure 3).



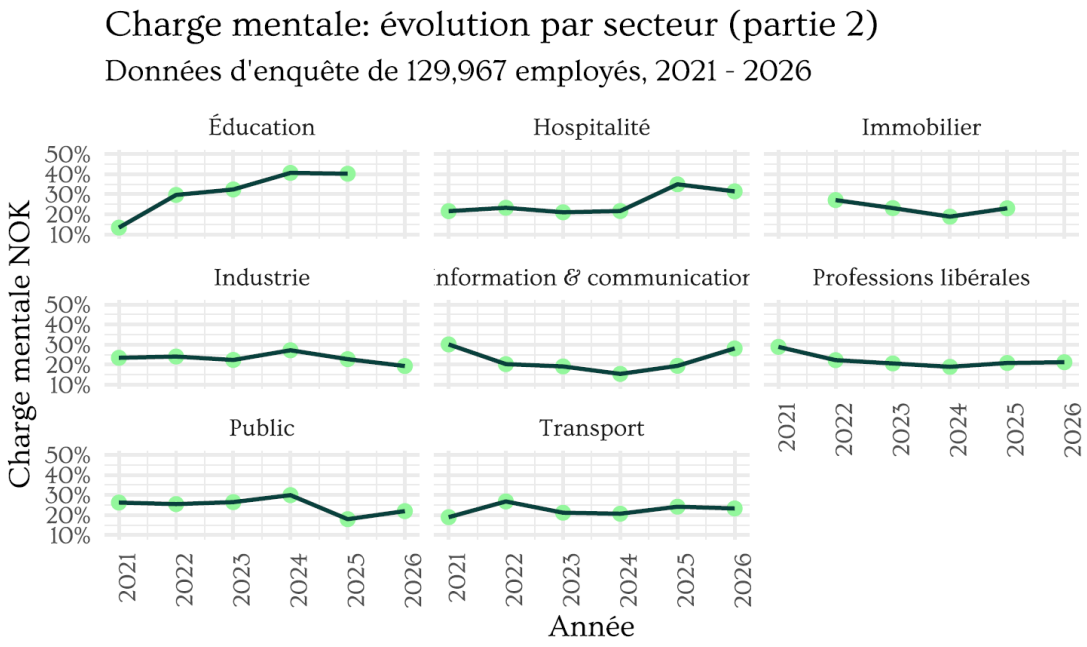


Figure 3: Charge mentale par secteur, évolution 2021 - 2026

Les **disparités régionales** mettent deux choses en évidence : la résilience (Figure 4) et la charge mentale (Figure 5) sont le reflet l'une de l'autre, et il existe un écart en matière de santé mentale entre le sud et le nord du pays.

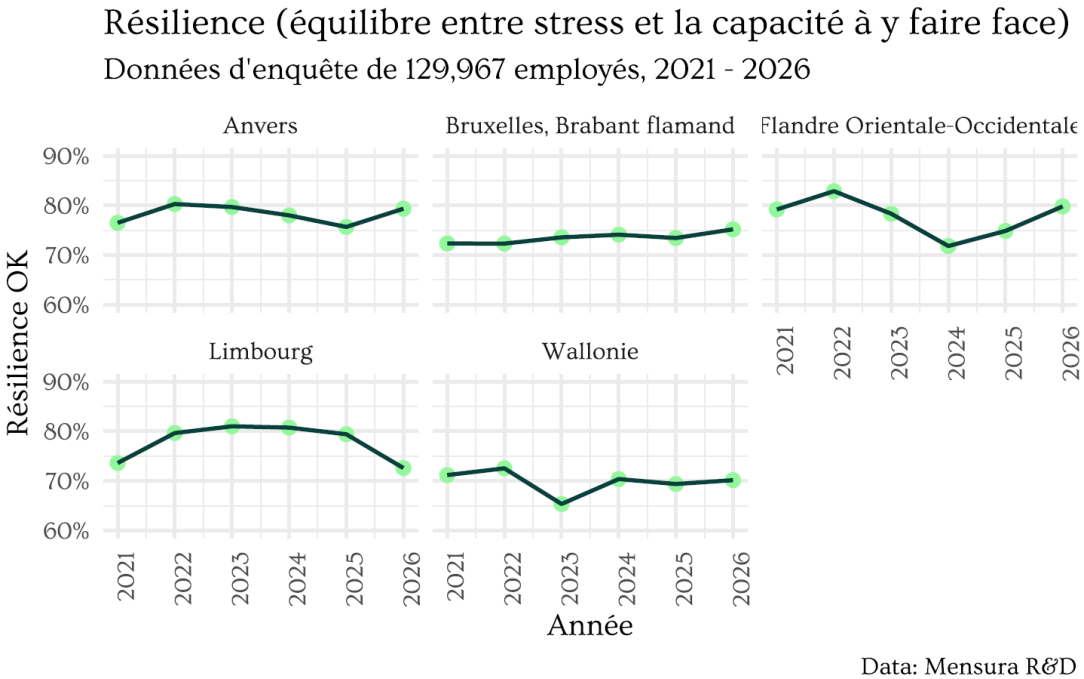


Figure 4: Résilience par région, évolution 2021 - 2026

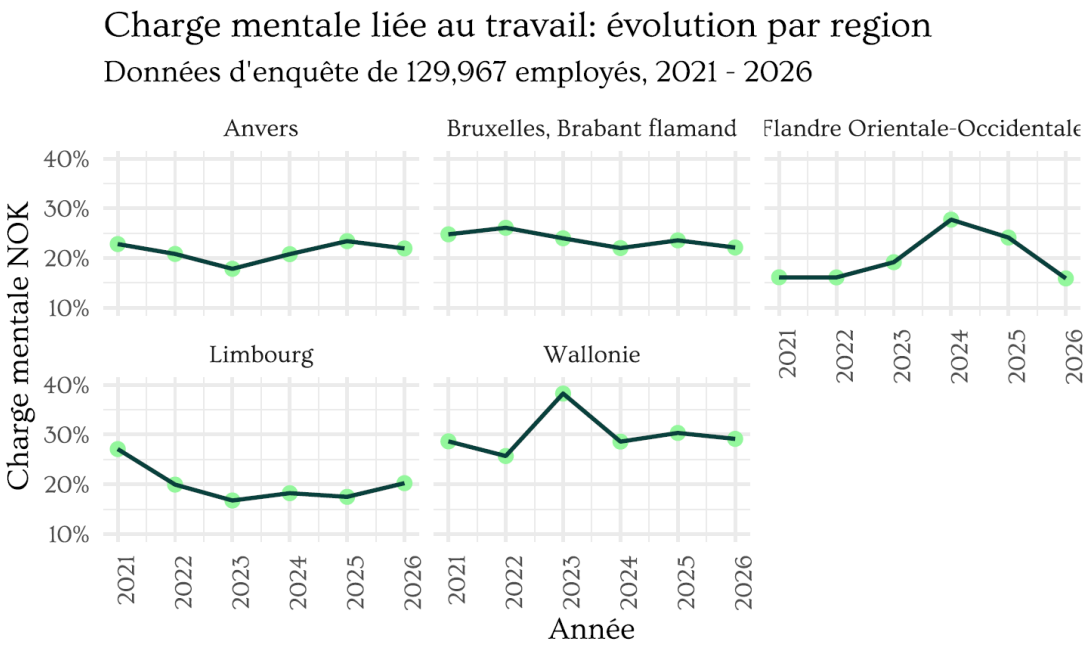


Figure 5: Charge mentale par région, évolution 2021 - 2026

Les échanges et questions parlementaires récents mettent en évidence que le bien-être mental constitue un enjeu transversal, lié non seulement à l'accès aux soins, mais également à l'organisation du travail, aux conditions de vie et aux facteurs socio-économiques.

Dans ce contexte, il apparaît nécessaire de renforcer une approche structurelle et préventive, en complément des dispositifs curatifs existants.

2. Constat

Le bien-être mental résulte d'une interaction complexe entre plusieurs facteurs :

- organisation et contenu du travail
- relations professionnelles et qualité du management
- facteurs individuels et équilibre vie privée – vie professionnelle
- environnement socio-économique et conditions de vie

À ce jour, **les actions restent encore trop souvent centrées sur la prise en charge individuelle, sans intervention suffisante sur les causes organisationnelles et structurelles**.

Par ailleurs, l'absence d'une analyse systématique des facteurs de risque et de protection limite l'efficacité des politiques mises en place.

3. Analyse

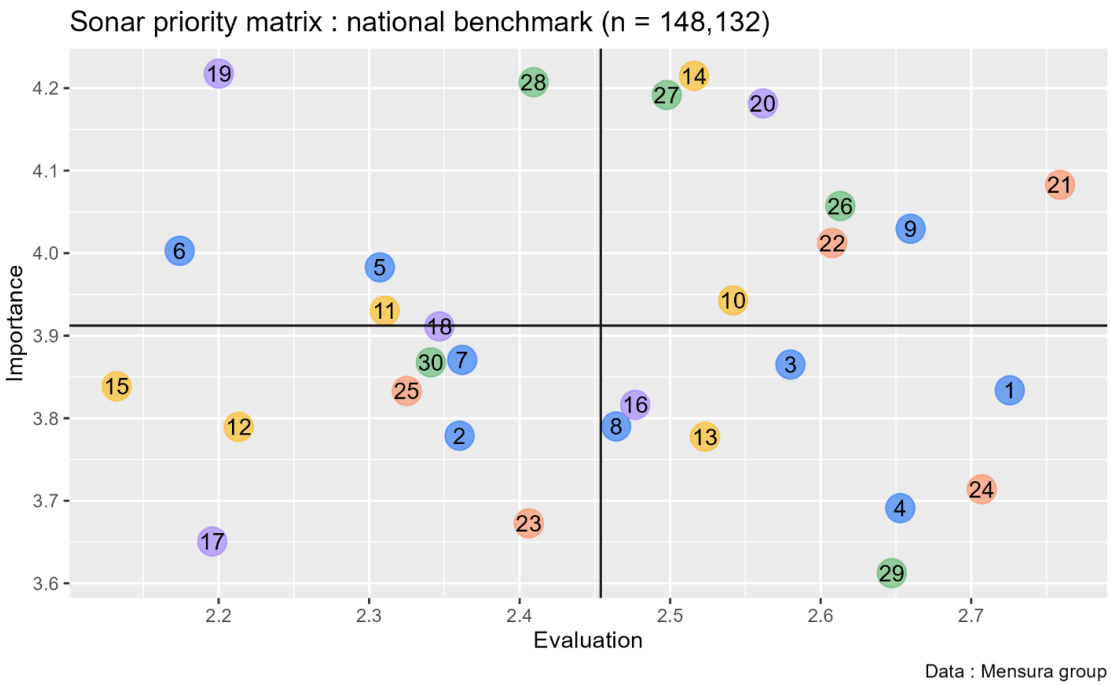
Une politique efficace en matière de bien-être mental doit reposer sur une **compréhension objectivée des déterminants** qui influencent les situations de stress, de surcharge ou de fragilité psychologique.
À cet égard, l'**analyse des risques psychosociaux** constitue un levier stratégique essentiel.
Elle permet :

- d'identifier objectivement les facteurs de risque (charge de travail, manque d'autonomie, conflits de rôle, etc.)
- de mettre en évidence les facteurs protecteurs (cohésion, soutien managérial, sens du travail, etc.)
- de prioriser les actions sur base de données fiables

L'analyse des risques doit être considérée comme un outil de pilotage stratégique et non comme une simple obligation réglementaire. Basé sur **la méthodologie Sonar de Mensura**, voici les priorités des employées d'après les données belges combinées:

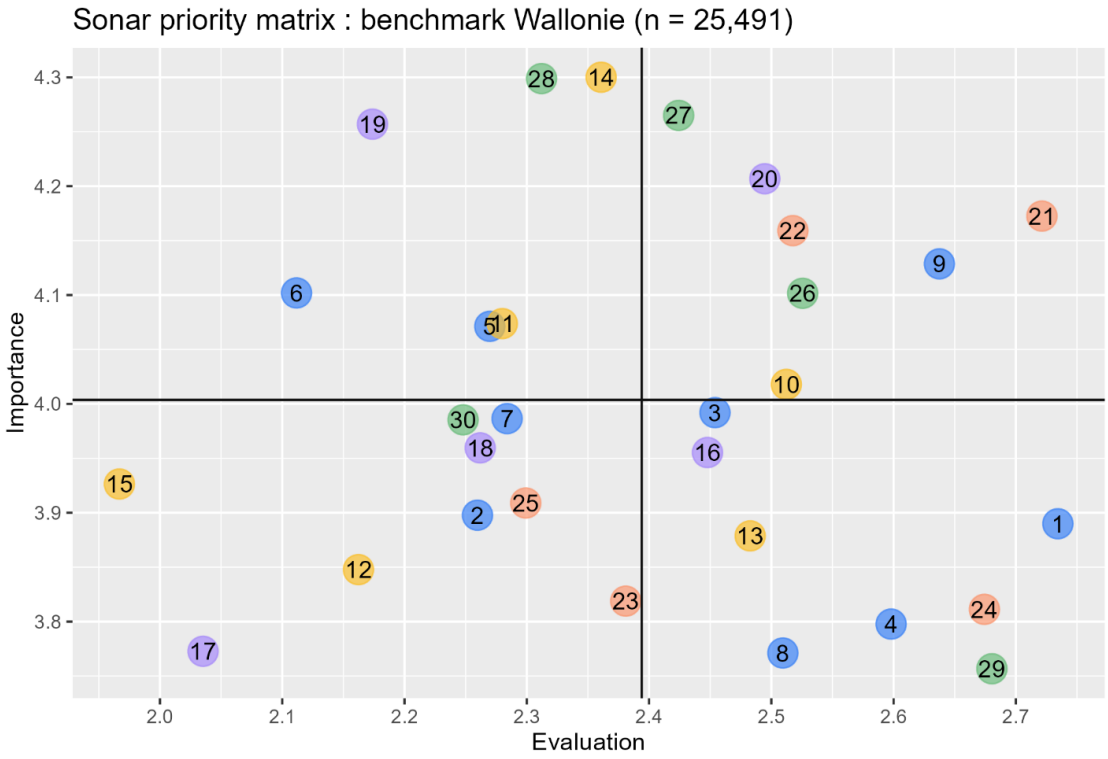
- la charge de travail
- la charge mentale
- la possibilité de contribuer à l'organisation
- la rémunération
- l'ambiance au travail

Prio = faible évaluation, grande importance



Data : Mensura group

Les employées wallons partagent les mêmes préoccupations que celles énumérées ci-dessus, bien qu'il existe un facteur supplémentaire : la sécurité de l'emploi.



Data: Mensura Group

4. Recommandations

Afin d'assurer une amélioration durable du bien-être mental, il est recommandé d'adopter une approche intégrée basée sur le modèle **IGLO* (Individu – Groupe – Leadership – Organisation)**.

**Le modèle IGLO, bien que pragmatique, repose sur des fondements scientifiques solides issus de la littérature en psychologie du travail et en analyse des risques psychosociaux, notamment les approches multi-niveaux et le modèle Job Demands-Resources. Il constitue dès lors un cadre pertinent pour structurer des politiques intégrées de prévention*

4.1. Niveau individuel

- Renforcer l'accès à des dispositifs d'accompagnement (coaching, soutien psychologique)
- Développer les compétences en gestion de l'énergie et en auto-régulation
- Sensibiliser aux enjeux de santé mentale
- Faciliter l'orientation rapide vers les ressources et professionnels adéquats
- Encourager la détection précoce des situations de vulnérabilité avant qu'elles ne conduisent à une incapacité de travail
- Soutenir le maintien de la participation au travail lorsque cela est possible, en tenant compte des capacités fonctionnelles de chacun

⇨ ***Veiller à ne pas faire porter la responsabilité uniquement sur les individus.***

4.2. Niveau du groupe (équipes)

- Favoriser la sécurité psychologique au sein des équipes
- Améliorer la communication et la coopération
- Mettre en place des espaces d'échange et de régulation (intervisions, feedbacks structurés)
- Renforcer les dynamiques de soutien entre collègues
- Prévenir l'isolement social, en particulier dans les contextes de télétravail ou de travail hybride
- Développer une culture de dialogue ouverte autour du bien-être et des difficultés rencontrées au travail

4.3. Niveau du leadership

- Former les responsables hiérarchiques à la détection des signaux faibles
- Développer un leadership soutenant et orienté accompagnement
- Assurer un pilotage actif de la charge de travail et des priorités
- Former les managers à la gestion des conflits et des situations psychosociales complexes
- Renforcer leur rôle dans l'accompagnement du retour au travail après une absence de longue durée
- Encourager des pratiques managériales favorisant la reconnaissance, l'autonomie et le sentiment d'appartenance

⇨ ***Le rôle du management constitue un levier déterminant du bien-être au travail.***

4.4. Niveau organisationnel

- Garantir une charge de travail réaliste et soutenable
- Clarifier les rôles, responsabilités et attentes
- Renforcer l'autonomie et la participation des travailleurs
- Intégrer le bien-être mental dans les politiques RH et de prévention
- Réaliser régulièrement des évaluations des risques psychosociaux et assurer le suivi des actions mises en place
- Veiller à ce que les nouvelles formes de travail (télétravail, travail hybride, digitalisation, IA) soient encadrées de manière à préserver le bien-être des travailleurs
- Promouvoir un environnement de travail offrant suffisamment de reconnaissance, de sens et de sécurité psychologique
- Développer des politiques favorisant le droit à la déconnexion et un équilibre durable entre vie professionnelle et vie privée

⇨ ***Ce niveau constitue le principal levier d'action à long terme.***

4.5. Gouvernance et suivi

- Associer l'ARPS à des plans d'action concrets et mesurables
- Mettre en place des indicateurs de suivi (absentéisme, turnover, perception de la charge de travail)
- Favoriser la coordination entre les acteurs (prévention, RH, santé, politiques publiques)
- Utiliser les indicateurs organisationnels comme signaux d'alerte précoce pour identifier les risques émergents
- Renforcer la collaboration entre médecins généralistes, psychologues, médecins du travail et conseillers en prévention aspects psychosociaux
- Assurer une évaluation périodique de l'efficacité des mesures mises en œuvre
- Veiller à ce que les politiques publiques tiennent compte de leur impact potentiel sur le bien-être mental au travail

4.6. Rôle des Services Externes de Prévention et de Protection au Travail

- Les Services Externes disposent d'une expertise de terrain unique grâce à leur présence au sein d'entreprises de tous les secteurs et de toutes les tailles
- Ils accompagnent les employeurs dans l'identification, l'évaluation et la maîtrise des risques psychosociaux
- Ils contribuent à la détection précoce des difficultés et à la mise en place d'une approche intégrée de la santé mentale au travail
- Ils facilitent la collaboration entre l'employeur, le travailleur, les conseillers en prévention, les médecins du travail, les professionnels de la santé et les autres parties prenantes concernées
- Ils jouent un rôle essentiel dans le maintien au travail, la prévention de l'incapacité de longue durée et l'accompagnement du retour au travail
- Une politique efficace en matière de bien-être mental nécessite un recours accru à l'expertise des Services Externes ainsi qu'un renforcement de leur rôle dans les stratégies de prévention
- Ils apportent une vision transversale des risques psychosociaux observés sur le terrain
- Ils accompagnent la mise en œuvre d'actions concrètes de prévention adaptées aux réalités des entreprises
- Ils contribuent au développement d'une culture de prévention et à la sensibilisation des lignes hiérarchiques
- Ils favorisent une approche intégrée du maintien au travail et de la réintégration
- Ils jouent un rôle de soutien essentiel auprès des PME

⇨ ***Les Services Externes de Prévention et de Protection au Travail constituent un partenaire essentiel des entreprises et des pouvoirs publics pour développer une politique durable et préventive en matière de bien-être mental au travail.***

5. Conclusion

Le bien-être mental ne peut être abordé uniquement sous l'angle des soins.
Il nécessite une approche globale, préventive et structurée, fondée sur une analyse rigoureuse des facteurs de risque et de protection

Alors que les troubles psychiques représentent une part croissante des incapacités de travail de longue durée en Belgique, les données observées par Mensura montrent une évolution plus encourageante : parmi les travailleurs suivis, la résilience progresse légèrement tandis que la charge mentale tend à diminuer. Ces résultats confirment qu'une politique de prévention structurée peut avoir un impact positif et mesurable.

Face à une demande croissante des entreprises en matière d'accompagnement, le bien-être mental doit être considéré comme un enjeu stratégique, qui dépasse largement le cadre des obligations légales. Dans ce contexte, les Services Externes de Prévention et de Protection au Travail ont un rôle essentiel à jouer. Grâce à leur expertise multidisciplinaire et à leur connaissance du terrain, ils accompagnent les organisations dans l'identification des risques, le développement d'actions préventives et le renforcement durable du bien-être au travail.

Investir dans la santé mentale des travailleurs, avec le soutien des Services Externes, constitue dès lors un levier essentiel pour réduire l'absentéisme, favoriser le maintien au travail et contribuer à la performance durable des organisations.

CSM
St-Bernard

Avis du Campus Santé Mentale Saint-Bernard relatif aux enjeux de la santé mentale en Wallonie

Introduction

Le Campus Santé Mentale Saint-Bernard (CSM) accompagne depuis près de 90 ans des personnes souffrant de troubles psychiques. Aujourd'hui, au travers de ses activités hospitalières, ambulatoires, résidentielles, mobiles et communautaires, il constate une transformation profonde des besoins en santé mentale.

Cette transformation ne concerne pas uniquement le secteur des soins psychiatriques. Elle reflète des mutations sociales, économiques, familiales et sanitaires qui impactent l'ensemble de la société.
À travers cet avis, nous souhaitons attirer l'attention du Parlement wallon sur plusieurs évolutions majeures qui nous paraissent déterminantes pour les années à venir.

Analyse

1. La santé mentale est devenue le reflet des vulnérabilités de notre société

La souffrance psychique ne peut être comprise indépendamment des conditions de vie dans lesquelles évoluent les personnes.
Sur le terrain, les équipes constatent une augmentation des situations où les troubles psychiatriques s'accompagnent simultanément :

- de précarité économique ;
- de difficultés de logement ;
- d'isolement ;
- de problèmes d'insertion professionnelle ;
- de ruptures familiales ;
- de troubles liés aux assuétudes ;
- de situations de handicap ;
- de difficultés administratives ou sociales ;
- …

Les patients arrivent aujourd'hui avec des problématiques multiples, plus intriquées et nécessitant davantage d'interventions coordonnées qu'auparavant. Les prises en charge sont plus longues, plus complexes et plus coûteuses. La santé mentale devient progressivement le réceptacle d'un ensemble de fragilités sociétales qui dépassent largement le seul champ médical.
Cette évolution est particulièrement marquée dans la région du Centre.
Le territoire couvert par le CSM présente plusieurs déterminants de santé défavorables. Ces fragilités influencent directement la fréquence, la sévérité et la chronicisation des troubles psychiques. Elles rendent également plus difficile le processus de rétablissement des usagers.

Et cette réalité ne concerne pas uniquement les patients.
Les professionnels de la santé mentale vivent majoritairement dans ce même bassin de vie et sont confrontés aux mêmes difficultés sociales, économiques et familiales.
Les vulnérabilités qui fragilisent les usagers peuvent également concerner ceux qui les accompagnent. Cette réalité est encore trop peu prise en compte alors qu'elle influence directement l'attractivité des métiers, la fidélisation des équipes et, à terme, la capacité du système à répondre aux besoins croissants de la population.

2. Les publics évoluent plus vite que les dispositifs

Les structures de santé mentale accueillent aujourd'hui des publics différents de ceux pour lesquels elles ont historiquement été conçues.
Les équipes constatent notamment :

- l'arrivée de patients plus jeunes ;
- des situations psychiatriques plus sévères ;
- davantage de parcours marqués par l'exclusion sociale ;
- une augmentation des problématiques de double diagnostic ;
- davantage de comorbidités psychiatriques, comportementales, addictologiques et somatiques ;
- …

Ces situations nécessitent des dispositifs davantage orientés vers l'inclusion sociale, l'autonomie, la réhabilitation, la continuité du parcours et l'accompagnement global que vers le seul traitement des symptômes.
Or, les critères d'organisation, de financement et d'encadrement ne sont plus adaptés à cette réalité.

3. La fragilité de la prévention secondaire

Lorsque les premiers symptômes apparaissent ou lorsqu'une situation se détériore, les patients et leurs proches rencontrent souvent des difficultés pour accéder rapidement à une prise en charge spécialisée.
Les professionnels constatent :

- des délais importants pour l'accès à certaines consultations psychiatriques ;
- une offre insuffisante de consultations psychiatriques rapides ou urgentes ;
- un manque de ressources permettant un suivi intensif temporaire lors d'une décompensation ;
- des difficultés d'accès aux adaptations de traitement dans des délais compatibles avec l'évolution clinique des patients.

Cette réalité est également renforcée par un faible niveau de littératie en santé mentale au sein de la population.
Le problème se situe précisément dans l'espace intermédiaire entre l'ambulatoire léger et l'hospitalisation lourde, entre le suivi ponctuel et la prise en charge intensive.
Faute de réponses suffisamment rapides et suffisamment soutenues, certaines situations se dégradent ou aboutissent à une hospitalisation qui aurait parfois pu être évitée.

4. Une continuité des soins encore insuffisante

Ces quinze dernières années, les autorités ont engagé d'importantes réformes afin de renforcer l'offre de santé mentale et d'améliorer la continuité des soins. La mise en œuvre de la réforme 107 a permis le développement des réseaux de santé mentale, des équipes mobiles, du travail intersectoriel et d'approches davantage orientées vers le rétablissement et l'inclusion sociale. Elle a contribué à faire évoluer progressivement le système vers une organisation des soins davantage centrée sur le maintien dans le milieu de vie et l'accompagnement des personnes, et de leurs proches, au plus près de leurs besoins. L'hospitalisation est utilisée de manière plus indiquée et les soins y sont plus intensifs.

Ces évolutions ont été complétées par le renforcement de l'accès aux soins psychologiques de première ligne, par le renforcement des équipes grâce aux moyens « MUSM » et par le développement de projets spécifiques pour publics à besoins spécifiques (problématiques d'assuétudes, internés…). Ces avancées constituent des acquis majeurs pour le secteur et ont permis d'améliorer significativement l'offre de soins. En outre, ces nouveaux dispositifs ont permis de répondre à toute une série de besoins qui étaient, par le passé, assez officieux (= unmet needs).

Cependant, sur le terrain, la principale difficulté n'est plus *uniquement* l'accès à un soin mais la fluidité du parcours tout au long de sa trajectoire.

Nous observons :

- des structures résidentielles saturées ;
- des MSP occupées à 100 % ;
- des listes d'attente importantes ;
- des difficultés à trouver des solutions de logement adaptées ;
- des hospitalisations prolongées faute de solutions en aval ;
- des familles qui assurent seules des missions qui dépassent leurs capacités.

Or, lorsqu'un maillon se bloque, c'est l'ensemble de la chaîne qui se fragilise. Un lit hospitalier occupé faute de solution de sortie devient un lit indisponible pour une personne en crise. Un manque de places disponibles dans des dispositifs d'habitat adapté empêche une sortie d'hospitalisation, voire met en échec un projet d'autonomie. Une famille épuisée peut devenir elle-même un facteur de rupture.

5. Le vieillissement psychiatrique

Le vieillissement de la population s'accompagne d'une augmentation des besoins en santé mentale chez les personnes âgées. La santé mentale des aînés, l'isolement social, les troubles cognitifs associés et les besoins psychosociaux croissants constituent un défi majeur pour les prochaines décennies.

Le manque de places disponibles en maisons de repos et de soins, pour des patients à profil « santé mentale », complique les orientations en aval des structures psychiatriques.

Les demandes concernent de plus en plus souvent des personnes présentant des troubles psychiatriques stabilisés et nécessitant encore un accompagnement renforcé et spécialisé. La stabilisation psychiatrique est parfois difficile à maintenir lorsque l'environnement d'accueil n'est pas suffisamment préparé, encadré ou formé.

Cette évolution bloque certains parcours de soins et contribue à l'engorgement global du système. Elle met également les équipes en difficulté car ces situations nécessitent davantage de temps, de coordination, d'expertise et d'encadrement.

6. Les assuétudes évoluent

Les représentations classiques de l'addiction ne correspondent plus à la réalité actuelle.
Les professionnels observent une diversification croissante des profils et des consommations. Les assuétudes ne concernent plus exclusivement des publics marginalisés. Les consommations touchent aujourd'hui toutes les catégories de population.
Les usages dits récréatifs se banalisent et certaines substances, notamment la cocaïne, sont davantage présentes dans des milieux jusqu'ici moins exposés.
Les assuétudes aggravent souvent les difficultés psychiatriques et génèrent également des problèmes de sécurité, de cohabitation et de continuité des soins dans les structures résidentielles.
Cette évolution accroît fortement la complexité des prises en charge et met sous tension des dispositifs qui n'ont pas été conçus pour répondre à une telle diversité de situations.

7. Le patient, acteur de son rétablissement

Depuis bien longtemps[1], les soins en psychiatrie ne se limitent plus à la stabilisation des symptômes. Ils accompagnent des trajectoires de vie, afin de permettre à la personne de retrouver progressivement du pouvoir d'agir sur son existence, de poursuivre ses projets et de retrouver une place dans la société.
Le rétablissement consiste aussi à pouvoir retrouver confiance, autonomie et une place dans la société, avec un accompagnement adapté aux besoins et au rythme de chacun. Cette approche implique de reconnaître le patient comme un véritable partenaire de son parcours. Son expérience de la maladie, des soins et de leurs conséquences constitue une expertise à part entière.
Être acteur de son rétablissement suppose de pouvoir être écouté, informé et associé aux décisions qui le concernent. Le développement de la littératie en santé mentale et des démarches de psychoéducation constitue à cet égard un levier important. Mieux comprendre sa maladie, ses traitements, les ressources disponibles et les signes de fragilisation permet à la personne de participer activement à son parcours de soins et de prévenir certaines situations de crise.
Le rétablissement se construit également en dehors des dispositifs de soins. Il dépend de la capacité à maintenir ou retrouver une place dans la communauté au travers des relations sociales, du logement, de l'emploi, des loisirs, du sport, de la culture et de l'exercice de la citoyenneté.
Cette trajectoire est rarement linéaire. Elle nécessite un accompagnement adapté, des transitions sécurisées entre les différents dispositifs et la possibilité de solliciter à nouveau de l'aide lorsque la situation se fragilise, sans que cela soit perçu comme un échec.
Enfin, reconnaître le patient comme acteur de son rétablissement implique également de lutter contre les préjugés et les discriminations qui continuent de freiner l'accès à l'emploi, au logement, aux droits et à la participation sociale.
Favoriser le rétablissement implique d'agir à la fois sur les soins, sur le pouvoir d'agir de la personne et sur son environnement.

1 Pour rappel la première réforme majeure en Belgique date des années 1990.

8. Les proches et les familles : des partenaires essentiels du rétablissement[2]

Les proches jouent un rôle fondamental dans le parcours de soins et de rétablissement. Ils constituent la plupart du temps la première ressource de la personne en souffrance psychique. Leur connaissance de la situation et leur expertise du vécu en font des alliés des soignants. Ils restent généralement en lien avec l'usager et sont souvent ceux qui facilitent le maintien dans le milieu de vie, soutiennent les démarches de soins, contribuent à la réinsertion sociale de la personne… Ils vivent la sidération des premiers symptômes, l'incompréhension face aux complexités du système, la peur des rechutes, la douleur des ruptures relationnelles, l'incertitude liée à l'évolution de la maladie, la difficulté à trouver leur place dans le parcours de soins... L'incidence de la maladie psychique est très déstabilisante pour la famille, elle provoque, angoisse, incompréhension, stress, épuisement… Les familles sont souvent peu informées et surtout elles ne sont pas préparées à vivre une telle situation.
Dans ce contexte, la psychoéducation constitue un outil particulièrement utile.
Soutenir la famille, les proches, permet indirectement d'aider l'usager. La prise en compte du vécu des familles améliore la qualité du travail thérapeutique. Ces dernières années, les dispositifs du secteur de la santé mentale et les professionnels intègrent de plus en plus cette dimension relationnelle, sociale, amicale, familiale.

9. Les professionnels, un pilier sous tension

Aucune politique de santé mentale ne peut réussir sans professionnels reconnus, soutenus et valorisés. Aujourd'hui, les métiers de la santé mentale sont plus exigeants que jamais.
Les équipes doivent faire face :

- à davantage de situations de crise ;
- à davantage de violence ou d'agitation ;
- à davantage de complexité administrative ;
- à davantage de responsabilités ;
- à davantage de pénurie de personnel.

Cette pénurie, notamment infirmière, ne produit pas seulement une difficulté de recrutement. Elle entraîne aussi des surcoûts : heures supplémentaires, revalorisations barémiques, reprises d'ancienneté, recours à des solutions temporaires, tensions sur les horaires et fragilisation de l'organisation quotidienne des soins. Quant aux conséquences de la pénurie de médecins (spécialistes), elles sont suffisamment documentées dans les débats publics pour être encore abordées ici.
À cela s'ajoutent :

- des exigences réglementaires croissantes ;
- des réformes générant des incertitudes sur les normes d'encadrement, notamment dans le cadre de la réforme AESI ;
- des difficultés croissantes à recruter et fidéliser les professionnels ;
- une attractivité mise à mal pour certaines fonctions expertes.

Dans plusieurs disciplines, l'évolution des besoins est aujourd'hui plus rapide que la capacité du système à attirer et maintenir les compétences nécessaires. Le risque n'est plus uniquement celui de la surcharge de travail ; il est celui d'une incapacité progressive à répondre aux besoins croissants de la population, dont une proportion importante vieillit.

2 La réflexion et les constats présentés dans cette section ont été enrichis par les échanges menés avec des représentants de Similes Wallonie.

