

Admission à l'hôpital pour tentative de suicide

Analyse des profils, des facteurs de risque et évolution de la prise en charge (2013-2024)

Solidaris, Novembre 2025

Valérie Fabri, Alievtina Hervy, Thomas Hoellinger,
Jérôme Vrancken, Johan Vanoverloop



**Votre santé
mérite
le meilleur**

Table des matières

Introduction.....	1
1. Objectifs.....	4
2. Données et méthodologie.....	4
2.1 Méthodologie générale	4
2.2 Évolution des APTS (2013-2024).....	5
2.3 Étude du profil des affiliés avec APTS (2022-2024)	5
2.4 Analyse de la prise en charge avant et après la tentative de suicide (2023)	6
2.5 Focus sur les jeunes (2022-2024)	7
3. Résultats	7
3.1 Évolution des APTS (2013-2024)	7
3.1.1 Nombre d'APTS (2013-2024)	8
3.1.2 Nombre d'affiliés avec APTS (2013-2024)	9
3.1.3 Évolution de la proportion d'affiliés avec récurrence (2013-2024).....	14
3.2 Étude du profil des affiliés avec APTS (2022-2024)	14
3.2.1 Profil socio-économique	15
3.2.2 Facteurs de risque : consommation de médicaments	22
3.2.3 Modélisation de l'impact des facteurs de risque : régressions logistiques.....	25
3.3 Analyse de la prise en charge avant et après la tentative de suicide (2023).....	29
3.3.1 Durée du séjour hospitalier (2023)	29
3.3.2 Prise en charge ambulatoire (3mois avant/après)	30
3.3.3 Prise en charge avec les médicaments (6mois avant/après)	32
3.3.4 Prise en charge dans un hôpital/service psychiatrique (SPHG et HP) (3 mois avant/après) 33	
3.3.5 Prise en charge d'au moins 1 type (ambulatoire, médicaments, hôpital/service psychiatrique).....	34
3.3.6 Décès.....	35
3.3.6 Accueil et prise en charge de la crise suicidaire : éléments-clés sur la convention AVIQ- <i>Un Pass dans l'impasse</i> (2024) et contexte de saturation actuelle de l'offre de prise en charge	35
3.4 Focus sur les jeunes (2022-2024)	36
3.4.1 Proportion de jeunes avec APTS (2022-2024).....	36
3.4.2 Proportion de jeunes avec récurrence.....	40
3.4.3 Analyse de la prise en charge avant et après une tentative de suicide (2023)	41
3.4.4 Analyse qualitative de la prise en charge des jeunes en situation de crise suicidaire, à partir d' <i>Un Pass dans l'impasse</i> et de l'unité de crise OKAPI	44
4. Discussion des résultats	45
Conclusions et recommandations.....	47

Annexes	51
1. Tableau des facteurs de risque et de protection.....	51
2. Présentation de l'association <i>Un Pass Dans l'Impasse</i>	52

Table des illustrations

Figure 1 - Evolution du nombre d'APTS (2013-2024).....	8
Figure 2 - Evolution du taux d'affiliés avec APTS (2013-2024)	9
Figure 3 - Evolution du taux d'affiliés avec APTS selon l'âge (2013-2024)	10
Figure 4 - Evolution du taux d'affiliés avec APTS selon le sexe (2013-2024).....	11
Figure 5 - Evolution du taux d'affiliés avec APTS selon le statut socio-économique (BIM/BO) (2013-2024)	12
Figure 6 - Evolution du taux d'affiliés avec APTS selon la région (2013-2024).....	13
Figure 7 - Evolution du taux d'affiliés avec récidence (2014-2024).....	14
Figure 8 - Taux d'affiliés avec APTS par âge et par sexe (2022-2024)	15
Figure 9 - Taux d'affiliés avec APTS par âge et par région (2022-2024)	16
Figure 10 - Taux d'affiliés avec APTS par âge et par statut socio-économique (BIM/BO) (2022-2024) ..	17
Figure 11- Taux d'affiliés avec APTS par âge et isolement (2022-2024).....	18
Figure 12 - Taux d'affiliés avec APTS par âge et invalidité (2022-2024)	19
Figure 13 - Taux d'affiliés avec APTS par âge et statut handicap (2022-2024).....	20
Figure 14 - Taux d'affiliés avec APTS par âge et statut titulaire ménage monoparental (2022-2024) ..	21
Figure 15 - Taux d'affiliés avec APTS par âge et statut de malade chronique (2022-2024)	22
Figure 16 - Taux d'affiliés avec APTS par âge et antidépresseurs (2022-2024)	23
Figure 17 - Taux d'affiliés avec APTS par âge et antipsychotiques (2022-2024).....	25
Figure 18 - Modélisation des facteurs de risque (8-17ans).....	26
Figure 19 - Modélisation des facteurs de risque (18-64 ans).....	27
Figure 20 - Modélisation des facteurs de risque (65 ans et plus)	28
Figure 21 - Profil des affiliés sans prise en charge d'aucun type (2023)	34
Figure 22 - Taux de jeunes affiliés avec APTS par âge et sexe (2022-2024)	37
Figure 23 - Taux de jeunes affiliés avec APTS par âge et par région (2022-2024).....	38
Figure 24 - Taux de jeunes affiliés avec APTS par âge et statut socio-économique (BIM/BO) (2022-2024)	39
Figure 25 - Taux de jeunes affiliés avec APTS et statut à charge d'un ménage monoparental (2022-2024)	40
Figure 26 - Taux de jeunes affiliés avec récidence	41

Admission à l'hôpital pour tentative de suicide : analyse des profils, des facteurs de risque et évolution de la prise en charge (2013-2024)

Introduction

Le phénomène du suicide et de la suicidabilité¹ constituent un enjeu de santé publique majeur qui affecte les proches et l'ensemble de la société. Actuellement, cinq Belges se suicident par jour. Le suicide constitue dans notre pays la première cause de mortalité chez les personnes âgées entre 15 et 44 ans, d'après l'association *Un Pass dans l'impasse*².

En dépit d'une baisse du taux de mortalité par suicide depuis le pic de 2011 (19,27/100.000 habitants) – suivant une tendance similaire à d'autres pays européens – la Belgique continue d'afficher un taux de mortalité significativement élevé par rapport à la moyenne des pays européens en 2021 : 14,3/100.000 habitants vs 10,24/100.000 habitants³. D'après les derniers chiffres disponibles publiés par Sciensano, 1762 personnes se sont donné la mort en 2022 dans notre pays, contre 1641 en 2021. On constate ainsi une augmentation du taux de mortalité par suicide en 2022 comparativement à l'année précédente : 15,4/100.000 habitants (contre 14,3 en 2021)⁴.

Une évolution à la hausse que constatent plusieurs études et enquêtes récentes. En juillet 2024, l'Institut Solidaris a réalisé une enquête auprès de 822 adultes Belges francophones. Les résultats montrent que plus d'une personne sur trois a perdu un proche suite à un suicide (36,9% des répondants) et que plus d'une personne sur trois (35,7%) déclare avoir déjà eu des pensées suicidaires au cours de sa vie. Parmi elles, une personne sur cinq a déclaré avoir eu des pensées suicidaires au cours des six derniers mois. Cette proportion est plus marquée parmi des profils socio-économiques spécifiques : les femmes (37,9% vs 33,6% pour les hommes), les personnes résidant en Wallonie (38,6%), les personnes âgées entre 30-44 ans (46,6% vs 35,1% pour les 18-29ans) et les personnes en incapacité de travail (54,7% vs travailleurs : 33,1%).

L'enquête menée par Solidaris relaie également que plus d'un Belge francophone sur 10 (11,12% des répondants) a déclaré avoir déjà planifié de se suicider et que parmi ceux-ci, 7,8% ont déjà fait une tentative de suicide, soit 0,78% des Belges francophones⁵. Si l'on rapporte ces résultats à la proportion de ceux qui ont déclaré avoir déjà planifié de se suicider, on peut estimer que pour une admission à l'hôpital pour tentative de suicide, on compte environ dix tentatives. Ces chiffres montrent combien la problématique du suicide et des tentatives de suicide dépasse largement en termes de volume une analyse à partir des admissions à l'hôpital pour tentative de suicide, telle que nous la présentons dans cette étude.

Il faut souligner également que ces résultats inquiétants s'inscrivent dans un contexte de dégradation continue de la santé mentale de la population. Dans une étude parue en 2025, Solidaris a montré que celle-ci continue de se détériorer avec des besoins importants qui restent encore non rencontrés.

¹ La suicidabilité désigne l'ensemble des conditions ou des facteurs présents chez un individu ou un groupe, qui les rend sujets à commettre un acte suicidaire. La suicidabilité englobe donc l'ensemble des pensées, des comportements et des actions liés au suicide. En revanche, on nomme suicidalité le taux de tentatives de suicide dans une population donnée. [suicidalité | GDT](#)

² [un-pass.be/actualites-news/enquete-exclusive-un-pass-dans-limpasse-1-wallon-et-bruxellois-sur-3-a-eu-des-idees-suicidaires/](#)

³ Selon les données du Bureau fédéral du Plan : [indicators.be - Suicide \(i19\)](#)

⁴ Comportements suicidaires - Vers une Belgique en bonne santé. Les dernières données d'Eurostat montrent que le taux de mortalité par suicide en Belgique pour 2022 (15,4/100.000 habitants) continue d'être significativement plus élevé par rapport à la moyenne des 27 pays-membres de l'union européenne : 10,58/100.000 habitants. [\[tps00122\] Death due to suicide, by sex](#)

⁵ [un-pass.be/actualites-news/enquete-exclusive-un-pass-dans-limpasse-1-wallon-et-bruxellois-sur-3-a-eu-des-idees-suicidaires/](#). Parmi les personnes déclarant avoir déjà fait une tentative de suicide, les personnes craignant de basculer dans la précarité (19,6%), les personnes en incapacité de travail (20,3%), celles qui prennent des médicaments pour gérer leur anxiété (20%) sont proportionnellement bien plus nombreuses.

Comparativement à 2012, le nombre de personnes déclarant se sentir de temps en temps ou (très) souvent anxieuses, angoissées, voire en dépression augmente : 58,3% en 2024 (contre 47% en 2012). En dépit du succès et du recours à l'offre de la convention soins psychologiques de première ligne (SPPL), les groupes sociaux les plus à risque (les personnes fragilisées socio-économiquement et les femmes) consomment toujours davantage de médicaments pour répondre aux problèmes de santé mentale qu'ils rencontrent. L'écart reste ainsi important entre la proportion de personnes ayant exprimé un besoin d'aide (44,37%) et celle qui a effectivement bénéficié d'une prise en charge remboursée en 2024 (15,86%)⁶.

Des constats similaires sont posés au niveau mondial. Dans un communiqué de presse paru le 2 septembre dernier, l'OMS a tiré la sonnette d'alarme : plus d'un milliard de personnes souffrent de problèmes de santé mentale. Pointant la prévalence importante des troubles d'anxiété et de dépression, l'OMS rappelle combien ceux-ci peuvent avoir une incidence forte sur les comportements suicidaires, voire conduire à des suicides aboutis si les personnes ne sont pas correctement prises en charge. L'OMS estime qu'environ 727.000 personnes se sont suicidées en 2021 et rappelle que le suicide constitue l'une des principales causes de décès chez les jeunes « dans tous les pays et tous les contextes socio-économiques »⁷. Face à ces résultats, l'OMS a appelé les gouvernements à investir et à renforcer encore davantage les services de protection et de prévention en matière de santé mentale.

Des tendances fortement préoccupantes sont aussi de plus en plus documentées parmi les jeunes, dont la santé mentale s'est fort dégradée, depuis – mais aussi précédemment – la crise sanitaire liée au Covid⁸. Selon une récente enquête de Sciensano, les jeunes âgés entre 18 et 29 ans sont davantage marqués par les troubles anxieux et dépressifs. En novembre 2023, ils ont été le groupe d'âge à déclarer le plus de pensées suicidaires par rapport aux personnes d'autres tranches d'âge : 20%⁹. Selon l'OMS, au niveau mondial, le suicide était, en 2021, la troisième cause la plus importante de décès parmi les jeunes de 15-29 ans¹⁰. En Belgique, 1 décès sur 4 est dû à un suicide parmi les jeunes de 15-24 ans¹¹. Selon *Un Pass dans l'impasse*, deux jeunes âgés entre 10 et 24 ans se suicident par semaine¹². Reconnue en tant que centre de revalidation spécifiquement dédié à la prise en charge du suicide depuis janvier 2024, l'association *Un Pass dans l'impasse* indique que depuis cinq ans, le nombre de consultations psychologiques a augmenté de 48% : une majorité de ces consultations concerne les adolescents et les jeunes adultes.

Enfin, en février 2025, une enquête menée par De Standaard au nord du pays et à Bruxelles a mis en évidence une forte hausse du nombre d'enfants et d'adolescents admis aux urgences pour une tentative de suicide depuis la crise du coronavirus. Cette enquête révèle une situation inédite : parmi les jeunes admis aux services des urgences pour tentative de suicide, si on distingue deux groupes de jeunes de 15-18 ans et de 13-14 ans, il n'est plus rare désormais de voir des enfants de 10-12 ans admis pour tentative de suicide¹³.

Il y a dix ans, en 2015, Solidaritis a réalisé une étude sur l'admission à l'hôpital pour tentative de suicide. Basée sur la période entre 2011 et 2013, celle-ci visait à fournir une analyse des facteurs de risque, du

⁶ [Une nouvelle offre synonyme de meilleure prise en charge : enfin une avancée pour la santé mentale ! – Institut Solidaritis.](#)

⁷ [Plus d'un milliard de personnes ont des problèmes de santé mentale et les services doivent donc être renforcés d'urgence](#)

⁸ [Une nouvelle offre synonyme de meilleure prise en charge : enfin une avancée pour la santé mentale ! – Institut Solidaritis.](#) Dans cette étude, Solidaritis a réalisé un focus spécifique sur l'évolution de la consommation de médicaments chez les jeunes de 12 à 23 ans (antidépresseurs, antipsychotiques et le méthylphénidate remboursé).

⁹ Sciensano, février 2025, [policy brief en dernière version 2.pdf](#)

¹⁰ [Suicide](#)

¹¹ [Comportements suicidaires - Vers une Belgique en bonne santé.](#)

¹² [un-pass.be/communiquede/presse/fevrier-2025-la-prevention-du-suicide-par-les-jeunes-pour-les-jeunes-avec-echos-de-vie/](#)

¹³ [Divers hôpitaux voient une "hausse inquiétante" des tentatives de suicide chez les adolescents | VRT NWS: le site d'information de référence.](#)

suivi médical et de la récurrence, à partir du double constat d'une absence de relevés statistiques officiels concernant les tentatives de suicide et d'une recherche très peu développée sur ce phénomène en Belgique.

