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_ydygb0

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