Un besoin croissant de compétences spécialisées

L'évolution des profils accueillis exige également des compétences toujours plus diversifiées. Les équipes doivent aujourd'hui être formées à des problématiques de plus en plus spécialisées (par exemple : le trajet de soins interné, le double diagnostic, la relation d'aide, les assuétudes multiples, les publics borderline ou à trouble du comportement persistant, etc.)
Or, une part importante de ces formations est financée directement par les institutions Cette réalité crée une tension supplémentaire dans un contexte budgétaire déjà contraint. Pourtant, ces investissements ne constituent pas un confort organisationnel mais une condition indispensable à la qualité, à la sécurité et à la conformité des soins. Former les professionnels, c'est permettre au système de s'adapter à l'évolution des besoins de la population et aux prescrits légaux qui encadrent de plus en plus strictement les pratiques. Négliger cet investissement reviendrait à fragiliser progressivement notre capacité collective à répondre aux défis futurs de la santé mentale.

10. Un modèle de financement qui ne correspond plus aux réalités actuelles

Le système de financement apparaît aujourd'hui inadapté, complexe, opaque et inégalitaire.

Inadapté

Le secteur doit faire face à l'inflation et à l'explosion des coûts de fonctionnement : énergie, salaires, construction, maintenance, assurances, normes de sécurité, coûts numériques, équipements et obligations de conformité, demandes accrues au niveau du respect de normes parfois plus toujours adaptées.
Les mécanismes de financement continuent largement à reposer sur des références historiques alors que les besoins, les technologies, les profils des patients et les exigences réglementaires ont profondément évolué. Le financement ne suit plus la réalité des missions exercées aujourd'hui. Les institutions sont ainsi confrontées à un paradoxe préoccupant : plus d'exigences, plus de complexité, plus de risques à gérer, mais pas davantage de moyens structurels.

Complexe et opaque

Le mécanisme des révisions du BMF génère un décalage de financement de plusieurs années. Une institution peut donc devoir assumer aujourd'hui des dépenses dont la prise en compte financière n'interviendra que six, sept ou huit ans plus tard. Dans un contexte d'inflation, de pénurie de personnel et d'augmentation des exigences réglementaires, ce décalage fragilise fortement les établissements.

Inégalitaire

Selon les données internes comparatives, le CSM dispose d'un financement sensiblement inférieur à celui d'autres établissements comparables.
Pour les services support (B1), il perçoit 87,3 € par journée d'hospitalisation contre 116.5€ pour un autre hôpital. Cet écart de 29,2 € par journée représente un déficit de financement de 33%.
Pour les activités hospitalières (B2), le financement du CSM s'élève à 118,1 € contre 158,6€ pour un autre hôpital, soit un déficit de financement de 34%.

Ceci est lié au caractère historique de cette enveloppe, sur base d'un système fixé dans les années 80 et qui n'a plus été revu depuis lors.

Au total, ces écarts se traduisent donc par plusieurs millions d'euros de moyens en moins, en ressources humaines essentiellement (25 ETP), pour assurer des missions comparables au bénéfice d'une population confrontée à des besoins particulièrement importants en santé mentale. Elles limitent la capacité de l'institution à recruter, à développer des projets innovants, à moderniser ses infrastructures, investir dans les outils numériques et les nouvelles technologies, à soutenir la formation des professionnels ou encore à faire face à l'évolution des besoins des patients.

11. Des infrastructures durables et la transformation numérique ne sont plus des dépenses accessoires

Les bâtiments, les équipements, les outils numériques et les environnements thérapeutiques constituent aujourd'hui une composante à part entière du processus de soin et de rétablissement.
Le secteur doit faire face simultanément :

- au vieillissement des infrastructures ;
- à l'augmentation des exigences de sécurité ;
- à l'apparition de nouveaux risques environnementaux ;
- aux objectifs européens en matière de durabilité ;
- aux besoins croissants de numérisation ;
- aux investissements technologiques nécessaires à la qualité et à la sécurité des soins ;
- à l'adaptation des lieux de vie aux besoins des patients présentant des problématiques de plus en plus complexes.

Les risques environnementaux imposent des adaptations importantes : gestion des fortes chaleurs, amélioration de la qualité de l'air, performance énergétique, sécurisation des infrastructures, maîtrise des consommations… Ces exigences sont légitimes mais elles nécessitent des moyens d'investissement.
Le vieillissement du parc immobilier constitue également une menace pour la qualité des prises en charge. En santé mentale, l'infrastructure n'est pas neutre. Elle influence la sécurité, l'intimité, l'autonomie, la réduction du stress, la qualité de vie et les perspectives de rétablissement.
Par conviction citoyenne et compte tenu de leur rôle sociétal, les institutions s'engagent dans des processus visant à intégrer la durabilité au cœur de leurs décisions et de leur fonctionnement.

De la même manière, les investissements numériques et technologiques ne peuvent plus être considérés comme secondaires. Le dossier patient informatisé, la cybersécurité, la gestion des données… font désormais partie intégrante du fonctionnement d'une institution de santé.
Or, ces investissements ne sont pas suffisamment financés alors qu'ils deviennent indispensables. Là encore, le secteur est confronté à une réalité de plus en plus présente : davantage d'obligations, davantage de risques à gérer, davantage d'investissements à consentir, sans que les mécanismes de financement n'évoluent à la même vitesse.

Conclusions et recommandations

La santé mentale n'est pas seulement un enjeu sanitaire.
Elle constitue aujourd'hui l'un des principaux indicateurs de la capacité collective de notre société à protéger les plus vulnérables, à soutenir les familles, à préserver les professionnels, à favoriser l'inclusion sociale et à préparer l'avenir.
Répondre aux défis de la santé mentale ne consiste pas uniquement à augmenter le nombre de places ou de prestations. Il s'agit d'adapter l'ensemble du système aux réalités contemporaines : des publics plus complexes, des parcours plus fragiles, des proches plus sollicités, des professionnels sous tension, des infrastructures vieillissantes et des financements qui ne correspondent plus aux besoins.

1. Faire de la santé mentale un indicateur central des politiques publiques

La santé mentale ne peut plus être considérée comme une matière strictement sanitaire. Elle doit être intégrée aux politiques de lutte contre la pauvreté, de logement, d'emploi, de handicap, de jeunesse, de vieillissement et de soutien aux familles. Agir sur les déterminants sociaux constitue également une politique de santé mentale.

2. Adapter les dispositifs aux réalités des situations complexes

Le double diagnostic, les assuétudes, les parcours médico-légaux, les situations de grande précarité ou les problématiques qui croisent plusieurs secteurs mettent en évidence les limites des organisations actuelles. Les dispositifs doivent évoluer afin de mieux répondre à ces parcours complexes, grâce à des approches davantage intégrées, décloisonnées, suffisamment financées et centrées sur les besoins réels des personnes plutôt que sur les frontières institutionnelles.

3. Renforcer l'intervention précoce et l'accès rapide à l'expertise psychiatrique

Une intervention spécialisée précoce constitue l'un des leviers les plus efficaces pour éviter l'aggravation des troubles, prévenir les ruptures de parcours et réduire le recours à des prises en charge plus lourdes. Cela suppose un accès plus rapide à l'évaluation psychiatrique, aux adaptations thérapeutiques et aux dispositifs capables d'intervenir dès les premiers signes de décompensation.
Cela passe également par le renforcement de la littératie en santé mentale de la population, afin de favoriser l'identification précoce des difficultés, le recours aux aides disponibles et la réduction de la stigmatisation associée aux troubles psychiques.

4. Développer les réponses intermédiaires entre l'ambulatoire et l'hospitalisation

De nombreuses situations nécessitent un niveau d'intensité de soins qui n'est aujourd'hui ni couvert par le suivi ambulatoire classique ni suffisamment justifié pour une hospitalisation complète. Le renforcement des dispositifs intermédiaires constitue une condition essentielle pour intervenir au bon moment, limiter les hospitalisations évitables et prévenir l'installation durable dans la chronicité.

5. Anticiper le vieillissement psychiatrique

Le vieillissement de la population qui présente des troubles psychiatriques doit faire l'objet d'une stratégie spécifique articulant santé mentale, gériatrie, hébergement et soutien aux proches. Cette stratégie doit permettre de développer des solutions adaptées à la complexité croissante des situations, de soutenir les structures d'accueil et d'éviter que le manque de réponses en aval ne bloque durablement les parcours de soins.

6. Développer une stratégie intégrée face à l'évolution des assuétudes

Les assuétudes ne peuvent plus être abordées comme une problématique marginale ou isolée. La diversification des consommations, l'augmentation des situations associant troubles psychiatriques et addictions, ainsi que l'impact croissant de certaines substances, imposent de renforcer les collaborations entre les secteurs de la santé mentale et des assuétudes, de développer des réponses adaptées aux nouveaux profils de consommation et de soutenir les structures confrontées à ces situations complexes.

7. Faire du patient un acteur à part entière de son rétablissement

Les politiques de santé mentale doivent considérer le patient comme un acteur du rétablissement, pleinement associé aux décisions qui façonnent son parcours et non plus uniquement comme un bénéficiaire de soins.
Cela implique :

- de favoriser sa participation aux décisions qui le concernent ainsi qu'à la définition de ses objectifs de soins et de vie ;
- de renforcer l'accès à une information claire et compréhensible, notamment au travers de démarches de littératie en santé mentale et de psychoéducation;
- de soutenir le développement de son autonomie et de son pouvoir d'agir ;
- de garantir la continuité des parcours et la sécurisation des transitions entre les différents dispositifs ;
- de promouvoir son inclusion sociale, citoyenne et professionnelle ;
- de lutter contre les stigmatisations qui limitent encore l'exercice effectif de ses droits et sa participation à la vie en société.

8. Faire des proches un acteur à part entière du parcours de soins

Les familles et les proches ne doivent plus être considérés uniquement comme des aidants à soutenir mais comme des partenaires du rétablissement. Cela implique de renforcer leur information, leur accompagnement et leur participation au parcours de soins lorsque cela est possible et souhaité par l'usager.
Concrètement, cela suppose :

- de favoriser un accueil adapté des familles et des proches dans les services, notamment par l'identification de « référents familles » capables de les informer, de les orienter et de les accompagner ;
- de promouvoir une communication claire, réaliste et constructive permettant de construire des modalités d'accompagnement concertées ;
- de sensibiliser davantage les professionnels au vécu et aux besoins des proches ;

- d'intégrer cette dimension dans la formation initiale et continue des professionnels ;
- de renforcer la continuité des parcours de soins en portant une attention particulière aux moments de transition et aux risques de rupture ;
- de développer les actions de psychoéducation à destination des usagers et de leurs proches, afin de renforcer leur compréhension de la maladie, leur capacité à faire face aux difficultés rencontrées et leur participation au processus de rétablissement ;
- de développer les dispositifs de soutien, de répit, d'entraide et d'échange permettant aux proches de rompre l'isolement et de partager leurs expériences ;
- de favoriser les collaborations entre proches, usagers, professionnels et acteurs du réseau afin d'améliorer conjointement la qualité de vie, le rétablissement et l'inclusion sociale des personnes concernées.

9. Investir dans les professionnels

Les professionnels constituent le premier facteur de qualité des soins.
Cela implique :

- des conditions d'exercice attractives ;
- des normes d'encadrement adaptées aux réalités actuelles ;
- un soutien à la santé mentale des travailleurs ;
- une politique ambitieuse de formation continue ;
- des moyens permettant aux institutions de financer les compétences nécessaires face à l'évolution des besoins cliniques, technologiques et réglementaires.

10. Réformer un financement devenu inadapté aux réalités du terrain

Les mécanismes de financement doivent être modernisés, afin de mieux refléter la réalité des prises en charge, les besoins réels des populations, les contraintes actuelles des institutions et les investissements nécessaires à la qualité des soins. Les écarts entre institutions, les délais de révision du BMF, l'insuffisance du financement B1/B2 et la complexité du système doivent être objectivés et corrigés.

11. Donner aux institutions les moyens d'investir dans l'avenir

Les bâtiments, les équipements, les outils numériques et les environnements thérapeutiques ne sont plus des dépenses accessoires. Ils constituent une composante essentielle de la qualité, de la sécurité et de la continuité des soins.
Les politiques de financement doivent permettre aux établissements de moderniser leurs bâtiments, d'anticiper les défis environnementaux et de réussir leur transformation numérique.

CSM
St-Bernard

Annexe 1

État des lieux de la prise en charge du double diagnostic

au CSM Saint-Bernard

La prise en charge des personnes présentant un double diagnostic est un domaine qui continue à évoluer rapidement. Les progrès réalisés ces dernières années dans la compréhension de la déficience intellectuelle et des troubles du neurodéveloppement ont profondément modifié notre manière d'aborder ces patients. Nous disposons aujourd'hui de davantage d'outils mais surtout d'une lecture plus fine de leurs difficultés, qui ne peuvent être réduites à leurs seuls symptômes psychiatriques. Comprendre leurs capacités adaptatives, leur niveau de développement, leur fonctionnement émotionnel, leurs ressources mais aussi leurs limites est devenu une part essentielle de notre travail clinique.

Au CSM Saint-Bernard, cette évolution s'accompagne d'une augmentation et d'une diversification des demandes qui nous sont adressées. Nous accueillons des patients de plus en plus jeunes, ce qui nous confronte davantage à la délicate question de la transition entre les dispositifs destinés aux enfants et aux adolescents et ceux du secteur adulte. À l'autre extrémité du parcours de vie, nous accompagnons également des personnes déficientes intellectuelles vieillissantes, parfois présentes depuis de nombreuses années dans le réseau de soins. Leur vieillissement fait émerger des besoins nouveaux auxquels l'hôpital doit apprendre à répondre. Ces deux réalités nous obligent à faire évoluer nos pratiques et à repenser régulièrement ce que nous pouvons proposer à nos patients.

La difficulté qui nous paraît la plus préoccupante ne serait pas uniquement celle des moyens humains ou logistiques, même si ceux-ci restent évidemment sous tension ; elle réside surtout dans le décalage, devenu considérable, entre les besoins de nos patients à la sortie de l'hôpital et les possibilités réelles d'accompagnement dans le réseau.

Nous sommes ainsi régulièrement confrontés à une situation particulièrement difficile : entre 25 et 40 % de nos lits sont occupés par des patients cliniquement stabilisés mais qui ne nécessitent plus réellement une hospitalisation psychiatrique. Certains pourraient rejoindre une structure résidentielle adaptée, d'autres pourraient retourner dans leur famille à condition de pouvoir bénéficier d'un centre de jour et d'un accompagnement suffisant. Pourtant, ces projets restent parfois bloqués durant de longs mois faute de places disponibles ou de moyens financiers permettant de les concrétiser.

Cette situation est difficilement satisfaisante, d'abord pour les patients eux-mêmes. Une hospitalisation qui se prolonge alors qu'elle n'est plus nécessaire sur le plan clinique finit par perdre son sens thérapeutique. Elle retarde la construction d'un

véritable projet de vie et maintient certaines personnes dans un environnement hospitalier dont elles devraient précisément pouvoir sortir.

Elle l'est également pour les équipes. Il est particulièrement éprouvant de parvenir, après parfois plusieurs mois de travail, à stabiliser un patient, à mieux comprendre son fonctionnement, à définir avec lui et son entourage un projet cohérent, puis de constater que celui-ci ne peut aboutir simplement parce que les ressources nécessaires n'existent pas ou ne sont pas accessibles.

Enfin, cette situation a une conséquence que nous ne pouvons ignorer : pendant que ces lits restent occupés, d'autres personnes qui auraient réellement besoin d'une prise en charge hospitalière spécialisée ne peuvent pas y accéder. Nous nous retrouvons ainsi face à un paradoxe préoccupant : disposer d'une expertise croissante dans le domaine du double diagnostic et être, dans le même temps, de plus en plus limités dans notre capacité à la mettre à disposition de ceux qui en ont besoin.

L'un des enjeux majeurs des prochaines années sera donc de parvenir à mieux articuler l'hôpital avec les structures résidentielles, les centres de jour, les familles et les dispositifs de financement. Car augmenter les capacités hospitalières sans développer suffisamment les possibilités de sortie ne ferait que déplacer le problème. La qualité d'un dispositif de soins ne se mesure pas uniquement à sa capacité à accueillir et à soigner mais également à sa capacité à permettre au patient de quitter l'hôpital lorsque celui-ci n'est plus le lieu dont il a besoin.

AUDIT SYSTÉMIQUE

Santé mentale : continuité des soins et deuil après le suicide en Belgique

Table des matières

1. Synthèse exécutive 4
2. Positionnement et objet 9
3.Méthodologie déployée 10
Triangulation des sources utilisées 10
Dimensions de la roue de Deming (Plan-DO-Check-Act) 10
Périmètre et limites 11
4. Zone grise : l'invisibilité statistique comme héritage politique 12
4.1 Iceberg des tentatives de suicide 13
4.2 Onde de choc sur les proches 15
4.3 Biais de perception qui paralyse l'action politique 16
5. Analyse de causes racines 19
5.1 Minimisation des signaux précoces 19
5.2 Fragmentation du parcours de soins 19
5.3 Inadéquation entre le système de santé mentale et l'urgence suicidaire 20
5.4 Invisibilité institutionnelle des familles 22
5.5 Absence de protocole post-tentative obligatoire 23
6. Deuil après suicide : une réalité institutionnellement ignorée 25
6.1 Spécificité clinique 25
6.2 Postvention en Belgique 25
6.3 Impact sur la chaîne de prévention 26
7. Réponses institutionnelles : modèles, acquis et contraintes structurelles 27
7.1. Solutions mises en œuvre et transférables 27
7.2. Initiatives récentes et cadres normatifs 29
7.3 Limites et écarts constatés 29
8. Ordre de grandeur économique estimé du phénomène suicidaire et mise en perspective budgétaire 30
8.1 Dépenses engagées et ordre de grandeur du fardeau économique du phénomène suicidaire 30
8.2 Évaluations économiques disponibles du phénomène suicidaire 32
8.3 Mise en perspective budgétaire 33
9. Recommandations concrètes aux décideurs politiques 35
R1 : Créer un registre national pseudonymisé des tentatives de suicide 35
R2 : Instaurer un protocole post-tentative de suicide 37
R3 : Créer la fonction de référent unique en santé mentale 37
R4 : Reconnaître et financer le rôle des proches aidants dans le cadre du phénomène suicidaire. 38
R5 : Orienter et soutenir les proches endeuillés par suicide 38

R6 : Déployer un module national accrédité de détection et de gestion du risque suicidaire pour les médecins généralistes 39
9.1. Indicateurs de suivi des recommandations 39
9.2. Séquençage opérationnel des recommandations 43
Conclusion 45
Hiérarchisation des ruptures systémiques identifiées 45
Lecture globale 47
Bibliographie 48

Lexique des acronymes

ASBL	Association sans but lucratif
ASSIP	Attempted Suicide Short Intervention Program
CPS	Centre de Prévention du Suicide
CPVS	Centre de Prise en charge des Violences Sexuelles
CRESAM	Centre de Référence en Santé Mentale
EZO	Eenheid voor Zelfmoordonderzoek
HSPA	Health System Performance Assessment
IEFH	Institut pour l'égalité des femmes et des hommes
INAMI	Institut national d'assurance maladie-invalidité
IPEO	Instrument voor eerste psychosociale evaluatie en opvang
KCE	Centre fédéral d'expertise des soins de santé (Kenniscentrum)
LOES	Leidraad Opvang en Evaluatie Suïcidaliteit
NICE	National Institute for Health and Care Excellence (Royaume-Uni)
OECD	Organisation for Economic Cooperation and Development
OMS	Organisation mondiale de la santé
PDCA	Plan-Do-Check-Act (roue de Deming)
PIB	Produit intérieur brut
Psy 107	Réforme belge des soins de santé mentale (article 107)
RGPD	Règlement général sur la protection des données
SPF	Service public fédéral
SPW	Service public de Wallonie
SRL	Société à responsabilité limitée
UE	Union européenne
VLESP/VAS	Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie/ Vlaamse Actieplan Suïcidepreventie
WHO	World Health Organization (= OMS)

AUDIT SYSTÉMIQUE

Santé mentale : continuité des soins et deuil après le suicide en Belgique

Avis écrit transmis à la Commission de la santé, de l'environnement et de l'action sociale du Parlement de Wallonie par Caterina Alibrandi, auditrice et maman endeuillée par suicide

1er septembre 2026

1. Synthèse exécutive

Cet audit documente les défaillances systémiques de la prise en charge de la santé mentale et du risque suicidaire en Belgique. Il repose sur un parcours de soins reconstitué et traité comme un cas traceur, et sur une triangulation de sources : données épidémiologiques, textes normatifs, enquêtes d'une mutualité, études scientifiques et comparaisons internationales. Le cas traceur couvre dix-huit années de parcours et le deuil qui les a suivies. Il a été anonymisé et réduit aux actes institutionnels : admissions, sorties, transmissions, délais d'accès, orientations, dépenses engagées. Les éléments cliniques en sont exclus.

Les limites de ces éléments sont explicitées dans la section méthodologique. L'audit identifie les facteurs structurels à l'origine des ruptures observées, puis formule des recommandations concrètes à l'intention des décideurs politiques.

En Belgique, le suicide tue moins souvent que les grandes causes de mortalité, mais il tue plus tôt. Il est la première cause de décès chez les jeunes. Dans la tranche d'âge de 15 à 24 ans, plus d'un décès sur quatre est un suicide (Sciensano, 2025).
Le taux de mortalité standardisé par suicide en Belgique se situe environ 45 % au-dessus de la moyenne européenne (Bureau du Plan, indicators.be, indicateur i20, données 2022, d'après Statbel et Eurostat). Depuis 2003, ce taux de mortalité en Belgique suit la baisse des autres pays européens. L'écart relatif se maintient entre 40 et 58 %, selon les années, sans tendance à la réduction. Aucun dispositif d'évaluation ne permet d'établir la part que les réformes successives de la santé mentale ont prise dans cette évolution, ni pourquoi la position relative du pays n'a pas bougé en vingt ans.[1]Les taux régionaux ne sont pas comparables entre eux et l'audit ne les retient pas comme mesure de performance.

La Belgique dispose d'un système de santé mentale structuré, reposant sur des professionnels engagés et des cadres organisationnels établis. Toutefois, l'analyse de parcours de soins met en évidence des ruptures persistantes dans la consolidation des données relatives au phénomène suicidaire, dans la continuité des soins après une tentative de suicide, et dans l'accompagnement des proches. Ces ruptures ne résultent pas d'un manque d'engagement des professionnels, mais d'une organisation du système qui ne permet pas d'assurer un suivi systématique, une évaluation consolidée et un ajustement continu des dispositifs existants.

Ces ruptures procèdent de six causes racines. Cinq se dégagent de l'analyse du cas traceur en section 5 de l'audit. La sixième, l'invisibilité statistique du phénomène suicidaire, procède de l'organisation de l'enregistrement des décès et des tentatives et est exposée en section 4. Chacune n'est retenue qu'à la condition que la littérature scientifique et les données belges ou flamandes la documentent au-delà de ce parcours. Elles sont indépendantes des compétences individuelles des soignants et relèvent de choix organisationnels et politiques identifiables et corrigibles.

La première est la minimisation des signaux précoces. Le repérage en première ligne n'est ni outillé ni mesuré, et le signalement de la famille n'a pas été consigné. La deuxième est la fragmentation du

[1] Bureau fédéral du Plan, indicators.be, indicateur i20, données 2022, d'après Statbel et Eurostat Causes of death, hlth_cd_asdr2, 2025. https://www.indicators.be/fr/i/G03_SUI/Suicide_(i20)

parcours de soins. Chaque acteur intervient dans son périmètre, personne ne suit le parcours dans son ensemble, et la concertation pluridisciplinaire cesse d'être financée au passage à la majorité. La troisième est l'inadéquation entre le système de santé mentale et l'urgence suicidaire. La densité de psychiatres et de psychologues cliniciens remboursés se situe sous la moyenne de l'UE-14, avec des écarts régionaux marqués et une disponibilité clinique effective limitée. La quatrième est l'invisibilité institutionnelle des familles. Elles assurent la veille et la transmission de l'historique sans être reconnues, formées ni intégrées à la décision. La cinquième est l'absence de protocole post-tentative obligatoire. Rien ne garantit qu'une sortie soit assortie d'un plan de suivi structuré ni qu'une admission soit rattachée aux précédentes. La sixième est l'invisibilité statistique du phénomène suicidaire. Les décès sont sous-déclarés, les tentatives ne sont dénombrées nulle part à l'échelle nationale, et l'absence de ces deux mesures conditionne l'évaluation des cinq causes précédentes.

L'analyse conduite selon la roue de Deming (Plan-Do-Check-Act) montre que des plans ou des stratégies (Plan) existent et que des actions sont mises en œuvre (Do). Cependant, les mécanismes de suivi (Check) et d'ajustement (Act) restent fragmentés. Le cycle d'amélioration demeure incomplet.

La Belgique agit sur un phénomène qu'elle ne dénombre pas.

Les trois ruptures exposées ci-dessous procèdent de ces causes. La rupture critique procède de l'invisibilité statistique : la sous-mesure des décès et des tentatives résulte de choix d'enregistrement et de transmission, non du parcours de soins. La rupture majeure de continuité après une tentative concentre les quatre causes qui affectent le parcours lui-même : le repérage, la coordination entre acteurs, l'accès à l'offre spécialisée et l'absence de protocole de sortie. La rupture significative correspond à l'invisibilité institutionnelle des familles, qui coordonnent la continuité durant les crises suicidaires. Elle est également étendue aux personnes endeuillées par suicide.

Rupture critique pour la capacité de pilotage du système : absence de données consolidées nationales

Dans la logique du Plan-Do-Check-Act (PDCA) retenue dans cet audit, le Plan suppose des stratégies et des objectifs mesurables, le Check la mesure des résultats et l'Act la correction des écarts de performance du système en matière de phénomène suicidaire. Or, en l'absence de registre national pseudonymisé des tentatives de suicide et de données consolidées sur les parcours, l'état initial n'est connu que de manière limitée et les effets des actions engagées ne peuvent être évalués.

Le Do existe : des dispositifs sont déployés et des moyens engagés. Le Check, lui, demeure limité à quelques indicateurs hospitaliers, à certaines données déclaratives (Sciensano, 2024) et à des données mutualistes (Solidaris, 2025). Cet état de fait ne permet pas de savoir dans quelle mesure les actions entreprises contribuent aux évolutions du phénomène suicidaire en Belgique. Dès lors, l'Act ne dispose pas d'une mesure consolidée des écarts permettant de fonder méthodiquement les corrections. Les décisions d'ajustement doivent être prises à partir d'informations fragmentaires, sans pouvoir être fondées sur des résultats mesurés à l'échelle du système. La Flandre dispose d'un plan assorti d'un objectif chiffré et d'une stratégie d'évaluation et d'ajustement. Un équivalent n'existe pas à l'échelle du pays.

Rupture majeure pour la sécurité du patient : absence de continuité structurée après une tentative de suicide

La deuxième rupture est de nature majeure. Contrairement à la précédente, elle peut être corrigée sans attendre que la rupture critique soit résolue. Son évaluation à l'échelle nationale suppose en revanche que des données de parcours puissent être consolidées. Elle correspond à une défaillance organisationnelle identifiable. La suite de cet audit montre que des dispositifs existent, qu'ils sont documentés et transposables au contexte belge.

La période qui suit une tentative de suicide est identifiée dans la littérature scientifique comme celle où le risque de récidive et de décès est le plus élevé. C'est également celle où, en Belgique, la continuité cesse d'être organisée de manière systématique. Aucun protocole national de suivi ne définit ce qui doit être proposé à une personne à sa sortie d'hôpital, dans quel délai et par qui. Aucun mécanisme ne signale qu'une personne a disparu du parcours de soins. Les données disponibles ne montrent pas une absence de contact, mais l'absence d'un mécanisme qui garantirait qu'une orientation proposée soit effectivement suivie d'effet. En 2023, parmi les affiliés de Solidaris admis à l'hôpital pour tentatives de suicide, plus de huit sur dix ont eu au moins un contact ambulatoire dans les trois mois suivants. Dans le même temps, plus d'un sur deux n'a eu aucun contact avec un psychiatre, ni dans les trois mois précédant l'admission ni dans les trois mois suivants, près de neuf sur dix n'ont eu aucun contact avec un psychologue de première ligne et près de un sur quatre a été réadmis à l'hôpital dans les trois mois (Solidaris, 2025). En Flandre, l'enregistrement des tentatives de suicide s'arrête à la sortie des urgences. Il n'existe pas au niveau national de donnée sur les tentatives de suicide.

Le système voit les personnes. Il ne garantit pas qu'un relais ait effectivement eu lieu ni qu'une perte de suivi soit détectée. Une orientation proposée à la sortie d'hôpital n'est donc assortie, à l'échelle du système, d'aucune obligation de vérification, d'aucun délai commun, ni d'aucun référent désigné. Elle vaut recommandation, non relais. La continuité repose alors sur l'initiative du patient lui-même au moment précis où sa capacité à entreprendre une démarche est la plus altérée ; ou sur celle de ses proches.

Rupture significative pour la population laissée hors du champ organisé : proches dans le parcours et endeuillés par suicide

La troisième rupture ne bloque pas le cycle d'amélioration et ne correspond pas, comme la précédente, à l'absence d'un maillon déterminé du parcours post-tentative. Elle concerne deux populations distinctes selon deux mécanismes différents : les proches qui assurent de fait une partie de la continuité pendant le parcours de soins sans que cette fonction soit institutionnellement organisée, et les personnes endeuillées après un suicide qui ne font l'objet d'aucun mécanisme systématique de repérage, d'orientation et de soutien.

Le constat précédent a montré qu'une partie de la continuité repose en pratique sur les proches. Ils assurent la veille, transmettent l'historique, coordonnent parfois des intervenants appartenant à des institutions différentes. Ils peuvent ainsi constituer la seule continuité d'un parcours fragmenté dans le temps et entre acteurs. Cette fonction n'est ni définie, ni dénombrée, ni financée. Aucun mécanisme ne garantit que les informations qu'ils détiennent soient recueillies et intégrées au parcours. L'incapacité de travail liée à cette charge n'est pas mesurée. Le système laisse ainsi reposer de fait une partie de la continuité sur des acteurs auxquels il ne reconnait ni mandat formel, ni accès systématique à l'information, ni statut.

Après un suicide, la rupture change de nature. Pour approcher un ordre de grandeur minimal, l'audit retient volontairement une hypothèse restrictive de six à 15 proches affectés. La borne basse reprend l'ancienne estimation de six personnes, aujourd'hui considérée comme sous-estimant l'ampleur réelle de l'exposition ; la borne haute correspond au nombre de proches directement affectés identifié dans le cas traceur. Cette fourchette ne constitue pas une estimation de prévalence, mais un plancher analytique. Appliquée aux 1762 décès par suicide en Belgique en 2022, elle situe entre 10 600 à 26 400 le nombre de proches affectés. Cet ordre de grandeur analytique combine une borne basse issue d'une ancienne estimation internationale et une borne haute issue du cas traceur ; son incertitude est renforcée par le fait que les décès par suicide eux-mêmes sont probablement sous-estimés (Sciensano, 2024). Aucune donnée administrative ne permet de dénombrer cette population. Aucun protocole institutionnel n'organise son orientation. Les rapports du KCE mobilisés dans cet audit ne la documentent pas spécifiquement. Des ressources existent sur le terrain, mais leur accès dépend de

démarches individuelles plutôt que d'un mécanisme organisationnel d'orientation. Le système laisse ainsi en dehors de dispositifs organisés une population dont la littérature établit qu'elle présente elle-même un risque suicidaire accru. L'ampleur de cette vulnérabilité à l'échelle belge ne peut être mesurée, puisque cette population n'est pas dénombrée. C'est en ce sens que la rupture est significative : elle ne crée pas à elle seule les ruptures précédentes, mais elle laisse persister une vulnérabilité que le système ne repère pas et ne mesure pas.

Aujourd'hui, l'enjeu n'est pas de construire un système nouveau, mais de compléter l'existant par des mécanismes aujourd'hui absents : mesurer le phénomène suicidaire, garantir la continuité après une tentative de suicide, reconnaitre la fonction des proches aidants dans le cadre de crise suicidaire et organiser l'orientation des personnes endeuillées par suicide. Ces mécanismes existent parfois de manière partielle ou locale, mais aucun n'est aujourd'hui organisé de façon systématique. Leur mise en place ne suppose pas une réforme institutionnelle préalable. Elle exige des décisions de coordination, de responsabilisation et, pour certaines mesures, de financement.

Phénomène suicidaire et coût pour la société

Ces ruptures s'inscrivent dans un phénomène dont le coût économique est réel et récurrent. Cependant, les données économiques disponibles ne permettent pas d'établir le coût total du phénomène suicidaire en Belgique.

Pourtant, l'État chiffre le coût de ses embouteillages ou encore le coût social des décès de la route, jusqu'au coût unitaire par victime.

Sept millions d'euros : c'est ce que l'État valorise pour un décès sur la route.
Pour les 1 762 décès par suicide de la même année, il n'a jamais fait le calcul.

Pour le phénomène suicidaire, les dépenses existent, elles sont engagées et payées, mais réparties entre niveaux de pouvoir sans agrégation possible : soins, justice, secours, obsèques, charges supportées par les proches. Un seul montant a pu être isolé en Wallonie, celui d'un opérateur spécialisé.

À défaut de données belges, un ordre de grandeur a été recherché à partir de l'étude française de Segar et al. (2024). Appliquée prudemment aux 1 762 décès enregistrés en 2022, elle conduit à une exposition économique de l'ordre d'environ 2,82 milliards d'euros pour les décès et leur valorisation monétaire. Aucune transposition n'est possible pour les tentatives de suicide, en l'absence de dénombrement national.

Le constat est celui d'une absence de vue d'ensemble du coût du phénomène suicidaire supporté par la société en Belgique.