Les principaux résultats de cette étude¹⁴ mettaient en évidence une prévalence des facteurs de vulnérabilité parmi certains profils socio-démographiques (les femmes, les personnes vivant seules, les groupes sociaux les plus précaires, les personnes résidant en Wallonie, les personnes âgées entre 18 et 25 ans). Par ailleurs, les antécédents psychiatriques, tels que la consommation de médicaments, ne constituent pas à proprement parler des facteurs de risque, mais apparaissent comme des marqueurs fréquemment associés aux tentatives de suicide. L'étude insistait sur la nécessité d'améliorer la prise en charge des personnes avant et après la tentative de suicide : si une personne sur cinq ayant tenté de se suicider avait eu au moins un contact avec un psychiatre trois mois avant l'admission à l'hôpital, plus d'une personne sur quatre (27%) n'avait pas eu de contact trois mois après et une personne sur six n'avait eu aucun contact avec un médecin généraliste ou un psychiatre, ni avant ni après la tentative.

Dans le contexte actuel de dégradation générale de la santé mentale de la population – et en particulier celle des jeunes – Solidaris souhaite tout d'abord examiner et évaluer l'évolution des admissions à l'hôpital pour tentative de suicide : quelles évolutions peut-on constater depuis dix ans ? Le nombre d'admissions à l'hôpital a-t-il baissé ou au contraire augmenté ?

Par ailleurs, dans un contexte où le paysage de la santé mentale a évolué, depuis une dizaine d'années, entérinant une logique de dés-institutionnalisation au profit du renforcement de l'offre ambulatoire (notamment via la création des équipes mobiles avec la réforme 107, puis, plus récemment, avec le développement de la convention soins psychologiques de première ligne), Solidaris souhaite évaluer l'évolution de la prise en charge des personnes admises à l'hôpital avant et après la tentative de suicide.

Depuis les constats posés par l'étude de 2015, comment ces situations sont-elles prises en charge aujourd'hui ? Peut-on constater une amélioration ? De nouveaux dispositifs ont-ils été mis en œuvre¹⁵, notamment pour la prise en charge chez les jeunes ? L'offre de prise en charge permet-elle actuellement de rencontrer l'ensemble des besoins de la population ou faut-il constater une saturation de l'offre disponible ? Qu'en est-il de l'évolution des profils identifiés comme les plus à risque et, dans ce cadre, qu'en est-il pour les plus jeunes (enfants et adolescents) ? C'est à ces quelques questions que cette étude se propose de répondre, en intégrant également des éléments d'analyse qualitative fournis par l'association *Un Pass dans l'impasse* et par OKAPI, Unité psycho-médicosociale pédiatrique et la psychologue des urgences du Centre hospitalier régional Sambre et Meuse (CHRSM)¹⁶. Nous leur adressons nos vifs remerciements pour leur apport précieux et leur participation à la présente étude.

Nous proposons enfin, à l'issue de cette étude, une série de recommandations.

¹⁴ Une version anglaise de cet article a été publiée en 2018. Cf. Marc Roelands, Johan Vanoverloop, Leila Maron & Johan Bilsen, « Socioeconomic risk factors for hospital admittance due to a suicide attempt in Belgium : a population-based study using administrative data », in *Social Psychiatry + Psychiatric Epidemiology*, Springer, vol. 53, n°1, January 2018, pp. 53-61. [Socio-economic risk factors for hospital admittance due to a suicide attempt in Belgium: a population-based study using administrative data - Vrije Universiteit Brussel](#)

¹⁵ En Flandre, le dispositif IPEO décrit dans la première édition de cette étude en 2015 continue d'être utilisé. Il est intégré dans la troisième et dernière édition du Programme de prévention et d'accompagnement du suicide. [Prévention du suicide sur le lieu de travail | Groupe IDEWE ; Vlaams Actieplan Suicidpreventie | Zelfmoord 1813](#)

¹⁶ [brochure okapi-meuse.pdf](#)

1. Objectifs

Par la réédition de l'étude publiée en 2015, nous poursuivons plusieurs objectifs :

Une surveillance épidémiologique : Face à l'augmentation préoccupante du taux de mortalité par suicide, le premier objectif est d'analyser l'évolution du nombre d'admissions hospitalières pour tentative de suicide entre 2013 et 2024, à l'échelle nationale.

L'identification des facteurs de vulnérabilité : L'étude vise ensuite à dresser le profil socio-démographique des affiliés hospitalisés pour tentative de suicide, afin de mettre en évidence d'éventuels facteurs de fragilité.

Une analyse de la prise en charge : En examinant la consommation d'antidépresseurs et d'antipsychotiques, ainsi que les contacts ambulatoires et hospitaliers avant et après l'admission, l'étude cherche à caractériser les modalités de prise en charge de ces patients.

Un focus sur les jeunes : Enfin, au regard de l'évolution préoccupante de la santé mentale chez les jeunes, un volet spécifique est consacré aux personnes âgées de 8 à 25 ans, afin d'observer les dynamiques propres à ce groupe, notamment en matière de soins et d'accompagnement.

2. Données et méthodologie

En tant que réédition, cette étude s'appuie sur la méthodologie générale élaborée pour celle de 2015, ceci afin de pouvoir comparer des tendances et mieux comprendre l'évolution de la situation parmi les affiliés de Solidaris.

Les résultats obtenus sont répartis en quatre chapitres, qui suivent chacun une méthodologie propre. Afin de ne pas alourdir l'interprétation des données, nous discutons séparément des résultats dans le dernier chapitre de cette étude et nous identifions enfin une série de recommandations. Dans cette section, nous explicitons la méthodologie générale utilisée, et nous détaillons plus précisément les données et la méthodologie utilisées pour chaque chapitre des résultats.

2.1 Méthodologie générale

Afin d'identifier les admissions à l'hôpital pour tentative de suicide au niveau national, nous nous basons sur les documents légaux et administratifs (documents 721, 723, 725 et 727) envoyés par les hôpitaux aux mutuelles concernant l'ouverture, la prolongation et la fermeture d'une hospitalisation, ainsi que le changement d'un service au sein d'un hôpital. Ces données concernant l'hospitalisation sont reprises sous forme d'un texte libre. Afin de sélectionner plus précisément les admissions pour tentative de suicide, nous avons identifié à partir de ce libellé d'admission une série de mots-clés (suicide, suicidalité, auto-intoxication médicamenteuse, idéation, etc.).

La sélection de ces données a fait l'objet d'un nettoyage excluant les faux positifs. De manière similaire à l'étude de 2015, nous avons également supprimé le nombre d'affiliés ayant été admis à l'hôpital pour tentative de suicide et qui sont décédés dans les 30 jours suivant leur admission, ceci afin de ne pas biaiser les résultats quant à l'analyse de la prise en charge dans la deuxième partie des résultats. Au niveau de l'âge, nous avons également repris un choix méthodologique identique, en excluant les admissions à l'hôpital pour les enfants de moins de 8 ans¹⁷.

¹⁷ Sur base des échanges avec les experts et des données disponibles, nous avons considéré qu'en-dessous de l'âge de 8 ans, il devient plus difficile de discerner si les admissions correspondent à une volonté clairement délibérée de passer à l'acte ou à des accidents domestiques.

Après nettoyage des données, les résultats nous ont permis d'identifier 27.816 admissions à l'hôpital pour tentative de suicide entre 2013 et 2024. Le nombre d'affiliés ayant été admis à l'hôpital sur cette même période est de 25.047.

2.2 Évolution des APTS (2013-2024)

À partir de ces données, nous avons pu établir un taux d'affiliés avec APTS¹⁸ année par année dans la première section des résultats consacrée à l'analyse de l'évolution entre 2013 et 2024. Afin d'affiner davantage les résultats, nous avons ventilé ce taux d'affiliés année par année avec plusieurs variables : l'âge, le sexe, le statut socio-économique (BIM/BO) et la région (Bruxelles, Wallonie et Flandre). Au niveau de l'âge, nous avons sélectionné quatre grosses tranches d'âge allant de 12 ans et moins à 65 ans et plus, ceci pour nous doter d'une première vision plus globale en termes d'évolution.

Enfin, nous avons également calculé pour l'ensemble de la période (2013-2024) l'évolution de la proportion d'affiliés avec récidence.

2.3 Étude du profil des affiliés avec APTS (2022-2024)

Afin de disposer d'un volume de données suffisamment robuste pour l'analyse des profils et des facteurs de risque, nous avons sélectionné une période de trois ans (2022-2024) plutôt que de sélectionner une seule année.

De manière similaire à l'étude de 2015, nous avons identifié parmi la population un nombre d'affiliés ayant été admis au moins une fois à l'hôpital pour une tentative de suicide entre 2022 et 2024, par rapport à la population de référence, constituée de l'ensemble des affiliés présents au moins une fois entre 2022 et 2024. L'analyse des profils porte ainsi sur 6.507 affiliés avec APTS et 7.989 admissions à l'hôpital pour tentative de suicide, à partir desquels nous avons calculé le taux d'affiliés avec APTS pour la période 2022-2024.

Afin de réaliser une analyse plus approfondie des profils, nous avons systématiquement ventilé les résultats par âge, en y associant plusieurs variables administratives telles que le sexe, le statut socio-économique (BIM/BO)¹⁹, la région, l'invalidité, l'isolement, la monoparentalité, le handicap et le statut de malade chronique²⁰. L'âge de chaque affilié, tant pour les affiliés APTS que pour la population de référence, a été calculé en 2023. Les affiliés ont ensuite été répartis en tranches d'âge de 5 ans, allant de « 14 ans et moins » à « 80 ans et plus ». La valeur des autres variables a été déterminée pour les affiliés avec APTS sur l'année où ils ont été hospitalisés pour tentative de suicide, tandis que pour la population de référence, elle a été calculée sur l'ensemble des trois années.

Comme le montre la littérature, la présence d'un trouble de santé mentale (identifié dans cette étude par la prise d'un médicament ou la consultation d'un spécialiste en santé mentale) constitue un facteur de risque important à prendre en considération. Nous avons ainsi ventilé les résultats obtenus pour chaque affilié avec APTS avec les données issues de la consommation de médicaments, pour chaque tranche d'âge. Parmi ceux-ci, nous avons en particulier analysé la consommation d'antidépresseurs (ATC4='N06A') et d'antipsychotiques (ATC4='N05A'). Nous nous sommes basés sur la délivrance d'au moins une boîte, six mois avant la date de l'admission à l'hôpital pour tentative de suicide. Pour comparer les tendances avec la population générale de référence des affiliés, une date a été choisie au hasard dans la période, entre le 1.07.2022 et le 31.12.2024¹⁹.

¹⁸ Dans cette étude, l'acronyme APTS désigne l' « admission à l'hôpital pour tentative de suicide ».

¹⁹ Pour chaque affilié n'ayant pas été admis à l'hôpital pour tentative de suicide, une date au hasard a été calculée entre le 31/07/2022 et le 31/12/2024 pour les affiliés sans APTS. On examine ensuite la consommation d'antipsychotiques et d'antidépresseurs dans les 6 mois précédant cette date. Cela permet de comparer les consommations d'antipsychotiques et d'antidépresseurs précédant une admission à l'hôpital pour tentative de suicide chez les affiliés avec APTS avec le reste de la population d'affiliés.

Enfin, à partir de l'ensemble des résultats obtenus, nous avons voulu estimer l'impact des différents facteurs de risque²⁰ analysés sur la probabilité de faire une tentative de suicide. Pour ce faire, trois modèles de régressions logistiques ont été réalisés, avec un découpage spécifique par tranche d'âge. La première concerne les jeunes de moins de 18 ans (8-17ans) ; la deuxième se base sur les personnes âgées entre 18 et 64 ans afin de cibler la population active et d'estimer l'impact d'un certain nombre de variables spécifiques. Enfin, la dernière régression se base sur la tranche d'âge des affiliés âgés de 65 ans et plus pour identifier l'impact des facteurs de risque parmi la population pensionnée et âgée.

2.4 Analyse de la prise en charge avant et après la tentative de suicide (2023)

En vue d'analyser la prise en charge avant et après la tentative de suicide, nous avons identifié l'année 2023 comme année de référence. Concernant la sélection des affiliés, afin de ne pas biaiser l'analyse des résultats de la prise en charge, ont délibérément été exclus ceux ayant été admis à l'hôpital pour tentative de suicide trois mois avant ou trois mois après la date de l'admission identifiée en 2023. En cas de récurrence se produisant plus de trois mois avant ou après, l'analyse porte sur la première admission à l'hôpital pour tentative de suicide de chaque affilié en 2023. Au total, sur les 2.400 affiliés identifiés, nous avons ainsi sélectionné 2.187 affiliés, pour lesquels nous avons analysé la durée de séjour hospitalier.

Sur la base de cette sélection, plusieurs analyses ont été menées pour étudier la prise en charge pour chaque affilié avec APTS en 2023 : le contact ambulatoire avec un médecin (médecin généraliste et psychiatre) et/ou un psychologue²¹ trois mois avant et trois mois après l'admission à l'hôpital pour tentative de suicide. Au niveau de la prise en charge, nous avons également analysé la prise en charge avec médicaments (antidépresseurs et antipsychotiques) en suivant la même méthodologie que précédemment, six mois avant/après. Nous avons également mené une analyse concernant les données liées à une hospitalisation dans un service psychiatrique (SPHG : service psychiatrique en hôpital général) ou dans un hôpital psychiatrique (HP), trois mois avant et trois mois après la date de l'admission identifiée pour chaque affilié en 2023.

Pour chacune de ces analyses, soulignons également que nous avons produit un indice synthétique afin d'identifier la proportion d'affiliés n'ayant par exemple eu aucun contact ambulatoire (ni avec un médecin, un psychiatre ou un psychologue de première ligne). Pour les médicaments, un indice synthétique a également été produit pour identifier la proportion d'affiliés n'ayant eu recours à aucun médicament avant ou l'après l'admission à l'hôpital. Enfin, nous avons créé un super indice synthétique reprenant ces différents types de prise en charge afin de pouvoir identifier là aussi la proportion d'affiliés n'ayant bénéficié d'aucune prise en charge par l'assurance obligatoire d'au moins un type (contact ambulatoire, consommation de médicaments et hospitalisation) avant ou après leur admission à l'hôpital.