La Flandre conduit depuis 2006 des plans de prévention du suicide chiffrés et évalués. Le troisième (VAS III, 2022-2030) fixe un objectif de réduction de 10 % en 2030 par rapport à l'année de référence 2020. Il fait évaluer ses actions selon des critères médico-économiques. Ses modules de formation sont accrédités par l'INAMI et son enregistrement des tentatives opère dans des services d'urgence dont l'organisation relève du Fédéral. Le montage entre les deux niveaux de pouvoir existe donc et fonctionne, sans accord de coopération ni réforme institutionnelle. L'enregistrement couvre vingt-sept hôpitaux sur soixante-sept et cesse à la sortie des urgences : ce qui advient de la personne ensuite reste hors du dispositif. La fonction de case manager, prévue au VAS III, reste entièrement à financer. Les proches y sont un point d'attention transversal, sans statut ni droits propres. Le dispositif s'arrête à la frontière linguistique.

RECOMMANDATIONS

Six recommandations découlent de ces constats. Elles portent sur les causes identifiées et sur les mécanismes absents du système actuel. Elles relèvent des compétences existantes.

Quatre recommandations relèvent principalement de la compétence wallonne, avec concertation fédérale sur les volets hospitaliers et le remboursement : un protocole post-tentative déclenchant un contact par un professionnel de santé mentale désigné dans les 48 heures suivant la sortie des urgences, puis un suivi structuré de 90 jours au minimum (R2) ; un référent unique assurant la continuité entre urgences, psychiatrie, médecin traitant et famille (R3) ; une reconnaissance de la fonction exercée par les proches aidants dans le cadre du phénomène suicidaire, ouvrant droit à la formation, au soutien psychologique financé et à la couverture des interruptions de travail (R4) ; l'obligation, pour toute institution confrontée à un décès par suicide, de remettre aux proches identifiés les ressources spécialisées disponibles, assortie d'un financement sécurisé des associations (R5).

Trois de ces quatre mesures peuvent être engagées par la Région wallonne dans le champ de ses seules compétences, sans attendre les autres : la création de la fonction de référent unique dans les services ambulatoires régionaux (R3), la reconnaissance légale de la fonction exercée par les proches aidants et le financement des associations qui les soutiennent (R4), et l'obligation faite aux structures qu'elle agrée d'orienter les personnes endeuillées par suicide (R5). Seule R2 suppose une concertation fédérale préalable, portant sur les protocoles de sortie hospitalière et sur les remboursements de l'assurance maladie-invalidité. La couverture des interruptions de travail prévue par R4 relève du même niveau.

Deux recommandations relèvent du pilotage fédéral avec les entités fédérées : la création d'un registre national pseudonymisé obligatoire des tentatives de suicide, fondé sur une notification standardisée et interopérable entre urgences, psychiatrie et médecine générale (R1), et l'introduction d'un module national accrédité INAMI FR/NL/DE intégré de détection et de gestion du risque suicidaire dans le cadre du développement professionnel continu des médecins généralistes (R6).

Ces recommandations sont assorties de vingt indicateurs de suivi, exposés en section 9.1. Un seul d'entre eux repose aujourd'hui sur une source de données existante et structurée à l'échelle nationale. Ce rapport de un sur vingt mesure la rupture critique par la structure même de l'appareil de suivi. Aucune de ces mesures ne suppose une réforme institutionnelle.

La question pertinente n'est pas seulement de savoir « combien coûtent la prévention et la postvention ? », mais aussi « que coûte le phénomène suicidaire ? Qui en supporte la charge ? »

2. Positionnement et objet

Je suis auditrice, mais aussi une maman endeuillée par suicide. J'ai rédigé ce document qui examine les ruptures systémiques de la santé mentale en Belgique : prévention, continuité des soins, accompagnement post-crise et soutien au deuil à travers un cas traceur confronté à des données publiques et à la littérature scientifique.
Ce document constitue une analyse indépendante destinée à éclairer la décision publique. Il vise à produire une valeur ajoutée à la fois pour les patients, le système de santé mentale et les pouvoirs publics.
Le présent audit s'appuie notamment sur l'analyse approfondie d'un parcours de soins documenté sur une période de dix-huit années. Ce parcours constitue le point de départ d'une réflexion plus large sur les mécanismes organisationnels, les ruptures de continuité et les difficultés de coordination observables dans la prise en charge des personnes en souffrance psychique.
Ce parcours n'a pas vocation à démontrer à lui seul le fonctionnement général du système. Il constitue un cas traceur permettant d'identifier certaines ruptures structurelles susceptibles d'être observées dans d'autres trajectoires. L'analyse proposée dans ce document s'appuie également sur les données disponibles, les travaux scientifiques, les rapports institutionnels et les témoignages recueillis auprès d'acteurs concernés par la santé mentale.

L'objectif est d'évaluer à l'aide de la roue de Deming (PDCA) les ruptures systémiques, leurs causes racines et les leviers d'amélioration organisationnelle, sans viser à attribuer des responsabilités individuelles.

Le présent audit constitue l'avis écrit transmis à la Commission de la santé, de l'environnement et de l'action sociale du Parlement de Wallonie. Lors de sa séance du 2 juin 2026, la Commission a décidé de solliciter les avis écrits de plusieurs organismes ainsi que celui « *de Mme Alibrandi, Auteure de l'audit systémique. Santé mentale : continuité des soins et deuil après le suicide en Belgique* » (CRIC n° 160, session 2025-2026, p. 3). L'audit a été engagé antérieurement à cette décision. Il demeure une analyse indépendante[2].

[2] https://nautilus.parlement-wallon.be/Archives/2025_2026/CRIC/cric160.pdf

3.Méthodologie déployée

Triangulation des sources utilisées

L'analyse s'appuie sur une triangulation de sources (non exhaustives) afin d'établir un rapport permettant de relever les forces et/ou les faiblesses du système de soins en santé mentale.

- **Données institutionnelles/mémorandums et rapports d'associations et de mutualités**

  Protocole d'accord du 20 novembre 2017 entre l'Autorité fédérale et les autorités visées aux articles 128, 130 et 135 de la Constitution en matière d'activités et de financement du registre du cancer, décret wallon du 10 janvier 2024 (plan stratégique santé mentale), rapports du Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE 376B), données de Statbel, données de VIAS, données de mortalité de Sciensano (2022), données du Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie (VLESP), plan stratégique flamand Vlaams Actieplan Suïcidepreventie III (VAS III), Departement Zorg, Vlaamse overheid, données issues de LOES, Leidraad Opvang en Evaluatie Suïcidaliteit, indicateurs de suivi post-tentative issus des mutualités, publications de l'Organisation mondiale de la santé, réforme psy 107.

- **Données institutionnelles françaises**

  Arrêté du 24 juillet 2013 relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale produites par les établissements de santé publics ou privés ayant une activité de médecine d'urgence et à la transmission d'informations issues de ce traitement dans les conditions définies à l'article L. 6113-8 du code de la santé publique et dans un but de veille et de sécurité sanitaires.

  Réseau OSCOUR® : Organisation de la surveillance coordonnée des urgences.

- **Littérature scientifique**

  Études internationales sur les registres nationaux de tentatives, les ratios tentatives/décès, les protocoles post-crise, les impacts du deuil par suicide et les impacts budgétaires déjà consentis par la société belge dans son ensemble.

- **Cas traceur**

  Reconstitution d'un parcours de soins suivi sur dix-huit ans, du premier signalement en médecine générale jusqu'au décès, puis du décès jusqu'à l'entrée dans un accompagnement de deuil. Le matériau est constitué des actes institutionnels documentés : admissions, sorties, transmissions effectuées ou non, délais d'accès, orientations proposées ou absentes, dépenses engagées et par qui. Les éléments cliniques et l'identité de la personne accompagnée sont hors périmètre : ils relèvent du secret médical et n'ajoutent rien au diagnostic organisationnel. Le cas traceur documente les actes du système et la suppléance qu'ils ont rendue nécessaire.

Le Dr Elisabeth Duchêne, psychiatre, cheffe d'unité de l'hôpital de jour Le ThIPI (réseau Epsylon) et pédopsychiatre coordinatrice du SRJ, Car Val, a contribué à ce document par des apports cliniques et organisationnels intégrés dans l'analyse, notamment sur le cadre INAMI de la concertation pluridisciplinaire, la maturation du cortex préfrontal, le secret professionnel et le modèle CPVS.

Dimensions de la roue de Deming (Plan-DO-Check-Act)

L'évaluation ne se limite pas au constat de besoins. Elle examine le phénomène suicidaire dans le système belge de santé mentale selon un outil utilisé dans les audits : les quatre dimensions de la roue de Deming et son cycle de « Plan-*Do-Check-Act* » ou PDCA.

Le cycle PDCA constitue un référentiel internationalement utilisé pour l'évaluation des systèmes complexes de santé et de services publics.

- **Plan** : existence de politiques, plans nationaux, objectifs mesurables.
- **Do** : dispositifs effectivement déployés, protocoles appliqués, ressources accessibles.
- **Check** : indicateurs disponibles, suivi des parcours, mesure des résultats.

- **Act** : mécanismes d'ajustement, correction des écarts, standardisation de bonnes pratiques.

L'objectif n'est pas de juger les dispositifs existants, mais de situer leur niveau de maturité organisationnelle et d'identifier ce qui resterait à consolider.

Périmètre et limites

Le périmètre de cet audit concerne spécifiquement les tentatives de suicide, la continuité des soins post-crise et le deuil post-suicide dans le système de santé mentale belge, à partir de données principalement issues de la période récente.

Les limites de cette analyse tiennent à la nature qualitative du cas traceur et à l'absence de données nationales consolidées sur les tentatives de suicide et le deuil post-suicide, fragilités déjà identifiées par les institutions publiques elles-mêmes.

Le cas traceur ne prétend pas à la représentativité statistique. Sa fonction est différente : en audit qualité comme en accréditation hospitalière, le patient traceur est une méthodologie reconnue qui révèle les chemins systémiques : les enchaînements de décisions, de transmissions et de ruptures que les données agrégées ne montrent pas. Le cas traceur retenu présente une particularité qui en délimite la portée : la personne qui l'a reconstitué en a été l'un des acteurs, en qualité de proche assurant la continuité entre les épisodes.

Cette position donne un accès direct aux transmissions non faites et aux orientations non proposées, que ni le dossier hospitalier ni les données agrégées ne conservent. Elle expose aussi à la reconstruction rétrospective sur dix-huit ans d'accompagnement. Cinq admissions hospitalières consécutives à une crise suicidaire, dans trois établissements distincts, sans transmission de dossier entre eux et sans relais formalisé à la sortie. Trois ans entre une admission et le premier contact avec un psychiatre. Trois interruptions de travail indemnisées par l'assurance maladie pour moi, sans que le motif qui les a causées soit enregistré nulle part. Quatre formations aux troubles psychiques suivies à mes frais.

Chaque fait retenu a donc été borné à un acte vérifiable : une admission, une sortie, un délai, une facture, une orientation constatée absente au moment où elle aurait dû intervenir. Les appréciations portées à l'époque sur la qualité des soins sont exclues du matériau.

Cette fonction de proche assurant la continuité du parcours n'a jamais été assortie d'un mandat ni d'un financement.

Le cas traceur identifie des ruptures potentielles ; la triangulation détermine lesquelles peuvent être qualifiées de structurelles. Il démontre qu'un chemin défaillant existe dans le système, de la même manière qu'un seul incident grave suffit à déclencher une enquête systémique dans l'aviation ou l'industrie. La question n'est pas de savoir si ce parcours est représentatif. Elle est de savoir si les ruptures qu'il révèle sont structurelles. Les données du KCE, de Sciensano et de la littérature internationale confirment qu'elles le sont.

Les estimations chiffrées reposent sur des études économiques internationales appliquées à des données démographiques belges par extrapolation prudente, chaque fois signalée. Ces limites ne compromettent pas l'exploitabilité du diagnostic ; elles en bornent honnêtement la portée.

L'audit ne prétend pas que rien n'a été entrepris. Au contraire, plusieurs évolutions récentes témoignent d'une prise en compte institutionnelle du phénomène, notamment le décret wallon du 10 janvier 2024, qui institue un plan stratégique en santé mentale, et la réforme psy 107, qui vise depuis 2010 une offre de soins plus intégrée et communautaire. Toutefois, l'existence de ces cadres normatifs ne suffit pas à établir leur efficacité opérationnelle. Leur portée réelle, leur niveau de déploiement et leurs effets mesurables sur les parcours de soins restent insuffisamment documentés à ce stade.

Le présent audit s'attache donc à distinguer les engagements formels, les dispositifs effectivement déployés et les effets observables sur les parcours de soins.

4. Zone grise : l'invisibilité statistique comme héritage politique

En Belgique, 1 762 décès par suicide ont été recensés par Sciensano en 2022 (Sciensano, 2024). Ils constituent la partie visible d'un phénomène largement sous-mesuré. Derrière ces décès se trouve une pyramide invisible que les statistiques officielles ne capturent pas actuellement et que les politiques publiques ne peuvent, en conséquence, piloter avec précision. Cette sous-mesure affecte le décompte des décès par suicide et des tentatives de suicide. Sciensano indique que les suicides sont souvent mal enregistrés en raison d'erreurs de classification : cause exacte inconnue, intention non établie, intention mal évaluée. La statistique de mortalité par suicide dépend en outre de la transmission des dossiers de morts violentes par les parquets, dépendance que Sciensano continue de signaler comme source de sous-déclaration des suicides (Sciensano, 2024). À cette sous-déclaration s'ajoute une opacité de la qualification elle-même. Pour l'analyse de la mortalité, la cause retenue est la cause initiale indiquée sur le certificat de décès, c'est-à-dire l'événement qui a déclenché la chaîne conduisant au décès, et non la cause immédiate (Sciensano, Belgique en bonne santé). Cette cause figure sur le volet médical du certificat, qui est confidentiel et suit un circuit administratif distinct de celui de l'état civil. Les proches ne reçoivent qu'un extrait d'acte de décès, lequel ne porte aucune cause. Ils ne disposent donc d'aucun moyen de savoir quelle cause initiale a été retenue, ni de vérifier qu'un décès a été comptabilisé comme décès par suicide.

Le tableau ci-dessous confronte les données disponibles et les lacunes à chaque étape du parcours. D'après Sciensano (2024 et 2025), les décès par suicide sont, probablement sous-estimés. Les tentatives de suicide le sont également sans que l'ampleur de cette sous-estimation puisse être établie. Les effectifs disponibles ne couvrent souvent qu'une fraction de la population. Certaines données ne peuvent être isolées des agrégats dans lesquels elles sont comptabilisées. Aucune méthode robuste ne permet de les rapporter à l'ensemble de la population belge. Le suivi statistique nécessite, selon les cas, la création de nouvelles collectes, l'élargissement des périmètres existants et une désagrégation de certaines données dès l'encodage.

INDICATEUR	DONNÉE DISPONIBLE	LACUNE : DONNÉE ABSENTE, PARTIELLE OU NON ISOLABLE
Décès par suicide en Belgique (Sciensano 2024)	1 762 décès par an	Chiffres probablement sous-estimés
Signaux précoces (Solidaris 2025)	72 % des personnes hospitalisées pour tentative de suicide avec consultation d'un généraliste dans les trois mois précédents	Pas d'indicateur national du repérage en première ligne, ni du délai entre les premiers signaux et une prise en charge.
Accès aux soins spécialisés (KCE, rapport 376 B, MH-3, données 2022).	41 jours entre une demande de rendez-vous et un premier contact, 48 jours de délais entre le premier et le deuxième contact.	Données disponibles uniquement flamandes. Aucune donnée publique, aucun délai garanti, aucun indicateur de résultats pour la Wallonie.
Tentatives de suicide (Sciensano, 2025).	En 2023, 0,6 % de la population de 15 ans et plus déclarant une tentative de suicide au cours de l'année écoulée contre 0,2 % en 2018.	Aucun registre national. Proportion d'admissions signalées, publiée dans la fiche de documentation de l'indicateur MH-5 et absente du rapport final. Registre flamand sur base de 27 hôpitaux agréés sur 67. Estimation de 9 405 tentatives de suicide du côté de cette entité fédérée à la sortie des urgences. Aucun dénombrement, aucun suivi après l'admission.
Hospitalisation après tentatives de suicide (Solidaris, 2025).	1 944 admissions en 2013, 2 815 en 2024, soit une progression de 45 %	Pas de décompte national des hospitalisations consécutives à une tentative de suicide.
Continuité après une tentative de suicide (Solidaris, 2025).	En 2023, plus d'une personne sur deux (52 %) hospitalisées pour une tentative de suicide sans contact avec un psychiatre, ni dans les trois mois précédents, ni dans les trois mois suivants.	Aucun protocole national de suivi. Aucun mécanisme de signalement lorsqu'une personne disparait du parcours de soins.

Transmission entre établissements (KCE, rapport 376 B, MH-11, données 2021)	17,6 % des admissions de psychiatrie donnent lieu à une réadmission dans les 30 jours dans le même hôpital. Indicateur classé en détérioration par le KCE ;	Réadmissions survenant dans un autre hôpital non comptabilisé. Lacune due à la fragmentation des responsabilités entre le Fédéral et les entités fédérées (OCDE, 2023)
Récidive de tentatives de suicide (Solidaris, 2025)	14,5 % des personnes hospitalisées pour tentative en 2024 l'avaient déjà été pour ce motif durant l'année précédente, contre 9,2 % en 2014.	Aucun taux national. Mesure des seuls cas ayant mené à une hospitalisation sur un effectif restreint.
Proches aidants et endeuillés par suicide (Solidaris 2025)	Donnée déclarative : 36,9 % des répondants disent avoir perdu un proche par suicide.	Aucun dénombrement de proches assurant une fonction de veille ou de coordination. Aucun statut pour les proches dans le cadre du phénomène suicidaire, aucun financement structurel, aucune mesure de l'incapacité de travail liée à cette charge. Aucune donnée administrative sur les personnes endeuillées par suicide. Aucun protocole national institutionnel d'orientation. Stratégie en Région flamande.

Le système se situe actuellement au stade d'un plan reconnu et d'une mise en œuvre partielle, en l'absence d'une évaluation structurée permettant d'ajuster les politiques en la matière. Le cycle d'amélioration reste incomplet.

Il résulte d'une organisation institutionnelle fragmentée des données sur le phénomène suicidaire en santé mentale, reconnue par les autorités publiques elles-mêmes, qui limite la capacité des décideurs à piloter les politiques publiques sur la base d'indicateurs fiables (KCE, rapport 376B, 2025 ; Cour des Comptes , 2024).

4.1 Iceberg des tentatives de suicide

Le nombre de tentatives effectivement enregistrées en Belgique n'est pas connu. Aucun registre national pseudonymisé obligatoire des tentatives de suicide n'est conçu, contrairement à plusieurs pays européens disposant de systèmes d'enregistrement structurés (KCE, rapport 376B, 2025).

Un seul dispositif produit aujourd'hui des données structurées sur les tentatives de suicide en Belgique. Il est flamand. Depuis 1998, avec le soutien du Gouvernement flamand et à la demande du ministre flamand du Bien-être, de la Santé publique et de la Famille, l'Unité de recherche sur le suicide (EZO) de l'Université de Gand enregistre annuellement les tentatives ayant donné lieu à une prise en charge médicale. Depuis 2007, dans le cadre du premier Plan d'action flamand de prévention du suicide, cet enregistrement s'appuie sur un instrument clinique d'accueil, l'IPEO, devenu LOES en 2022. Cinq hôpitaux y participaient en 2007, 41 en 2017, 30 en 2019, 25 en 2022 et 27 sur 67 hôpitaux agréés en 2024, soit environ quatre sur dix.

Compter les tentatives de suicide est, en Belgique, une décision volontaire d'hôpitaux.

Pour ces établissements, le nombre de tentatives de suicide est estimé à 9 405 pour 2024, soit environ 26 par jour. Cette série décrit ce que produit un dispositif fondé sur l'adhésion volontaire : la participation a culminé à quarante et un établissements en 2017, puis reflué à vingt-sept en 2024. Elle constitue un argument direct en faveur du caractère obligatoire de la notification retenu par la première recommandation. Les données issues des hôpitaux participants ne sont pas représentatives de l'ensemble de la Flandre.

Ce dispositif présente une propriété que je n'ai retrouvée nulle part ailleurs dans le paysage belge des données de santé mentale : il mesure sa propre incomplétude. Un facteur d'estimation est calculé à partir de contrôles de qualité consistant à rechercher, dans les registres d'admission des urgences, les patients présentés après une tentative qui n'ont pas été interviewés. Le chiffre publié n'est donc pas un décompte brut, mais une estimation corrigée de la sous-déclaration constatée. Cette correction

porte sur la sous-déclaration à l'intérieur des établissements participants. Elle ne couvre pas les 40 hôpitaux flamands non participants ni les tentatives qui ne donnent lieu à aucun recours aux urgences : soins à domicile, minimisation, honte, peur des conséquences administratives ou professionnelles. Le chiffre de 9 405 constitue donc un ordre de grandeur incomplet, sur un périmètre partiel. La Flandre dispose d'un système ancien et structuré de surveillance des tentatives de suicide.[3] Elle figure dans le rapport de l'Organisation mondiale de la santé consacré à l'importance de l'enregistrement des tentatives.

Reste le constat qui fonde la première recommandation de cet audit. La Wallonie ne dispose d'aucun équivalent. Bruxelles non plus, l'EZO indiquant que le bilinguisme en a jusqu'ici empêché l'usage et qu'aucun chiffre n'existe pour cette région. Or, l'instrument LOES est traduit en français et en anglais, publié et librement accessible sur le site Zelfmoord 1813. Il n'y a donc pas d'outil à concevoir, de méthode à valider et de traduction à financer.

Une donnée belge isole les tentatives de suicide aux urgences. Elle ne figure pas dans le rapport de performance lui-même, mais dans la fiche de documentation que le KCE publie pour chacun de ses indicateurs. En 2021, 5 604 admissions aux urgences des hôpitaux généraux ont été signalées pour tentative de suicide, soit 0,16 % des admissions, avec un taux wallon de 0,25 % contre 0,13 % en Flandre et 0,06 % à Bruxelles (KCE, fiche de documentation MH-5, données 2021). Cette donnée mesure une proportion d'admissions, pas un nombre de tentatives. Elle capte les épisodes parvenus aux urgences et codés comme tels. Elle ne permet aucun suivi de parcours et s'arrête à l'admission. Elle établit qu'un signal existe et qu'il est plus élevé en Wallonie. Elle ne constitue pas le dénombrement que R1 recommande.

Trois estimations indépendantes

En l'absence de mesure nationale, trois estimations permettent d'approcher un ordre de grandeur du phénomène suicidaire.

La première estimation est épidémiologique.

Sur la base d'enquêtes populationnelles menées dans des pays comparables à la Belgique, l'Organisation mondiale de la santé estime qu'il se produit en moyenne environ 20 tentatives pour chaque décès par suicide, avec des variations importantes selon les pays, les groupes d'âge et la qualité des systèmes d'enregistrement (OMS, 2023). Appliqué aux 1 762 décès enregistrés en Belgique en 2022, le calcul donne 35 240 tentatives pour un ratio de 20. Le calcul est transparent, mais reste une approximation.

La deuxième est déclarative.

En 2023, 0,6 % de la population de 15 ans et plus déclare avoir fait au moins une tentative de suicide au cours de l'année écoulée, contre 0,2 % en 2018 (Sciensano, 2024). Rapportée à la population belge concernée, cette proportion représente de l'ordre de 55 000 à 60 000 personnes déclarant avoir fait au moins une tentative par an. La proportion déclarée a triplé en cinq ans, sans qu'aucun dispositif ne permette d'établir s'il s'agit d'une hausse du phénomène, d'une hausse de sa déclaration, ou des deux.

La troisième est clinique et est flamande.

Les 9 405 tentatives estimées pour 2024 portent sur 27 des 67 hôpitaux flamands agréés qui ne sont pas représentatifs de la population flamande : un hôpital qui adhère à un dispositif d'enregistrement structuré dispose plus souvent d'un service psychiatrique et d'un volume d'urgences important, de sorte qu'une extrapolation au prorata du nombre d'établissements surestime vraisemblablement le total. En sens inverse, le dispositif ne comptabilise que les tentatives ayant donné lieu à une prise en charge médicale, et ne prend pas en compte celles qui n'atteignent jamais l'hôpital.

[3] https://www.vlaamsparlement.be/commissies/commissievergaderingen/1438549/verslag/1441244

Ces trois estimations reposent sur des unités de compte différentes : la première dénombre des épisodes, la deuxième des personnes ayant déclaré au moins une tentative sur douze mois, la troisième des prises en charge médicales enregistrées. Aucune ne valide les autres. Elles situent le phénomène dans un même ordre de grandeur, entre trois et six dizaines de milliers de cas annuels, à comparer aux 9 405 tentatives constituant aujourd'hui le seul décompte structuré disponible sur le territoire belge. L'écart entre ce qui est enregistré et ce qui est estimé se compte en dizaines de milliers.

Cette part n'échappe pas seulement à la statistique : elle échappe aux mécanismes de pilotage, d'évaluation et de financement qui se fondent sur les données observées.

La nécessité de mieux documenter l'ensemble des tentatives de suicide est reconnue depuis plusieurs années dans les rapports institutionnels. Des données sont collectées par les hôpitaux, les services d'urgence, ou encore les mutualités. Elles restent fragmentées, sans consolidation nationale du nombre de tentatives de suicide, sans dispositif de suivi continu des profils suicidaires ou des parcours de soins après une crise. Les mécanismes d'ajustement des politiques publiques restent donc suspendus : on ne peut ajuster ce qu'on ne mesure pas.

Le système enregistre actuellement une fraction du phénomène suicidaire. L'invisibilité du reste se transmet, de la statistique à la société, de la société au politique. Elle ne se décide pas. Elle s'hérite.

Ce que l'on ne mesure pas, on ne le finance pas. Ce que l'on ne finance pas, on ne le prévient pas.

L'absence de registre national pseudonymisé des tentatives tient à l'organisation institutionnelle de la collecte de données en Belgique, qui limite la capacité du système à anticiper et à prévenir les crises.

4.2 Onde de choc sur les proches

Le suicide n'affecte pas une personne : il affecte un réseau. La littérature internationale distingue désormais plusieurs cercles de proximité, dont l'ampleur varie selon le degré de lien avec la personne décédée. Cerel et al. (2019) établissent un gradient : les personnes exposées, c'est-à-dire celles qui connaissaient la personne décédée ; les personnes affectées ; les personnes endeuillées au sens clinique. Ils estiment à environ cent trente-cinq le nombre de personnes exposées à chaque décès par suicide. La métaethnographie de Whitebrook, Lafarge et Churchyard (2025) reprend ce cadre et documente la variabilité des trajectoires de deuil à l'intérieur de ces cercles.

Ces deux ordres de grandeur, quelques proches d'une part, plus d'une centaine exposées d'autre part, ne se contredisent pas. Ils mesurent des objets différents. La confusion entre exposition et endeuillement constitue d'ailleurs l'un des obstacles à la construction d'indicateurs exploitables.

Pour l'estimation belge, je retiens délibérément l'hypothèse la plus restrictive : famille, partenaire, amis les plus proches, soit six à 15 personnes par décès. La borne basse reprend une ancienne estimation de six personnes. La borne haute correspond au nombre de proches directement affectés identifié dans le cas traceur. Cerel et al. (2019) montrent que l'ancienne estimation de six personnes affectées par un suicide était dépourvue de base empirique solide et évaluent à 135 le nombre de personnes exposées au sens large. Je la conserve pour cette raison même : une borne que la littérature juge trop basse garantit que l'ordre de grandeur obtenu constitue un minimum et non une projection. Sur cette base, et pour 1 762 décès par suicide, le nombre de personnes confrontées chaque année en Belgique au décès par suicide d'un proche s'établit entre 10 600 et 26 400. Cet ordre de grandeur demeure indicatif : en l'absence de données nationales consolidées, aucune valeur ne peut être vérifiée.

Parmi elles, une proportion non négligeable documentée dans la littérature développera elle-même une vulnérabilité psychique accrue. La revue de Pitman et al. (2014) documente chez les personnes endeuillées par suicide un risque accru de tentative de suicide et de décès par suicide, ainsi qu'une prévalence plus élevée de symptômes dépressifs, anxieux et post-traumatiques. S'y ajoutent des conséquences sociales et professionnelles : incapacités de travail, ruptures familiales, recours accru aux services de santé. Ce constat déplace la nature du problème. L'entourage endeuillé n'est pas seulement une population à soutenir : c'est une population à risque. La postvention ne se situe dès lors pas en aval de la prévention, elle en est une composante.

Cette reconnaissance progresse ailleurs. Griffin, O'Connell, Andriessen et al. (2025), dans un commentaire publié par *Nature Mental Health*, rendent compte d'une étude nationale irlandaise sur le deuil après suicide, conçue avec les personnes concernées, et identifient les lacunes persistantes de la prise en charge ainsi que la nécessité d'inscrire cette population dans les politiques publiques. L'Irlande dispose ainsi d'une enquête nationale et d'un cadre de référence. La Belgique ne dispose ni de l'une ni de l'autre.

La littérature scientifique reconnaît clairement cet impact. Mais il n'existe aucun déploiement systématique, aucune orientation intégrée dans un parcours de soins, aucune donnée nationale permettant d'en mesurer le nombre, les besoins ou l'accès au soutien. Les rapports du KCE consultés dans le cadre du présent audit ne documentent pas spécifiquement la situation des personnes endeuillées par suicide. La seule donnée chiffrée que j'aie pu identifier est déclarative : 36,9 % des répondants à une enquête mutualiste déclarent avoir perdu un proche par suicide (Solidaris, 2025). Cette donnée est issue d'un échantillon de répondants volontaires et porte sur une exposition au cours de la vie entière ; elle ne permet ni d'estimer un effectif annuel, ni de caractériser des besoins, ni de mesurer un accès au soutien. Elle signale l'ampleur du phénomène. Elle ne le documente pas. Manquent également le dénombrement de proches assurant une fonction de veille et la mesure de l'incapacité de travail d'un endeuillé par suicide, un statut pour le proche aidant dans le cadre des crises suicidaires, un financement structurel et un protocole d'orientation. Le cas traceur illustre ce défaut de dénombrement par sa propre situation. Aucune institution intervenue dans ce parcours n'a enregistré l'existence d'un proche assurant une fonction de veille ni celle d'un proche endeuillé par suicide. Trois interruptions de travail liées aux crises, puis un suivi psychiatrique après le décès, ont été indemnisés et remboursés sous des rubriques qui ne permettent pas de les rattacher au phénomène suicidaire. Ces montants ont été payés sans qu'aucune rubrique comptable ne porte leur cause.

Après le décès : aucune orientation reçue d'aucune institution, une démarche entreprise seule aux urgences, une prise en charge obtenue un mois et demi plus tard, dix séances remboursées.

La littérature documente ces proches. Aucun dispositif belge ne les compte.

4.3 Biais de perception qui paralyse l'action politique

Parce que les statistiques officielles ne montrent que les décès, le suicide apparaît comme un phénomène rare. Le dénombrement complet du phénomène suicidaire n'existe pas. Les ordres de grandeur établis aux points 4.1 et 4.2 en situent l'échelle : de trois à six dizaines de milliers de tentatives estimées chaque année, et de 10 600 à 26 400 personnes confrontées au décès par suicide d'un proche. L'illusion de marginalité tient à ce que seule la ligne des décès est comptée.

Le taux de mortalité standardisé par suicide en Belgique s'établit à 15,4 décès pour 100 000 habitants en 2022, contre 10,6 pour la moyenne de l'Union européenne, soit un écart de 45 % (Eurostat, données 2022)[4]. Ce positionnement est structurel : il se maintient depuis deux décennies.

[4] Bureau fédéral du Plan, indicators.be, indicateur i20, données 2022, d'après Statbel et Eurostat Causes of death, hlth_cd_asdr2, 2025. https://www.indicators.be/fr/i/G03_SUI/Suicide_(i20)

Or, le suicide n'est pas seulement un taux élevé dans un classement européen. En matière de mortalité prématurée, c'est-à-dire mesurée en années de vie perdues avant 75 ans, le suicide constitue en 2022 la première cause chez les hommes et la deuxième chez les femmes, devant les cardiopathies ischémiques (Sciensano, 2025). Dans la tranche des 15-24 ans, plus d'un décès sur quatre est un suicide (Sciensano, 2024). Le suicide tue moins souvent que le cancer, mais il tue plus tôt. Chaque décès efface des décennies de vie. C'est cette réalité-là que les chiffres absolus masquent et que l'indicateur d'années de vie perdues restitue.

La sécurité routière a fait l'objet, en Belgique, d'investissements massifs et coordonnés qui ont produit des résultats mesurables sur vingt ans. Le phénomène suicidaire présente un profil comparable en termes de mortalité prématurée. Il n'a pas bénéficié du même investissement. La différence n'est pas seulement épidémiologique. Elle est aussi politique.

Le défaut de mesure n'est pas contesté, les institutions elles-mêmes le confirment. Le KCE le documente explicitement dans son rapport 376B (2025) : la fragmentation des compétences entre Communautés, Régions et État fédéral rend impossible toute évaluation globale du système de santé mentale, faute de source de données unique et standardisée. Ce constat va plus loin. La cinquième édition du KCE consacre un domaine entier aux soins de santé mentale et retient onze indicateurs. Aucun ne porte sur le phénomène suicidaire. Le mot suicide n'y figure pas, pas plus que les termes de deuil et de postvention. L'exercice périodique par lequel la Belgique évalue la performance de son système de santé ne comporte donc aucune mesure du phénomène qui constitue une des premières causes d'années de vie perdues.

Les données existent, dispersées entre plusieurs acteurs. Le travail de consolidation est à organiser. L'invisibilité statistique n'est pas un accident. C'est une conséquence structurelle de l'organisation institutionnelle du système de santé mentale.