En dernier lieu, de manière identique à l'étude de 2015, une analyse a été menée sur la proportion d'affiliés étant décédés dans l'année suivant leur admission à l'hôpital, soit en 2024. Comme annoncé en introduction, nous clôturons ce chapitre par une analyse qualitative permettant d'apporter un éclairage complémentaire sur la prise en charge et l'accueil de la crise suicidaire, à partir d'éléments apportés par les experts d'*Un Pass dans l'impasse*.

²⁰ À noter que lorsqu'on évoque les facteurs de risque impactant la probabilité de passer à l'acte, la littérature scientifique a identifié une série de facteurs de risque reprenant d'autres types de facteurs que les variables administratives reprises dans cette étude. De plus, la littérature identifie des facteurs de protection correspondants. Un tableau précisant ces deux types de facteurs est intégré en annexe de cette étude.

²¹ Dans ce cas, on entend ici par psychologue le psychologue de première ligne, afin de pouvoir travailler les données au niveau national. En effet, nous ne disposons pas de données nationales concernant le contact avec un psychologue via l'AC.

2.5 Focus sur les jeunes (2022-2024)

Tel qu'annoncé dans l'introduction, nous consacrons dans cette étude un focus spécifique sur la situation des jeunes.

Les données sont récoltées au niveau national pour la période 2022-2024 pour assurer une plus grande robustesse de l'analyse. Au niveau de l'âge, nous avons sélectionné les affiliés avec APTS âgés entre 8 et 25 ans, selon un découpage de tranches d'âge de trois années pour avoir une lecture plus précise et plus fine des résultats, notamment pour les jeunes âgés entre 13 et 24 ans. Pour cette période, nous dénombrons 2.006 affiliés avec APTS.

De manière similaire à la première partie de cette étude, nous analysons l'évolution en ventilant le taux d'affiliés avec APTS obtenu avec les variables suivantes : sexe, région, statut socio-économique (BIM/BO), et enfin avec le statut de personne à charge de famille monoparentale. Nous calculons également la proportion de jeunes avec récidive.

Enfin, nous proposons une analyse de la prise en charge avant et après la tentative de suicide en 2023 pour cette population en particulier et ce, en suivant la même méthodologie que dans la troisième partie de cette étude. Cela représente 678 affiliés. Grâce aux échanges que nous avons eus avec les experts, nous complétons ces résultats par une analyse qualitative concernant la prise en charge à travers le dispositif OKAPI, de l'Unité psycho-médicosociale pédiatrique et la psychologue des urgences du Centre hospitalier régional Sambre et Meuse (CHRSM).

3. Résultats

3.1 Évolution des APTS (2013-2024)

Cette première section des résultats présente l'évolution des APTS entre 2013 et 2024 : nombre d'APTS ; calcul du taux d'affiliés avec APTS et enfin l'évolution du taux d'affiliés avec APTS ventilée à partir de plusieurs variables : âge, sexe, statut socio-économique (BIM/BO), région. Enfin, elle présente la proportion d'affiliés avec récidive sur cette période.

3.1.1 Nombre d'APTS (2013-2024)

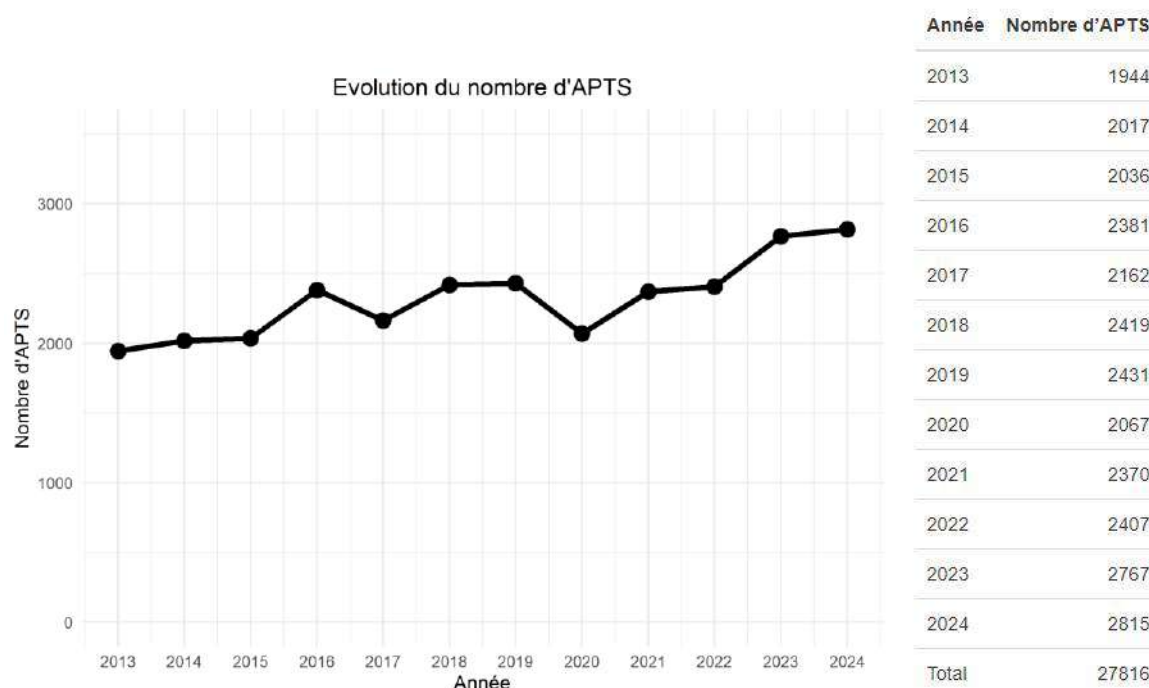


Figure 1 - Evolution du nombre d'APTS (2013-2024)

Le graphique ci-dessus illustre l'évolution du nombre d'admissions à l'hôpital pour tentative de suicide (APTS) chaque année, entre 2013 et 2024 y compris. Au total, pour l'ensemble de cette période, on comptabilise 27.816 admissions à l'hôpital, celles-ci comprenant également les récidives.

On constate une évolution à la hausse du nombre d'APTS, avec un taux de progression de 44% entre 2013 et 2024 (soit +871 APTS). Cette évolution à la hausse est particulièrement marquée depuis 2021, l'année 2020 ayant enregistré une baisse du nombre d'admissions à l'hôpital pour tentative de suicide, baisse probablement imputable à la période de confinement liée à la crise sanitaire du Covid. Hormis cette année particulière, la tendance générale est à la hausse.

3.1.2 Nombre d'affiliés avec APTS (2013-2024)

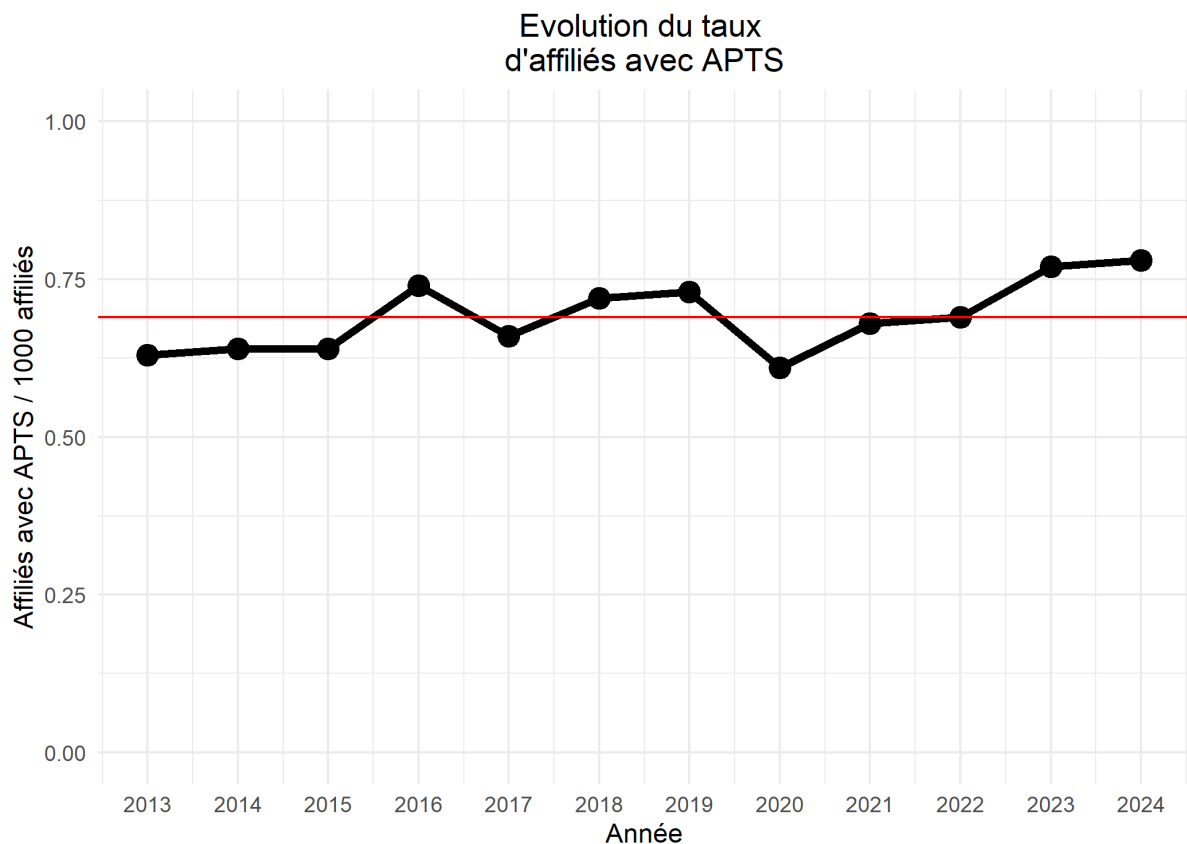


Figure 2 - Evolution du taux d'affiliés avec APTS (2013-2024)

Si l'on observe à présent l'évolution de la situation en calculant cette fois le taux d'affiliés avec APTS entre 2013 et 2024, on constate que l'on passe de 0,63‰ en 2013 à 0,78‰ en 2024, soit une progression de +0,15‰ entre 2013 et 2024. En 2013, on dénombrait 1.822 affiliés avec APTS et 2.461 en 2024. À nouveau, l'année 2020 est marquée par une baisse, liée à une diminution des admissions à l'hôpital pour tentative de suicide en raison de la période du confinement. La ligne rouge correspond à la moyenne des taux d'affiliés avec APTS, obtenue en divisant le nombre total d'affiliés avec APTS par année sur l'ensemble des années par la somme des affiliés de chaque année.

a. *Évolution du taux d'affiliés avec APTS selon l'âge*

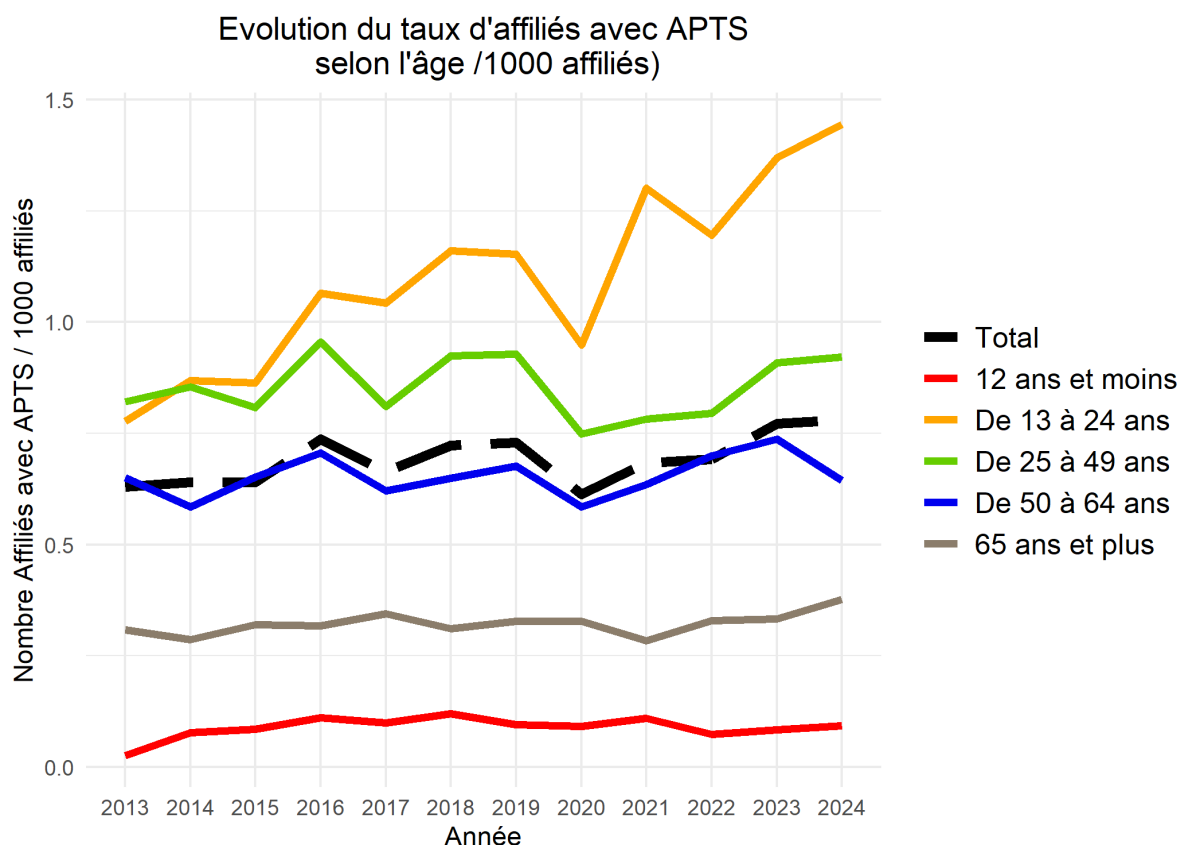


Figure 3 - Evolution du taux d'affiliés avec APTS selon l'âge (2013-2024)

En ventilant le taux d'affiliés avec APTS par âge entre 2013 et 2024, on obtient les résultats suivants qui peuvent être comparés par rapport au taux d'affiliés avec APTS pour cette période (0,78‰ en 2024). De manière générale, les résultats sont très contrastés entre les tranches d'âge.

On constate que les tranches d'âge les plus représentées sont celle des 13-24 ans, suivie directement par les affiliés âgés entre 25 et 49 ans. En effet, c'est parmi les affiliés âgés entre 13 et 24 ans que le taux d'affiliés avec APTS est le plus élevé, avec une forte progression à la hausse entre 2013 et 2024, qui a presque doublé sur cette période : 0,78‰ à 1,45‰. Soit une progression de +0,67‰. En 2024, le taux pour les affiliés de 13 à 24 ans est presque deux fois plus élevé par rapport au taux global d'affiliés avec APTS (0,78‰). Pour les autres tranches d'âge, nous n'observons pas de progression aussi significative sur la période.

C'est parmi les enfants âgés de 12 ans et moins et parmi les personnes âgées de 65 ans et plus que l'évolution est la plus stable et que l'on trouve les taux d'affiliés avec APTS les plus bas en 2024, respectivement : 0,09‰ et 0,37‰.

b. Évolution du taux d'affiliés avec APTS selon le sexe

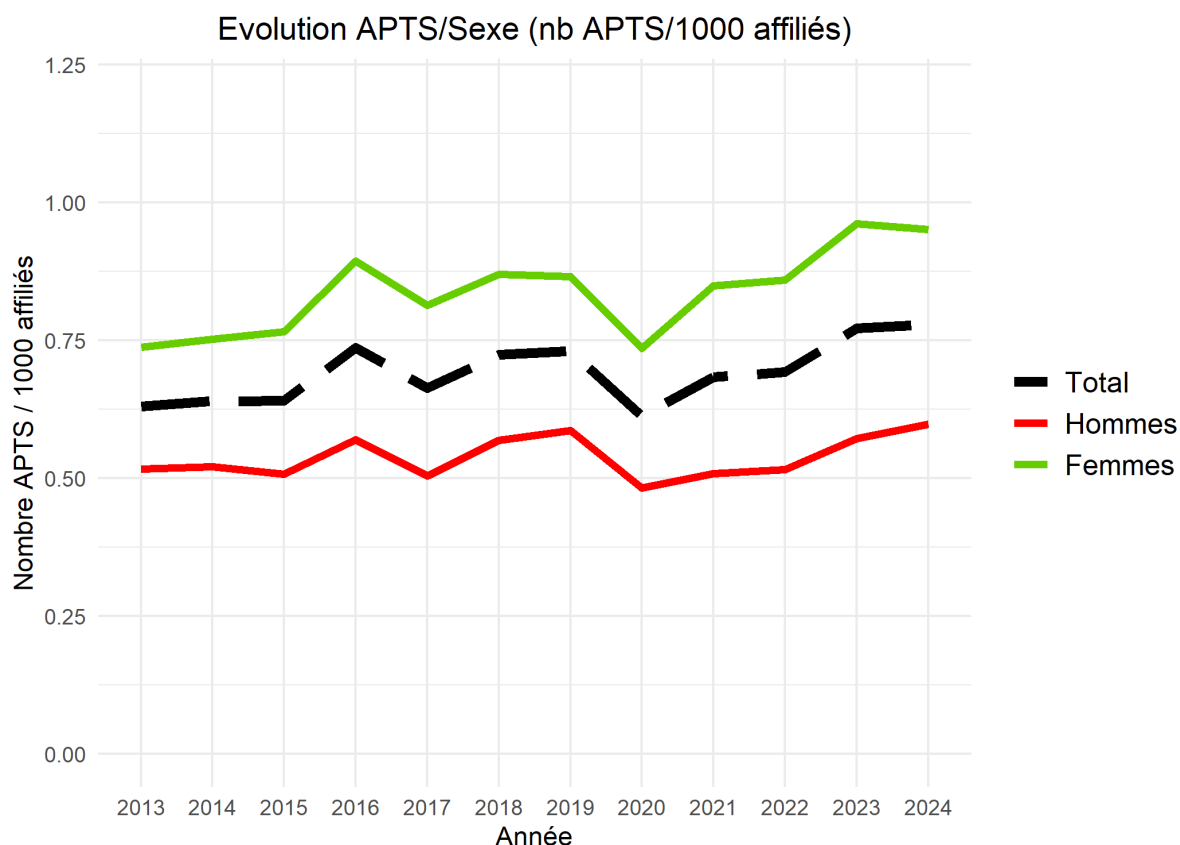


Figure 4 - Evolution du taux d'affiliés avec APTS selon le sexe (2013-2024)

Si l'on considère la variable du sexe, les résultats obtenus sont très tranchés, bien qu'ils évoluent à la hausse pour les deux sexes depuis 2021 : les femmes sont surreprésentées par rapport aux hommes, affichant en 2024 un taux d'affiliés avec APTS de 0,95‰ (vs 0,74‰ en 2013, soit une progression de +0,21‰ sur 11 ans), tandis que les hommes affichent en 2024 un taux de 0,60‰ (vs 0,51‰ en 2013), avec une progression plus faible également de +0,08‰ entre 2013 et 2024.

Conformément à des tendances soulignées par plusieurs études, on dénombre davantage de tentatives de suicide chez les femmes que chez les hommes. Cette tendance est clairement visible dans le graphique ci-dessus, où les femmes affichent, pour chaque année entre 2013 et 2024, un taux d'affiliés avec APTS supérieur au taux global de l'ensemble des affiliés.

Inversement, les études montrent que les hommes sont plus nombreux que les femmes à se donner la mort. En 2022, 1.208 hommes et 554 femmes se sont suicidés en Belgique. Le taux de mortalité ajusté pour l'âge est de 21,3/100 000 chez les hommes (1,8 fois plus que la moyenne de 14 pays européens similaires) et de 9,4/100 000 chez les femmes (1,4 fois plus élevé que la moyenne des 14 pays européens). La Belgique présente le deuxième taux masculin et le plus haut taux féminin de mortalité par suicide parmi ces pays²².

²² Comportements suicidaires - Vers une Belgique en bonne santé

c. Évolution du taux d'affiliés avec APTS selon le statut (BIM/BO)

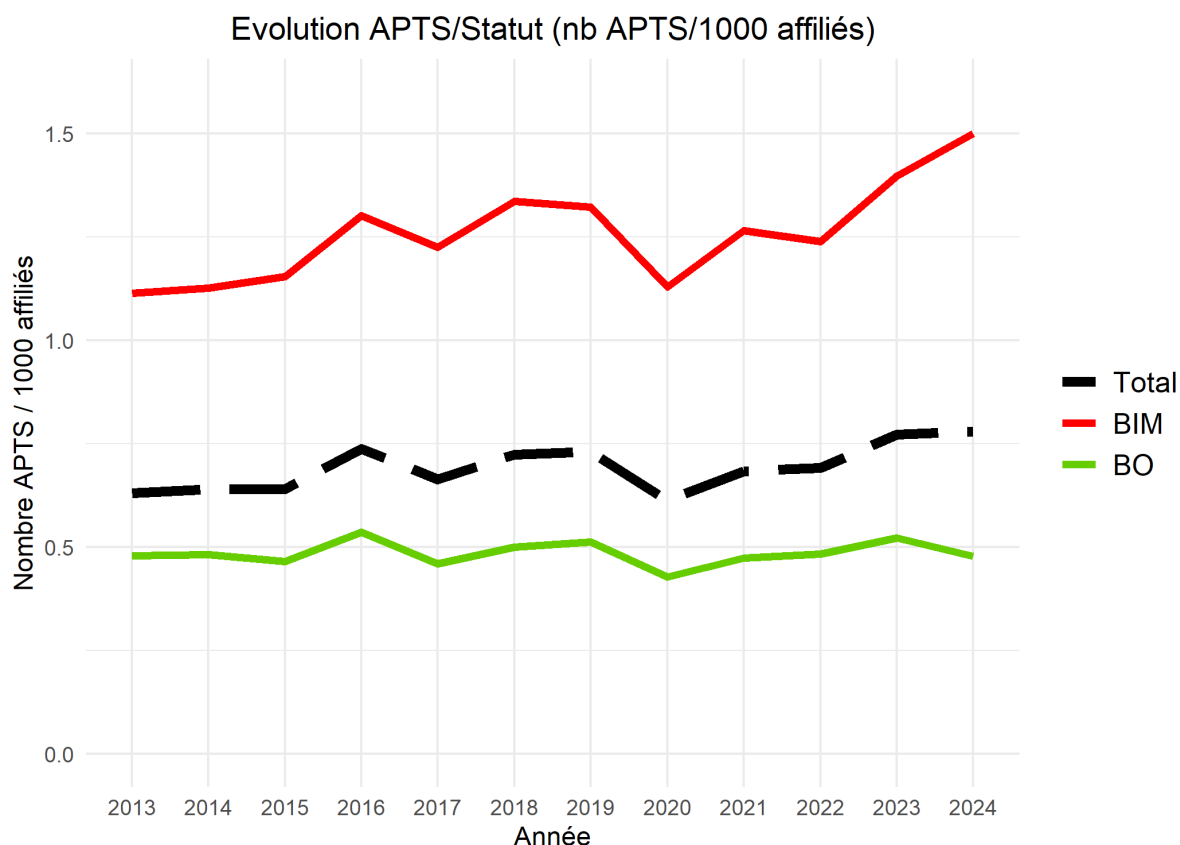


Figure 5 - Evolution du taux d'affiliés avec APTS selon le statut socio-économique (BIM/BO) (2013-2024)

Lorsque l'on ventile les résultats en fonction du statut socio-économique, on constate de fortes disparités entre les BIM et les BO et comparativement à l'évolution du taux global d'affiliés avec APTS entre 2013 et 2024. Chez les personnes fragilisées socio-économiquement (les BIM), l'évolution est particulièrement marquée entre 2013 et 2024. Le taux d'affiliés avec APTS est passé de 1,11‰ à 1,50‰, soit une évolution de +0,39‰, alors que le taux d'affiliés avec APTS chez les bénéficiaires ordinaires est resté stable sur cette période : 0,48‰ en 2024 (0,48‰ en 2013). Le taux d'affiliés avec APTS chez les BIM est ainsi trois fois plus élevé que celui des BO en 2024.

Les résultats montrent de façon persistante l'impact des conditions socio-économiques sur l'évolution du taux d'affiliés ayant été admis à l'hôpital pour tentative de suicide. Les groupes sociaux précaires (BIM) sont largement surreprésentés par rapport à l'ensemble de la population des affiliés avec APTS : en 2024, le taux d'affiliés avec APTS chez les BIM représente presque quasiment le double du taux observé dans la population : 1,50‰ vs 0,78‰. A contrario, les BO sont sous-représentés par rapport à la population totale d'affiliés avec APTS.

d. Évolution du taux d'affiliés avec APTS selon la région

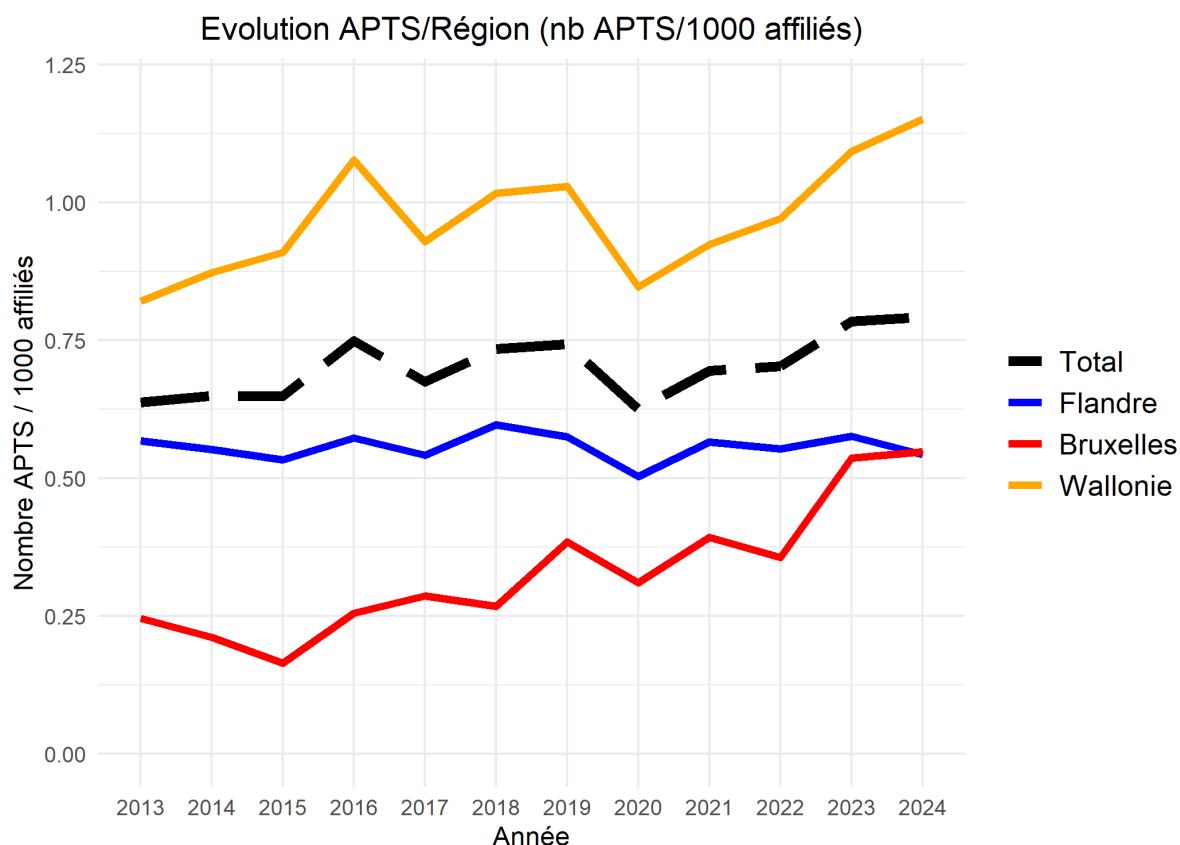


Figure 6 - Evolution du taux d'affiliés avec APTS selon la région (2013-2024)

Enfin, nous avons ventilé le taux d'affiliés avec APTS avec une dernière variable : la région.

C'est en Wallonie que le taux d'affiliés avec APTS est le plus élevé sur toute la période considérée entre 2013 (0,82‰) et 2024, avec un premier pic en 2016 (1,07‰). Depuis 2021, à la suite de la sortie du confinement, le taux d'affiliés avec APTS est en hausse constante en Wallonie, pour atteindre 1,15‰. Soit une évolution de +0,33‰ entre 2013 et 2024.

Autre résultat notable : la région bruxelloise connaît une évolution avec une forte progression à la hausse, avec un taux d'affiliés avec APTS de 0,24‰ en 2013 et de 0,54‰ en 2024, soit une progression de +0,30‰. Elle rejoint ainsi la Flandre, dont l'évolution sur les onze années étudiées demeure relativement stable : 0,54‰ en 2024 (vs 0,56‰ en 2013).