La Cour des comptes[5] a conduit en 2024 un audit de performance sur la prise en charge de la santé mentale par les services extrahospitaliers spécialisés relevant de la compétence wallonne. Ses constats procèdent d'une instruction contradictoire menée auprès de l'Agence pour une vie de qualité et des opérateurs agréés. Le rapport a été déposé au Parlement wallon le 10 septembre 2024.

La Cour établit qu'en l'absence d'enregistrement systématique, le nombre de demandes de soins exprimées en matière de santé mentale sur le territoire wallon ne peut être quantifié, même globalement. Elle établit que le nombre et les caractéristiques des bénéficiaires pris en charge dans le dispositif audité restent méconnus. Elle établit que les délais d'attente ne peuvent être appréciés à un niveau agrégé, faute d'une pratique d'enregistrement généralisée à l'ensemble des opérateurs. Elle établit enfin que la réglementation wallonne ne fixe ni objectifs globaux clairement définis, ni priorités ciblées, ni indicateurs correspondants, et elle en tire la conséquence : le pilotage du dispositif audité ne peut être exercé efficacement et tout exercice d'évaluation approprié s'en trouve compromis.

Deux constats du rapport concernent directement l'objet du présent audit. La Cour relève l'absence d'information sur les parcours des bénéficiaires de soins en santé mentale, information qui permettrait d'identifier les prises en charge concomitantes et les points de rupture de l'offre de service. Elle relève par ailleurs qu'aucune structure ni système d'information n'est susceptible d'assurer un suivi des démarches entreprises, ni d'identifier les personnes en rupture de prise en charge. L'objet du présent audit correspond ainsi à une catégorie de données dont la Cour des comptes constate elle-même l'absence.

[5] Cour des comptes. (2024). *Santé mentale : prise en charge par les services spécialisés extrahospitaliers relevant de l'autorité wallonne*. Bruxelles : Cour des comptes.
https://www.ccrek.be/sites/default/files/Docs/2024_41_SanteMentale.pdf

Le phénomène suicidaire est un problème de santé publique comparable à certaines maladies chroniques, avec cette différence qu'il peut être évitable.

La Belgique compte ses morts par suicide. Elle ne compte pas les tentatives, les parcours de soins, les endeuillés par suicide. Elle ne chiffre pas davantage la dépense.

Première recommandation de cet audit : créer un registre national pseudonymisé des tentatives de suicide, interopérable entre urgences, psychiatrie et médecine générale. Les cinq autres recommandations peuvent être engagées sans attendre. Aucune ne pourra toutefois être évaluée de manière consolidée à l'échelle du pays sans ce registre.

5. Analyse de causes racines

Cinq causes racines se dégagent du cas traceur. Chacune n'est retenue qu'à la condition que la littérature scientifique et les données belges ou flamandes la documentent au-delà de ce parcours. Leur nombre tient au parcours examiné. Elles sont indépendantes des compétences individuelles des soignants et relèvent de choix organisationnels et politiques identifiables et corrigibles. Une sixième cause racine, l'invisibilité statistique du phénomène suicidaire, est traitée en section 4. Elle ne se dégage pas du cas traceur, mais de l'organisation de l'enregistrement des décès et des tentatives, et elle conditionne la mesure des cinq autres.

5.1 Minimisation des signaux précoces

La dépression caractérisée passe souvent inaperçue à l'adolescence. La Haute Autorité de Santé en donne une cause : la confusion avec la crise d'adolescence normale, avec sa part de dépressivité et de conduites agies (HAS, 2014). La même recommandation relève que l'adolescence est la classe d'âge qui recourt le moins aux soins en cas de difficultés psychiques. La minimisation est donc un mécanisme identifié par les autorités sanitaires, non une impression rétrospective : la HAS a consacré en 2021 une recommandation entière aux idées et conduites suicidaires chez l'enfant et l'adolescent, dont un principe directeur est de ne pas banaliser (HAS, 2021). Cette minimisation retarde l'entrée dans un parcours de soins adapté parfois pendant un à deux ans, période durant laquelle la chronicisation peut s'installer.
Le cas traceur permet d'observer ce délai avec son point d'origine. La famille a signalé les premières automutilations au médecin traitant, qui les a rapportées à une étape de développement. Ce signalement n'a été consigné nulle part. Deux ans plus tard, lors d'une crise suicidaire prise en charge au service des urgences, aucun intervenant n'en a eu connaissance. L'intervalle observé rejoint celui que documente Lustig et al. (2021). La médecine générale ne disposait alors d'aucune grille d'évaluation du risque suicidaire.

Ces lacunes montrent des conséquences mesurables : 45 % des personnes décédées par suicide avaient consulté leur médecin généraliste dans le mois précédant leur décès, et 32 % avaient eu un contact avec les services de santé mentale dans l'année précédente (Luoma et al., 2002 ; Stene-Larsen & Reneflot, 2019).

Ces données sont étrangères. Une donnée belge existe et va dans le même sens : 72 % des personnes hospitalisées pour tentative de suicide avaient consulté un médecin généraliste dans les trois mois précédents (Solidaris, 2025). Elle est mutualiste et ne couvre donc pas l'ensemble de la population. Aucun indicateur national ne mesure le repérage en première ligne. Ces données montrent qu'un point de contact avec la première ligne existe fréquemment avant une hospitalisation pour tentative de suicide. Elles ne permettent pas d'établir si un risque suicidaire était présent ou identifiable lors de ces consultations. Elles justifient en revanche de mesurer et d'outiller le repérage en première ligne.

5.2 Fragmentation du parcours de soins

Le système belge de santé mentale ne fonctionne pas comme un parcours. Il fonctionne comme une succession de portes sans couloir entre elles. Généralistes, psychiatres libéraux, services d'urgence, centres de santé mentale, équipes mobiles : chaque acteur intervient dans son périmètre, sans vision du parcours global du patient. Chacun reçoit. Personne ne suit le parcours dans son ensemble.

Ce défaut de coordination est aggravé par une discontinuité de nomenclature identifiée par le Dr Elisabeth Duchêne, psychiatre et relectrice de l'audit. Le code INAMI 109454 prévoit et finance une concertation pluridisciplinaire de 90 minutes sous supervision psychiatrique pour les patients de moins de 18 ans. Ce code n'a pas d'équivalent pour les patients adultes. Le système finance la coordination pour les mineurs et cesse de la financer au moment précis où le jeune adulte franchit la frontière administrative de la majorité. Or, comme le souligne le Dr Duchêne, la maturation du cortex

préfrontal, zone cérébrale du raisonnement, de la régulation émotionnelle et des fonctions exécutives, ne s'achève qu'entre 25 et 30 ans. La transition 18-25 ans est une période clinique et développementale spécifique, donc la discontinuité administrative à 18 ans mérite d'être interrogée.

Trois dispositifs manquent à ce circuit de soins : un dossier de santé mentale partagé et interopérable, une obligation légale de transmission entre un service d'urgence et le suivi ambulatoire, un mécanisme de signalement quand une personne disparaît d'un parcours de soin. Le patient peut sortir des urgences un soir et ne plus exister nulle part le lendemain matin.

Cette fragmentation est documentée et n'a pas été corrigée. La réforme des soins de santé mentale engagée en 2010 visait le passage d'une organisation hospitalo-centrée à des soins intégrés et territoriaux. Elle a produit un effet mesuré : le nombre de journées d'hospitalisation en psychiatrie est passé de 789 pour 1 000 habitants en 2010 à 550 en 2021. Deux indicateurs que le KCE attendait de voir diminuer sur la même période n'ont pas reculé. Le pourcentage de passage aux urgences pour un problème social, mental ou psychologique est resté stable, de 1,5 % à 1,6 %. Les hospitalisations sous contrainte sont passées de 7,1 à 9,4 pour 10 000 habitants. Le KCE conclut que la continuité des soins s'est détériorée (KCE, rapport 376B, 2025). Les soins ont quitté l'hôpital. La coordination n'a pas suivi.

Dans ce vide, c'est la famille qui coordonne. Pas parce qu'elle en a la compétence. Pas parce qu'elle en a le mandat. Mais parce que personne d'autre n'est mandaté pour le faire. J'ai assuré seule, pendant dix-huit ans, la coordination d'un parcours de soins à travers ce système, sans mandat et sans statut : transmission de l'historique à chaque nouvel intervenant, rappel des épisodes antérieurs à chaque admission, recherche des places disponibles. Deux de ces admissions ont eu lieu dans des établissements distincts, sans transmission de dossier de l'un à l'autre. Le second service a évalué comme un premier épisode une crise qui n'en était pas un. Cette réadmission survenue dans un autre établissement est précisément ce que l'indicateur MH-11 du KCE ne comptabilise pas.

Ces faits n'ont pas valeur de preuve statistique ; ils documentent une défaillance que les données institutionnelles et la littérature confirment par ailleurs.

Chaque institution voit un épisode. Aucune ne voit le tout.
Quand le parcours se fragmente, la famille devient
la mémoire, le relais et parfois le fil continu.

5.3 Inadéquation entre le système de santé mentale et l'urgence suicidaire

La Belgique compte environ 1,7 psychiatre pour 10 000 habitants, avec des disparités régionales importantes et une disponibilité clinique effective limitée. Dans plusieurs pays européens, la densité de psychiatres varie fortement, illustrant que la capacité d'accès aux soins dépend autant de l'organisation des services que du nombre de professionnels.

Le KCE chiffre la réalité belge avec précision : 1,7 psychiatre pour 10 000 habitants en 2021, contre 2,1 en moyenne dans l'UE-14 et des disparités régionales qui révèlent une répartition inégale de l'offre de soins : 3,3 psychiatres pour 10 000 habitants à Bruxelles, contre 1,5 en Flandre et 1,6 en Wallonie. La densité de psychologues cliniciens remboursés reste faible en Belgique (2,5 pour 10 000 habitants en 2022), et seule une minorité des professionnels agréés est effectivement enregistrée auprès de l'INAMI (KCE. Report 376B, 2025).

Ces densités mesurent un effectif disponible sur le papier. L'accès réel dépend en outre de l'organisation des services et de la disponibilité clinique, que ces chiffres ne mesurent pas.

Aujourd'hui, le délai de trois à six mois pour accéder à un psychiatre est fréquemment rapporté par les professionnels et les associations sans qu'une source publique permette d'en établir la mesure. La Cour des comptes (2024) constate précisément que les délais d'attente ne peuvent être appréciés à un niveau agrégé, faute d'enregistrement généralisé chez les opérateurs. Ce délai circule donc comme une estimation professionnelle partagée. Le cas traceur donne à ce délai une valeur observée : trois

ans entre une admission hospitalière consécutive à une crise et le premier contact avec un psychiatre, en Wallonie, dans une zone urbaine dotée d'une offre. Ce délai n'a pas été mesuré par un dispositif. Il ne figure dans aucun dossier. Il a été reconstitué parce qu'un proche en tenait la trace. Ce délai, aucun système ne l'enregistre et il ne peut dès lors faire l'objet d'un objectif d'évaluation et d'un ajustement aux besoins.

Les seules données mesurées disponibles sont flamandes : 41 jours entre l'inscription et le premier contact en face à face avec un centre ambulatoire de santé mentale, et 48 jours entre le premier et le deuxième contact (KCE, rapport 376B, indicateur MH-3, données 2022). Aucune donnée publique équivalente n'existe pour la Wallonie. Aucun délai n'y est garanti, aucun indicateur de résultat n'y est fixé, alors que plusieurs pays européens ont arrêté un objectif d'un à trois mois pour un premier contact.

Pourtant, la période post-tentative est reconnue, dans la littérature internationale, comme la fenêtre de risque la plus critique et la plus négligée. La recommandation britannique relative au « self-*harm* », qui couvre explicitement les tentatives de suicide, fixe ce délai à 48 heures à compter de l'évaluation psychosociale lorsque des préoccupations de sécurité persistent (NICE, NG225, recommandation 1.10.2, 2022). Dans ce contexte, des délais d'accès de plusieurs mois aux soins spécialisés sont difficilement compatibles avec la gestion clinique des états suicidaires actifs.

Ces délais ne résultent pas uniquement d'un manque de moyens ou de professionnels de santé. Ils sont le reflet de certains choix organisationnels : absence de filières psychiatriques distinctes des urgences, insuffisance des mesures de revalorisation pour répondre aux difficultés d'attractivité de la profession de psychiatre, absence de mécanisme d'orientation prioritaire pour les états suicidaires actifs.

Malgré une amélioration récente de l'accès aux soins psychologiques, la capacité réelle du système reste limitée : une faible proportion de psychologues est intégrée au dispositif remboursé, les délais d'attente ne sont pas mesurés de manière nationale et la continuité des soins s'est détériorée. L'absence de systèmes de données intégrés empêche toujours le suivi complet des parcours et le pilotage efficace des soins de santé mentale. (KCE. Report 376B, 2025).

Le décret wallon du 10 janvier 2024 vise à renforcer l'organisation, la coordination et le pilotage stratégique de la santé mentale en Wallonie. Bien qu'il s'inscrive dans une volonté de consolidation du secteur, il ne contient toutefois pas de réponse structurelle explicite aux difficultés d'attractivité de la profession de psychiatre, notamment en matière de pénurie, de charge professionnelle ou de financement de la coordination clinique.

Willems et al. (2025) concluent que des mesures politiques sont nécessaires pour relever plusieurs défis contemporains, notamment l'attraction, le recrutement et la rétention du personnel qualifié en santé mentale, l'amélioration de l'équité des rémunérations entre institutions et professions, ainsi que le renforcement de domaines critiques, tels que la psychiatrie médico-légale, transculturelle et de transition.

Les difficultés d'attractivité de la psychiatrie ne peuvent être dissociées des conditions d'exercice du métier. Une méta-analyse récente montre qu'environ un tiers des psychiatres présentent un syndrome d'épuisement professionnel, soulignant les enjeux de rétention et de soutenabilité de la profession (Johnson et al., 2025).

L'inadéquation entre le système de santé mentale et l'urgence suicidaire ne résulte pas d'un seul facteur. Elle résulte d'une combinaison de difficultés touchant à la disponibilité des psychiatres, à l'accès aux psychologues, à l'organisation des filières de soins, à la coordination des acteurs, à la formation des intervenants de première ligne et à l'évolution des ressources humaines du secteur. Cette question concerne également les professions qui assurent la première évaluation, l'accompagnement et la continuité des soins. Dans de nombreuses situations, les médecins généralistes, psychologues, enseignants, éducateurs, policiers, ambulanciers, infirmiers et personnels

des services d'urgence constituent souvent les premiers points de contact avec les personnes en crise. Parmi ces professions, seule la médecine générale dispose aujourd'hui d'un dispositif de formation continue assorti d'un mécanisme d'accréditation. La recommandation R6 s'y limite pour cette raison. L'extension aux autres professions de première ligne suppose des vecteurs de formation distincts, qui n'ont pas été examinés dans le cadre du présent audit.

Ces difficultés ne concernent pas uniquement les ressources disponibles. Elles interrogent la capacité du système à coordonner les acteurs, à suivre les parcours, à évaluer les dispositifs existants et à ajuster son action sur la base de résultats objectivés.

La Cour des comptes (rapport 2024) a souligné la multiplicité des acteurs impliqués dans la santé mentale wallonne et a consacré un audit spécifique à l'effectivité de la prise en charge extrahospitalière spécialisée. Il illustre la nécessité croissante de documenter l'existence des dispositifs, leur effectivité réelle, leur coordination et leur capacité de réponse dans un contexte de dégradation des indicateurs de santé mentale. Le système de santé mentale demeure partiellement organisé selon une temporalité administrative et institutionnelle qui reste difficilement compatible avec la temporalité propre des crises suicidaires, lesquelles se jouent souvent en quelques heures, quelques jours ou quelques semaines.

L'objectif d'un système de prévention n'est pas de supprimer tout risque suicidaire, ce qui serait irréaliste, mais de réduire les ruptures évitables, d'améliorer la continuité des parcours et d'augmenter les opportunités d'intervention.

5.4 Invisibilité institutionnelle des familles

Les proches d'une personne en grande fragilité psychique constituent le premier filet de sécurité informel, mais ils ne sont ni reconnus, ni formés, ni soutenus suffisamment par le système. Leur épuisement est un facteur direct d'interruption de soins. Les tentatives répétées exposent les proches, et particulièrement les parents qui assurent la veille et la continuité, à un risque majeur d'épuisement. Cet épuisement peut à son tour compromettre leur capacité à maintenir la continuité informelle sur laquelle le système s'appuie.

Les familles ne sont pas intégrées au plan thérapeutique, sauf exception. Un dispositif structuré de soutien et de formation des proches aidants en santé mentale n'existe pas. Le secret médical, légitime dans son principe, est parfois opposé aux familles de manière contre-productive, dans des situations où leur information aurait pu changer le cours des événements. Cette fonction est documentée hors du parcours examiné. Le fondement scientifique du troisième Plan d'action flamand de prévention du suicide attribue aux proches un rôle dans l'identification du risque et dans la mise en sécurité de la personne, et relève que l'intention suicidaire est fréquemment communiquée à l'entourage avant le passage à l'acte. La quatrième stratégie du même plan en fait un point d'attention transversal, sans reconnaissance formelle ni financement dédié. Le cas traceur documente cette opposition à un moment précis. À l'issue d'une admission en urgence, la demande d'un maintien en observation, formulée par le proche qui avait connaissance des épisodes antérieurs, a été écartée au motif de la majorité de la personne concernée. L'information détenue par la famille n'a pas été recueillie, ni versée au dossier, ni contredite : elle a été tenue hors du champ de la décision. La sortie a eu lieu le jour même, sans suivi.

Le Dr Elisabeth Duchêne soulève à cet égard une question que le présent audit ne tranche pas. L'article 422 bis du Code pénal prévoit la sanction de quiconque s'abstient de venir en aide à une personne exposée à un péril grave. L'articulation de ce devoir avec le secret professionnel relève de l'appréciation du juge et de la doctrine. Le présent audit n'a pas qualité pour en établir l'état, et n'a pas identifié de texte qui la règle pour les patients majeurs en état suicidaire actif.

La proposition que formule le Dr Duchêne est clinique, et elle relève de sa compétence. Le discernement et la capacité d'autodétermination ne sont pas des notions absolues ni constantes,

même chez des adultes en possession de leurs moyens psychiques. L'ambivalence, la destructivité et les conflits de loyauté relèvent d'un fonctionnement psychique dont une partie échappe à la conscience du patient lui-même. Reconnaître un adulte comme capable de discernement ne suffit pas à établir qu'il est en mesure de protéger sa propre vie dans un état suicidaire actif.

Le présent audit ne conclut pas sur le régime applicable. La matière relève du Code pénal et du secret professionnel, donc de la compétence fédérale. La question est dès lors adressée au législateur fédéral : « à *quelles conditions l'information détenue par un proche peut-elle être recueillie et versée à la décision médicale, lorsque le patient majeur se trouve en état suicidaire actif ?* »

Exclure les familles de l'information au nom du secret médical tout en comptant sur elles comme filet de sécurité est une contradiction que le système ne peut plus se permettre.

5.5 Absence de protocole post-tentative obligatoire

C'est la cause racine la plus documentée et la plus corrigible. Après une tentative de suicide, aucun protocole national obligatoire ne garantit que le retour à domicile soit assorti d'un plan de suivi structuré. Le cas traceur porte sur cinq admissions consécutives à une crise suicidaire, réparties sur dix-huit ans. Aucune n'a donné lieu à un contact de suivi dans les jours suivant la sortie. Aucune n'a déclenché de protocole d'escalade en raison de la répétition. Chaque admission a été traitée comme un événement isolé, parce que le système ne disposait d'aucun moyen de la rattacher aux précédentes. Le compte de ces admissions n'a existé que dans la mémoire de la famille.

La littérature internationale documente des réductions de récidive significatives après tentative, variables selon l'intensité du protocole. Les interventions de contact actif et de suivi, même brèves, lettres, appels téléphoniques, cartes postales, sont associées à une réduction du risque de récidive à douze mois (Inagaki et al., 2015). Les protocoles structurés à alliance thérapeutique précoce, de type ASSIP, atteignent une réduction d'environ 80 % sur 24 mois (Gysin-Maillart et al., 2016). L'effet protecteur est confirmé par les études de réplication, avec une amplitude qui varie selon les contextes organisationnels. ASSIP n'est pas une solution unique, il montre qu'un suivi structuré, bref et prolongé peut réduire significativement les récidives lorsqu'il est correctement implanté.

À ce défaut de continuité s'ajoute une limite structurelle du dispositif de remboursement. Comme le relève le Dr Duchêne, le système INAMI prévoit 10 séances pour le soutien psychologique de première ligne et 20 séances pour le traitement psychologique de première ligne. Ces plafonds restent insuffisants pour garantir un suivi de qualité après une tentative de suicide, a fortiori lorsque la complexité du psychisme relève de trajectoires longues et de causalités multiples. Cette limitation n'est pas un ajustement budgétaire neutre : elle conditionne la durée du soin à une contrainte comptable, pas à une réalité clinique.

Aucune obligation légale de contact dans les 48 heures n'existe en Belgique après une sortie d'urgence consécutive à une tentative de suicide. Aucun référent unique n'est désigné pour assurer la continuité. Les passages répétés ne déclenchent pas de manière systématique de protocole d'escalade ou de coordination renforcée au niveau du système.

Les données disponibles proviennent des mutualités socialistes. En 2023, plus d'une personne sur deux (52 %) hospitalisée pour une tentative de suicide n'a eu aucun contact avec un psychiatre, ni dans les trois mois précédents, ni dans les trois mois suivants (Solidaris, 2025). Deux indicateurs complètent ce constat. 17,6 % des admissions en psychiatrie donnent lieu à une réadmission dans les trente jours au sein du même hôpital, taux le plus élevé à Bruxelles avec 23,2 %, contre 17,2 % en Wallonie et 17,1 % en Flandre ; le KCE conclut que la continuité des soins s'est détériorée (KCE, rapport 376B, indicateur MH-11, données 2021). Le KCE précise que la Belgique n'utilise pas d'identifiant unique du patient. Une personne réadmise dans un autre établissement n'est pas

comptabilisée comme une réadmission. Une personne hospitalisée successivement dans deux hôpitaux différents n'apparaît donc dans aucun indicateur de continuité.

D'autre part, 14,5 % des personnes hospitalisées pour tentative en 2024 l'avaient déjà été pour ce motif l'année précédente, contre 9,2 % en 2014 (Solidaris, 2025). La récidive mesurée a augmenté de près de 60 % en dix ans, sur le seul segment que le système sait compter.

En 2024, l'Unité de recherche sur le suicide de l'Université de Gand a enregistré le trajet de soins décidé à la sortie pour 691 personnes adultes admises après une tentative de suicide. Un trajet ambulatoire a été proposé dans 21,5 % des cas et une prise en charge résidentielle dans 75,7 % ; 31,2 % des personnes ont passé au moins une nuit en psychiatrie d'urgence. Pour 3,2 % des personnes, aucun trajet de soins ambulatoire ou résidentiel n'a été enregistré à l'issue de l'admission : 2,5 % de sorties sur avis, 0,5 % de sorties contre avis et 0,2 % de retours vers une institution d'origine. Les catégories ne sont pas exclusives.

Deux autres résultats méritent d'être versés au dossier. D'une part, sur 802 personnes interrogées après une tentative, 57,9 % souhaitaient un accompagnement ultérieur, 33 % s'y disaient neutres et 9,1 % n'en souhaitaient aucun. La disposition à accepter un suivi n'est donc ni acquise ni marginale : elle est la variable que tout protocole post-tentative doit travailler, et elle n'existe nulle part dans les données wallonnes et n'est pas suivie d'effet mesuré en Flandre. D'autre part, sur 895 personnes dont les antécédents ont pu être documentés, 59,5 % avaient déjà fait une tentative, dont 13,4 % quatre fois ou davantage, et 37,7 % des tentatives antérieures avaient eu lieu dans les six mois précédents.

Ces données décrivent ce qui a été décidé à la sortie, non ce qui a effectivement eu lieu ensuite : l'enregistrement s'arrête à la porte de l'hôpital. Le dispositif flamand documente donc l'orientation, pas la continuité. C'est déjà infiniment plus que ce dont dispose la Wallonie, où ni l'une ni l'autre ne sont mesurées. Les deux régions se rejoignent, car aucune des deux ne sait si une orientation proposée a été suivie d'effet. La Flandre peut poser la question, parce qu'elle dispose du point de départ. La Wallonie ne le peut pas.

L'absence de protocole post-tentative est identifiée, partiellement mesurée, publiée. Elle ne fait toujours pas l'objet d'une correction méthodique à l'échelle du système.

6. Deuil après suicide : une réalité institutionnellement ignorée

Le deuil consécutif à un suicide présente des caractéristiques cliniques distinctes du deuil ordinaire, documentées par la littérature clinique et scientifique internationale. En Belgique, il n'existe aucun dispositif national spécifique de prise de contact et d'orientation des proches endeuillés par suicide.

6.1 Spécificité clinique

Les proches endeuillés par suicide présentent une charge psychique distincte du deuil ordinaire, documentée par la littérature internationale. Sveen et Walby (2008), dans une revue systématique de 41 études, établissent que ces proches rapportent des niveaux significativement plus élevés de rejet, de honte, de stigmatisation, de besoin de dissimuler la cause du décès et de blâme, comparativement aux personnes endeuillées par d'autres causes. La même revue ne retient pas de différence significative avec les autres endeuillés pour la santé mentale générale, la dépression, l'anxiété ou les symptômes post-traumatiques. La spécificité que cette revue établit porte sur des variables qui ont une conséquence organisationnelle directe. La honte et la dissimulation réduisent la probabilité qu'une personne endeuillée entreprenne seule une démarche de soutien. Le surrisque suicidaire, lui, procède d'une autre littérature qui compare les endeuillés par suicide à des personnes non endeuillées. Pitman et al. (2014) situent ce surrisque entre 1,6 et 2,5 selon la nature du lien au défunt, pour l'ensemble des personnes endeuillées par suicide. Les travaux portant spécifiquement sur la transmission familiale retiennent un facteur de deux à trois pour la descendance d'une personne décédée par suicide (Calderaro et al., 2022). Les deux ordres de grandeur portent sur des populations distinctes, la seconde étant la plus exposée.

Ces études internationales montrent qu'un antécédent de suicide dans la famille constitue un facteur de vulnérabilité significatif. Le surrisque de suicide varie selon le lien au défunt et atteint un facteur de deux à trois dans la descendance d'une personne décédée par suicide. Cette transmission est multifactorielle, impliquant des facteurs génétiques, psychologiques et environnementaux. Une accumulation d'événements contribue à installer une familiarité avec le suicide comme issue possible en situation de détresse.

Ces caractéristiques font du deuil après suicide un enjeu de santé publique à part entière. Ne pas le traiter comme tel, c'est alimenter le cycle suivant de vulnérabilités.

6.2 Postvention en Belgique

Il n'existe en Belgique aucun protocole national de prise de contact systématique des proches après un suicide. Les familles doivent elles-mêmes trouver un soutien dans un état de choc aigu, sans orientation ni accompagnement. Les hôpitaux ne disposent pas, de façon systématique, de cellule dédiée à l'accompagnement des proches endeuillés par suicide. Aucune formation spécifique standardisée au deuil par suicide n'est intégrée aux cursus des professionnels de santé. Les travaux de référence ne documentent pas davantage cette population : le rapport du KCE consacré à l'organisation des soins de santé mentale ne la traite pas (KCE, Report 376B, 2025).

Cette absence de dispositif d'orientation n'est pas nationale. Le troisième Plan d'action flamand de prévention du suicide consacre une de ses six stratégies à la postvention après un suicide et au soutien aux personnes endeuillées, adossée à un opérateur intégré depuis 2019 au Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie.

En Wallonie, la postvention reste une ressource que les familles doivent trouver elles-mêmes. Le cas traceur en donne la mesure du côté de la personne endeuillée. Aucun des services intervenus au moment du décès n'a transmis de coordonnées, de document d'information ou de nom d'association. La démarche est partie de moi, aux urgences d'un hôpital, trois semaines après le suicide de ma fille. Elle a abouti à une prise en charge un mois et demi après son décès, dans une structure spécialisée

que j'avais fini par identifier seule, puis à dix séances remboursées et à un contact mensuel, faute de disponibilité pour davantage. Ces ressources existaient depuis le premier jour. Aucun circuit institutionnel ne m'y a conduite.

Le Centre de Prévention du Suicide (CPS) propose des consultations psychologiques individuelles et familiales ainsi que des groupes de parole encadrés par deux psychologues spécialisés dans l'accompagnement du deuil après suicide. L'association « Un Pass dans l'impasse » dispose de 12 antennes de consultation en Wallonie et à Bruxelles dédiées à ce même accompagnement. Ces structures sont compétentes et disponibles. Mais elles sont structurellement invisibles : aucun hôpital, aucun médecin généraliste, aucun service d'urgence n'a l'obligation formelle d'en informer systématiquement les familles endeuillées. Aucun mécanisme n'oriente les familles vers ces ressources.

La visibilité de l'offre a fait l'objet d'un examen distinct par la Cour des comptes (2024). Celle-ci constate que les ressources d'information mises à disposition des citoyens et des professionnels restent partielles, limitées soit à une partie du territoire, soit à certains types de services. Elle constate qu'il n'existe pas de cadastre de l'offre de soins au sens prescrit par la réglementation, et que la cartographie disponible sur le portail de l'action sociale en Wallonie demeure incomplète et sans mise à jour permanente. Elle rappelle que le KCE formulait déjà, en octobre 2019, le constat d'une absence de données centralisées relatives à l'offre de soins de santé mentale en Belgique.
Le constat est donc posé par deux institutions distinctes, à cinq ans d'intervalle, sans qu'une correction soit intervenue dans l'intervalle.

6.3 Impact sur la chaîne de prévention

Les proches endeuillés par suicide constituent une population à risque documenté et un groupe cible essentiel pour la prévention du suicide (Pitman et al., 2016 ; Calderaro et al., 2022). Lorsqu'ils ne sont pas soutenus, leur vulnérabilité psychique augmente et peut se traduire par des troubles anxieux, dépressifs ou suicidaires, contribuant à une charge de morbidité largement sous-mesurée (Erlangsen et al., 2017).

À l'inverse, lorsqu'un accompagnement structuré est proposé, ces proches peuvent devenir des relais de prévention et de soutien. Une revue de la littérature regroupant 32 études montre que le soutien par les pairs réduit les symptômes de deuil et améliore le bien-être des personnes endeuillées par suicide (Bartone et al., 2019). Ce potentiel préventif ne relève pas seulement de la littérature internationale.

Une donnée belge l'objective. Parmi les personnes admises en Flandre après une tentative de suicide et chez qui les éléments de vie ont été documentés, 27,8 % rapportaient le décès ou la maladie grave d'un proche, et 14,5 % rapportaient qu'un proche significatif avait lui-même adopté un comportement suicidaire (Vancayseele et Portzky, 2025). Chez les personnes admises pour pensées suicidaires, cette proportion atteignait 16,3 %.

La population que l'audit décrit comme invisible n'est pas seulement une population endeuillée : elle est aussi retrouvée parmi les personnes prises en charge après une tentative de suicide.

Les proches endeuillés par suicide ne sont pas comptés, ils sont rarement orientés, et peu soutenus par le système. Quand ils le sont, c'est parce qu'ils ont cherché seuls en l'absence d'un mécanisme systématique d'orientation.

7. Réponses institutionnelles : modèles, acquis et contraintes structurelles

D'autres pays ont instauré des mécanismes répondant aux ruptures identifiées, ce que la Belgique n'a pas encore mis en œuvre de manière systématique. Ce n'est pas faute d'avoir essayé : la réforme psy 107 et, en Wallonie, le décret du 10 janvier 2024 témoignent de volontés politiques réelles. Cependant, l'organisation institutionnelle belge, compétences fragmentées entre le Fédéral, les Régions et les Communautés, dilue les responsabilités et limite la portée de chaque initiative prise isolément. Cette contrainte structurelle appelle une coordination délibérée entre niveaux.

7.1. Solutions mises en œuvre et transférables

Plusieurs pays ont opéré des transformations systémiques mesurables de leur système de prévention du suicide. Les résultats démontrent qu'une réduction significative des taux est possible sur des horizons de cinq à dix ans à condition d'investir de manière cohérente et coordonnée.

Dimension	Wallonie et Bruxelles	Modèles de référence
Registre national pseudonymisé des tentatives de suicide	Inexistant	Belgique : registre du cancer, protocole du 20 novembre 2017 Flandre : enregistrement EZO depuis 1998 France : réseau OSCOUR, arrêté du 24 juillet 2013
Instrument clinique d'accueil après tentative	Absent	Flandre : IPEO puis LOES, traduit en français et librement accessible
Recontact et suivi structuré après tentative	Non systématique	France : VigilanS, créé depuis 2015 Royaume-Uni : NICE NG225
Référent post-tentative	Absent	Flandre : case manager prévu au VAS III, entièrement à financer France : équipe VigilanS
Soutien aux aidants proches	Informel, non financé	Flandre : implication des proches, point d'attention transversal du VAS III, sans statut ni financement Australie : programme national LifeSpan
Formation médecins généralistes	Partielle : aucun module accrédité en français identifié	Flandre : plateforme SP-Reflex, modules accrédités INAMI.
Postvention et soutien deuil après suicide	Fragmenté et non structuré	Flandre : cinquième stratégie du VAS III Irlande : étude nationale et cadre de référence
Plan chiffré et évalué	Décret du 10 janvier 2024, plan stratégique non encore déployé	Flandre : trois plans successifs depuis 2006, objectifs chiffrés et suivis Australie, Royaume-Uni : plans décennaux chiffrés
Séquence de déploiement d'un dispositif national	Applicable	Belgique : CPVS, projet-pilote 2017, évaluation, loi du 26 avril 2024, treize centres

La France offre un précédent transposable, parce qu'il porte exactement sur la rupture que cet audit identifie comme la plus corrigible. Lancé en 2015 dans six territoires expérimentaux, le dispositif VigilanS organise une veille de six mois après une tentative de suicide : remise d'une carte ressource avec un numéro joignable en permanence, rappels téléphoniques, envoi de cartes postales aux

personnes injoignables ou en difficulté. Santé publique France, mandatée par la Direction générale de la Santé, en a évalué l'effet sur 23 146 patients, dont la moitié exposée au dispositif : 3 214 réitérations suicidaires dans le groupe exposé contre 5 014 dans le groupe non exposé, soit une diminution de 38 % du risque de réitération à douze mois, passage aux urgences, hospitalisation pour tentative ou décès par suicide confondus (Santé publique France, 2023)[6]. L'effet est observé quel que soit le sexe et qu'il s'agisse ou non d'une première tentative.