3.1.3 Évolution de la proportion d'affiliés avec récurrence (2013-2024)

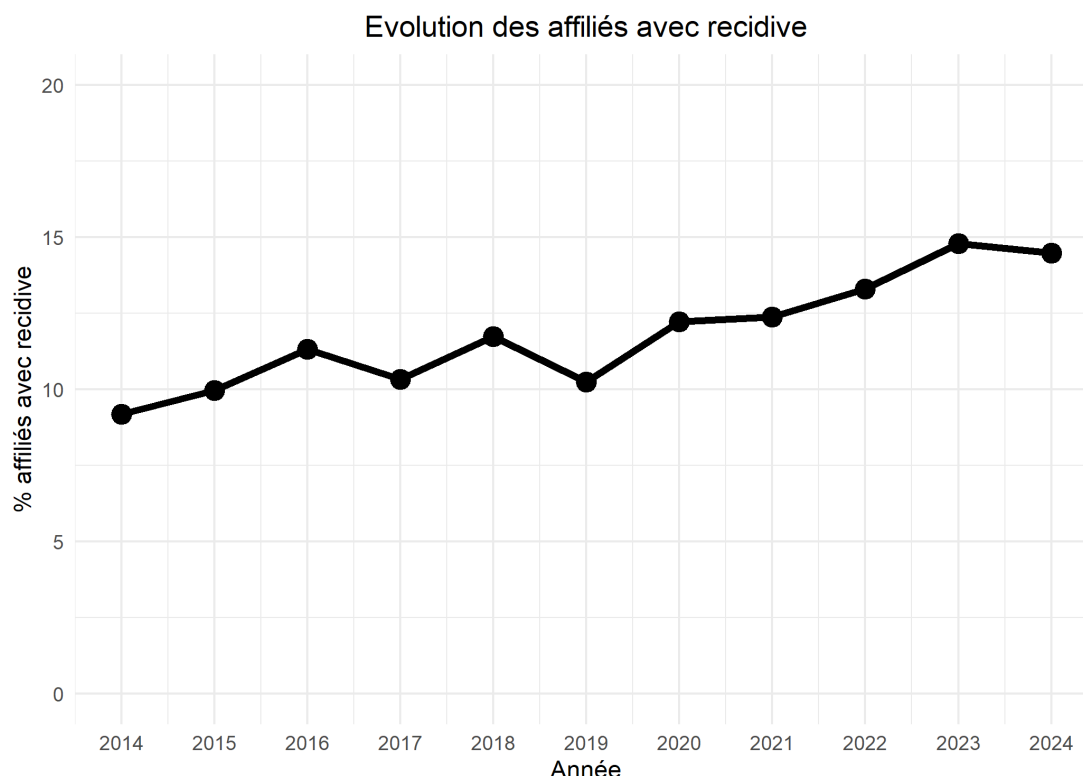


Figure 7 - Evolution du taux d'affiliés avec récurrence (2014-2024)

Une APTS est considérée comme une récurrence si une autre APTS survient dans l'année qui précède. On constate une augmentation du taux d'affiliés avec récurrence de 5,23 points de pourcentage entre 2014 (9,18%) et 2024 (14,47%). Autrement dit, si en 2013, un peu moins d'un affilié sur dix admis à l'hôpital pour tentative de suicide avait fait une récurrence, en 2024, cette proportion grimpe à presque un affilié sur six.

Du point de vue des facteurs de risque, l'augmentation de la proportion d'affiliés avec récurrence est un élément important à souligner, dans la mesure où comme le montre la littérature scientifique, le facteur de risque le plus important d'un suicide est une tentative de suicide antérieure.

3.2 Étude du profil des affiliés avec APTS (2022-2024)

Dans cette section, nous présentons les résultats quant à l'étude des profils socio-économiques et des facteurs de risque, notamment la consommation de médicaments, pour la période 2022-2024. Cela concerne 6.507 affiliés et 7.989 admissions à l'hôpital pour tentative de suicide (APTS), avec un taux d'affiliés avec APTS de 1,97‰. Soulignons que par rapport au taux d'affiliés avec APTS calculé par année dans la section précédente (0,78‰ en 2024), le taux obtenu ici est nettement supérieur car il est calculé une fois sur une période de trois ans (2022-2024).

Comme indiqué dans la section consacrée aux données et à la méthodologie, les données issues de la consommation de médicaments ainsi que les variables administratives sont ventilées par l'âge.

À noter que dans tous les résultats présentés, chaque graphique représente également à l'aide d'un tracé noir le taux d'affiliés avec APTS ventilé pour chaque tranche d'âge par rapport à la population totale d'affiliés existante pour chaque tranche d'âge. En guise d'exemple, si l'on dénombre 224.455 affiliés âgés entre 15 et 19 ans, on compte parmi eux 899 affiliés avec APTS. Pour cette tranche d'âge, cela nous permet de calculer un taux d'affiliés avec APTS de 4,00‰. Concrètement, cette ventilation

du taux d'affiliés avec APTS par tranche d'âge nous permet d'indiquer des dynamiques de surreprésentation/sous-représentation de l'impact d'une variable au sein d'une population donnée.

3.2.1 Profil socio-économique

a. Sexe

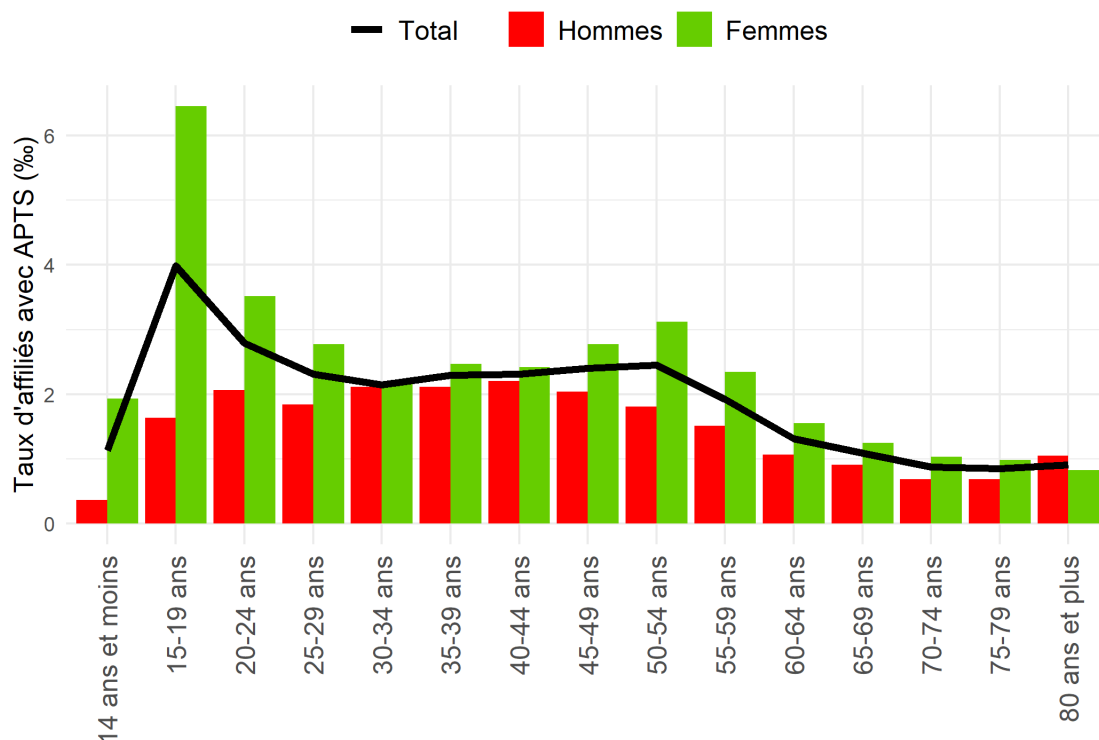


Figure 8 - Taux d'affiliés avec APTS par âge et par sexe (2022-2024)

Si l'on observe les résultats ventilés par âge et par sexe, le graphique ci-dessus montre des résultats sans appel : dans quasiment la totalité des tranches d'âge, les femmes sont surreprésentées par rapport aux hommes. Comparativement au taux d'affiliés avec APTS sur la période (1,97‰), on observe pour les femmes, toutes tranches d'âges confondues, un taux d'affiliés avec APTS nettement supérieur : 2,41‰. Chez les hommes, ce taux d'affiliés avec APTS est au contraire plus faible : 1,50‰.

Ces contrastes entre les deux sexes s'observent de façon particulièrement forte chez les jeunes âgés de moins de 30 ans et quelle que soit la catégorie d'âge. On observe aussi des contrastes élevés à partir de 45 ans. C'est parmi les jeunes âgés entre 15 et 19 ans que l'on trouve le taux d'affiliés avec APTS le plus élevé parmi les femmes, comparativement à toutes les autres tranches d'âge, avec un taux d'affiliés avec APTS de 6,48‰ pour les filles vs un taux de 1,64‰ pour les garçons. Soit un taux de près de quatre fois plus élevé chez les filles par rapport aux garçons âgés entre 15 et 19 ans. Parmi les jeunes de 14 ans et moins, les jeunes filles affichent un taux d'affiliés avec APTS de 1,94‰ (vs 0,36‰ pour les garçons), soit un taux cinq fois plus élevé que celui des jeunes garçons. Parmi les jeunes âgés entre 20 et 24 ans, les femmes ont un taux d'affiliés avec APTS de 3,55‰ (vs 2,07‰ pour les hommes). Enfin, parmi les jeunes âgés entre 25 et 29 ans, le taux des femmes avec APTS parmi cette tranche d'âge est de 2,79‰ (vs 1,85‰ pour les hommes).

Autrement dit, comme l'illustre le graphique ci-dessus, le sexe constitue une variable déterminante de l'admission à l'hôpital pour tentative de suicide et ce, parmi l'ensemble des tranches d'âge et en particulier chez les plus jeunes.

b. Région

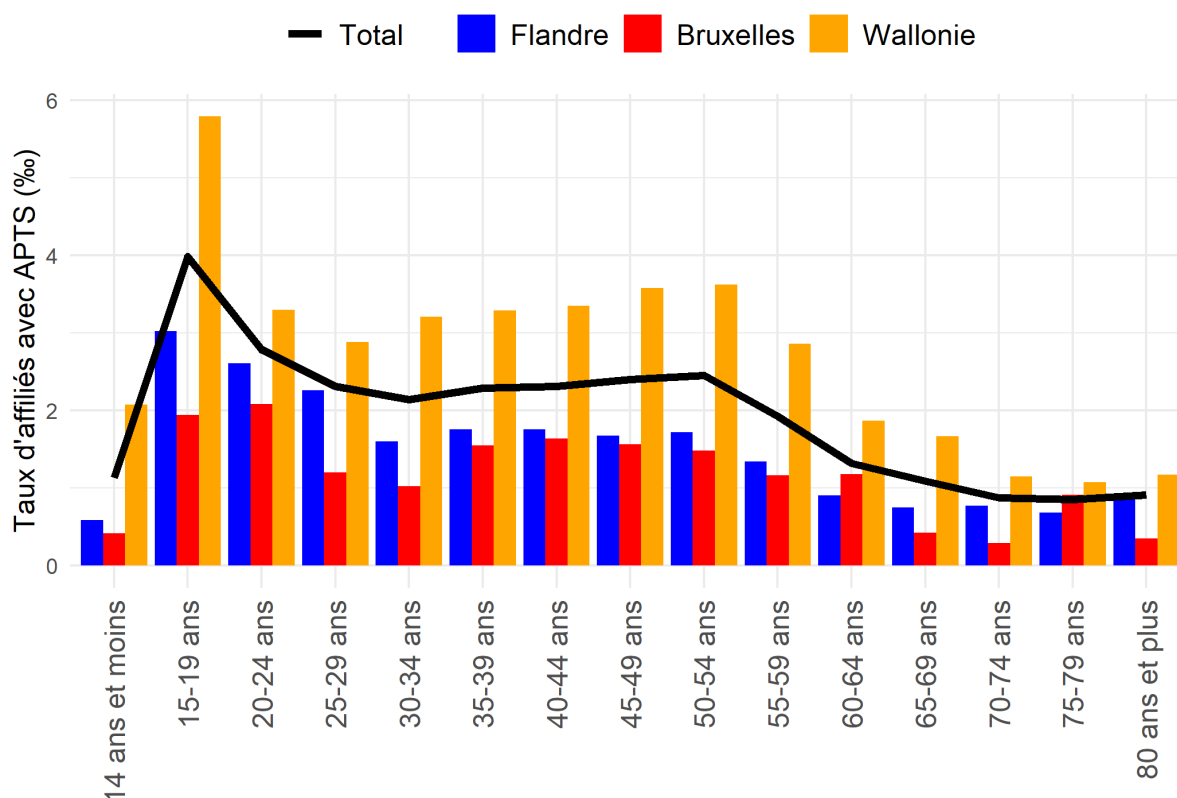


Figure 9 - Taux d'affiliés avec APTS par âge et par région (2022-2024)

Si on ventile à présent les résultats par âge et par région, les résultats obtenus confirment et précisent l'analyse par région dans la première partie de cette étude : la Wallonie est la région la plus touchée par les admissions à l'hôpital pour tentative de suicide. C'est en effet en Wallonie que l'on trouve les taux d'affiliés avec APTS les plus élevés, comparativement à la Flandre et à la région bruxelloise sur la période 2022-2024, dont les écarts apparaissent relativement plus faibles.

Cette surreprésentation en Wallonie est plus visible chez les jeunes, parmi la tranche d'âge des 15-19 ans avec un taux d'affiliés avec APTS de 5,80% en Wallonie (3,02% en Flandre et 1,94% pour la région de Bruxelles) ; celle des enfants âgés de 14 ans et moins, avec un taux de 2,07% en Wallonie (0,58% en Flandre et 0,42% pour Bruxelles) ; mais aussi chez les personnes âgées de 45 ans à 54 ans, avec un taux d'affiliés avec APTS de 3,62% en Wallonie parmi les personnes âgées de 50 à 54 ans (1,72% en Flandre et 1,48% à Bruxelles). En observant la situation par tranche d'âge, on constate également que c'est ensuite en Flandre que l'on trouve des taux plus élevés d'affiliés avec APTS parmi les jeunes (les enfants, adolescents et jeunes adultes).

c. Statut socio-économique (BIM/BO)

Le graphique ci-dessous illustre la ventilation du taux des affiliés avec APTS par tranche d'âge et avec le statut socio-économique (BIM/BO). Les résultats obtenus confirment et précisent à nouveau ceux obtenus dans la première partie : on observe une surreprésentation des personnes fragilisées socio-économiquement (BIM) comparativement aux bénéficiaires ordinaires (BO) parmi les affiliés ayant été admis à l'hôpital pour tentative de suicide et ce, pour l'ensemble des tranches d'âge. Si l'on se réfère à l'ensemble de la population des affiliés, les BIM affichent en effet un taux d'affiliés avec APTS plus de deux fois supérieur à celui des BO (3,15% vs 1,39% pour les BO).