Ce que ce précédent établit n'est pas seulement l'efficacité d'un protocole. Il établit qu'un dispositif de recontact peut être déployé, évalué et généralisé sans réforme institutionnelle préalable, et qu'il produit sa propre donnée : la France sait aujourd'hui combien de personnes elle recontacte et ce que cela évite. En Belgique, je n'ai identifié aucun protocole dont les effectifs, la couverture et les résultats fassent l'objet d'une publication accessible.

Plusieurs précédents belges démontrent que le mécanisme institutionnel est faisable dans le cadre existant.

L'exercice a été mené en Belgique sur la prévention du suicide par une entité fédérée.

Le premier Plan d'action flamand de prévention du suicide (VAS I) a démarré en 2006. C'est dans ce cadre qu'a été introduit l'instrument clinique d'accueil après tentative, l'IPEO, devenu LOES en 2022.

Le deuxième plan (VAS II) portait l'objectif de réduire de 20 % la mortalité par suicide entre 2000 et 2020. Le nombre de suicides y a diminué de 26 % entre 2000 et 2018 et les tentatives enregistrées de 25,4 % entre 2000 et 2020. Un document parlementaire flamand souligne le caractère exceptionnel de ce résultat en comparaison internationale, la plupart des pays n'atteignant pas leur cible. Un nouvel objectif de réduction de 10 % a été fixé pour 2022-2030. Ces résultats ne peuvent être attribués au seul plan d'action, la mortalité par suicide dépendant de déterminants qui excèdent une politique sectorielle. Le même document rappelle que la Flandre compte encore près de trois suicides et vingt-six tentatives par jour, et que son taux demeure supérieur d'un tiers à la moyenne européenne. La condition de cette politique est la disponibilité des données. Elle a permis à la Flandre de fixer un objectif chiffré, d'en suivre l'exécution et de vérifier qu'il était atteint. Ces résultats démontrent que la mortalité par suicide n'est pas une fatalité. Elle dépend en partie de choix politiques et organisationnels mesurables.

Les Centres de Prise en charge des Violences Sexuelles (CPVS) ont été lancés en 2017 sous forme de projet-pilote dans trois villes[7]. L'UGent-ICRH a produit une évaluation scientifique au bout d'un an. Le modèle a été validé en 2020 par un comité national regroupant les instances fédérales, les experts et les représentants ministériels. Le gouvernement a décidé du déploiement national. La loi du 26 avril 2024 ancre juridiquement le fonctionnement des CPVS. Treize centres couvrent aujourd'hui le territoire.

La Belgique n'a pas besoin d'importer un modèle.
Elle a déjà inventé le mécanisme. Il lui reste à l'appliquer au phénomène suicidaire

[6] Ministère de la Santé et de la Prévention. *Le dispositif de recontact VigilanS.* https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-mentale/promotion-et-prevention/la-prevention-du-suicide/article/le-dispositif-de-recontact-vigilans

[7] Informations factuelles sur le modèle CPVS : Institut pour l'égalité des femmes et des hommes (IEFH), confirmées par le Dr Elisabeth Duchêne, qui souligne que la création des CPVS a radicalement changé la qualité et la continuité de la prise en charge, tant pour les professionnels que pour les patients.

7.2. Initiatives récentes et cadres normatifs

L'audit ne prétend pas que le système belge de santé mentale soit inactif. Plusieurs évolutions témoignent d'engagements institutionnels concrets.
Le décret wallon du 10 janvier 2024 organise la santé mentale et ses services actifs : plan stratégique quinquennal, renforcement du CRESAM, revalorisation budgétaire de 2,4 millions d'euros pour les psychiatres et les frais de fonctionnement. Ces moyens stabilisent les équipes existantes. Ils doivent toutefois être mis en perspective avec les coûts liés au phénomène suicidaire, que la Belgique supporte déjà sans être en mesure d'en établir le montant consolidé. La réforme psy 107, engagée en 2010, vise le passage d'une logique hospitalo-centrée à des soins intégrés et territoriaux.

Ces fondations existent. Ce que l'audit identifie, ce n'est pas l'absence de ressources, c'est leur invisibilité pour le citoyen, faute d'informations organisées par le système, de coordinations ou de partages d'expériences.

7.3 Limites et écarts constatés

Ces initiatives témoignent d'une volonté politique réelle, mais leur effet réel reste inégal :

- Le décret 2024 est récent et le plan stratégique n'est pas encore déployé. Son impact sur la continuité post-tentative ou le deuil reste à mesurer.
- Psy 107 a créé des réseaux, mais la fragmentation persiste : pas de dossier partagé obligatoire, pas de référent unique systématique, délais d'accès éloignés de la crise (trois-six mois pour un psychiatre) et absence de protocoles obligatoires post-tentative ou post-suicide, malgré les engagements. Le cas traceur documente cet écart du côté des usagers. Sur dix-huit ans et cinq admissions consécutives à une crise suicidaire, l'existence des équipes mobiles issues de la réforme psy 107 n'a jamais été signalée à la famille, ni par le service des urgences ni par les professionnels de première ligne. Un dispositif déployé et financé depuis 2010 n'a donc produit aucun effet sur le parcours, faute d'avoir été porté à la connaissance de la personne qui en assurait la continuité. Le dispositif relève du DO. Son absence d'effet relève du check : aucun indicateur ne mesure la notoriété d'une ressource ni le taux d'orientation vers elle. Son accès dépend de la connaissance préalable du citoyen.
- Le VAS III fixe un objectif chiffré et consacre une stratégie au suivi des chiffres et à l'évaluation du plan, mais les écarts qu'il mesure portent sur la mortalité et sur les tentatives suicidaires arrivées aux urgences. L'enregistrement s'arrête à la sortie de l'hôpital et repose sur la participation volontaire des établissements hospitaliers. Les endeuillés qui font l'objet de sa cinquième stratégie ne sont dénombrés nulle part.

L'audit montre un écart persistant entre l'intention et les effets mesurables sur les parcours de soins. Celui-ci n'est pas le signe d'un désengagement, il résulte de la fragmentation des compétences entre le Fédéral, les Régions et les Communautés. Ce que d'autres pays ont résolu par une décision nationale structurante (un registre national pseudonymisé des tentatives de suicide, un protocole de suivi, un référent, etc.), la Belgique doit le négocier à plusieurs niveaux de pouvoir simultanément, sans garantie de cohérence entre eux.

Les recommandations formulées dans ce document tiennent compte de cette contrainte : elles ciblent ce qui est réalisable à l'intérieur de cette organisation, sans attendre une réforme institutionnelle qui n'est pas à l'ordre du jour.

8. Ordre de grandeur économique estimé du phénomène suicidaire et mise en perspective budgétaire

Les défaillances documentées dans cet audit ne sont pas seulement un problème clinique et humain. Elles ont un coût économique réel, structurel et récurrent : un coût que la collectivité supporte déjà, sans en percevoir l'ampleur réelle ni disposer d'indicateurs consolidés permettant d'en mesurer le coût global.

La mortalité par suicide a légèrement diminué sur vingt ans en taux standardisé. Mais cette amélioration partielle masque ce que le système ne mesure pas : les tentatives, les récidives, le coût réel pour les familles. Sans registre national, on ne sait pas si la situation s'améliore vraiment ou si on ne voit que la partie visible de l'iceberg.

La Belgique dépense déjà. Elle ne sait pas combien.

8.1 Dépenses engagées et ordre de grandeur du fardeau économique du phénomène suicidaire

Le tableau ci-dessous ne constitue pas une estimation du coût total du phénomène suicidaire en Belgique. Il met en évidence une dépense éclatée entre plusieurs niveaux de pouvoir. Il reste impossible à ce stade d'obtenir un coût d'ensemble de ce phénomène.

Poste	Coût unitaire	Volume annuel	Montant par année	Supporté par
Décès par suicide : Ordre de grandeur du fardeau économique associé aux décès et dépenses effectivement engagées (Segar et al., 2024)	Environ 1,6 million €	1 762 décès en 2022	Environ 2,82Md € dont environ 2,23 milliards d'euros de valorisation monétaire du décès	La société dans son ensemble, quel que soit le niveau de compétences en la matière
Actes judiciaires consécutifs à un décès	Tarifs officiels de 2022 en cohérence avec l'année des décès (Circulaire ministérielle 131/9)[8]	Volume non enregistré par type d'acte	Non chiffrable en Belgique. En France : 2 604 euros pour une autopsie, pratiquée dans 43 % des décès par suicide, 57,50 euros pour une levée de corps, 278 euros pour une intervention de police (Segar et al.,2024	État fédéral, SPF Justice
Obsèques	Entre 4500 et 6000 € en moyenne. La moyenne française : 4322 euros (Segar et al.,2024)	1 762 décès en 2022	Entre 7,9 et 10,6 M€	Familles
Intervention de services de secours et de police	Non exprimé en euros	Non enregistré par motif	Non chiffrable	Communes via les zones de secours et de police et dotation fédérale

[8] Circulaire ministérielle 131/9 du 8 janvier 2022 relative à l'indexation des tarifs des frais de justice en matière pénale et des frais assimilés, *Moniteur belge*, 11 janvier 2022. https://etaamb.openjustice.be/fr/circulaire-du-08-janvier-2022_n2021043652.html

Passages aux urgences et hospitalisations après une tentative	Documenté	Non mesuré à l'échelle nationale	Non chiffrable	Collectivité : INAMI, hôpitaux
Charge supportée par les proches : arrêt de travail, recours aux soins	Non établi	Non dénombré	Non chiffrable	Proches, employeurs, INAMI
Prévention et postvention	Variable selon les dispositifs	Dispositifs recensés	1 M€ isolable pour un opérateur wallon, total non chiffrable	AVIQ, conventions INAMI, Wallonie et Fédération Wallonie- Bruxelles, subventions associatives

Le phénomène suicidaire a une incidence économique réelle, mais son coût n'est pas mesuré dans son ensemble en Belgique. Les données disponibles portent sur des fragments du phénomène répartis entre plusieurs niveaux de pouvoir. Elles ne permettent pas de déterminer ce que coûtent ensemble les suicides, les tentatives de suicide et leurs conséquences.

Certaines charges sont pourtant identifiables. Les frais funéraires peuvent être estimés entre 7,9 et 10,6 millions d'euros par an. Le cas traceur fournit un montant unitaire vérifiable : 4 648 euros de frais funéraires pour une crémation, à charge de la famille. Rapporté aux 1 762 décès de 2022, il situe l'estimation retenue ci-dessus. Aucune administration ne collecte cette donnée.

En Wallonie, environ un million d'euros par an a pu être isolé pour un opérateur spécialisé, couvrant à la fois la prévention, l'accompagnement des personnes suicidaires et le soutien aux proches endeuillés par suicide. Aucun montant total n'a pu être identifié dans le cadre de cet audit.

D'autres dépenses existent et ne font actuellement l'objet d'aucune consolidation permettant d'en connaitre le montant à l'échelle nationale : interventions des services de police et de secours, actes judiciaires, passages aux urgences, hospitalisations après une tentative et conséquences supportées par les proches. Elles sont engagées, exécutées et payées, mais ne sont rassemblées nulle part. Le cas traceur permet d'en énumérer une partie sur un seul parcours : cinq interventions d'ambulance et cinq passages aux urgences, dont plusieurs suivis d'une hospitalisation, une intervention conjointe des services de secours, trois périodes d'incapacité de travail indemnisées, un suivi psychiatrique des proches endeuillés et des frais funéraires. Chacun de ces actes a été engagé, exécuté et payé. Ils relèvent des familles, de plusieurs financeurs et de plusieurs niveaux de pouvoir. Aucun ne les rattache au phénomène suicidaire, de sorte qu'aucun total n'existe pour un parcours dont chaque ligne, prise isolément, est pourtant comptabilisée.

La seule estimation économique disponible pour la Belgique porte sur des données de 2015 et ne couvre que les pertes de production liées aux décès survenus à l'âge de travailler (1395 décès en 2015 soit 24 489 années potentielles de vie productives perdues. Łyszczarz, 2021). Elle exclut les tentatives, les soins, les coûts médico-légaux et les conséquences pour les proches. Son périmètre et son ancienneté suffisent à mesurer l'état de la connaissance disponible.

Cette absence de mesure oblige à rechercher un ordre de grandeur à partir de données étrangères. En France, Segar et al. (2024) estiment le coût et le fardeau économique associés aux suicides et aux tentatives de suicide en 2019 à 18,5 milliards d'euros pour 11 558 décès par suicide, et 5,4 milliards d'euros pour les tentatives. Ces deux montants agrègent ensemble 641 millions d'euros de coûts directs, 7,3 milliards de coûts indirects et 15,97 milliards correspondant à la valorisation monétaire du décès et du handicap, soit un total de 23,9 milliards d'euros. Les auteurs précisent que le montant global comporte certains doubles comptages et qu'il ne peut être assimilé à une dépense budgétaire consolidée. Rapporté au nombre de décès retenus par les auteurs pour la France en 2019, ce montant donne le coût moyen par suicide : 1 600 057 euros (Segar et al.2024, tableau 2). L'article donne la

structure du montant pour les seuls suicides : 0,4 % de coûts directs, 20,5 % de coûts indirects, 79,1 % de valorisation du décès et du handicap. Appliqué aux 1 762 décès par suicide enregistrés en Belgique en 2022 (dernière année disponible), il conduit à un ordre de grandeur de 2,82 milliards d'euros :

- environ 11 millions d'euros de coûts directs, soins et frais post mortem confondus,
- environ 578 millions d'euros de pertes de production, qui sont une perte économique réelle,
- environ 2,23 milliards d'euros de valorisation monétaire du décès, qui n'est pas une dépense.

Faute de données nationales belges unifiées, cet ordre de grandeur ne peut être ni confirmé ni affiné. Une transposition équivalente n'est pas possible pour les tentatives de suicide. Elle supposerait un décompte belge des tentatives, dont l'absence constitue précisément l'une des ruptures constatées dans le présent audit.

L'audit montre donc une absence de vue d'ensemble de dépenses déjà consenties. Le système finance les conséquences du phénomène à différents endroits sans pouvoir déterminer ce qu'elles coûtent globalement, comment cette charge se répartit entre acteurs ni quelle part pourrait être réduite par une prévention/postvention plus efficace et une meilleure continuité des soins.

Cette fragmentation constitue une limite de pilotage et d'évaluation de l'efficience du système de santé mentale face au phénomène suicidaire. Sans vision transversale des coûts et des résultats, il devient impossible d'éclairer les arbitrages budgétaires et de coordonner les moyens financiers entre niveaux de pouvoir.

Le présent document n'établit pas le coût des mesures qu'il recommande. Cet exercice relève de l'autorité qui la décide et la finance.

1 762 décès. Un ordre de grandeur de 2,82 milliards d'euros pour le fardeau économique associé aux décès et à leur valorisation monétaire. Aucun chiffre pour les dizaines de milliers de tentatives, à défaut de décompte.

Sans registre national et sans comptabilité nationale unifiée du coût du suicide, des tentatives et de leurs effets sur les proches, la Belgique ne connaît pas le prix réel de ses propres ruptures.

L'imprécision du chiffre devient ainsi, en elle-même, un argument en faveur de la première recommandation de ce document : la création d'un registre national pseudonymisé des tentatives de suicide.

.

8.2 Évaluations économiques disponibles du phénomène suicidaire

Les évaluations économiques disponibles ne livrent pas un ratio unique de retour sur investissement pour la prévention ou pour la postvention du phénomène suicidaire : les résultats varient selon les populations, les coûts retenus et l'horizon temporel d'analyse.

Les travaux britanniques consacrés à la prévention en santé mentale concluent néanmoins à l'existence d'un argument économique favorable à plusieurs interventions, sans permettre d'en déduire un ratio transposable au contexte belge (McDaid et al., 2022 ; Masters et al., 2017).

Dans le champ plus spécifique de la prévention du suicide, les évaluations mobilisées dans cet audit portent le plus souvent sur des indicateurs intermédiaires. En Australie, le programme LifeSpan, évalué par essai randomisé en grappes dans quatre territoires de Nouvelle-Galles du Sud, a été associé à une diminution de 13,8 % des présentations hospitalières pour automutilation pendant la période

d'intervention. Aucun effet statistiquement significatif sur le taux de suicide n'a toutefois été démontré (Shand et al., 2025).

L'évaluation la plus directement en lien avec la rupture de continuité après une tentative identifiée dans le présent audit est celle du dispositif français VigilanS.
Ce dispositif de veille et de recontact post-hospitalier a été évalué de 2015 à 2017. Un groupe de 11 573 patients VigilanS a été comparé à un groupe de 11 573 patients témoins, non exposés au dispositif VigilanS. Pour assurer la comparabilité des deux groupes, les patients non exposés ont été tirés au sort dans la base du SNDS et appariés aux patients VigilanS (1 patient exposé pour 1 patient non exposé) sur la base d'un score de propension. Une analyse de survie a été conduite. Les résultats montrent une diminution de 38 % du risque de réitération suicidaire (passage aux urgences ou hospitalisation pour tentative de suicide ou décès par suicide) dans les 12 mois suivant leur tentative de suicide chez les patients VigilanS en comparaison au groupe de patients non exposés. L'évaluation médico-économique estime qu'un euro investi permettrait d'éviter deux euros de coûts de santé (Broussouloux et al., 2023). Ce résultat suppose une condition que la Belgique ne remplit pas : l'enregistrement des tentatives prises en charge, sans lequel aucun groupe de comparaison ne peut être constitué.

Un autre élément mérite d'être présenté parce qu'il est belge. La Flandre conduit une politique de prévention du suicide adossée à des objectifs de santé chiffrés depuis 2006. Le troisième plan (VAS III)[9] a été présenté dans ses grandes lignes le 19 novembre 2021 lors de la Conférence de santé sur la prévention du suicide, puis approuvé en 2023 par le Gouvernement flamand et le Parlement flamand. Il porte l'objectif actuel : diminuer de 10 % le nombre de suicides entre 2020 et 2030. Le VAS III s'articule en six stratégies : prévention auprès de la population générale ; développement des compétences des professionnels et personnes-clés ; prévention auprès des groupes vulnérables ; prévention auprès des personnes suicidaires et soutien aux proches ; postvention après un suicide et soutien aux endeuillés ; recherche, monitoring des chiffres et évaluation du plan. Les actions envisagées sont à évaluer selon des critères médico-économiques, en complément de l'évidence scientifique et de la faisabilité.

Ce point met en évidence une difficulté propre à un système à compétences partagées : le niveau de pouvoir qui finance la prévention ou la postvention n'est pas nécessairement celui qui bénéficie des économies produites. Une hospitalisation évitée, un arrêt de travail évité ou un recours moindre aux soins peuvent bénéficier à différents acteurs, notamment au Fédéral, aux organismes assureurs et aux employeurs, tandis que l'investissement incombe majoritairement aux Régions. Cette dissociation des flux financiers complique l'arbitrage des politiques publiques.

8.3 Mise en perspective budgétaire

Face à une proposition d'investissement en santé mentale, la réaction politique immédiate est souvent : « *Nous n'avons pas les moyens* ». Deux mises en perspective permettent d'examiner cette objection. La première porte sur les ordres de grandeur des dépenses engagées. La seconde, plus déterminante, porte sur les coûts que l'État accepte de calculer.

La Belgique sait calculer le coût social d'une mort évitable. Elle le fait chaque année pour une catégorie de décès et jamais pour une autre.

[9] https://zorg-en-gezondheid.be/system/files?file=2022-12/VAS_III.pdf

L'institut Vias actualise régulièrement l'estimation du coût des accidents de la route. En 2022, 540 personnes sont mortes sur les routes belges[10] et 1 762 par suicide, soit plus de trois fois. La même année, le coût social des accidents de la route a été estimé à près de 11 milliards d'euros, avec des coûts unitaires publiés par type de victime, soit environ 2 % du produit intérieur brut. Le calcul descend jusqu'à l'unité. Un décès sur la route est valorisé à 7 millions d'euros, un blessé grave à 700 000, un blessé léger à 70 000[11]. L'extrapolation française réalisée pour les décès par suicide présente un chiffre de 1,6 million d'euros pour un décès par suicide. Ces deux montants relèvent de méthodes différentes et ne sont pas additionnables. L'institut Vias applique une valeur de vie statistique, construite pour l'analyse coûts-avantages des mesures de sécurité routière. Segar et al. (2024) valorisent le fardeau de mortalité et de handicap à partir de données d'incidence. L'écart entre les deux valorisations unitaires tient à cette différence de méthode. Il mesure la distance entre un exercice budgétaire assumé et une extrapolation conduite faute d'exercice équivalent. Aucune valeur relative des vies n'en découle.

L'institut assume explicitement la portée de l'exercice : il précise qu'on ne peut moralement pas donner un prix à une vie humaine, et que ces estimations servent aux analyses coûts-avantages des mesures de sécurité routière. Ce chiffre n'est pas produit pour décrire un phénomène. Il est produit pour arbitrer des budgets.

Il n'existe pas d'équivalent pour le phénomène suicidaire belge. La seule évaluation belge existante, rappelée au point 8.1, ne porte que sur les pertes de production de 2015.

La Flandre a bien soumis les actions de son troisième plan à des critères médico-économiques. Cet exercice compare des interventions entre elles ; il n'établit pas ce que la mortalité par suicide coûte à la collectivité.

Faute d'un tel instrument de mesure, l'analyse coûts-avantages que la sécurité routière conduit depuis des années reste hors d'atteinte en prévention et postvention du phénomène suicidaire.

Les accidents de la route ne sont pas le seul phénomène dont la Belgique établit régulièrement le coût. La congestion routière fait l'objet d'une estimation annuelle, chiffrée à environ 5 milliards d'euros de pertes économiques (Belgian Mobility Dashboard, FEB et FEBIAC). Elle porte sur des heures perdues et des retards de livraison, sans décès ni blessés.

La Belgique produit donc chaque année une estimation du coût social de ses accidents de la route et dispose d'une estimation du coût de ses embouteillages réalisée par deux fédérations privées. Elle n'en produit aucune pour la mortalité par suicide.

L'objectif n'est pas de comparer la valeur de politiques publiques de nature différente, mais de mettre en perspective les ordres de grandeur budgétaires et les marges d'action disponibles.

La Belgique sait ce que lui coûtent ses accidents de la route et jusque ses embouteillages. Elle ne sait toujours pas ce que lui coûte le phénomène suicidaire.

[10] Vias institute (2023). Rapport statistique 2023, Accidents de la route 2022. Données Statbel. https://www.vias.be/publications/Statistisch%20rapport%202023/Rapport%20statistique%202023.pdf

[11] Vias institute. (2024, 17 novembre). *Les accidents de la route coûtent chaque année 11 milliards à notre pays* https://www.vias.be/fr/newsroom/les-accidents-de-la-route-coutent-chaque-annee-11-milliards-a-notre-pays/

9. Recommandations concrètes aux décideurs politiques

Ces recommandations s'inscrivent dans des niveaux de compétence distincts. Certaines relèvent directement de la décision wallonne, dans le cadre du décret du 10 janvier 2024 modifiant le Code wallon de l'Action sociale et de la Santé en matière de santé mentale. D'autres supposent une concertation avec le niveau fédéral (SPF Santé publique, INAMI) ou la Communauté française. La Wallonie dispose déjà d'équipes mobiles de crise issues des projets 107, de maisons de soins psychiatriques, de centres de santé mentale et de centres de prévention du suicide. Ces dispositifs constituent des fondations réelles. Ce que ce document identifie, ce sont les ruptures de coordination et de visibilité entre ces fondations, et non l'absence de ressources humaines. Les autorités compétentes pour chacune des six recommandations sont nommées sous les tableaux d'indicateurs de la section 9.1.

R1 : Créer un registre national pseudonymisé des tentatives de suicide

La Belgique ne dispose d'aucun registre national obligatoire des tentatives de suicide. Les données existantes ne capturent qu'une fraction du phénomène et ne sont pas reconstituables à partir du document qui les publie. L'indicateur MH-5 du rapport de performance en donne la mesure. Sa définition porte au numérateur les passages aux urgences pour un problème de santé mentale, un problème social ou une tentative de suicide. Le rapport le publie sous le seul intitulé du motif social, mental ou psychologique, à 1,6 % des admissions pour 2021, et ne comporte aucun décompte de tentatives. La part qui leur revient dans ce pourcentage ne peut donc être établie à la lecture du rapport (KCE, rapport 376B, 2025, tableau 23, données 2021). La documentation technique de l'indicateur, publiée séparément par le KCE, établit ce décompte : 5 604 admissions signalées pour tentative de suicide en 2021, soit 0,16 % du total (KCE, fiche de documentation MH-5, 2024). La donnée est donc produite. Elle ne figure pas dans le document par lequel la Belgique évalue la performance de son système de santé.

La création d'un registre devrait être conçue dès l'origine avec des garanties de pseudonymisation, de minimisation des données collectées et de conformité au RGPD, afin de permettre le pilotage sans exposer les personnes concernées. L'objection tirée de la protection des données a déjà été examinée dans le contexte wallon. L'Autorité de protection des données, dans son avis n° 274/2022 du 21 décembre 2022, retient que le suivi du parcours des usagers entre institutions de soins en santé mentale suppose des données pseudonymisées et non anonymisées, l'anonymisation excluant précisément la possibilité d'établir qu'une même personne a été prise en charge par plusieurs opérateurs. La Cour des comptes s'est ralliée à cet avis (2024).

Un élément de faisabilité est déjà acquis sur données belges. L'appariement entre les données de soins et les événements suicidaires est techniquement réalisable : Solidaris (2025) le pratique pour les tentatives de suicide de ses affiliés, en reconstituant leur recours aux soins avant et après l'hospitalisation. Aucun appariement équivalent n'existe en revanche entre la base des décès et les données de soins. Ce qui fait défaut, c'est le périmètre, qui reste mutualiste, et le caractère pérenne de la collecte.

Une entité fédérée enregistre déjà. La Flandre collecte depuis 1998 les tentatives de suicide prises en charge dans les services d'urgence. La collecte repose sur la participation volontaire des établissements et couvrait, en 2024, vingt-sept des soixante-sept hôpitaux généraux agréés. Elle s'arrête à la porte de l'hôpital : le trajet de soins décidé à la sortie y est enregistré, sans que le devenir de la personne le soit. Le dispositif flamand établit donc la faisabilité technique de l'enregistrement, sur un périmètre partiel et sans caractère obligatoire.

Un registre national pseudonymisé doit être créé, assorti d'un protocole de notification standardisé. Il doit être interopérable avec le système d'enregistrements hospitaliers existants et étendu à la médecine générale, qui ne fait l'objet d'aucun dispositif obligatoire de remontée pour ce phénomène.

La faisabilité d'un tel dispositif est documentée par un précédent récent. En France, la remontée des données de passage aux urgences vers l'autorité sanitaire nationale a fonctionné pendant neuf ans sur une base d'adhésion volontaire, jusqu'à ce qu'un arrêté ministériel de juillet 2013 en rende la transmission obligatoire[12] ; la couverture atteint aujourd'hui 93,3 % des passages. Ce résultat est obtenu grâce au réseau OSCOUR.[13] Enfin, l'arrêté de 2013 fait actuellement l'objet d'un projet de modification portant sur la fréquence de transmission des résumés vers l'échelon national, annoncé par une instruction ministérielle du 31 décembre 2025 : le dispositif est vivant et ajusté, ce qui est exactement le Check et l'Act qu'aucun dispositif ne prévoit à l'échelle nationale belge.

Le mécanisme institutionnel de création d'un registre national existe et fonctionne. Le protocole d'accord du 20 novembre 2017 entre l'Autorité fédérale et les entités fédérées organise les activités et le financement du registre du cancer[14]. Il fixe le financement annuel de base de la Fondation Registre du Cancer à 3 081 768 euros, indexé sur l'index santé, réparti entre l'INAMI (2 508 000 euros), la Communauté flamande (368 081 euros), la Région wallonne (133 333 euros), la Cocof (46 667 euros), la Commission communautaire commune (20 000 euros) et la Communauté germanophone (5 687 euros). La Communauté française est partie au protocole sans y contribuer financièrement, l'exercice de ses compétences en matière de politique de santé ayant été transféré à la Région wallonne et à la Cocof par le décret spécial du 3 avril 2014[15].

Le protocole organise également le cycle de pilotage : un plan d'action détaillé soumis pour approbation aux ministres compétents de chaque autorité avant le 1er octobre, puis un rapport d'activités et un rapport financier déposés avant le 1er mai, commentant explicitement l'exhaustivité et la qualité des données au regard d'indicateurs reconnus au niveau international.

Trois constats en découlent. Le premier est budgétaire : un registre national portant sur l'ensemble des cancers fonctionne pour un montant de l'ordre de trois millions d'euros par an, toutes autorités confondues. L'ordre de grandeur d'un registre des tentatives de suicide n'est pas chiffrable en l'état. Le second est juridique : sa mise en place a requis un protocole d'accord et non une réforme institutionnelle. Le texte précise lui-même qu'il ne constitue pas un accord de coopération au sens de l'article 92 bis de la loi spéciale du 8 août 1980. Le troisième est méthodologique : le dispositif inclut une évaluation périodique de sa propre exhaustivité, c'est-à-dire précisément le Check et l'ajustement absents de la politique belge de prévention/postvention du phénomène suicidaire.

La Belgique dispose donc d'un précédent complet : un registre national d'un phénomène de santé publique, cofinancé par six autorités, doté d'un cycle d'amélioration continue, opérationnel depuis des années. Ce précédent est opposable à l'argument de la complexité institutionnelle.

Un protocole d'accord entre sept autorités belges fait fonctionner un registre national depuis 2017. Il porte sur le cancer.

[12] Arrêté du 24 juillet 2013 relatif au recueil et au traitement des données d'activité médicale produites par les établissements de santé publics ou privés ayant une activité de médecine d'urgence et à la transmission d'informations issues de ce traitement dans les conditions définies à l'article L. 6113-8 du code de la santé publique et dans un but de veille et de sécurité sanitaires. Journal officiel de la République française. https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000027825549

[13] Santé publique France. (s. d.). Réseau OSCOUR® : Organisation de la surveillance coordonnée des urgences. https://www.santepubliquefrance.fr/surveillance-syndromique-sursaud-R/reseau-oscour-R-organisation-de-la-surveillance-coordonnee-des-urgences

[14] Protocole d'accord du 20 novembre 2017 entre l'Autorité fédérale et les autorités visées aux articles 128, 130 et 135 de la Constitution en matière d'activités et de financement du registre du cancer, Moniteur belge du 8 février 2018 https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/fr/documents/protocole-daccord-financement-du-registre-du-cancer

[15] Communauté française. (2014, 3 avril). *Décret spécial relatif aux compétences de la Communauté française dont l'exercice est transféré à la Région wallonne et à la Commission communautaire française*, art. 3, 6°. Moniteur belge, 25 juin 2014.https://gallilex.cfwb.be/textes-normatifs/40256

La Cour des comptes (2024) constate par ailleurs qu'aucun acteur ni niveau de pouvoir ne dispose d'un accès actualisé à l'ensemble des données stratégiques disponibles en santé mentale, et que l'agrégation de l'information existante ne permet pas d'obtenir une vue globalisée de l'offre et de la demande. Une partie des données existe déjà ; leur standardisation, leur complétude et leur agrégation restent à organiser.

R2 : Instaurer un protocole post-tentative de suicide

Une sortie d'un service d'urgence après tentative de suicide doit déclencher un contact dans les 48 heures par un professionnel de santé mentale désigné, et un suivi structuré sur 90 jours minimum.

Les recommandations britanniques relatives à l'automutilation prévoient une évaluation psychosociale et une continuité de prise en charge après tout épisode traité en urgence. Cette continuité ne repose pas sur l'initiative du patient (NICE, NG225, 2022). Les interventions de contact actif et de suivi sont par ailleurs associées à une réduction du risque de récidive à douze mois (Inagaki et al., 2015).

Le dispositif français VigilanS constitue le précédent le plus proche de la recommandation proposée. Il se fonde sur un recontact systématique après le passage aux urgences. Son architecture correspond à celle de la présente recommandation, avec un déclenchement automatique à la sortie des urgences, et avec une durée de suivi définie (Santé publique France, 2023).

En Belgique, le troisième Plan d'action flamand de prévention du suicide permet le déploiement d'un instrument clinique standardisé d'accueil après tentative dans les services d'urgence, dans le cadre des compétences existantes et sans réforme préalable. L'instrument d'accueil déployé en Flandre, LOES, est traduit en français et librement accessible sur le site Zelfmoord 1813. Son adoption dans les services d'urgence wallons ne suppose pas la conception d'outil, ni de validation de méthode, ou encore de financement de traduction. Elle constitue le premier maillon du protocole recommandé ici, celui qui documente l'épisode au moment où il est pris en charge. Le recontact et le suivi structuré restent à instaurer, de part et d'autre de la frontière linguistique.

À la sortie, on donne un conseil. Personne n'est chargé de vérifier qu'il a été suivi.