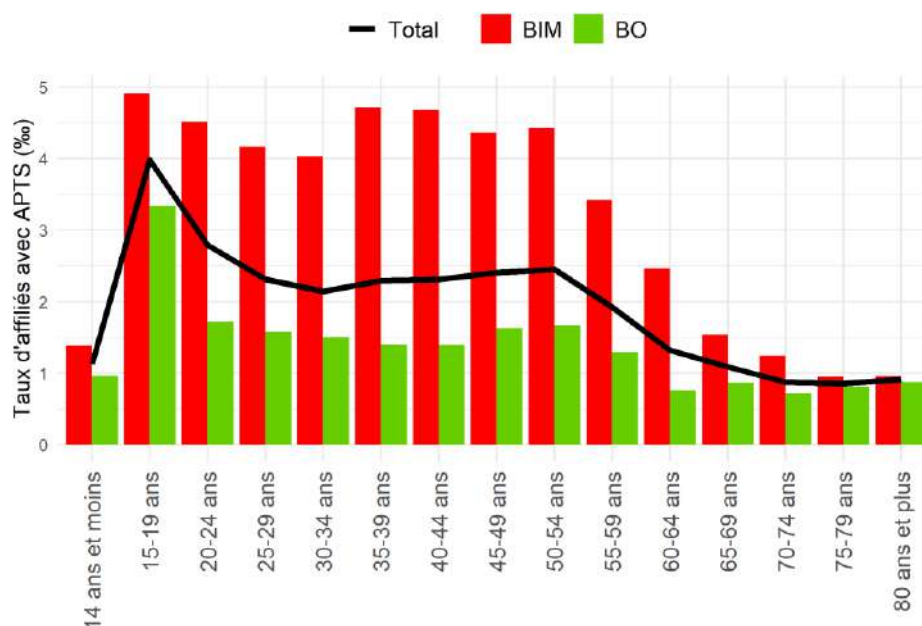


Figure 10 - Taux d'affiliés avec APTS par âge et par statut socio-économique (BIM/BO) (2022-2024)

Autrement dit, c'est parmi les personnes plus précaires socio-économiquement que l'on trouve une proportion plus importante de personnes ayant été admises à l'hôpital pour tentative de suicide. Et cette tendance s'observe pour l'ensemble des tranches d'âge. Comme le montre le tableau ci-dessous, cette tendance est particulièrement marquée parmi les affiliés âgés entre 20 ans et 54 ans, où les taux d'affiliés avec APTS chez les BIM sont plus de deux fois supérieurs à ceux observables chez les bénéficiaires ordinaires (BO) :

Âge	BIM	BO
20-24 ans	4,51	1,74
25-29 ans	4,17	1,59
30-34 ans	4,03	1,51
35-39 ans	4,71	1,41
40-44 ans	4,68	1,40
45-49 ans	4,36	1,63
50-54 ans	4,42	1,68
55-59 ans	3,42	1,30
60-64 ans	2,46	0,76
Population totale	3,15	1,39

Tableau 1 - Taux d'affiliés avec APTS par âge et par statut socio-économique (2022-2024)

d. Isolement

Afin de pouvoir identifier dans quelle mesure le fait de vivre seul peut constituer un facteur de risque de l'admission à l'hôpital pour tentative de suicide, nous avons ventilé les résultats obtenus par âge avec une variable administrative permettant d'identifier les personnes vivant seules. Pour ce faire, nous avons isolé de l'analyse les personnes âgées de 18 ans et plus, et n'avons pas tenu compte des cas de mineurs, dont les hauts taux observés dans l'analyse peuvent renvoyer à une autre situation administrative. Avec cette exclusion des mineurs de l'analyse, nous comptabilisons 5.507 affiliés avec APTS (contre 6.507), avec un taux d'affiliés avec APTS de 1,95% sur les trois années considérées.

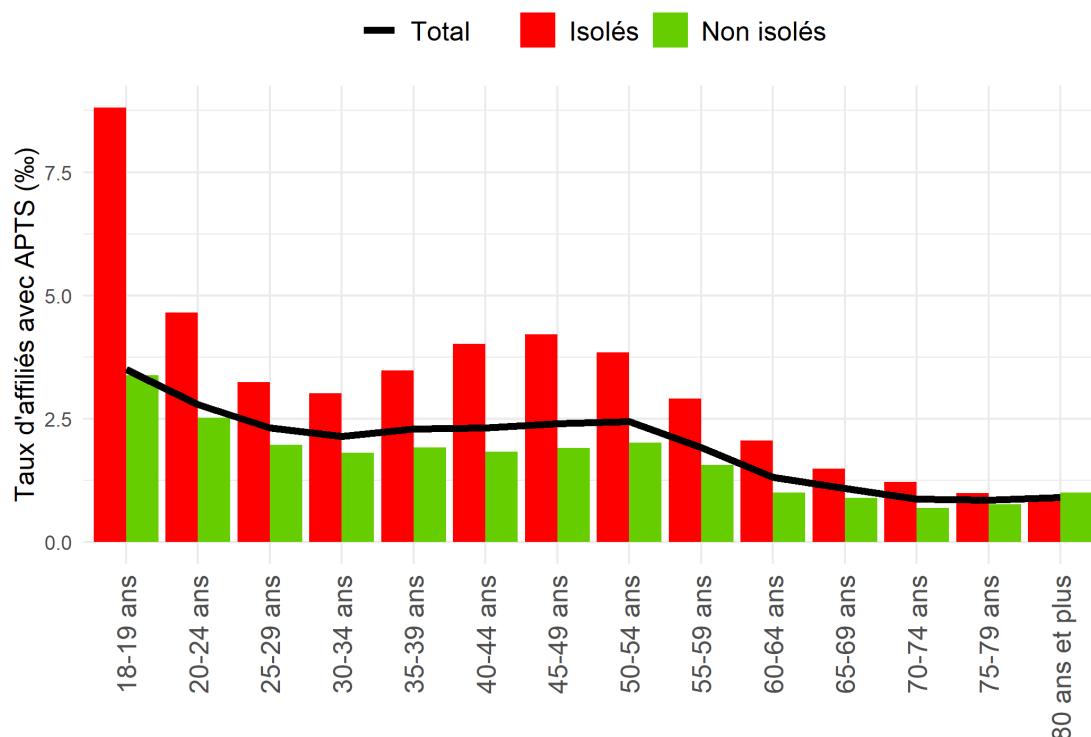


Figure 11- Taux d'affiliés avec APTS par âge et isolement (2022-2024)

Comme le montre le graphique ci-dessus, le taux d'affiliés avec APTS est systématiquement plus élevé parmi les affiliés isolés et ce, toutes tranches d'âges confondues. Pour l'ensemble de ceux-ci, le taux d'affiliés avec APTS parmi les personnes isolées est de 2,56‰ (vs 1,72‰ pour le taux des affiliés avec APTS qui ne sont pas isolés).

Si l'on observe plus précisément la situation par tranche d'âge, cette situation est particulièrement marquée chez les affiliés isolés âgés de 18-19 ans, où le taux d'affiliés avec APTS atteint 8,81‰ (vs 3,37‰ parmi les affiliés non isolés), soit un taux plus de deux fois supérieur. Toutefois, il convient d'être attentif à l'interprétation de ce résultat : la hauteur du taux obtenu s'explique notamment par le nombre assez faible d'affiliés isolés avec APTS et dans la population des affiliés âgés de 18 et de 19 ans. Le nombre d'affiliés avec APTS parmi cette population apparaît alors proportionnellement beaucoup plus élevé, ce qui s'illustre à travers le graphique.

Enfin, c'est parmi les tranches d'âge suivantes que l'on observe les taux d'affiliés avec APTS les plus élevés parmi les affiliés isolés : les 20-24 ans (4,65‰ vs 2,52‰ chez les non isolés) ; les 40-44 ans (4,02‰ vs 1,83‰) ; les 45-49 ans (4,21‰ vs 1,90‰) et les 50-54 ans (3,84‰ vs 2,02‰). Soit des taux d'affiliés avec APTS parmi les isolés près de deux fois plus élevés.

e. Invalidité

Afin d'analyser l'impact de l'invalidité, nous avons décidé de filtrer l'analyse au niveau des tranches d'âge en excluant les affiliés âgés de moins de 20 ans et ceux âgés de 65 ans et plus. En effet, l'invalidité désignant une situation de maladie égale ou supérieure à une incapacité de travail de douze mois, il n'était pas relevant pour l'analyse d'inclure les affiliés âgés de 18 et 19 ans et ceux âgés de 65 ans ou plus, ces derniers ayant alors atteint l'âge légal de la pension. Cela correspond au nombre de 4.457 affiliés avec APTS pour les trois années, avec un taux d'affiliés avec APTS de 2,23‰.

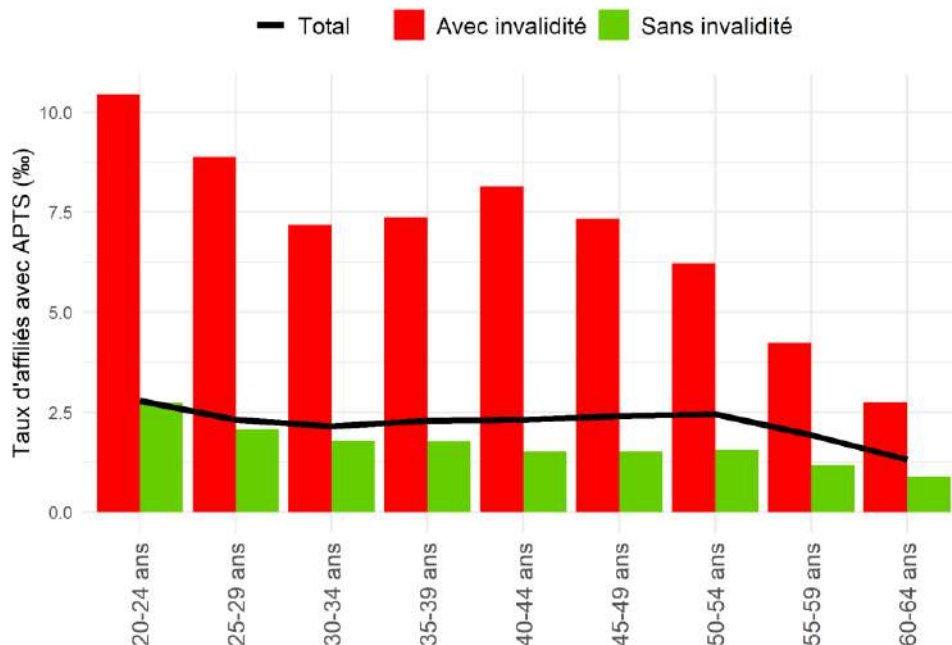


Figure 12 - Taux d'affiliés avec APTS par âge et invalidité (2022-2024)

Comme l'illustre le graphique ci-dessus, le constat est sans appel : parmi toutes les tranches d'âge étudiées, on observe des taux d'affiliés avec APTS parmi les affiliés en invalidité particulièrement élevés, comparativement aux affiliés avec APTS n'étant pas en incapacité de travail de longue durée. Ces derniers sont aussi sous-représentés de façon quasi systématique par rapport au taux de l'ensemble des affiliés avec APTS ventilé pour chaque tranche d'âge, comme l'illustre le tracé noir sur le graphique.

Comme le montre le tableau ci-dessous, ce sont chez les affiliés âgés entre 20-24 ans, ceux entre 25 et 29 ans et ceux âgés entre 40 et 44 ans que l'on constate les taux d'affiliés avec APTS les plus élevés, comparativement aux affiliés avec APTS n'étant pas en invalidité :

Âge	Taux d'affiliés avec APTS	
	Taux d'affiliés avec APTS en invalidité (%)	Taux d'affiliés avec APTS sans invalidité (%)
20-24 ans	10,44	2,75
25-29 ans	8,87	2,08
30-34 ans	7,18	1,79
35-39 ans	7,36	1,77
40-44 ans	8,14	1,53
45-49 ans	7,32	1,53
50-54 ans	6,22	1,56
55-59 ans	4,23	1,18
60-64 ans	2,73	0,89
Population totale	5,76	1,71

Tableau 2 - Taux d'affiliés avec APTS par âge et invalidité (2022-2024)

Enfin, si l'on compare l'ensemble des affiliés avec APTS en invalidité toutes tranches d'âge confondues, on obtient un taux de 5,76%, contre un taux de 1,71% pour les affiliés avec APTS n'étant pas en invalidité (toutes tranches d'âge confondues), soit plus de trois fois plus élevé.

f. Handicap

Nous avons également ventilé les résultats obtenus par âge avec le handicap. Sous le statut de handicap, nous avons identifié et regroupé plusieurs situations administratives telles que notamment les allocations familiales majorées (AFM)²³, l'allocation d'intégration pour les handicapés²⁴ et les données administratives relatives aux trois piliers de l'échelle médico-sociale de l'enfant handicapé²⁵.