R3 : Créer la fonction de référent unique en santé mentale

Chaque personne ayant fait une tentative de suicide doit se voir attribuer un référent unique, chargé d'assurer la continuité entre urgences, psychiatrie, médecin généraliste et famille. Sans ce lien, la responsabilité de coordination continue de reposer sur des proches qui ne disposent ni de la formation ni du mandat pour l'exercer.

Le troisième Plan d'action flamand de prévention du suicide prévoit d'améliorer la continuité des soins : un suivi des personnes suicidaires repose sur un « casemanager » (gestionnaire de cas), au sein des réseaux de santé mentale. Ce terme désigne un professionnel qui intervient spécifiquement dans la stratégie 4 dédiée à la prévention auprès des personnes suicidaires et à l'accompagnement de leurs proches. Dans le cadre de la continuité des soins, il assure une transition fluide et sécurisée pour le patient entre son admission aux urgences/sa sortie de l'hôpital et son retour à domicile. Il s'assure que le patient applique son plan de sécurité (*safety plan*) et réévalue régulièrement les risques, ce qui sécurise l'entourage du patient. Il fait le lien direct entre les services de crise hospitaliers, la médecine générale, et les structures de santé mentale extrahospitalières (coordination du réseau). Il propose des entretiens de suivi à court terme pour soutenir, remotiver et éviter le décrochage thérapeutique de la personne en détresse. Ce dispositif, soutenu par le Centre d'Expertise Flamand pour la Prévention du Suicide vise directement à combler le fossé critique qui existe souvent lors de la sortie de l'hôpital, une période statistiquement à haut risque de récidive. Le contexte budgétaire de cette

action est intégralement à financer par des moyens supplémentaires : 331 662 € de coûts uniques plus 428 137 € annuels sur cinq ans. Le suivi structuré par gestionnaire de cas est identifié comme un manque à combler par l'entité fédérée flamande.[16]

Le dispositif français VigilanS fournit un modèle opérationnel : information du médecin traitant à l'entrée dans le dispositif, compte rendu de situation à chaque recontact sous réserve de l'accord de la personne, et sollicitation directe des professionnels traitants lorsque le contact est perdu. Le consentement recueilli à l'entrée lève l'obstacle du secret médical. La coordination repose sur une équipe et sur une veille de six mois renouvelables.

R4 : Reconnaître et financer le rôle des proches aidants dans le cadre du phénomène suicidaire

Les familles constituent, pendant les crises comme dans la durée qui suit, un filet de continuité que le système mobilise sans le nommer. Ce rôle doit être reconnu comme tel et assorti de droit à la formation, de soutien psychologique financé, et d'une couverture des interruptions de travail qu'impose l'accompagnement. Une intégration formelle au plan thérapeutique est également recommandée.

La quatrième stratégie du troisième Plan d'action flamand porte sur la prévention chez les personnes suicidaires et le soutien aux proches. L'implication des proches constitue un point d'attention transversal appliqué à l'ensemble des stratégies. Cette orientation procède de l'évaluation du plan précédent (VAS II), qui avait identifié la nécessité d'impliquer davantage les proches dans les soins aux personnes suicidaires. Le Plan nomme le rôle des proches, mais ne propose pas une reconnaissance formelle du rôle des familles et ne propose pas de financement pour ce filet informel de sécurité en cas de crise suicidaire.

Le fondement scientifique de ce même plan attribue pourtant aux proches un rôle dans l'identification du risque et dans la mise en sécurité de la personne, et relève que l'intention suicidaire est fréquemment communiquée à l'entourage avant le passage à l'acte.

La contradiction relevée au point 5.4 se traduit ici en mesure : reconnaitre la fonction exercée ou cesser de compter sur elle. Le cas traceur chiffre ce que l'absence de statut a produit sur un seul parcours : dix-huit ans de coordination assurée sans mandat, quatre formations financées par le proche, trois interruptions de travail indemnisées sans que leur motif soit enregistré.

R5 : Orienter et soutenir les proches endeuillés par suicide

Tout service hospitalier confronté à un décès par suicide, et toute structure de première ligne informée d'un tel décès doit disposer d'un protocole d'orientation des familles endeuillées par suicide vers des ressources spécialisées. Le financement des associations existantes doit être sécurisé et renforcé.

Le troisième Plan d'action flamand de prévention du suicide consacre une stratégie entière, la cinquième, à la postvention après un suicide et au soutien aux personnes endeuillées.

Ces ressources existent aussi en Wallonie : Centre de Prévention du Suicide, réseau Un Pass dans l'impasse renommé aujourd'hui SOS suicide, ressources répertoriées par l'AVIQ. Leur diffusion repose toutefois sur la démarche du proche lui-même, au moment où il est le moins en capacité de l'entreprendre. Le cas traceur établit que cette démarche peut n'être déclenchée par aucune institution : sur dix-huit ans de contacts institutionnels répétés et un décès, aucune ressource de postvention n'a été transmise par un service.

[16] https://cld.webplatform.departementzorg.be/image/upload/v1732118087/VAS_III_ydvgb0

R6 : Déployer un module national accrédité de détection et de gestion du risque suicidaire pour les médecins généralistes

Le médecin généraliste est, dans la majorité des cas, le premier professionnel de santé contacté par une personne en souffrance psychique, et souvent le seul, faute d'accès à un psychiatre dans des délais compatibles avec l'urgence clinique. Or aucun module national standardisé FR/NL/DE consacré à la détection et à la gestion des risques suicidaires n'a été détecté.

Un précédent existe en Flandre. La deuxième stratégie du VAS III prévoit le développement des compétences des professionnels et des personnes-clés. Une action vise spécifiquement les médecins généralistes : un module de formation continue en groupe local fondé sur une approche d'intervision. La plateforme d'apprentissage en ligne SP-Reflex, développée par le Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie avec le soutien du Gouvernement flamand, propose des modules gratuits de détection et de prise en charge du comportement suicidaire, ouvrant droit à des points d'accréditation INAMI. Elle est disponible en néerlandais. Aucun équivalent francophone accrédité n'a été identifié dans le cadre du présent audit.

9.1. Indicateurs de suivi des recommandations

Les recommandations proposées ne peuvent apporter une plus-value que si leur mise en œuvre est associée à des indicateurs de suivi et de résultats. Afin d'éviter que les recommandations formulées dans cet audit ne restent au stade de l'intention, chacune d'elles doit être reliée à des critères permettant d'en suivre le déploiement, la couverture et les effets. Ces indicateurs ne constituent pas une évaluation exhaustive, mais une base minimale permettant de vérifier si les mesures sont effectivement mises en œuvre, si elles atteignent les publics concernés et si elles produisent des effets mesurables sur les parcours.

L'indicateur et la cible relèvent de deux ordres distincts. L'indicateur est un instrument de mesure : sa définition, son dénominateur, son périmètre, sa source et sa fréquence relèvent de la méthode et sont établis ci-dessous. La cible est un objectif : sa valeur et l'échéance à laquelle elle doit être atteinte relèvent de la décision politique et des autorités compétentes nommées sous chaque tableau. Le présent audit ne s'y substitue pas. L'absence de valeurs chiffrées dans les tableaux qui suivent procède de ce partage et non d'une omission.

Ce partage laisse ouvert le risque que les cibles ne soient jamais arrêtées, auquel cas les indicateurs resteraient sans effet de pilotage. Il est dès lors proposé que chaque autorité compétente fixe la valeur cible et l'échéance de chaque indicateur au moment où elle décide d'engager la recommandation concernée. Le protocole d'accord du 20 novembre 2017 relatif au registre du cancer organise un mécanisme de cette nature : un plan d'action soumis pour approbation aux ministres compétents de chaque autorité avant le 1er octobre, un rapport d'activités et un rapport financier déposés avant le 1er mai. Ce mécanisme fonctionne et il est transposable au suivi des présentes recommandations.

Deux colonnes accompagnent chaque indicateur. La première mesure possible n'exprime pas une échéance politique, mais une contrainte technique : un taux de récidive à six mois ne peut être mesuré avant six mois d'observation, et un taux d'exhaustivité suppose un exercice complet de collecte. La référence documentée disponible rassemble les comparateurs identifiés dans le présent audit et susceptibles d'éclairer la fixation des cibles. Elle est explicitement signalée comme absente lorsqu'aucun comparateur n'a été identifié.

R1. Registre national pseudonymisé des tentatives de suicide

INDICATEUR	PREMIÈRE MESURE POSSIBLE	RÉFÉRENCE DOCUMENTÉE DISPONIBLE
Existence d'un protocole de notification standardisé entre urgences, psychiatrie et médecine générale.	Dès l'adoption d'un protocole à l'exemple du registre pour le cancer	Protocole d'accord du 20 novembre 2017 relatif au registre du cancer organisé entre sept autorités et cofinancé par six, sans constituer un accord de coopération au sens de l'article 92 bis.
Taux de couverture : proportion des services d'urgence agréés transmettant les épisodes selon le protocole.	Premier exercice complet suivant l'entrée en vigueur.	Vingt-sept hôpitaux généraux agréés sur soixante-sept en Flandre en 2024, sur base volontaire. 93,3 % des passages couverts par OSCOUR en France, neuf ans après le passage à l'obligation.
Taux d'exhaustivité estimé : proportion des épisodes réels captés, la méthode d'estimation du dénominateur étant explicitée.	Deuxième exercice, une année complète de collecte étant nécessaire.	Les trois estimations indépendantes du volume réel présentées en section 4.1. Le protocole du registre du cancer prévoit un commentaire annuel de l'exhaustivité au regard d'indicateurs reconnus au niveau international.
Publication d'un rapport annuel consolidé par Sciensano sur les tentatives enregistrées.	À l'issue du premier exercice complet.	Rapport d'activités déposé avant le 1er mai par la Fondation Registre du Cancer.

Compétence pour fixer les valeurs cibles et les échéances d'atteinte : autorité fédérale (SPF Santé publique, INAMI, Sciensano), en concertation avec les entités fédérées pour l'alimentation du registre.

R2. Protocole post-tentative obligatoire

INDICATEUR	PREMIÈRE MESURE POSSIBLE	RÉFÉRENCE DOCUMENTÉE DISPONIBLE
Proportion des sorties de service d'urgence après tentative ayant donné lieu à un contact par un professionnel de santé mentale désigné dans les 48 heures. Dénominateur : épisodes codés comme tentative de suicide au registre.	Premier exercice suivant le déploiement. La consolidation nationale suppose R1.	Dispositif VigilanS, fondé sur un recontact systématique après le passage aux urgences, avec déclenchement à la sortie, avec accord du patient. Un dispositif de recontact national fonctionne pour un montant annuel de 8,4 millions d'euros dans un pays de 67 millions d'habitants
Proportion des personnes ayant bénéficié d'un suivi structuré d'au moins 90 jours après une tentative prise en charge par un service d'urgence.	90 jours après la sortie de la dernière personne incluse dans l'exercice.	Recommandation NICE NG225 (2022) : évaluation psychosociale et continuité de prise en charge après tout épisode traité en urgence, sans reposer sur l'initiative du patient. 90 jours comme paramètre organisationnel proposé par l'audit
Écart du taux de récidive hospitalisée à 6 mois entre les sites ayant déployé le protocole et des sites comparables ne l'ayant pas déployé, la comparabilité étant établie sur le volume de passages et le profil des patients.	Six mois après la fin de la période d'inclusion.	Réduction du risque de répétition à douze mois documentée pour les interventions de contact actif et de suivi (Inagaki et al., 2015).

Compétence pour fixer les valeurs cibles et les échéances d'atteinte : compétence wallonne pour la partie ambulatoire, concertation fédérale pour les protocoles de sortie hospitalière et les remboursements INAMI.

R3. Référent unique en santé mentale

INDICATEUR	PREMIÈRE MESURE POSSIBLE	RÉFÉRENCE DOCUMENTÉE DISPONIBLE
Proportion des personnes prises en charge après tentative auxquelles un référent coordinateur a été attribué avant la sortie du service d'urgence.	Premier exercice suivant le déploiement.	Case manager prévu par la quatrième stratégie du troisième Plan d'action flamand, chiffré à 331 662 euros de coûts uniques et 428 137 euros annuels sur cinq ans, sans financement acquis.
Délai médian entre la tentative et le premier contact du référent, complété par le délai dans lequel 90 % de personnes ont été contactées.	Premier exercice suivant le déploiement.	Délai de 48 heures retenu par R2 pour le premier contact après sortie.
Écart du taux de rupture de suivi à trois mois entre les sites déployés et des sites comparables non encore déployés, complété par une comparaison avant et après déploiement au sein d'un même site.	Trois mois après la fin de la période d'inclusion.	Dispositif VigilanS : veille de six mois renouvelable, information du médecin traitant à l'entrée, sollicitation des professionnels traitants lorsque le contact est perdu.

Compétence pour fixer les valeurs cibles et les échéances d'atteinte : compétence wallonne pour la création et l'organisation de la fonction de référent dans les services ambulatoires régionaux ; concertation avec le niveau fédéral nécessaire pour organiser l'articulation avec la sortie hospitalière et avec l'INAMI pour le financement structurel du dispositif. La comparaison porte sur les sites et non sur les patients, l'attribution d'un référent étant posée comme systématique par la recommandation.

R4. Reconnaissance des proches aidants dans le cadre de crise suicidaire

INDICATEUR	PREMIÈRE MESURE POSSIBLE	RÉFÉRENCE DOCUMENTÉE DISPONIBLE
Nombre de proches aidants ayant bénéficié d'une formation structurée financée en santé mentale, rapporté au nombre de plans thérapeutiques identifiant un proche comme partenaire de soin.	Premier exercice suivant l'ouverture du financement.	Aucun comparateur chiffré identifié. Le cas traceur documente quatre formations financées par le proche lui-même.
Existence d'un protocole d'orientation obligatoire des familles dès le premier contact hospitalier, dans les services d'urgence et les services de psychiatrie.	Dès l'adoption du protocole.	Quatrième stratégie du troisième Plan d'action flamand, qui fait de l'implication des proches un point d'attention transversal sans reconnaissance formelle ni financement dédié.
Proportion des proches déclarant avoir reçu, lors du premier contact hospitalier, une information sur les ressources disponibles, y compris sur l'existence d'une équipe mobile.	Première enquête annuelle, une fois la collecte organisée.	Aucun comparateur identifié. Aucune enquête existante auprès des familles concernées.
Proportion des plans thérapeutiques identifiant un proche comme partenaire de soin, dans les services de psychiatrie des hôpitaux généraux et les hôpitaux psychiatriques.	Premier exercice suivant l'ajout de la variable au RPM psychiatrique.	Aucun comparateur identifié.

Compétence pour fixer les valeurs cibles et les échéances d'atteinte : Région wallonne pour la reconnaissance légale et le financement des associations, concertation fédérale pour l'intégration dans l'assurance maladie-invalidité.

R5. Orientation et soutien aux endeuillés par suicide

INDICATEUR	PREMIÈRE MESURE POSSIBLE	RÉFÉRENCE DOCUMENTÉE DISPONIBLE
Proportion de structures soumises à l'obligation ayant formalisé un protocole d'orientation des familles endeuillées.	Dès le premier recensement suivant l'entrée en vigueur.	Cinquième stratégie du troisième Plan d'action flamand, consacrée à la postvention et au soutien aux personnes endeuillées.
Délai médian entre le décès par suicide et le premier contact avec une ressource spécialisée, calculé sur l'ensemble des familles identifiées par le protocole d'orientation.	Premier exercice suivant l'entrée en vigueur du protocole.	Aucun comparateur chiffré identifié. Le calcul restreint aux seules familles ayant accédé à un soutien introduirait un biais de sélection.
Nombre de personnes endeuillées par suicide identifiées et orientées vers une ressource spécialisée dans le cadre du protocole de postvention quand il sera institué	Premier exercice complet suivant la mise en place du protocole de repérage et d'orientation.	Aucun comparateur international chiffré identifié. L'absence actuelle de dénombrement justifie la création d'un mécanisme systématique de repérage et de remontée des personnes endeuillées par suicide auprès des institutions et opérateurs concernés.

Compétence pour fixer les valeurs cibles et les échéances d'atteinte : Région wallonne dans le cadre de ses compétences d'agrément et de contrôle, articulation avec l'autorité fédérale pour les normes hospitalières, concertation avec la Fédération Wallonie-Bruxelles pour la formation des professionnels.

R6. Déployer un module national accrédité de détection et de gestion du risque suicidaire pour les médecins généralistes

INDICATEUR	PREMIÈRE MESURE POSSIBLE	RÉFÉRENCE DOCUMENTÉE DISPONIBLE
Proportion des médecins généralistes agréés ayant suivi un module certifié de repérage du risque suicidaire.	Immédiate, la source de données étant existante.	Aucun module accrédité en français identifié. La plateforme SP-Reflex propose des modules gratuits accrédités en néerlandais.
Existence d'un module accrédité en français ouvrant droit à des points d'accréditation INAMI.	Dès l'accréditation du module.	Plateforme SP-Reflex, développée par le Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie avec le soutien du Gouvernement flamand.
Écart de la proportion de médecins généralistes ayant orienté au moins un patient vers une ressource spécialisée en santé mentale dans les six mois, entre les médecins ayant suivi le module et les médecins ne l'ayant pas encore suivi.	Six mois après la formation de la première cohorte.	Aucun comparateur identifié. L'interprétation est conditionnée à la disponibilité de l'offre spécialisée sur le territoire concerné.

Compétence pour fixer les valeurs cibles et les échéances d'atteinte : autorité fédérale, en partenariat avec l'INAMI, les universités et les sociétés savantes dans le cadre du développement professionnel continu.

Vingt indicateurs de suivi. Un seul repose aujourd'hui sur une source nationale structurée.

Il s'agit de la base d'accréditation de l'INAMI, qui enregistre pour chaque médecin les modules suivis. Deux autres s'appuient sur des dispositifs existants moyennant l'ajout d'une variable ou la consolidation de comptages déjà tenus par les opérateurs. Les dix-sept restants supposent soit la création du registre prévu par R1, soit l'organisation d'une collecte annuelle auprès des opérateurs agréés.

Ce rapport de un sur vingt illustre concrètement la rupture critique identifiée dans la synthèse. Sans données consolidées, le Check et l'Act du cycle d'amélioration continue restent hors d'atteinte, quelle que soit la qualité des mesures décidées et quelle que soit l'ambition des cibles que les autorités compétentes voudront leur assigner.

9.2. Séquençage opérationnel des recommandations

Les recommandations ne supposent pas une réforme institutionnelle globale, mais elles exigent des décisions de coordination entre niveaux de pouvoir, notamment pour le registre, le protocole post-tentative et la valorisation du rôle des médecins généralistes.

Ces six recommandations ne sont pas équivalentes dans leur degré de dépendance réciproque. Leur mise en œuvre simultanée n'est pas une condition de leur efficacité. Ce qui suit distingue ce qui peut être activé immédiatement de ce qui nécessite une base préalable.

R1. Registre national pseudonymisé des tentatives de suicide : à engager indépendamment des autres. R1 est le fondement du Check et de l'Act pour l'ensemble du dispositif. Elle ne conditionne pas la mise en œuvre des autres ni leur évaluation locale. Elle est toutefois nécessaire à leur évaluation consolidée à l'échelle du pays, et, à terme, au pilotage systémique de leurs résultats.

R6. Formation des médecins généralistes : activable immédiatement, sans prérequis. Le cadre normatif existe : développement professionnel continu, partenariat INAMI/universités. Le contenu existe : le troisième Plan d'action flamand comporte une action de formation continue destinée aux médecins généralistes, et la plateforme SP-Reflex propose des modules accrédités par l'INAMI.

La base de données d'accréditation de l'INAMI enregistre déjà, pour chaque médecin, les modules suivis. Le premier indicateur de R6 est donc le seul des vingt qui repose sur une source de données existante, sans collecte à créer.

R2 et R3. Protocole post-tentative de suicide et référent unique en santé mentale : à déployer conjointement. Ces deux recommandations adressent la même rupture majeure : l'absence de continuité structurée après une crise depuis deux angles complémentaires - la continuité dans le temps (R2) et la continuité entre acteurs (R3). Leur déploiement séparé produit un effet partiel. Leur déploiement conjoint, même sur des sites pilotes, reproduit la séquence CPVS : projet pilote, évaluation, déploiement national. Cette séquence est connue, éprouvée et politiquement défendable.

R4 et R5. Proches aidants et deuil après suicide : renforcement du système, non prérequis. Ces recommandations n'attendent pas les précédentes pour être mises en œuvre. Elles s'appuient sur des structures existantes qui disposent déjà des compétences. Ce qu'elles requièrent, c'est un financement structurel et un protocole d'orientation obligatoire, deux décisions organisationnelles. Elles peuvent être engagées en parallèle des autres sans créer de dépendance. Leur suivi suppose la mise en place d'une collecte annuelle auprès des opérateurs.

PHASE	RECOMMANDATIONS	CONDITIONS
Immédiat (entre un et six mois)	R1. Registre national pseudonymisé des tentatives de suicide	Remontée du point à l'échelon interfédéral en vue d'un protocole d'accord
Immédiat en parallèle (entre 1 et 6 mois)	R6. Formation des médecins généralistes	Développement du module et organisation de son accréditation INAMI avec les universités
Court terme (6-18 mois)	R4 et R5. Aidants proches durant la crise suicidaire et endeuillés par suicide	Financement structurel des associations et collecte annuelle auprès d'opérateurs
Moyen terme (12-36 mois)	R2 et R3. Protocole et Référent unique en santé mentale : création indépendante de R1. Évaluation consolidée à l'échelle nationale subordonnée à R1	Sites pilotes → Évaluation→ déploiement

Ce séquençage ne reporte pas l'action. Il l'organise. Deux décisions prises dans les six mois, lancer le registre, mandater la formation des médecins généralistes, produisent un signal politique immédiat et ouvrent la mesure de tout ce qui suit. R1 suppose un pilotage conjoint : la décision demandée est

la remontée du point à l'échelon interfédéral, que la Région wallonne peut porter au même titre que l'autorité fédérale. R6 relève de l'autorité fédérale. La Région wallonne dispose des siennes sans avoir à les attendre : R3 est de sa compétence directe et peut être engagée sans attendre le protocole, le référent unique pouvant être créé dans les services ambulatoires régionaux. R4 et R5 relèvent également de sa compétence pour la reconnaissance légale et le financement des associations comme pour l'obligation d'orientation dans le champ qu'elle agrée.

Ce qui manque aujourd'hui n'est ni le modèle ni le précédent.
C'est la décision, sa date et son titulaire.

Conclusion

L'audit met en évidence plusieurs ruptures de fonctionnement du système de santé mentale, en gardant le focus sur le phénomène suicidaire. Toutes ne présentent pas le même niveau de criticité. La hiérarchisation suivante vise à distinguer les ruptures qui exposent directement les personnes à un risque vital de celles qui contribuent à la fragilisation progressive des parcours.
L'analyse conduite selon la roue de Deming établit en une phrase que des plans existent, des actions sont déployées. La mesure des résultats et la correction des écarts ne sont pas mises en œuvre de manière consolidée et systématique à l'échelle du système. Le cycle de maturité organisationnelle demeure incomplet à l'échelle du système de santé mentale pour le phénomène suicidaire.

Hiérarchisation des ruptures systémiques identifiées

Rupture critique pour la capacité de pilotage du système : absence de données consolidées sur le phénomène suicidaire

L'absence de registre national constitue la rupture la plus fondamentale : elle prive le système de la base factuelle sans laquelle rien ne peut être piloté. Le levier existe et il est documenté en section 4.1 et sous R1. La Flandre enregistre les tentatives depuis 1998. En France, un arrêté ministériel a suffi à rendre obligatoire une remontée de données jusque-là volontaire. Et le protocole d'accord du 20 novembre 2017 fait fonctionner en Belgique un registre national conclu par sept autorités, sans loi spéciale ni réforme institutionnelle. Le mécanisme institutionnel existe. Il reste à l'appliquer au phénomène suicidaire.

Rupture majeure pour la sécurité du patient : absence de continuité structurée après une tentative de suicide

Cette rupture expose directement les patients à un risque élevé de récidive ou de décès dans les premières semaines suivant la sortie des urgences ou d'une hospitalisation, période reconnue comme la plus critique et la plus négligée. Cette rupture est aggravée par plusieurs facteurs organisationnels identifiés : le défaut de coordination formalisée entre intervenants, qui dilue les responsabilités et fait perdre l'information essentielle ; l'absence de référent désigné pour la durée du parcours ; la répartition inégale de l'offre spécialisée ; et une charge professionnelle qui réduit le temps disponible pour l'évaluation et la coordination.

Les leviers existent. Les équipes mobiles issues de la réforme psy 107 sont opérationnelles sur le terrain. Le troisième Plan d'action flamand a construit l'amont avec un instrument d'accueil standardisé et prévoit une fonction de case manager, encore à financer. Ce plan bute sur la même absence d'aval que la Wallonie. Le modèle VigilanS fournit une architecture de recontact transposable à l'échelle nationale. Ces outils demandent à être déployés de manière systématique.

Rupture significative pour la population laissée hors du champ organisé : fonction des proches aidants non reconnue et absence de mécanisme d'orientation des endeuillés par suicide

Cette rupture concerne deux populations selon deux mécanismes distincts. Les proches assurent de fait une partie de la continuité du parcours : veille, transmission de l'historique, coordination entre intervenants relevant d'institutions différentes. Le système ne définit pas cette fonction, ne la dénombre pas et ne la finance pas. Les personnes endeuillées par suicide, dont l'ordre de grandeur se situe entre 10 600 et 26 400 par an en Belgique pour 2022, ne font l'objet d'aucun repérage systématique, d'aucun protocole d'orientation et d'aucun dénombrement administratif, alors que la littérature établit pour cette population un risque suicidaire accru.

Le manque de soutien structuré aux proches aidants et aux personnes endeuillées par suicide fragilise durablement l'ensemble de la chaîne de prévention. Les ressources existent et sont compétentes.

Elles restent structurellement invisibles faute de mécanisme institutionnel d'orientation. Cette rupture relève d'un déficit d'organisation et de lisibilité du système.

La Flandre applique depuis 2006 des plans chiffrés, avec des formations accréditées par l'INAMI et un enregistrement conduit dans des services d'urgence de compétence fédérale : le montage interinstitutionnel existe et fonctionne. Il s'arrête à la porte de l'hôpital, sans référent financé ni statut pour les proches durant les crises suicidaires. Il ne couvre pas la Wallonie.

Pour l'ensemble des accidents de la route en 2022, dont 540 décès, l'État publie un coût social de près de 11 milliards d'euros et un coût unitaire par victime. Pour les 1 762 décès par suicide de la même année, aucun chiffrage n'existe.

Ces structures constituent un levier opérationnel immédiat. Reste à décider de les rendre visibles.
Six recommandations répondent à ces trois ruptures :

- R1, registre national pseudonymisé des tentatives de suicide : rend le phénomène mesurable et conditionne l'évaluation consolidée des parcours suicidaires, de la postvention et du pilotage systémique global
- R2 et R3, protocole post-tentative et référent unique : rétablissent la continuité après une crise.
- R4 et R5, reconnaissance de la fonction des proches aidants durant la crise suicidaire et orientation des personnes endeuillées : donnent une fonction reconnue à ceux qui assurent aujourd'hui cette continuité sans mandat.
- R6, formation certifiée des médecins généralistes : arme la première ligne, là où le signal précoce se présente.

Le calendrier de mise en œuvre de ces six recommandations est établi en section 9.2. Deux d'entre elles peuvent être engagées dans les six mois.

Le présent audit et celui de la Cour des comptes (2024) portent sur des objets différents, mais mettent en lumière des ruptures structurelles liées à la collecte, à la consolidation et au suivi de l'information.

Ce qui distingue les deux audits est l'unité d'observation. La Cour a examiné des opérateurs agréés : leur activité, leurs bénéficiaires, leur financement, leur pilotage. Elle adresse vingt-sept recommandations à l'Aviq, au Gouvernement wallon et au législateur, réparties en cinq thématiques : lisibilité de l'offre, consolidation et développement de l'offre, adéquation et conformité des prises en charge, consolidation du système d'information et pilotage de la politique.

La Cour précise elle-même que son audit ne traite pas des services relevant spécifiquement de la prévention du suicide. Aucune de ses recommandations n'a donc pour objet la postvention, l'enregistrement des tentatives, la continuité après une tentative, la fonction exercée par les proches aidants pendant le parcours de soins ou l'accompagnement des personnes endeuillées. Deux d'entre elles rejoignent en revanche le principe technique de R1. La Cour recommande une identification informatique univoque des bénéficiaires permettant de détecter l'enregistrement d'une même personne auprès de différents opérateurs, et des modalités de traitement rendant toute identification impossible tout en permettant d'identifier les parcours, par pseudonymisation. Ce principe a donc été recommandé à l'autorité wallonne en septembre 2024 pour la santé mentale en général. Il n'a pas encore été mis en œuvre et il ne couvre pas uniquement le phénomène suicidaire.

Lecture globale

Ces ruptures ne sont pas inconnues. Elles sont partiellement documentées, parfois mesurées, mais insuffisamment consolidées, suivies et corrigées.

Les constats présentés dans ce document ne relèvent ni d'une fatalité médicale ni d'un manque de compétence des professionnels, mais d'une organisation du système de santé mentale qui laisse subsister des ruptures de coordination et de visibilité identifiées depuis plusieurs années, sans mécanisme systématique de correction.

Le parcours retenu comme cas traceur ne démontre pas la fréquence de ces ruptures. Il établit qu'elles se produisent, qu'elles s'enchaînent et qu'aucun mécanisme ne les interrompt. Les données du KCE, de Sciensano, de Solidaris et de l'Unité de recherche sur le suicide de l'Université de Gand établissent le reste. Dix-huit ans, cinq passages aux urgences, aucun relais formalisé et aucune ligne dans aucun registre.

Ce document ne prétend pas se substituer à l'expertise des pouvoirs publics ni aux arbitrages politiques. Il vise à contribuer au débat public en mettant en relation un parcours documenté, des données disponibles, des rapports institutionnels et une méthode d'analyse systémique. Son objectif est de rendre visibles des ruptures qui appellent une réponse coordonnée et évaluée.

Le choix qui se présente aux décideurs n'est pas entre dépenser ou ne pas dépenser. C'est le choix entre continuer de financer des ruptures de parcours ou investir dans leur prévention.

Ma fille est morte par suicide. Cet audit ne prétend pas établir que le système aurait pu empêcher sa mort. Il établit autre chose : des ruptures existent, elles sont documentées et elles peuvent être corrigées.

Sa mort ne peut plus l'être.

Aujourd'hui, savoir et ne pas agir serait encore une décision.

Santé mentale : continuité des soins et deuil après le suicide en Belgique. Caterina Alibrandi, auditrice et maman endeuillée par suicide/1er septembre 2026

Bibliographie

I. Textes normatifs et institutionnels belges

Circulaire ministérielle 131/9 du 8 janvier 2022 relative à l'indexation des tarifs des frais de justice en matière pénale et des frais assimilés, *Moniteur belge*, 11 janvier 2022. https://etaamb.openjustice.be/fr/circulaire-du-08-janvier-2022_n2021043652.html

Loi du 26 avril 2024 relative aux Centres de Prise en charge des Violences Sexuelles. *Moniteur belge*.

https://etaamb.openjustice.be/fr/loi-du-26-avril-2024_n2024004825.html

Parlement wallon. (2024, 10 janvier). *Décret modifiant le Code wallon de l'Action sociale et de la Santé concernant la santé mentale et ses services actifs en Wallonie.* Moniteur belge. https://wallex.wallonie.be/eli/loi-decret/2024/01/10/2024001849

Protocole d'accord du 20 novembre 2017 entre l'Autorité fédérale et les autorités visées aux articles 128, 130 et 135 de la Constitution en matière d'activités et de financement du registre du cancer, Moniteur belge du 8 février 2018 https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/fr/documents/protocole-daccord-financement-du-registre-du-cancer

II. Données institutionnelles belges

Cour des comptes. (2024). Santé mentale : prise en charge par les services spécialisés extrahospitaliers relevant de l'autorité wallonne. Bruxelles : Cour des comptes. https://www.ccrek.be/sites/default/files/Docs/2024_41_SanteMentale.pdf

Centre fédéral d'expertise des soins de santé (2024). Emergency room visits for social, mental or psychic reason (% of admission in emergency rooms in general hospitals) (MH-5) — fiche de documentation. KCE Report 376. https://www.belgiqueenbonnesante.be/metadata/hspa/2024/MH5.pdf

Communauté française. (2014, 3 avril). Décret spécial relatif aux compétences de la Communauté française, dont l'exercice est transféré à la Région wallonne et à la Commission communautaire française, art. 3, 6°. Moniteur belge, 25 juin 2014.https://gallilex.cfwb.be/textes-normatifs/40256

Eurostat. (2025, 10 septembre). 1 in 6 deaths of young people due to suicide in 2022. *Eurostat News*.

https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-eurostat-news/w/edn-20250910-1

Gerkens, S., Lefèvre, M., Bouckaert, N., Levy, M., Maertens de Noordhout, C., Obyn, C., Devos, C., Scohy, A., Vlayen, A., Yaras, H., Janssens, C., & Meeus, P. (2025). *Performance du système de santé belge : rapport 2024.* Health Services Research (HSR). Bruxelles : Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE). KCE Reports 376B. D/2025/10.273/43. https://doi.org/10.57598/R376B

Institut pour l'égalité des femmes et des hommes. (s.d.). *Centres de Prise en charge des Violences Sexuelles (CPVS)*. https://igvm-iefh.belgium.be/fr/themes/violences/violences-sexuelles/cpvs

LOES, Leidraad Opvang en Evaluatie Suïcidaliteit. Version française disponible sur https://www.zelfmoord1813.be/loes

Sciensano. (2024). *Comportements suicidaires. Vers une Belgique en bonne santé* [données de mortalité 2022, communication directe 30/09/2024]. https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/etat-de-sante/sante-mentale-et-sociale/comportements-suicidaires

Sciensano. Mortalité et Causes de Décès : Causes de décès, Health Status Report, 09 Sep 2025, Bruxelles, Belgique, https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/etat-de-sante/mortalite-et-causes-de-deces/mortalite-generale-par-cause-de-deces

Vias institute (2023). Rapport statistique 2023, Accidents de la route 2022. Données Statbel. https://www.vias.be/publications/Statistisch%20rapport%202023/Rapport%20statistique%202023.pdf
Vias institute. (2024, 17 novembre). *Les accidents de la route coûtent chaque année 11 milliards à notre pays.* https://www.vias.be/fr/newsroom/les-accidents-de-la-route-coutent-chaque-annee-11-milliards-a-notre-pays/

Vlaams Expertisecentrum Suïcidepreventie (VLESP). Suïcidaliteit in cijfers (2025). https://www.vlesp.be/

Vlaams Actieplan Suïcidepreventie III, Departement Zorg, Vlaamse overheid.
Document de présentation du VAS III, Parlement flamand.
Gezondheidsconferentie Suïcidepreventie, 19 novembre 2021.
https://publicaties.vlaanderen.be/view-file/53681

III. Données institutionnelles françaises

Haute Autorité de Santé. (2014). Manifestations dépressives à l'adolescence : repérage, diagnostic et prise en charge en soins de premier recours. Recommandation de bonne pratique, validée le 12 novembre 2014.
https://www.has-sante.fr/jcms/c_1782013
Haute Autorité de Santé. (2021). Idées et conduites suicidaires chez l'enfant et l'adolescent : prévention, repérage, évaluation, prise en charge. Recommandation de bonne pratique, septembre 2021.
https://www.has-sante.fr/jcms/p_3288864
Santé publique France (2023). Prévention du suicide : VigilanS, un dispositif efficace face au risque de récidive des tentatives de suicide.

https://www.santepubliquefrance.fr/sites/default/files/rdd/document/cp_vigilans_05092023.pdf

Santé publique France (2021). Réseau OSCOUR : organisation de la surveillance coordonnée des urgences . Surveillance syndromique SurSaud

https://www.santepubliquefrance.fr/surveillance-syndromique-sursaudr/reseau-oscourr

IV. Mémorandums et rapports d'associations et de mutualités

Centre de Prévention du Suicide (CPS). (2025). *Mémorandum 2025 : 7 axes pour une meilleure prévention du suicide en Belgique.*

https://www.preventionsuicide.be

Fédération des Entreprises de Belgique (FEB) et FEBIAC. *Belgian Mobility Dashboard — Coût de la congestion.* https://www.mobilitydashboard.be/fr/congestion/cost-of-congestion/ (consulté en janvier 2025)

Solidaris. (2025). *Etude santé mentale 2025.* Bruxelles : Solidaris.

https://www.institut-solidaris.be/wp-content/uploads/2025/11/Etude-sante-mentale-2025.pdf

V. Littérature scientifique

Bartone, P. T., Bartone, J. V., Violanti, J. M., & Gileno, Z. M. (2019). Peer support services for bereaved survivors: A systematic review. *OMEGA — Journal of Death and Dying, 80*(1), 137–166. https://doi.org/10.1177/0030222817728204

Broussouloux, S., Gallien, Y., Fouillet, A., Mertens, C., Chin, F., Cassourret, G., Caserio-Schonemann, C., du Roscoät, E., & Le Strat, Y. (2023). Évaluation d'efficacité de VigilanS de 2015 à 2017, dispositif de prévention de la réitération suicidaire. Synthèse. Saint-Maurice : Santé publique France. https://www.santepubliquefrance.fr/maladies-et-traumatismes/sante-mentale/suicides-et-tentatives-de-suicide/documents/enquetes-etudes/evaluation-d-efficacite-de-vigilans-de-2015-a-2017-dispositif-de-prevention-de-la-reiteration-suicidaire

Calderaro M, Baethge C, Bermpohl F, Gutwinski S, Schouler-Ocak M, Henssler J. Offspring's risk for suicidal behaviour in relation to parental death by suicide: systematic review and meta-analysis and a model for familial transmission of suicide. Br J Psychiatry. 2022 Mar;220(3):121-129. doi: 10.1192/bjp.2021.158. PMID: 35049479.

Cerel, J., Brown, M. M., Maple, M., Singleton, M., van de Venne, J., Moore, M., & Flaherty, C. (2019). How many people are exposed to suicide? Not six. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 49(2), 529-534. https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/sltb.12450

Erlangsen, A., Runeson, B., Bolton, J. M., Wilcox, H. C., Forman, J. L., Krogh, J., Shear, M. K., Nordentoft, M. & Conwell, Y. (2017). Association between spousal suicide and mental, physical, and social health outcomes: a longitudinal and nationwide register-based study. JAMA Psychiatry, 74(5), 456–464. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.0226

Griffin, E., O'Connell, S., Andriessen, K., Arensman, E., & Tuomey, F. (2025). A co-produced national study of suicide bereavement: From experience to evidence. *Nature Mental Health, 3*, 966–968. https://doi.org/10.1038/s44220-025-00488-2

Gysin-Maillart, A., Schwab, S., Soravia, L., Megert, M., & Michel, K. (2016). A novel brief therapy for patients who attempt suicide: A 24-months follow-up randomized controlled study of the Attempted Suicide Short Intervention Program (ASSIP). *PLOS Medicine, 13*(3), e1001968. https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001968

Inagaki, M., Kawashima, Y., Kawanishi, C., Yonemoto, N., Sugimoto, T., Furuno, T., Ikeshita, K., Eto, N., Tachikawa, H., Shiraishi, Y., & Yamada, M. (2015). Interventions to prevent repeat suicidal behavior in patients admitted to an emergency department for a suicide attempt: A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders, 175*, 66–78. https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.12.048

Johnson, K. L., Bastiampillai, T., Allison, S., et al. (2025). *Comparing prevalence of burnout in psychiatric doctors before and after COVID-19: A review and meta-analysis*. *Journal of Clinical Psychiatry, 86* (4), 24r15697. https://doi.org/10.4088/JCP.24r15697

Luoma, J. B., Martin, C. E., & Pearson, J. L. (2002). Contact with mental health and primary care providers before suicide: A review of the evidence. *American Journal of Psychiatry, 159*(6), 909–916. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.6.909

Lustig, S., Koenig, J., Resch, F., & Kaess, M. (2021). Help-seeking duration in adolescents with suicidal behavior and non-suicidal self-injury. *Journal of Psychiatric Research, 140*, 60–67. https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2021.05.037

Łyszczarz, B. (2021). Production losses attributable to suicide deaths in European Union. *BMC Public Health, 21*, 950. https://doi.org/10.1186/s12889-021-11010-5

Masters, R., Anwar, E., Collins, B., Cookson, R., & Capewell, S. (2017). Return on investment of public health interventions: A systematic review. *Journal of Epidemiology and Community Health, 71*(8), 827-834. https://doi.org/10.1136/jech-2016-208141

McDaid, D., Park, A.-L., Davidson, G., John, A., Knifton, L., McDaid, S., Morton, A., Thorpe, L., & Wilson, N. (2022). *The economic case for investing in the prevention of mental health conditions in the UK.* London : Mental Health Foundation / London School of Economics and Political Science.

National Institute for Health and Care Excellence. (2022). *Self-harm : Assessment, management and preventing recurrence (NG225).* https://www.nice.org.uk/guidance/ng225

OECD/European Observatory on Health Systems and Policies. (2023). *Belgium : Country Health Profile 2023, State of Health in the EU.* OECD Publishing, Paris. https://doi.org/10.1787/dd6df7bd-en

Organisation mondiale de la santé. (2021). *Suicide worldwide in 2019: Global health estimates.* Genève : OMS. https://www.who.int

Organisation mondiale de la santé. (2023). *Suicide* [fiche d'information]. https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/suicide

Pitman, A., Osborn, D., King, M., & Erlangsen, A. (2014). Effects of suicide bereavement on mental health and suicide risk. *The Lancet Psychiatry, 1*(1), 86–94. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(14)70224-X

Pitman, A. L., Osborn, D. P. J., Rantell, K. & King, M. B. (2016). Bereavement by suicide as a risk factor for suicide attempt: a cross-sectional national UK-wide study of 3432 young bereaved adults. BMJ Open, 6(1), e009948. doi : 10.1136/bmjopen-2015-009948

Shand, F., Torok, M., Mackinnon, A., Burnett, A., Sharwood, L. N., Batterham, P. J., Calear, A. L., Qian, J., Zeritis, S., Sara, G., Page, A., Cutler, H., Maple, M., Draper, B., McGillivray, L., Phillips, M., Rheinberger, D., Zbukvic, I., & Christensen, H. (2025). Effect of the LifeSpan suicide prevention model on self-harm and suicide in four communities in New South Wales, Australia: A stepped-wedge, cluster randomised controlled trial. BMJ Mental Health, 28(1), e301429. https://doi.org/10.1136/bmjment-2024-301429

Segar, L. B., Laidi, C., Godin, O., Courtet, P., Vaiva, G., Leboyer, M., & Durand-Zaleski, I. (2024). The cost of illness and burden of suicide and suicide attempts in France. *BMC Psychiatry, 24*, 215. https://doi.org/10.1186/s12888-024-05632-3

Spillane, A., Larkin, C., Corcoran, P., Matvienko-Sikar, K., Riordan, F., & Arensman, E. (2018). Psychological and psychosocial interventions for bereaved people after suicide: A systematic review. *BMC Psychiatry, 18*, 206. https://doi.org/10.1186/s12888-018-1785-z

Stene-Larsen, K., & Reneflot, A. (2019). Contact with primary and mental health care prior to suicide: A systematic review of the literature from 2000 to 2017. *Scandinavian Journal of Public Health, 47*(1), 9–17. https://doi.org/10.1177/1403494817746274

Sveen, C. A., & Walby, F. A. (2008). Suicide survivors' mental health and grief reactions: A systematic review of controlled studies. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 38*(1), 13–29. https://doi.org/10.1521/suli.2008.38.1.13

Vancayseele, N., et Portzky, G. (2025). De epidemiologie van suïcidepogingen in Vlaanderen 2024. Gand : Eenheid voor Zelfmoordonderzoek, Universiteit Gent. Recherche menée sur la base d'un enregistrement dans 27 services d'urgence flamands, avec le soutien du Gouvernement flamand. https://www.zelfmoord1813.be/files/LOES/Jaarverslag-Su%C3%AFcidepogingen-Vlaanderen-2024.pdf

Whitebrook, J., Lafarge, C., & Churchyard, J. S. (2025). A suicide bereavement model: Based on a meta-ethnography of the experiences of adult suicide loss survivors. *Frontiers in Public Health, 13*, Article 1596961. https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1596961

Willems, R., Catthoor, K., Cools, O., Morrens, M., Snoeck, P., Tecco, J., & Dom, G. (2025). *Mental health services in Belgium*. *International Review of Psychiatry*. Advance online publication. https://doi.org/10.1080/09540261.2024.2386052

NOTE D'ACCOMPAGNEMENT

jointe à l'audit systémique « Santé mentale : continuité des soins et deuil après le suicide en Belgique », qui constitue l'avis écrit sollicité par la Commission de la santé, de l'environnement et de l'action sociale du Parlement de Wallonie en sa séance du 2 juin 2026

Caterina Alibrandi, auditrice et maman endeuillée par suicide, 1er septembre 2026

Monsieur le Président,
Mesdames et Messieurs les Députés,
Monsieur le Ministre,

1. Objet et statut du dépôt

Lors de sa séance du 2 juin 2026, la Commission de la santé, de l'environnement et de l'action sociale a arrêté le calendrier de ses auditions sur la santé mentale et la liste des avis écrits sollicités. Le compte rendu en fixe les termes : la Commission décide de solliciter l'avis écrit « *de Mme Alibrandi, Auteure de l'audit systémique « Santé mentale : continuité des soins et deuil après le suicide en Belgique* ». (CRIC n° 160, 2025-2026, Commission de la santé, séance du mardi 2 juin 2026)

L'audit systémique constitue cet avis écrit, conformément à l'indication du Greffe du 10 juin 2026. Deux précisions de statut encadrent ce dépôt.

L'audit n'a pas fait l'objet de présentation orale. J'étais présente dans le public lors de la séance du 13 juillet 2026, sans y être auditionnée ; (CRAC n° 186, 2025-2026, compte rendu avancé, p. 21, qui n'engage ni le Parlement ni les orateurs qui disposent d'un droit de correction.).

L'avis écrit ne se substitue pas aux auditions. Il porte sur un objet que les trois premiers cycles ont nommé sans le traiter : ce qu'il advient d'une personne après une tentative de suicide, et ce qu'il advient de ses proches après un décès.

2. Position de l'auteure

Je suis auditrice et maman endeuillée par suicide depuis le 18 décembre 2025. Ces deux positions ne sont pas séparables et le document ne cherche pas à les séparer. La seconde donne accès à un parcours de soins documenté sur dix-huit années. La première en fait un cas traceur. Le parcours a été anonymisé et réduit aux actes institutionnels, soit les admissions, les sorties, les transmissions, les délais d'accès, les orientations et les dépenses engagées. Les éléments cliniques en ont été retirés et la vignette qui les présentait a été supprimée de la version déposée, pour des raisons de confidentialité. Ce parcours a été instruit selon la méthode que j'applique à toute institution auditée.

Ma pratique porte depuis 2008 sur l'évaluation institutionnelle, l'analyse systémique et la production de rapports destinés à des décideurs

3. Apport au cycle d'auditions en cours

Le dépôt intervient entre deux cycles. Les auditions des 19 mai, 30 juin et 13 juillet 2026 sont closes. Celles du 15 septembre 2026, consacrées au CRéSaM, à Psy 107, à SOS Suicide et à Télé-Accueil, ne se sont pas encore tenues. Les questions auxquelles l'audit répond ont été posées lors du cycle du 13 juillet ; les opérateurs susceptibles d'y apporter un éclairage de terrain seront entendus au cycle suivant. Quatre questions posées en séance le 13 juillet trouvent dans l'audit des éléments de réponse.

Le protocole après une tentative de suicide : Mme Jacqmin et Mme Roberty ont l'une et l'autre demandé s'il existe un protocole établi après une première tentative, pour la personne comme pour son entourage. M. Delrée, Président de la Fédération des associations de médecins généralistes de la Région wallonne (FAGW), a répondu qu'il n'avait pas de réponse précise et qu'il ne pensait pas qu'un

protocole couvre clairement ce type de situation. L'audit constate cette absence et propose un contact par un professionnel désigné dans les 48 heures suivant la sortie des urgences, suivi d'un accompagnement structuré de nonante jours au minimum (R2). Cette proposition s'appuie sur deux références opérationnelles distinctes : le dispositif français VigilanS et la recommandation britannique NICE NG225.

L'accompagnement des familles : Mme Roberty a demandé quelles mesures garantiraient une prise en charge systématique, coordonnée et accessible des parents, de la fratrie et des grands-parents confrontés à un suicide ou à une tentative, et à quel moment cette prise en charge devrait intervenir. La séance n'a pas apporté de réponse. L'audit y consacre une section et deux recommandations : la reconnaissance d'un statut pour les proches qui assurent de fait la continuité du parcours (R4), et l'obligation, pour toute institution confrontée à un décès par suicide, de remettre aux proches identifiés les ressources spécialisées disponibles (R5).

Les indicateurs de pilotage : Mme Roberty a demandé quels indicateurs devraient être suivis en priorité pour piloter la politique wallonne de santé mentale, prolongeant la question qu'elle avait posée le 19 mai : à partir de quand une liste d'attente devient-elle une perte de chance ? L'audit propose vingt indicateurs, rattachés chacun à une recommandation, avec leur dénominateur, leur source et la première mesure techniquement possible. Un seul de ces vingt indicateurs repose aujourd'hui sur une source de données existante et structurée à l'échelle nationale. Ce rapport de un sur vingt constitue lui-même un indicateur de la capacité actuelle de pilotage du système.

Les données consolidées : le défaut de données a traversé la séance : dans l'intervention de Mme Roberty sur les chiffres de la mutualité Solidaris, comme dans celle de Mme Mertens sur le caractère incomplet de la cartographie de l'offre. L'audit qualifie cette absence de rupture critique et propose un registre national pseudonymisé des tentatives de suicide (R1). Un précédent institutionnel transposable sous réserve d'adaptation existe en Belgique : le protocole d'accord du 20 novembre 2017 fait fonctionner le registre du cancer entre sept autorités, sans accord de coopération au sens de l'article 92bis ni réforme institutionnelle préalable.

Ces questions n'ont pas uniquement été posées le 13 juillet.

Le 19 mai, M. Leclercq, conseiller de la fédération Santhea, indiquait devant la Commission que près de 15 % des enfants admis à l'hôpital à la suite d'une tentative de suicide ne bénéficient d'aucun suivi à leur sortie. Le même jour, M. Demesmaecker qualifiait la santé mentale d'angle mort statistique, et Mme Vandorpe rappelait que la résolution consacrée au suicide avait déjà buté sur l'absence de données consolidées. Les deux ruptures que l'audit qualifie de critique et de majeure ont donc été énoncées en commission dès le premier cycle d'auditions. L'audit les reprend au point où les auditions les ont laissées. Il propose les mécanismes correspondants.

L'audit rejoint par ailleurs plusieurs points exposés en séance, sans les répéter. La septième priorité présentée par l'UPPCF porte sur l'entourage : l'audit en fait une fonction à définir, à dénombrer et à financer (R4). La FAGW demande une meilleure lisibilité de l'offre et un point de contact unique : l'audit en formule l'équivalent pour la période qui suit une tentative, sous la forme d'un référent unique chargé de la continuité entre urgences, psychiatrie, médecine générale et famille (R3). M. Adam a rappelé que les tentatives se raréfient avec l'âge tandis que leur létalité augmente : cette évolution ne peut être suivie en Wallonie faute d'enregistrement, ce qui ramène à R1. M. Demesmaecker proposait le 19 mai un dispositif de pilotage confié au CRéSaM avec l'IWEPS ; R1 porte sur un registre national pseudonymisé des tentatives et relève d'un autre niveau de pouvoir. Les deux dispositifs sont complémentaires, et le CRéSaM est entendu le 15 septembre.

4. Limites de l'audit

L'audit ne porte pas sur la santé mentale dans son ensemble. Son périmètre est limité au phénomène suicidaire : prévention, continuité des soins après une tentative de suicide, accompagnement des proches et postvention après un décès. Quatre limites doivent être connues avant lecture. Il n'évalue pas les opérateurs. La Cour des comptes l'a fait en 2024, avec une autre unité d'observation : l'activité, les bénéficiaires, le financement et le pilotage des institutions agréées. Son rapport précise que l'audit ne traite pas des services relevant spécifiquement de la prévention du suicide. Deux de ses vingt-sept recommandations rejoignent toutefois le principe technique de R1, l'identification univoque des bénéficiaires et la pseudonymisation permettant le suivi des parcours.

L'audit n'attribue aucune responsabilité individuelle. Les ruptures relevées sont rapportées à des choix d'organisation. Les professionnels rencontrés dans le parcours documenté ont exercé dans les conditions que le système leur ménageait. Il ne démontre pas de fréquence. Le cas traceur établit que ces ruptures se produisent, qu'elles s'enchaînent et qu'aucun mécanisme ne les interrompt. Ce sont les données du KCE, de Sciensano, de Solidaris et de l'Unité de recherche sur le suicide de l'Université de Gand qui en établissent la portée.

Il ne compare pas les Régions entre elles. Les taux régionaux de suicide ne sont pas comparables et ne sont pas retenus comme mesure de performance. Parmi les comparateurs mobilisés, le dispositif flamand (VAS III) présente un intérêt particulier : un enregistrement des tentatives et un plan chiffré y fonctionnent à l'intérieur du même cadre institutionnel belge.

5. Mode de lecture proposé

La synthèse exécutive de l'audit énonce les trois ruptures hiérarchisées, l'ordre de grandeur économique et les six recommandations. La démonstration n'y est pas développée. La démonstration se trouve dans la section méthodologique, qui expose la triangulation des sources et les limites du périmètre, puis dans le développement de chaque rupture, où figurent les données, les précédents et les comparateurs. La discussion des recommandations suppose la lecture de ces sections.

Le séquençage opérationnel classe les recommandations par niveau de compétence et par ordre d'engagement. Deux d'entre elles peuvent être engagées dans les six mois sans prérequis : le registre national pseudonymisé des tentatives (R1), de compétence fédérale principale avec concertation des entités fédérées, et le module de formation accrédité destiné aux médecins généralistes (R6). Quatre relèvent principalement de la compétence wallonne.

Les indicateurs sont construits sans valeur cible. La définition de l'indicateur relève de la méthode ; la fixation de la cible et de son échéance relève de la décision politique et des autorités compétentes. Cette séparation est délibérée. L'audit ne s'y substitue pas.

6. Demande

Le calendrier de la Commission place ce dépôt à un moment utile. Les auditions du 15 septembre 2026 portent sur des opérateurs directement concernés par la prévention et la postvention du phénomène suicidaire. La stratégie wallonne de santé mentale est annoncée pour le début de 2027.

Je demande à la Commission de soutenir trois mesures qui relèvent du champ des compétences régionales et une saisine.

Ces décisions sont : la création de la fonction de référent unique dans les services ambulatoires régionaux (R3) ; la reconnaissance légale de la fonction exercée par les proches aidants dans le cadre du phénomène suicidaire et le financement structurel des associations qui les soutiennent (R4) ; l'obligation, pour les structures agréées par la Région, de remettre aux proches identifiés les ressources

spécialisées disponibles après un décès par suicide (R5). Ces trois mesures peuvent être engagées dans le seul champ des compétences régionales, sans concertation préalable et sans réforme institutionnelle.

La saisine porte sur le registre national pseudonymisé des tentatives de suicide (R1). Sa forme aboutie suppose un protocole d'accord entre l'autorité fédérale et les entités fédérées. La Région wallonne y est partie au même titre que les autres : elle est l'une des six autorités qui cofinancent le registre du cancer sur la base du protocole du 20 novembre 2017, conclu sans accord de coopération au sens de l'article 92 bis. La décision demandée n'est donc pas la création du registre, mais le mandat donné au Gouvernement wallon d'inscrire ce point à l'ordre du jour de la Conférence interministérielle Santé publique. La proposition de résolution visant à intensifier la prévention du suicide, en cours d'examen devant la Commission (Doc. 492 (2025-2026) N° 1), rattache en son point 1 le plan wallon à la future stratégie interfédérale de santé mentale et demande en son point 9 le renforcement de la collecte, de l'analyse et de la publication des données wallonnes relatives au suicide. R1 fournit un instrument à ce point 9, et en déplace le périmètre : les décès sont enregistrés, avec les limites exposées en section 4 ; les tentatives ne font pas l'objet d'un enregistrement consolidé à l'échelle wallonne.

Je reste à la disposition de la Commission pour un complément écrit sur l'un ou l'autre point du document. Le cycle d'auditions du 15 septembre 2026 se tenant après le présent dépôt, je demande à être entendue lors du cycle qui suivra, ou à déposer un complément écrit après la publication de son compte rendu.

Je vous remercie d'avoir accepté de recevoir cet avis et vous prie d'agréer, Monsieur le Président, Mesdames et Messieurs les Députés, Monsieur le Ministre, l'expression de ma considération distinguée.

Caterina Alibrandi
Auditrice et maman endeuillée par suicide

FÉDÉRATION MAISONS MÉDICALES santé et solidarité

Réponses aux questions adressées à la Fédération des maisons médicales

Remarque préalable : *nous avons pris la liberté d'éviter les doublons et de répondre plus amplement à certaines questions afin de fournir des éléments de clarification pour l'ensemble de la réflexion.*

1. **La réorganisation de la première ligne en Wallonie (Proxisanté) accuse un retard structurel important sur la Flandre. Les Maisons médicales, de par leur modèle intégré, sont en première ligne pour accueillir la détresse psychologique ambulatoire face à des Services de santé mentale (SSM) saturés. Comment la Fédération des maisons médicales perçoit-elle le déploiement actuel de Proxisanté ? Comment vos structures peuvent-elles s'intégrer plus efficacement dans ces réseaux pour fluidifier le parcours du patient et éviter les listes d'attente opaques ?**

   La territorialisation, le partage collectif de la responsabilité à l'égard d'une population donnée et la prise en compte du temps long sont des piliers structurant l'action du mouvement des maisons médicales de longue date. Par conséquent, de notre point de vue, la réforme en cours est une très bonne chose. Elle rencontre toutefois des résistances objectives et subjectives qui sont le produit de l'organisation passée. Trois éléments doivent être pris en compte pour éviter d'accroître ces résistances :

   1. Eviter de singer ce qui s'est passé en Flandres. Les réalités de départ étant différentes, le chemin ne peut que l'être également.
   2. Ne pas adopter un temp qui brusque les acteurs encore plus qu'ils ne le sont actuellement. On demande en effet aux professionnels de sortir de leur zone de confort au moment même où la viabilité même de leurs activités et structures sont en jeu.
   3. Parvenir à faire converger les trois réformes en cours : soins primaires, paysage hospitalier et nomenclature.

   Pour y parvenir, les Associations de Santé Intégrée (ASI) sont un levier indispensable. C'est une richesse wallonne sur laquelle il faut s'appuyer. Profitant de notre organisation territoriale en Intergroupes (IG), nous nous mobilisons pour permettre aux consortia des OLS de se structurer, pour aider chacun à dépasser ses craintes et faire preuve de bonne volonté, pour partager notre expérience reconnue sur la gouvernance partagée et la pluridisciplinarité.

   Pour ce qui est des "listes d'attente opaques", nous ne savons pas exactement à quoi cela fait référence étant entendu qu'il n'existe pas de système mis en place pour récolter valablement des informations sur les listes ou temps d'attente en vue d'obtenir un rdv chez un MG aujourd'hui en Belgique. (Benahmed et al., 2024; Mormont, 2023)

   Luttant en faveur de l'accessibilité des soins, nous appelons de nos vœux une régulation adaptée du secteur afin d'éviter le report et le non-recours aux soins (qui coûtent bien plus au corps social que la prévention). Rappelons qu'une estimation renseignée par le KCE rapporte qu'en 2018 en Wallonie, 36,3% des patients ont dû attendre un jour ou plus pour obtenir un rendez-vous chez le médecin généraliste, ce qui est en augmentation depuis 2013 (Gerkensa et al., 2024).

2. **Le Gouvernement wallon a doublé son budget de prévention (+40 millions d'euros). Les Maisons médicales sont-elles prêtes à inscrire leurs pratiques dans une démarche d'évaluation afin d'objectiver le retour sur investissement de la prévention en Wallonie ? De quels outils ou indicateurs disposez-vous aujourd'hui pour mesurer l'efficacité de vos actions de prévention en santé mentale ?**

Nous réclamons de longue date à la fois des études objectivant les politiques de prévention ainsi que l'établissement de critères adaptés. Mais, comme vous le savez, évaluer l'impact d'une intervention de prévention est particulièrement complexe : l'objectif même de la prévention est d'éviter l'apparition, la dégradation ou l'aggravation d'une situation. Il s'agit donc, en quelque sorte, de mesurer ce qui ne s'est pas produit. Cela ne signifie toutefois pas qu'il soit impossible d'évaluer l'efficacité des actions menées.

Sur le principe, les Maisons médicales sont évidemment favorables à une démarche d'évaluation et à la mise en place d'indicateurs permettant d'objectiver les effets de la prévention. Nous considérons cependant que cette évaluation doit être construite de manière adaptée aux réalités du terrain et aux temporalités propres à la prévention, en particulier en santé mentale. L'enjeu est de construire un cadre d'évaluation partagé, avec des indicateurs à la fois quantitatifs et qualitatifs, suffisamment robustes pour objectiver les résultats mais suffisamment souples pour tenir compte de la diversité des pratiques et des publics. Les Maisons médicales sont désireuses de participer à cette réflexion et prêtes à inscrire leurs pratiques de prévention dans une démarche d'évaluation adéquate, c'est-à-dire à condition que celle-ci soit pensée comme un outil d'amélioration des pratiques et de repérage des dérives. De plus, il nous semble important que le coût d'un processus d'évaluation des programmes de prévention ne soit ponctionné des enveloppes destinées à la prévention elle-même.

Aujourd'hui, plusieurs indicateurs existants peuvent être mobilisés : le recours aux soins et leur évolution, la fréquence et la précocité des prises en charge, les hospitalisations ou passages aux urgences évitables, l'orientation vers les services spécialisés, mais aussi des indicateurs plus qualitatifs liés à l'accès aux soins, à la continuité de l'accompagnement, au bien-être, à l'autonomie et à la qualité de vie des patients. À cela peuvent s'ajouter des indicateurs portant sur les déterminants de santé et les facteurs de risque, ainsi que sur la participation des patients et leur capacité à mobiliser les ressources disponibles. Nous pensons que tous ces indicateurs pourraient être intégrés dans l'espérance de vie en bonne santé. En effet, ce dernier indicateur a) fournit une lecture fidèle de l'état de santé actuel d'une population, b) rend visible les inégalités et les déterminants non-médicaux, c) autorise les comparaisons entre territoires et d) offre donc aux autorités publiques une boussole très ajustée pour évaluer les effets de la politique globale mise en place.

Enfin, nous pensons qu'il serait réducteur de mesurer le « retour sur investissement » de la prévention uniquement à partir d'économies réalisées à court terme. Une prévention efficace peut produire ses effets sur plusieurs années et générer des bénéfices qui dépassent largement le seul champ sanitaire : maintien dans l'emploi, réduction de la désinsertion sociale, diminution du recours aux soins lourds, amélioration de la qualité de vie ou encore renforcement de l'autonomie des personnes. Dans un autre registre, une entreprise ne sera jamais évaluée

uniquement par ce qu'elle coûte (salaires, matières premières, subventions, etc.), elle le sera surtout par ce qu'elle produit. Il en va de même pour la santé.

3. **Le rapport du KCE a pointé une adéquation insatisfaisante des habitudes de prescription en ambulatoire en Belgique, marquée par une surconsommation d'antidépresseurs et de benzodiazépines. Face à l'engorgement des psychologues de première ligne et des SSM, vos médecins généralistes ne sont-ils pas parfois poussés, malgré eux, à une réponse médicamenteuse faute d'alternatives d'accompagnement psychosocial rapides et accessibles ? Comment évaluez-vous l'articulation sur le terrain entre le plan de remboursement fédéral des soins psychologiques, notamment et les enveloppes de prévention de la Région wallonne ?**

La prescription de psychotrope est un levier thérapeutique auquel les médecins généralistes ont recours pour 25,3% à 51,3% des patients qu'ils rencontrent et qu'ils identifient comme ayant des troubles en santé mentale (Norton et al., 2008; Ustün & Von Korff, 1995). Toutefois, toutes les études produites ces dernières années confirment le fait que les médecins de MM prescrivent en moyenne moins de médicaments (antibiotiques et psychotropes) alors même que le profil de leur patientèle présente plus de cas complexes et de situations de précarité dont la consommation de psychotropes est statistiquement supérieure (21,66 % chez les bénéficiaires de l'intervention majorée [BIM] par rapport aux 13,55% bénéficiaires ordinaires) (Gisle et al., 2018; Noirhomme, 2022). Ce n'est pas qu'ils soient meilleurs ou plus vertueux, simplement le cadre collectif et pluridisciplinaire (mais aussi le forfait à la capitation) offre des conditions qui permettent aux médecins de résister à la pression du patient, à la pression temporelle et à l'angoisse face au sentiment d'impuissance.

Dans un contexte de psychiatres peu disponibles et de psychologues peu accessibles financièrement, c'est parfois le seul levier thérapeutique dont ils disposent. Ils soulignent manquer de temps, de relais spécialisés et d'expertise en psychothérapie pour apporter une autre réponse aux patients. Ce sont précisément ces constats qui ont mené à la mise en place de psychologues et d'assistants sociaux en maisons médicales, au départ sur leurs fonds propres. Les besoins de ce type de profil pour épauler les généralistes face aux demandes relevant de la santé mentale et leur permettre d'élargir la panoplie des réponses apportées au-delà de la prescription est en constante augmentation. Dans le contexte actuel, les maisons médicales soulignent l'intérêt qu'elles verraient à l'existence d'une ligne d'appel téléphonique consultative avec des (pédo)psychiatres pour bénéficier de conseils en matière de prescriptions. Enfin, nous appelons de nos vœux un soutien actif au développement des alternatives prescriptives (dont l'efficacité est démontrée) aux substances psychoactives : prescriptions de "soins verts", prescriptions d'activités sociales et communautaires, prescriptions sportives (sport sur ordonnance), etc.

Quant à votre deuxième sous-question : disposer d'une offre psycho-médico-sociale intégrée constitue un vrai atout thérapeutique. Néanmoins, en vue de la proposer de façon systématique et accessible, le terrain en est réduit à jongler au niveau budgétaire pour financer ce type de fonctions, initialement implémentées en supplément du triptyque classique généraliste-infis-kinés mais en passe de devenir essentielles. Il va de soi qu'une telle pluridisciplinarité élargie permet d'intégrer le CARE et le CURE, démédicalisant ainsi ce qui peut l'être tout en préservant les professionnels du soin dans l'accomplissement de leurs tâches indispensables. Le financement structurel des fonctions sociales et de l'accompagnement psychologique en ASI est

pour cela fondamental et pourrait être aisément mis en place dès que la décision politique sera prise. Il est clair que tout le monde essaie de contrecarrer les effets néfastes de la défédéralisation des compétences en santé et nous considérons le plan fédéral de remboursement des soins psychologiques comme un pas qui va dans le bon sens, mais qui demeure en l'état bien insuffisant. Ce que nous souhaitons et devons éviter est de répondre à l'épidémie de troubles psychologiques et existentielles par une armée de psychologues "volants" non articulés et intégrés au reste de la prise en charge globale. De ce point de vue, la segmentation du travail en un nombre de séances prédéfinis est peu efficient car non pertinent pour le travail psychique. C'est parfois parfois trop peu, parfois trop. Certaines personnes sont ainsi tellement anxieuses de ne pas pouvoir revenir en consultation chez le psychologue qu'elles gardent leur place et "utilisent" toutes leurs séances plutôt que de s'autoriser à revenir quand le besoin s'en fera sentir. Cette attitude est irrationnelle au niveau du système, mais « logique » à la vue des difficultés d'accessibilité à des consultations psychologiques accessibles financièrement.