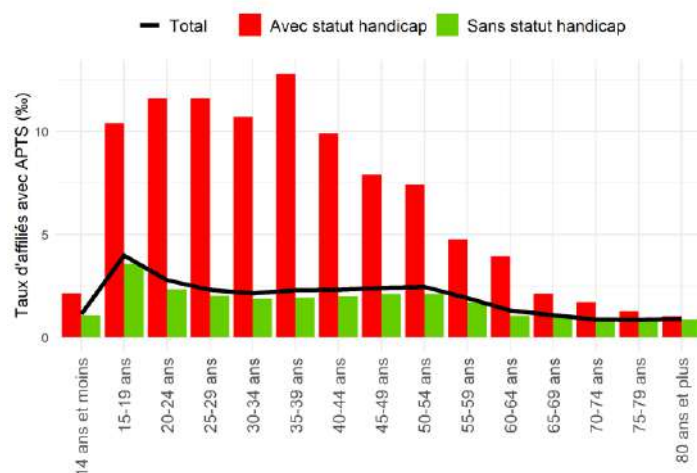


Figure 13 - Taux d'affiliés avec APTS par âge et statut handicap (2022-2024)

Comme le montre le graphique ci-dessus, le handicap a une incidence particulièrement forte sur le taux d'admission à l'hôpital pour tentative de suicide parmi les affiliés avec APTS, comparativement aux affiliés avec APTS n'étant pas en situation de handicap et ce, de façon très marquée parmi les affiliés âgés entre 15 ans et 64 ans. C'est parmi les affiliés âgés entre 15 et 44 ans en situation de handicap que l'on trouve les taux d'affiliés avec APTS les plus élevés, comme le montre le tableau ci-dessous :

Âge	Taux d'affiliés avec APTS en situation de handicap (%)	Taux d'affiliés avec APTS sans handicap (%)
15-19 ans	10,39	3,59
20-24 ans	11,59	2,36
25-29 ans	11,60	2,02
30-34 ans	10,70	1,87
35-39 ans	12,80	1,94
40-44 ans	9,88	2,01
45-49 ans	7,90	2,12
Population totale	4,94	1,74

Tableau 3 - Taux d'affiliés avec APTS par âge et statut handicap (2022-2024)

²³ Les allocations familiales majorées sont octroyées aux ménages dans lesquels un enfant est atteint d'une affection (physique ou mentale). Elles constituent donc un supplément par rapport aux allocations familiales de base : [Allocations familiales majorées à Bruxelles | KidsLife](#)

²⁴ L'allocation d'intégration pour les handicapés est octroyée aux personnes en situation de handicap âgées entre 18 et 65 ans qui doivent faire face à des frais supplémentaires en raison d'une diminution de leur autonomie : [Allocation d'intégration \(AI\) | Handicap Belgium](#)

²⁵ Dans le cadre des allocations familiales majorées (AFM), l'évaluation de la situation des enfants atteints d'une affection s'effectue sur base de critères légaux selon l'échelle médico-sociale qui comporte trois piliers : l'incapacité de l'enfant (pilier 1 : maladie, handicap, trouble du développement, trouble psychologique) ; les activités et la participation de l'enfant (pilier 2) et l'effort investi par la famille (pilier 3). [L'évaluation selon l'échelle médico-sociale - mylriscare](#)

g. Monoparentalité : titulaires

Nous avons sélectionné dans un premier temps pour évaluer l'incidence de la monoparentalité les affiliés qui sont titulaires au sein d'un ménage monoparental. Afin de ne pas biaiser l'analyse des résultats, nous circonscrivons donc l'analyse aux affiliés âgés entre 18 et 64 ans inclus. Nous traitons de façon séparée dans le focus sur les jeunes le cas des jeunes à charge au sein d'un ménage monoparental. On dénombre 4.852 affiliés avec APTS pour la période, avec un taux d'affiliés avec APTS de 2,28‰.

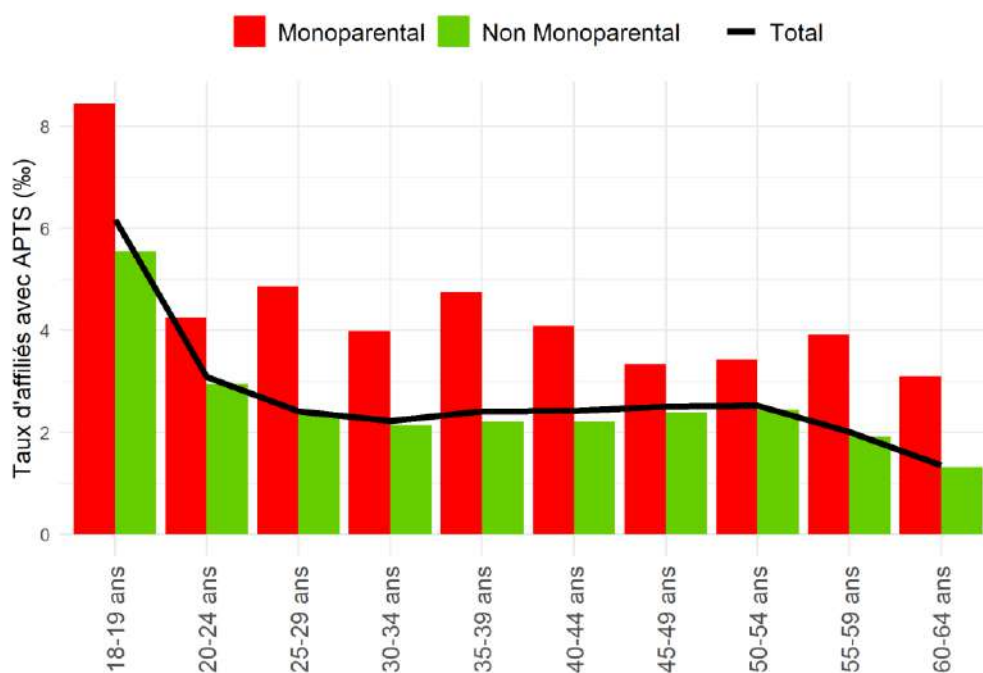


Figure 14 - Taux d'affiliés avec APTS par âge et statut titulaire ménage monoparental (2022-2024)

On observe des tendances plus élevées parmi les affiliés titulaires d'une famille monoparentale et ce, dans toutes les tranches d'âge analysées. En particulier, c'est parmi les affiliés âgés entre 25 et 29 ans et entre 35 et 39 ans que l'on constate les taux d'affiliés avec APTS les plus élevés parmi ceux qui sont titulaires, respectivement : 4,85‰ (vs 2,34‰ pour les affiliés avec APTS non titulaires) et 4,75‰ (vs 2,20‰).

h. Statut malade chronique

Selon l'Observatoire des maladies chroniques, organe de concertation qui fait partie de l'Inami, une maladie chronique désigne une affection nécessitant des soins de santé prolongés (plus de six mois). Le statut de « malade chronique » n'est pas lié à une maladie en particulier. Il est déterminé en fonction d'une série de critères administratifs. Les personnes qui souffrent d'une maladie chronique bénéficient sous certaines conditions d'aides financières. Par ailleurs, celles-ci peuvent également rentrer dans les conditions pour une reconnaissance de handicap²⁶.

Comme le montrent les résultats obtenus dans le graphique ci-dessous, les affiliés ayant le statut malade chronique sont ceux parmi lesquels les taux d'affiliés avec APTS sont, avec ceux du handicap, les plus élevés parmi l'ensemble des variables administratives que nous avons analysées. Bien que ces taux élevés aient tendance à baisser au fur et à mesure que l'âge augmente, on constate les taux les plus élevés parmi les jeunes affiliés, notamment : ceux âgés entre 20 et 24 ans (17,50‰ vs 2,12‰).

²⁶ [Qu'est-ce qu'une maladie chronique? | Solidaris Brabant](#)

parmi les affiliés avec APTS ne bénéficiant pas de ce statut), suivis par ceux âgés entre 15 et 19 ans (15,73% vs 3,36%), étant donné le nombre relativement faible d'affiliés parmi ces tranches d'âge.

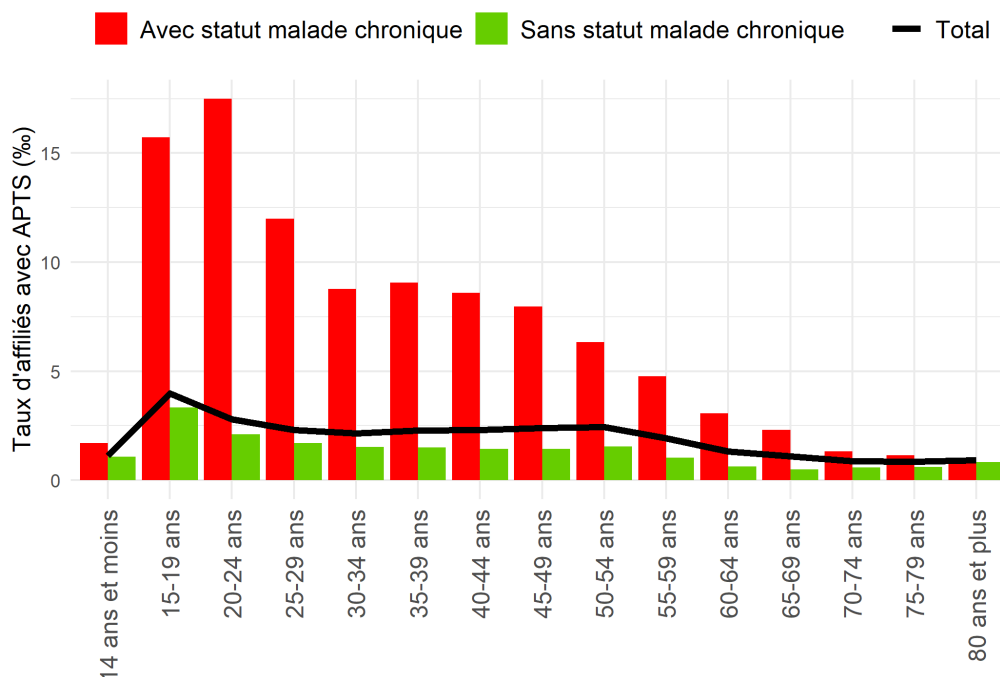


Figure 15 - Taux d'affiliés avec APTS par âge et statut de malade chronique (2022-2024)

Nous reprenons les taux par tranche d'âge dans le tableau ci-dessous :

Âge	Avec statut de malade chronique	Sans statut de malade chronique
15-19 ans	15,73	3,36
20-24 ans	17,50	2,12
25-29 ans	11,98	1,72
30-34 ans	8,76	1,53
35-39 ans	9,06	1,52
40-44 ans	8,60	1,45
45-49 ans	7,95	1,43
50-54 ans	6,32	1,55
55-59 ans	4,77	1,03
60-64 ans	3,06	0,64
Population totale	4,10	1,46

Tableau 4 - Taux d'affiliés avec APTS par âge et statut de malade chronique (2022-2024)

3.2.2 Facteurs de risque : consommation de médicaments²⁷

Les antécédents psychiatriques, dont notamment la consommation de médicaments, sont, dans la littérature scientifique, des marqueurs régulièrement associés à la tentative de suicide.

²⁷ Soulignons que cette analyse descriptive n'a pas pour objet d'induire une corrélation systématique entre le recours aux antidépresseurs et l'admission à l'hôpital pour tentative de suicide. La consommation de médicaments est analysée comme un indicateur de prise en charge de la santé mentale, elle permet seulement d'évaluer, parmi la proportion d'affiliés admis à l'hôpital pour tentative de suicide, ceux qui ont une prise en charge médicamenteuse.

a. Antidépresseurs

De manière générale, on constate que les taux d'affiliés admis à l'hôpital pour tentative de suicide sont systématiquement plus élevés et ce, pour toutes tranches d'âge confondues, parmi les affiliés ayant consommé des antidépresseurs six mois avant leur admission à l'hôpital. Si on compare ainsi les taux toutes tranches d'âge confondues, le taux d'affiliés avec APTS parmi ceux consommant des antidépresseurs est de 9,75‰, soit 9 fois plus élevé que pour l'ensemble des affiliés avec APTS n'ayant pas consommé d'antidépresseurs (1,09‰).

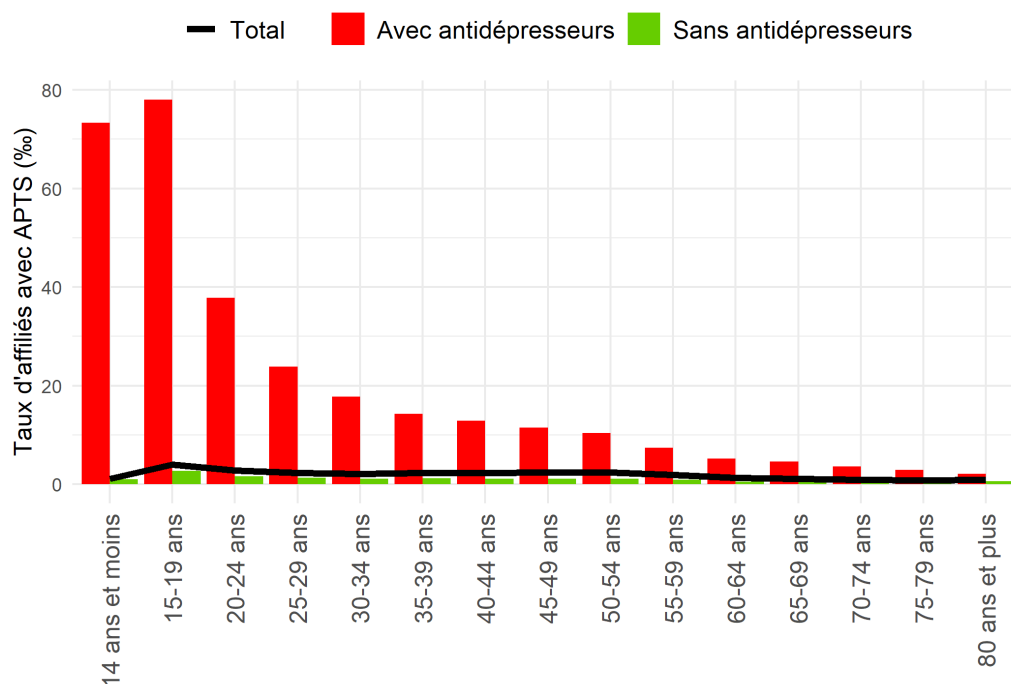


Figure 16 - Taux d'affiliés avec APTS par âge et antidépresseurs (2022-2024)

Parmi ces derniers, on identifie les taux d'affiliés avec APTS les plus faibles parmi les affiliés avec APTS n'ayant pas consommé d'antidépresseurs six mois avant.

À noter que le graphique ci-dessus illustre des taux extrêmement élevés parmi les affiliés avec APTS ayant consommé des antidépresseurs et âgés de 14 ans et moins (73,33‰ vs 0,98‰ parmi les affiliés avec APTS n'ayant pas consommé d'antidépresseurs) et de 15 à 19 ans (78,03‰ vs 2,69‰). Cela signifie concrètement que parmi les affiliés âgés de 14 ans et moins ayant été admis à l'hôpital pour tentative de suicide, 7,3% ont consommé des antidépresseurs 6 mois avant leur admission. Cela représente un pourcentage 81 fois plus élevé que les affiliés de la même tranche d'âge et n'ayant pas consommé d'antidépresseurs (0,09%). Parmi les jeunes de 15 à 19 ans, la proportion de ceux avec APTS ayant consommé des antidépresseurs est de 7,8%, soit 28 fois supérieure au pourcentage de jeunes avec APTS de la même tranche d'âge n'ayant pas consommé d'antidépresseurs 6 mois avant leur admission : 0,27%.