4. **La Cour des comptes a sévèrement épinglé le cloisonnement en silos des politiques wallonnes (Enfance / Santé mentale / Grand Âge / Handicap), ce qui provoque, entre autres, de nombreuses ruptures de parcours (par exemple lors du passage de la pédopsychiatrie à la psychiatrie adulte, ou lors du vieillissement des patients à domicile). En tant que structures globales prenant en charge les patients de l'enfance au grand âge, comment vos Maisons médicales parviennent-elles à assurer/ à participer à la continuité des soins lors de ces phases de transition critiques ?**

La continuité des soins est au fondement même du modèle des Maisons médicales. Notre approche repose sur les principes du GICAP : des soins globaux, intégrés, continus, accessibles et participatifs. Dès lors, les moments de transition — de l'enfance à l'adolescence, de la pédopsychiatrie à la psychiatrie adulte, du domicile vers l'hôpital et inversement, ou encore lors du vieillissement — ne sont pas des « à-côtés » de la prise en charge : ils font partie intégrante de notre mission. Nous soignons et accompagnons des trajectoires biographiques singulières inscrites dans des territoires spécifiques et non des cas génériques ou des "types" déracinés de population.

Notre premier levier, c'est la connaissance dans la durée de la personne et de son environnement. En Maison médicale, le patient n'arrive pas à chaque étape de sa vie avec un nouveau dossier à reconstruire. Nous connaissons son histoire, son contexte familial et social, ses fragilités comme ses ressources. Cette continuité permet d'éviter qu'il doive sans cesse se raconter, mais aussi d'éviter aux professionnels de repartir de zéro pour comprendre une situation. C'est un gain d'efficacité dans les soins, mais surtout une manière de sécuriser les parcours.

Cette continuité repose également sur notre travail d'équipe pluridisciplinaire. Les moments charnières ne peuvent pas être gérés par un professionnel isolé. Le fait de pouvoir croiser les regards du médecin généraliste, du psychologue, de l'infirmier, de l'accueillant, du travailleur social, voire d'autres intervenants, permet de repérer les ruptures potentielles et de penser collectivement la suite du parcours.

Le psychologue en Maison médicale joue, à cet égard, un rôle particulier. Il peut être - à l'instar du médecin généraliste, pilier et couteau suisse des soins primaires - ce « psy généraliste »,

capable d'accueillir des publics et des problématiques très divers, de garder une vision globale de la situation, de centraliser et de synthétiser les informations pertinentes, tout en articulant son intervention avec des professionnels et des services plus spécialisés. Il ne s'agit donc pas de se substituer au réseau spécialisé, mais précisément de pouvoir faire le lien avec celui-ci et d'éviter que l'orientation vers un autre niveau de soins ne signifie une rupture de prise en charge. Cette position et cette fonction sont fondamentales pour éviter le phénomène bien connu de "dilution de la responsabilité" : aucun acteur ne se sent responsable en dernière instance pour et auprès du patient. Si cela est déjà hautement nuisible pour ce qui concerne les problématiques somatiques, c'est tout à fait catastrophique pour les difficultés psychiques.

Mais il faut être lucide : bien que travaillant activement à être cette entité thérapeutique responsable qui rassemble et synthétise la prise en charge, les Maisons médicales ne peuvent pas, à elles seules, compenser le cloisonnement du système de santé. C'est particulièrement visible dans les relations avec l'hôpital. Les retours à domicile constituent encore trop souvent un point de rupture : les informations arrivent tardivement ou pas du tout, les responsabilités sont parfois peu claires et le relais vers l'ambulatoire repose largement sur la bonne volonté des professionnels. Or, une sortie d'hospitalisation n'est pas une fin de prise en charge : c'est précisément un moment où la coordination est essentielle.

Nous avons donc besoin de moyens humains et de temps de qualité dédiés à cette fonction de liaison et de transition entre l'hospitalier, l'ambulatoire et les différents secteurs. La coordination ne peut pas être une tâche supplémentaire que l'on demande aux équipes d'absorber à moyens constants. Si l'on veut réellement lutter contre les ruptures de parcours dénoncées par la Cour des comptes, il faut financer cette fonction et lui donner un cadre structurel et pérenne.

Au fond, la question n'est donc pas seulement de savoir si les Maisons médicales parviennent aujourd'hui à assurer la continuité des soins. Elles ont précisément été conçues pour cela, et elles le font déjà au quotidien. La vraie question est de savoir si le système de santé leur donne les moyens de jouer pleinement ce rôle de trait d'union.

C'est là que se situe, à nos yeux, une partie de la réponse au cloisonnement des politiques publiques : plutôt que d'ajouter des dispositifs à chaque nouvelle « catégorie » de population ou à chaque âge de la vie, il faut aussi soutenir les structures capables de tenir le fil du parcours de la personne dans sa globalité, y compris lorsque celle-ci traverse les frontières entre secteurs, institutions et âges de la vie. La continuité des soins ne se décrète pas au moment de la transition ; elle se construit en amont, grâce à la connaissance durable du patient, au travail d'équipe et au réseau.

5. **Dans quelle mesure les souffrances et les problèmes des patients que vous rencontrez en maison médicale sont-elles directement liées aux conditions de vie : précarité, logement inadéquat, isolement social, endettement, chômage, maladie, violences intra-familiale ou difficultés administratives ?**

En très grande partie. En tant qu'acteurs des soins primaires pluridisciplinaires et ancrés territorialement, nous insistons pour que la difficulté soit saisie à sa racine. A savoir : les gens ne vont pas bien non pas à cause de leur « santé mentale », ils ne vont pas bien à cause de leur logement, de leurs conditions de travail, de la précarisation des existences, etc. toutes choses

appelées pudiquement « complexification des situations ». On veillera donc à ne pas condamner des effets dont on chérit la cause.

Il n'est certes plus besoin de démontrer l'importance considérable des déterminants non-médicaux de la santé (et, par conséquent, l'influence de toutes les politiques sur la santé de la population). Mais cette vérité théorique prend, sur le terrain, une consistance et un visage dramatique ces dernières années :

- l'exclusion du chômage a généré des systèmes d'angoisse bien ancrés (le centre de prévention contre le suicide n'a jamais été aussi populaire) et alimentés par la non-reconnaissance sociale et le soupçon généralisé ;
- les difficultés liées au logement occupent une place déterminante dans les têtes, les corps et les dynamiques familiales ;
- les enjeux climatiques et la disparition d'un avenir désirable qu'ils symbolisent s'ajoutent à ce qui précède et le colore d'une tonalité tragique.

La fragilisation des existences à laquelle nous assistons, couplée aux mécanismes faisant endosser par les individus les dysfonctionnements structurels, atteint tout le monde. D'un point de vue clinique, les Maisons médicales tâchent de s'organiser pour être un pôle d'équilibre permettant aux personnes en situation de déséquilibre existentiel de souffler et de reprendre peu à peu pieds. Il va de soi qu'une telle tâche n'est possible qu'à la condition d'être soi-même bien ancré et suffisamment stable. Cette clinique, résumée dans l'acronyme GICAP (Globalité, Intégration, Continuité, Accessibilité, Participation), est spécifique parce qu'elle veille à ne pas faire des patients et des populations les appendices et justifications du système de soins, mais également parce qu'elle offre un espace sécurisé de stabilisation des existences.

Or cinq conditions permettent cela :

1. L'ancrage territorial : c'est une condition indispensable pour connaître les cadres de vie, leurs évolutions et ainsi affiner les prises en charge. Au-delà de cela, très prosaïquement, c'est ainsi que l'accessibilité se manifeste matériellement.
2. Le travail sur le temps long : penser que des difficultés existentielles se règlent en un nombre de séances déterminé est une illusion. C'est rassurant, mais c'est faux. Notons bien que cela ne signifie pas automatiquement une augmentation du nombre de séances. En effet, si un patient peut revenir, il peut aussi partir quand cela va mieux, sans se sentir obligé d'occuper « efficacement » les créneaux qui lui ont été attribués.
3. La pluridisciplinarité : la manière dont la Maison médicale peut aider dépend de la diversité d'une équipe qui travaille sous un même toit. Ainsi la porte d'entrée qu'emprunte le patient – somatique, psychologique ou sociale – sera-t-elle élaborée avec lui pour ensuite développer de façon coordonnée les bonnes connexions soit en interne, soit avec le Réseau. C'est un moyen excellent pour éviter de consommer des soins en fait inutiles tout en passant à côté de l'essentiel.
4. Le mode financement : le conventionnement, le salariat ou encore la forfaitarisation permettent ce travail sur le temps long.
5. La cohérence du modèle institutionnel et de l'objet social : l'écoute et la reconnaissance réciproque, indispensables à l'élaboration clinique, doivent être adossés à un modèle institutionnel promouvant une horizontalité incluant les usagers.

6. La présence d'assistants sociaux dans les maisons médicales est-elle suffisamment reconnue et financée comme un véritable outil de prévention en santé mentale ?

La réponse est claire : non. Les subsides sont toujours facultatifs, ce qui fragilise les travailleurs sociaux (contrairement à la nécessaire stabilité qui vient d'être évoquée), entraîne un grand turn over et, par conséquent, une perte d'expertise et d'efficacité. Nous constatons dans nos structures une lente mais certaine érosion du nombre de travailleurs sociaux très explicitement liée à l'incertitude chronique du financement de leur poste.

Du point de vue de la continuité, les liens parfois très forts qui peuvent exister entre travailleurs sociaux et usagers sont ainsi rompus, situation dont chacun voit qu'elle accroît l'angoisse et les difficultés (tant de l'usager que du professionnel).

Situées à l'intersection des déterminants médicaux et non-médicaux de la santé, les Maisons médicales insistent sur le fait que c'est bien en jetant regard combiné que l'on peut avancer : écoute du médecin, intervention du psy et accompagnement pratique des AS qui sont eux, objectivement, à l'intersection du médical et du non-médical. Leur travail est crucial car il permet à la prise en charge d'éviter deux écueils : 1) s'enfermer dans le seul soin « médico-médical », 2) ne pas tenir compte de l'impact sanitaire des déterminants non-médicaux (une dépression, une maladie chronique ou un problème de santé qui s'aggrave peut entraîner une perte d'emploi, une diminution des revenus ou un isolement social).

7. Quels sont les publics qui renoncent encore le plus souvent aux soins de santé mentale, malgré les dispositifs existants ?

Dans une étude basée sur un échantillon représentatif de la province d'Anvers, Rens et al. (2022) ont estimé que 10% de la population se déclare en besoin de soins (indépendamment d'un problème de santé mentale avéré ou non) mais ne recourt à aucun soin pour raisons de santé mentale tandis que 5,5% de la population présente des besoins en santé mentale non satisfaits. Or la proportion des personnes avec des besoins d'aide psychologique perçue non rencontrés est plus élevée en Wallonie que dans les autres régions, particulièrement dans les provinces de Hainaut et de Luxembourg (Noirhomme et al., 2023). Selon différentes enquêtes et sondages auprès de publics francophones, 35,7 à 42% des répondants qui expriment des besoins de soin en santé mentale ne parviennent pas à accéder à l'aide nécessaire (Ancel et al., 2025; Bruggeman et al., 2023; Bruggeman & Nélis, 2023; Drieskens et al., 2024), ce qui est énorme.

Parmi les personnes exprimant des besoins de soins sans parvenir à accéder à l'aide nécessaire, sont surreprésentés les 18-29 ans, les personnes en difficulté financière et les femmes, tandis que parmi les personnes ayant des difficultés en santé mentale, ne l'exprimant pas et n'accédant donc pas à des soins, sont surreprésentés les hommes et les personnes de plus de 65 ans (Noirhomme et al., 2023; Rens et al., 2022). Nous constatons une tendance des personnes ayant des difficultés en santé mentale et ne l'exprimant pas à se tourner vers leur médecin généraliste. Ces derniers sont par conséquent particulièrement demandeurs du soutien et du relais d'une équipe pluridisciplinaire psycho-médicosociale pour ces cas de figures. Empiriquement, les Maisons médicales constatent une difficulté pour elles à atteindre le public adolescent en-dehors du cercle familial.

A côté de ceux qui renoncent avant de commencer à formuler une demande, il y a ceux qui abandonnent en cours de route. Les paramètres d'accessibilité temporelle, financière et géographique jouent ici un rôle prépondérant dans le renoncement des soins. Il est également important de souligner qu'une rupture ou une discontinuité des soins favorise grandement les sorties de trajectoire thérapeutique (« drop out ») chez les patients et, bien souvent, une progression vers des états aigus et sévères.

Le forfait à la capitation, le principe d'accueil inconditionnel (on accueille « tout de la personne ») et la construction patiente d'une continuité des soins avec nos partenaires lèvent certains des obstacles. Mais dans certaines zones, la saturation mêlée à la pénurie nous enjoignent à inventer d'autres manières de faire.

8. ***Voyez-vous plus de patients, des situations plus graves ou plus complexes, mêlant difficultés sociales, familiales, psychologiques, professionnelles ou encore financières ?***

Oui, clairement. La recherche en première ligne rejoint d'ailleurs largement ce constat de terrain, soulignant un accroissement du nombre de situations complexes et une augmentation de la proportion de personnes présentant des maladies chroniques et des polypathologies, notamment dans le champ de la santé mentale (Be.hive, Chaire Interdisciplinaire de la première ligne, 2020; Mormont, 2023; Vandenbroecke, 2022).

Le traitement de situations complexes et la capacité que nous avions de les maintenir en ambulatoire constituaient déjà un aspect central de notre activité, mais cela s'est accentué et nous n'arrivons pas à absorber la demande. Le changement est à la fois quantitatif et qualitatif car nous constituons parfois un ultime filet pour des personnes dont la prise en charge devrait se faire ailleurs.

Le problème est que nous ne voulons pas répondre à cette augmentation de la demande par une simple « gestion de flux ». Notre modèle repose sur le suivi global, la continuité et la connaissance de la personne. Une personne qui arrive avec une dépression, par exemple, n'a pas nécessairement besoin uniquement d'un rendez-vous chez un psychologue : elle peut aussi être confrontée à une perte d'emploi, à des difficultés de logement, à des dettes, à une situation familiale complexe ou à des problèmes de santé physique. Si nous nous contentons de traiter le symptôme qui a motivé la consultation, nous passons à côté d'une partie du problème — et nous risquons de revoir cette personne quelques semaines ou quelques mois plus tard avec une situation aggravée, mobilisant de façon accrue des ressources rares et précieuses. Le modèle de soin global et continu permet une meilleure prise en soin et résolution des situations complexes. Cette complexité demande du temps : du temps de consultation, mais aussi du temps de coordination, de concertation, d'orientation et de travail en réseau, de travail communautaire, etc. Or, ces temps-là sont encore trop peu reconnus et financés dans notre système de soins, mais essentiels pour faire face à ce type de situations. Notre modèle a la robustesse de faire face à ce type de situations, qui sont plus chronophages et plus exigeantes pour les équipes, à condition de disposer du temps de qualité pour le faire. Il faut bien voir que ce temps investi est du temps gagné et non un luxe ou du temps perdu.

Autrement dit, selon nous l'enjeu n'est pas simplement de « voir plus de patients », mais de prendre en charge des personnes dans leur globalité, avant que la complexité de leur situation ne se transforme en rupture de parcours, en hospitalisation ou en exclusion sociale.

9. ***Constatez-vous une hausse de demandes d'aide et de soutien, chez les jeunes, les jeunes parents, les familles monoparentales, les personnes sans emploi ou les personnes âgées ?***
Nous constatons une explosion de demandes de la part des jeunes, qui nous arrivent à des stades assez aigus. Il y a beaucoup de besoin également du côté des jeunes parents et des familles monoparentales (mais la ressource dont ils disposent le moins est le temps). Ajoutons enfin qu'il y a un besoin criant chez les aidants-proches.

Chez les personnes âgées, il devient un peu moins tabou d'aborder des questions de santé mentale. Même si la situation classique reste d'aller voir le MG pour des questions psy. D'où l'importance du psy en MM qui, en plus de ses consultations, offre un soutien à la fonction d'écoute chez ses collègues. Cet aspect de soutien d'équipe n'est pas un luxe mais une condition essentielle pour des interventions plus efficaces faites par des soignants qui ne s'essoufflent pas. Plutôt que déléguer tout au psy (ce qui clive la personne en « partie somatique », « partie psychique », « partie sociale »), on rend tous les soignants vigilants aux enjeux psychiques qui traversent leur prise en charge (quoi de plus intime qu'une relation avec un kiné, que l'on voit 3 fois par semaine et qui manipule notre corps ? Nombre de langues se délient là plutôt qu'en cabinet de consultation).

10. ***Vos équipes disposent-elles des informations nécessaires pour orienter rapidement un patient vers le bon niveau de prise en charge ? Qu'en est-il lorsqu'il s'agit d'un enfant ou d'un adolescent ?***

Nous disposons globalement des informations nécessaires pour orienter les patients : nous connaissons les acteurs du réseau, leurs missions et les dispositifs vers lesquels nous pouvons adresser les personnes. Le problème est moins de savoir où orienter que de pouvoir effectivement y orienter. L'information est là, mais, malheureusement, pas la capacité de réponse.

C'est une difficulté qui dépasse largement les Maisons médicales. Le KCE souligne qu'en Belgique, il n'existe toujours pas de système structurel permettant de mesurer les délais d'accès aux soins, alors même que ces délais constituent un indicateur essentiel de l'accessibilité et devraient permettre de mieux identifier les besoins et de planifier l'offre. Les données disponibles montrent par ailleurs que les délais sont particulièrement problématiques pour les enfants et les jeunes dans les soins de santé mentale. Le rapport sur la performance du système de santé belge relève notamment que, parmi les données disponibles, les délais d'attente sont en moyenne plus longs pour les enfants et les jeunes adultes.

La situation est donc paradoxale : la première ligne est souvent capable de faire le tri, mais elle ne dispose pas toujours de la deuxième ligne vers laquelle orienter. Cela crée un effet de saturation en cascade. Le patient reste chez nous parce qu'il n'a pas d'autre porte d'entrée disponible, alors même que son besoin dépasse parfois ce que la première ligne peut raisonnablement prendre en charge. Nos équipes doivent alors assurer une forme de « prise en charge par défaut », parfois pendant plusieurs mois, dans l'attente d'une place spécialisée.

Et cette question devient encore plus critique lorsqu'il s'agit d'un enfant ou d'un adolescent. Le temps n'a pas la même valeur à 8 ans, à 15 ans ou à 50 ans. L'attente n'est pas une simple variable

administrative. Pour un jeune, plusieurs mois peuvent représenter une part considérable de sa trajectoire de développement. Pendant ce temps, le problème peut s'aggraver, le décrochage scolaire s'installer, les tensions familiales augmenter ou les conduites à risque apparaître. Et lorsque la situation devient finalement suffisamment grave, c'est parfois l'hôpital ou les urgences qui deviennent la porte d'entrée, alors qu'une intervention plus précoce aurait pu éviter cette escalade.

Nous ne pouvons pas demander à la première ligne d'être le filet de sécurité de tout le système sans lui donner les moyens d'activer réellement les relais dont elle a besoin. Une orientation n'est pas une adresse ou un numéro de téléphone : c'est une prise en charge effective, dans un délai compatible avec la situation du patient. En outre, pour les enfants et les adolescents, l'enjeu n'est pas seulement de leur trouver une place ; c'est de leur permettre d'obtenir la bonne réponse au bon moment, avant que la difficulté ne devienne une rupture de parcours. C'est précisément là que l'investissement dans la première ligne, dans la pédopsychiatrie et dans les mécanismes de liaison entre les deux est déterminant.

Les Maisons médicales savent orienter, mais elles ne peuvent pas créer les places qui manquent.

11. ***Le manque de pédopsychiatres conduit-il les maisons médicales à suivre des situations qui dépassent normalement leurs missions ?***

Oui. Et cela vaut d'ailleurs pour la psychiatrie comme pour la pédopsychiatrie.

Nous sommes aujourd'hui dans une situation où le manque de psychiatres et de pédopsychiatres conduit les Maisons médicales à maintenir dans leur file active des patients dont les besoins dépassent parfois ce que la première ligne devrait pouvoir prendre en charge seule. Ce n'est pas nécessairement parce que nos équipes ne savent pas quoi faire : c'est souvent parce qu'il n'y a tout simplement pas de relais disponible vers lequel orienter le patient.

Et il faut être très clair sur ce point : nous ne pouvons pas faire de cette situation une nouvelle norme. La première ligne a vocation à prendre en charge une grande diversité de problématiques, y compris des situations complexes. Mais elle ne peut pas se substituer durablement à une psychiatrie spécialisée qui n'est pas suffisamment disponible. Lorsqu'une situation pédopsychiatrique ne trouve pas de réponse spécialisée, la Maison médicale peut se retrouver à assurer le suivi pendant des mois, avec une équipe qui sait qu'elle atteint les limites de son propre champ d'expertise.

Le problème est d'autant plus préoccupant que nous sommes passés d'une difficulté conjoncturelle à une difficulté structurelle d'organisation de l'offre. Il serait donc illusoire de penser que nous allons simplement résoudre le problème en formant, dans les prochaines années, suffisamment de (pédo)psychiatres pour rattraper tout le retard. Nous devons notamment nous interroger sérieusement sur les conditions d'exercice de la (pédo)psychiatrie : comment rendre la profession plus attractive, comment permettre aux (pédo)psychiatres de consacrer davantage de temps aux situations qui nécessitent réellement leur expertise, et comment mieux articuler leur intervention avec celle des équipes de première ligne ? En attendant de former de nouveaux spécialistes, les Maisons médicales sont prêtes à s'investir et à collaborer avec d'autres acteurs – SSM, Clubs thérapeutiques, équipes mobiles, etc. – pour pallier certains déficits durant la phase transitoire, mais cela nécessitera un soutien actif de la

part de l'administration et des politiques afin de sécuriser et d'étendre la fonction psycho-sociale en leur sein (peut-être en adoptant une logique forfaitaire *sui generis* qui solidariserait les intérêts des différents acteurs concernés par une trajectoire thérapeutique).

Une autre piste de solution, déjà évoquée, serait la mise en place de véritables lignes consultatives de psychiatrie pour la première ligne. L'idée n'est pas de demander au psychiatre de prendre en charge tous les patients qui lui sont adressés. Au contraire : il s'agit de pouvoir solliciter rapidement son expertise lorsqu'une équipe de première ligne est confrontée à une situation qui la déborde ou à la frontière entre plusieurs niveaux de soins. Cela pourrait prendre des formes relativement simples : une ligne téléphonique ou numérique accessible aux professionnels, des plages de consultation pour avis spécialisé, des financements dédiés à des supervisions d'équipe. L'INAMI prévoit déjà, dans le cadre des réseaux de soins psychologiques de première ligne, des mécanismes permettant aux médecins généralistes de bénéficier du soutien de psychologues. Renforcer cette logique en proposant un outil de soutien (pédo)psychiatrique à la première ligne serait à envisager. Ce type de dispositif aurait un double avantage. D'une part, il permettrait de sécuriser les prises en charge qui restent en première ligne : l'équipe ne serait plus seule face à une situation complexe. D'autre part, il permettrait de réserver les consultations psychiatriques aux personnes qui en ont réellement besoin, plutôt que de mobiliser un rendez-vous spécialisé pour chaque situation nécessitant simplement un avis. Toutefois, une fois de plus, il ne faut pas tomber dans l'écueil de répondre au manque de psychiatres uniquement en transférant progressivement leurs missions vers d'autres professionnels. La pluridisciplinarité ne doit pas devenir un pis-aller conduisant d'autres professionnels à compenser ce qui manque ailleurs. Elle doit permettre à chacun d'exercer pleinement ses compétences, avec la possibilité de mobiliser l'expertise spécialisée lorsque c'est nécessaire.

Notre position est donc assez simple : oui, les Maisons médicales absorbent aujourd'hui une partie du manque de psychiatrie et de pédopsychiatrie. Elles le peuvent grâce à un modèle robuste, à l'organisation collective et aux différentes fonctions du « psy généraliste » (consultations, soutien à la dimension psy transversale dans l'équipe, liens avec le réseau). Mais ce n'est ni soutenable ni souhaitable à long terme, tant du point de vue des équipes que des patients.

12. ***Les travailleurs des maisons médicales se sentent-ils suffisamment formés, outillés et soutenus pour repérer un risque suicidaire, évaluer l'urgence et orienter correctement la personne ?***

Il serait difficile d'affirmer qu'il existe un « outillage parfait » face au risque suicidaire. En revanche, nous avons un cadre de travail qui nous paraît particulièrement pertinent pour le repérer, l'évaluer et surtout ne pas laisser un professionnel seul face à une situation à risque.

Le premier atout des Maisons médicales, c'est bien la pluridisciplinarité. Un professionnel peut repérer un signal d'alerte, mais il peut aussi en parler rapidement avec ses collègues, croiser les observations et bénéficier d'un autre regard sur la situation. Le médecin, le psychologue, l'infirmier ou le travailleur social ne voient pas nécessairement la même chose du patient. C'est précisément la confrontation de ces regards qui augmente notre vigilance et notre capacité d'analyse. La pluridisciplinarité constitue un véritable outil de sécurité qui permet de ne pas faire reposer l'évaluation du risque sur une seule personne.

La pluridisciplinarité intégrée offre également davantage de possibilités pour ajuster la réponse. Notre palette d'actions est large : consultation médicale, entretien psychologique, mobilisation de l'entourage, concertation en équipe, contact avec un service spécialisé ou orientation vers l'hôpital lorsque l'urgence le nécessite. Ce cadre permet ainsi une prise en soin de plus en plus ajustée.

Cette organisation est d'autant plus importante que la médecine générale occupe une position stratégique dans la prévention du suicide. Les personnes en grande difficulté psychique ne sont pas nécessairement déjà suivies par un psychiatre ou un psychologue. Elles peuvent, en revanche, continuer à consulter leur médecin généraliste, parfois pour des motifs qui ne sont pas explicitement liés à leur santé mentale. La littérature internationale montre ainsi que les contacts avec les soins primaires sont fréquents dans la période précédant une tentative de suicide ou un suicide. Cela confirme quelque chose que nous observons quotidiennement : la première ligne est souvent en première position pour repérer qu'une situation est en train de basculer.

Le second atout des Maisons médicales est le suivi longitudinal. Nous ne sommes pas seulement dans une logique de consultation ponctuelle, mais dans une relation de soins qui s'inscrit dans le temps. Cela permet de connaître les changements dans la situation d'une personne, de repérer une rupture dans ses habitudes, une aggravation progressive ou l'apparition de nouveaux facteurs de vulnérabilité. Cela permet également de rester présent après l'alerte, alors que le risque ne disparaît pas nécessairement avec une première intervention.

Dernier atout : en Maison médicale, la formation continue bénéficie à l'ensemble de l'équipe et ne reste pas confinée à la personne qui a suivi la formation. Le collectif fait effet de levier : une compétence acquise par un professionnel peut renforcer la vigilance de toute l'équipe. Les situations peuvent ensuite être discutées en réunion d'équipe, ce qui permet de faire circuler les connaissances et d'éviter que chacun soit isolé face à une situation particulièrement lourde.

Mais il faut également être honnête sur les limites de notre capacité d'action. Savoir repérer un risque suicidaire n'est utile que si l'on peut ensuite mobiliser le niveau de prise en charge adapté. Et c'est là que nous retrouvons le problème évoqué précédemment : nous savons généralement vers quels services orienter une personne lorsque la situation nécessite une prise en charge spécialisée ou hospitalière, mais les délais et le manque de places peuvent rendre cette orientation extrêmement difficile.

Dans ces situations, la Maison médicale devient parfois, de fait, le lieu qui maintient le lien en attendant qu'une réponse spécialisée soit possible. Cela peut être une force — parce que nous connaissons la personne, son histoire et son environnement — mais cela ne doit pas devenir une manière de masquer le manque de capacités spécialisées. Une équipe de première ligne ne peut pas porter seule, pendant des mois, une situation qui nécessite l'intervention d'un psychiatre ou d'un dispositif spécialisé.

Il faut donc penser la prévention du suicide comme une chaîne de sécurité qui dépasse les secteurs première ligne/ligne spécialisée, et pas comme la responsabilité d'un seul professionnel. Former les équipes est indispensable, mais cela doit aller de pair avec des possibilités de concertation rapide avec la psychiatrie, des dispositifs de crise accessibles et des relais réellement disponibles.

Notre conviction est donc double : oui, nos équipes doivent continuer à être formées et outillées pour repérer et évaluer le risque suicidaire ; mais il serait illusoire de penser que la formation suffira à elle seule. Il faut également donner aux professionnels les moyens de travailler collectivement et, surtout, leur garantir des relais spécialisés accessibles lorsqu'ils identifient une situation qui dépasse leurs possibilités. Et ne jamais perdre de vue le cadre élargi : la conjoncture anxiogène, l'épidémie de solitude, la fragilisation des existences.

13. ***Lorsqu'un.e patient.e a fait une tentative de suicide et revient vers sa maison médicale, existe-t-il une transmission systématique des informations, un dossier médical de suivi entre l'hôpital et les équipes de la maison médicale ? Ou constatez-vous régulièrement des ruptures de prise en charge après la sortie de l'hôpital ?***

Dans les faits, nous constatons que les services hospitaliers sont parfois soulagés de savoir que c'est une MM qui prend le relai (parfois avec des demandes qui ne sont pas forcément adéquates). La personne rentre à la maison et à la MM dans le même mouvement…

D'un point de vue général, l'intégration et la continuité entre l'ambulatoire et les hôpitaux constituent une gageure et un défi qu'il nous relever (notamment au sein des OLS). La bonne volonté des uns et des autres n'est pas en cause, mais bien le manque de temps, parfois le manque de connaissance du financement forfaitaire, l'absence de cadre commun pour la centralisation et le partage des données, etc. Dans les faits, c'est souvent le patient qui transmet les informations (et, comme le disait Balint, « il ne faut jamais sous-estimer la capacité du patient à monter les soignants les uns contre les autres »). La collaboration accrue avec les équipes mobiles est ici centrale, tout comme la nécessité d'inventer une fonction de *case management* pertinente pour tous les acteurs.

14. ***En ce qui concerne le soutien à la famille, quelle place les maisons médicales prennent-elles dans l'accompagnement des familles après une tentative de suicide, notamment lorsqu'il s'agit d'un enfant ou d'un adolescent ? Existe-t-il une offre suffisante de soutien spécialisé ?***

Puisque les MM accompagnent les familles, elles prennent une place *de facto*. De plus leur insertion dans le réseau spécialisé est un atout, mais il faut ajouter que la densité de ce réseau est différente selon les régions.

15. ***En ce qui concerne la santé mentale des soignants eux-mêmes, observez-vous une hausse des burnout ? Des départs professionnels vers d'autres secteurs ?***

Nous constatons une hausse significative des burn-out dans les métiers du « service à la personne ». Il y a ainsi dans nos consultations beaucoup d'enseignantes, de soignantes, d'aide-soignantes, d'aide-familiales, de travailleuses dans la petite enfance. Ce qui nous invite à penser qu'il est avant tout nécessaire de réfléchir aux moyens de soigner les institutions soignantes et de soigner l'école.

16. ***Quelles seraient les 5 priorités à adresser au Gouvernement wallon et au Ministre Coppieters en matière de santé mentale mais aussi, concernant l'avenir des maisons médicales ?***

1. Financement structurel des psys et des AS et élaboration d'un financement de type forfaitaire afin de quitter le modèle de consommation des soins.

2. Œuvrer à la désaturation de réseau en finançant les structures existantes (ONE, CSM, Plannings familiaux, etc.) plutôt que des individus.
3. Travailler sur les déterminants non-médicaux de la santé.
4. Opérer la bascule vers la prévention en inscrivant comme indicateur des politiques mises en œuvre l'espérance de vie en bonne santé.
5. Valoriser la santé communautaire.

17. ***Est-ce que les maisons médicales sont associées aux consultations de santé mentale systématiquement dans le chef des patients ?***

Non. Pour le moment, les patients n'associent pas spontanément et de façon prioritaire « MM » et « santé mentale ». Mais il faut ajouter que ce n'est pas non plus excluant.

Cette question fournit l'occasion de dire qu'il pourrait être utile d'envisager des associations plus soutenues entre les acteurs dont la logique est pluridisciplinaire et territoriale : Maisons médicales, Centres de santé mentale, plannings familiaux, centres PMS. Sur cette base, l'articulation avec d'autres acteurs dont l'activité se concentre plus sur des publics spécifiques peut alors se construire plus harmonieusement.

18. ***Quelles actions concrètes la Fédération met-elle en place ou recommande-t-elle pour prévenir les effets de la surexposition aux écrans et aux réseaux sociaux sur la santé mentale ?***

Dans les pratiques de groupe thérapeutique et en santé communautaire, nous pouvons mentionner par exemple :

- Les ateliers burnout parental, soutien à la parentalité et décrochage scolaire
- Les ateliers « sommeil »
- L'invitation de spécialistes à des soirées sur les jeux vidéos

Plus généralement, nous considérons toutes les propositions d'activité comme une occasion de faire autre chose que de regarder un écran, comme un espace pour créer d'autres types de dynamique familiale. Ce qui est un soutien effectif à la parentalité.