Si ces résultats montrent des tendances très préoccupantes parmi les plus jeunes, ces résultats s'affichent comme très élevés également en raison de l'échantillon assez faible d'affiliés âgés de 14 ans et moins et de 15 à 19 ans. Ces résultats très préoccupants ne doivent pas pour autant être relativisés, dans la mesure où ils attestent de l'impact élevé du facteur de l'âge sur la problématique des tentatives de suicide, selon une tendance où les admissions à l'hôpital diminuent progressivement au fur et à mesure que l'âge des affiliés augmente, comme le montre le tableau ci-dessous :

Taux d'affiliés avec APTS		
Âge	Taux d'affiliés avec APTS avec antidépresseurs (‰)	Taux d'affiliés avec APTS sans antidépresseurs (‰)
20-24 ans	37,78	1,63
25-29 ans	23,88	1,29
30-34 ans	17,72	1,10
35-39 ans	14,31	1,23
40-44 ans	12,87	1,09
45-49 ans	11,49	1,11
50-54 ans	10,38	1,08
55-59 ans	7,41	0,87
60-64 ans	5,24	0,56
Population totale	9,75	1,09

Tableau 5 - Taux d'affiliés avec APTS par âge et antidépresseurs (2022-2024)

b. Antipsychotiques

À partir du graphique ci-dessous, on constate tout d'abord que le taux d'affiliés avec APTS consommant des antipsychotiques toutes tranches d'âge confondues est de 17,70‰ comparativement à celui des affiliés avec APTS n'ayant pas consommé d'antipsychotiques six mois avant leur admission à l'hôpital pour tentative de suicide : 1,45‰. Soit un taux douze fois plus élevé. Ces derniers affichent des taux systématiquement plus faibles que le taux d'affiliés avec APTS de l'ensemble de la population de référence (1,97‰).

Si l'on observe les résultats par tranche d'âge, les taux d'affiliés avec APTS ayant eu recours aux antipsychotiques sont systématiquement et nettement plus élevés que ceux des affiliés ne consommant pas d'antipsychotiques. Hormis si l'on observe la situation des jeunes âgés de 14 ans et moins, les taux sont les plus élevés parmi les affiliés les plus jeunes et baissent progressivement au fur et à mesure que l'âge augmente. À nouveau, de façon similaire à la situation observée pour le recours aux antidépresseurs, c'est parmi les jeunes âgés de 15 à 19 ans et de 20 à 24 ans que l'on trouve les taux les plus élevés : 64,69‰ (soit un taux 20 fois plus élevé que celui des affiliés du même âge ne consommant pas d'antipsychotiques) et 61,34‰ (soit un taux près de 32 fois plus élevé que celui des affiliés de la même tranche d'âge sans antipsychotiques).

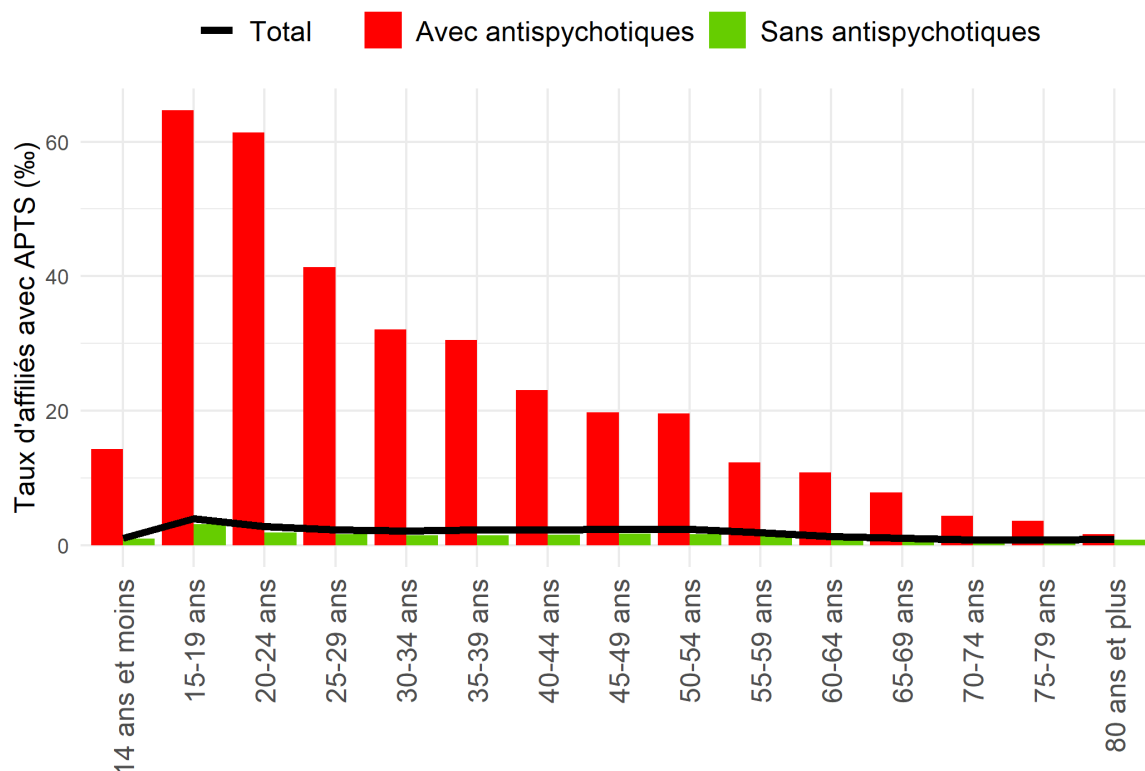


Figure 17 - Taux d'affiliés avec APTS par âge et antipsychotiques (2022-2024)

Nous précisons ces taux pour chaque tranche d'âge dans le tableau ci-dessous :

Âge	Taux d'affiliés avec APTS (%)	
	Taux d'affiliés avec APTS avec antipsychotiques	Taux d'affiliés avec APTS sans antipsychotiques
14 ans et moins	14,28	0,99
15-19 ans	64,69	3,14
20-24 ans	61,34	1,92
25-29 ans	41,37	1,64
30-34 ans	32,06	1,52
35-39 ans	30,49	1,53
40-44 ans	23,07	1,60
45-49 ans	19,78	1,72
50-54 ans	19,64	1,69
55-59 ans	12,30	1,45
60-64 ans	10,83	0,90
Population totale	17,70	1,45

Tableau 6 - Taux d'affiliés avec APTS par âge et antipsychotiques (2022-2024)

3.2.3 Modélisation de l'impact des facteurs de risque : régressions logistiques

À l'aide de trois régressions logistiques, nous cherchons à identifier quels facteurs de risque influencent significativement la probabilité d'être admis à l'hôpital pour tentative de suicide parmi trois groupes spécifiques : les enfants (8-17 ans), la population active (18-64 ans) et les personnes pensionnées (65 ans et plus). Pour davantage de précisions concernant la méthodologie utilisée, nous renvoyons à la section données et méthodologie au début de cette étude.

a. Affiliés âgés de moins de 18 ans (8-17 ans)

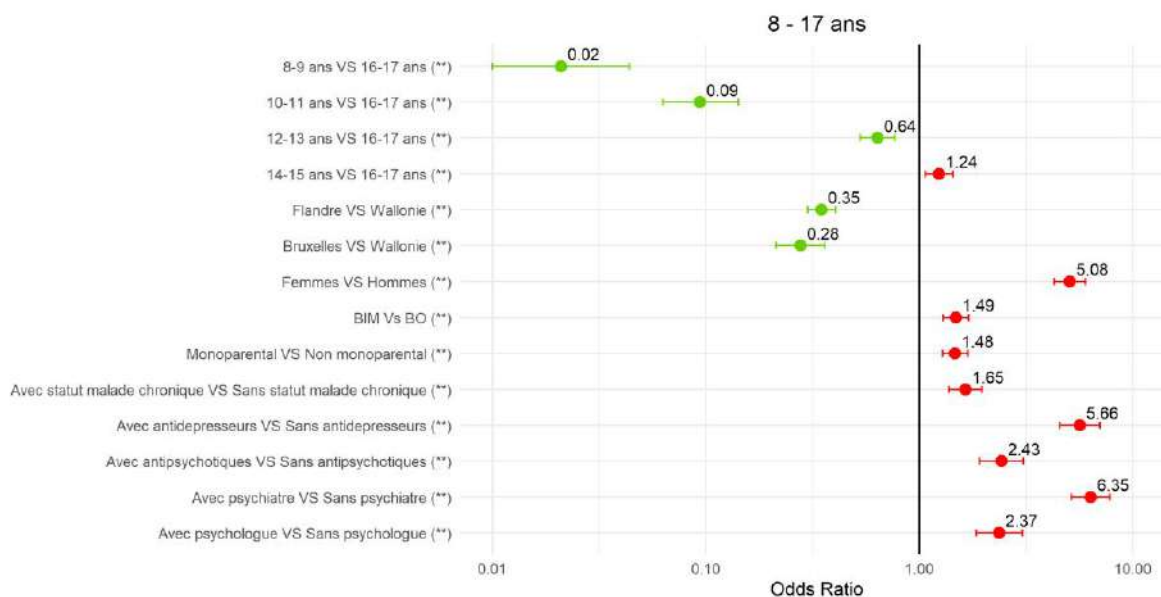


Figure 18 - Modélisation des facteurs de risque (8-17ans)

On constate que, toutes choses étant égales par ailleurs, pratiquement tous les facteurs identifiés sont significatifs et augmentent la probabilité d'être admis à l'hôpital pour tentative de suicide chez les enfants âgés entre 8 et 17 ans. En particulier, on peut mettre en évidence l'impact des facteurs suivants :

- **L'âge** : comparativement aux autres tranches d'âge, être âgé de 14-15 ans augmente de plus d'une fois la probabilité d'être admis à l'hôpital pour tentative de suicide.
- **La région** : comme le montre le graphique ci-dessus, les personnes résidant en Flandre ou à Bruxelles sont moins à risque que celles résidant en Wallonie d'être admis à l'hôpital pour tentative de suicide.
- **Le sexe** : le fait d'être une femme augmente de cinq fois la probabilité comparativement au fait d'être un homme.
- **Les médicaments** : comme attendu, le fait d'être pris en charge pour un trouble de santé mentale, notamment via la consommation de médicaments augmente le risque d'être admis à l'hôpital pour tentative de suicide. Comme on peut l'observer avec le graphique ci-dessus, le recours aux antidépresseurs augmente de plus de cinq fois la probabilité (près de deux fois et demie s'il s'agit d'antipsychotiques).
- **Le contact ambulatoire** : la prise en charge ambulatoire, notamment via le psychiatre ou le psychologue de première ligne, constitue également un indice d'une situation plus fragilisée, attestée par une probabilité jusqu'à six fois plus importante d'être admis à l'hôpital pour tentative de suicide (contact ambulatoire avec un psychiatre).
- **Le statut socio-économique** : le fait d'être BIM augmente de près d'une fois et demie la probabilité par rapport au fait d'être BO.

b. Affiliés âgés entre 18 et 64 ans

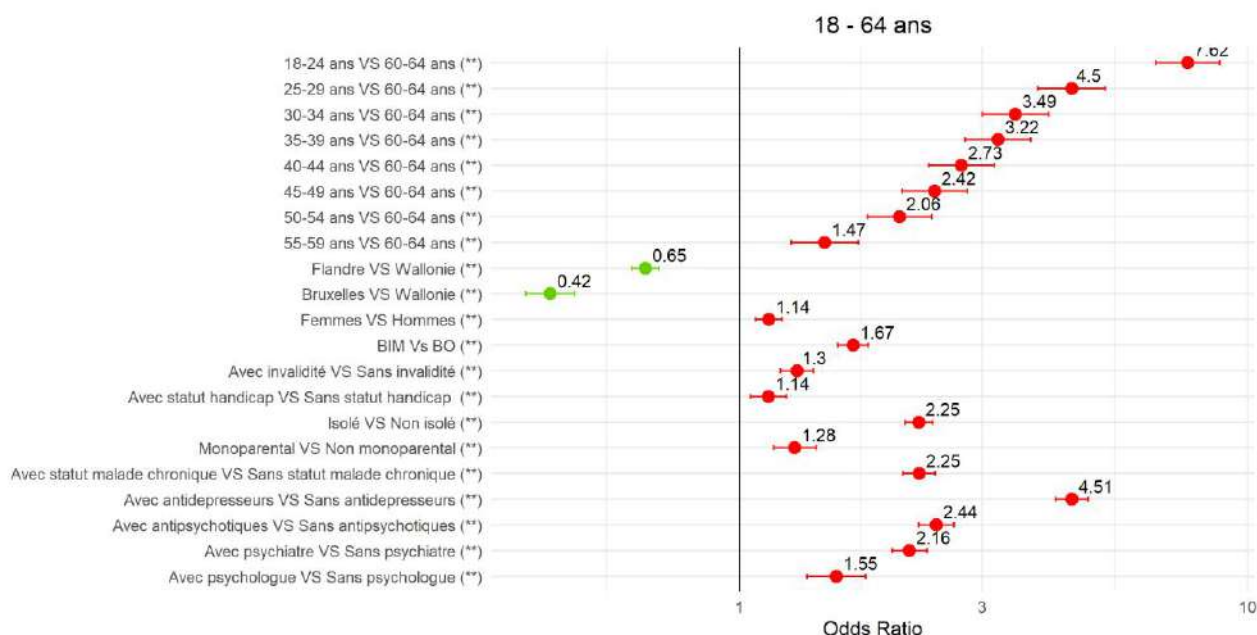


Figure 19 - Modélisation des facteurs de risque (18-64 ans)

Concernant la population active (18-64 ans), on constate que tous les facteurs de risque identifiés sont significatifs, toutes choses étant égales par ailleurs. En particulier, certains exercent une influence importante parmi la population active sur la probabilité d'être admis à l'hôpital pour tentative de suicide :

- **L'âge** constitue un facteur ayant un impact très important, comme nous l'avons déjà souligné dans cette étude. Comme le montre la modélisation ci-dessus, l'influence du facteur de l'âge est la plus importante lorsqu'on est plus jeune et elle baisse progressivement au fur et à mesure que l'on avance en âge : le fait d'être âgé de 18 à 24 ans augmente de plus de sept fois la probabilité d'être admis à l'hôpital pour tentative de suicide comparativement au fait d'être âgé de 60 à 64 ans. Suivant cette tendance à la baisse, le fait d'être âgé de 55 à 59 augmente de près de une fois et demie la probabilité, comparativement aux personnes âgées entre 60 et 64 ans.
- **Le fait de résider en Flandre ou à Bruxelles plutôt qu'en Wallonie** n'augmente pas la probabilité d'être admis à l'hôpital pour tentative de suicide. Le graphique ci-dessus confirme les résultats déjà soulignés dans cette étude pour les personnes résidant en Wallonie, dont la probabilité d'être admis à l'hôpital pour tentative de suicide est importante.
- **Le statut socio-économique** : le fait d'être plus précaire socio-économiquement (BIM) augmente de plus d'une fois et demie (1,67) la probabilité comparativement au fait d'être BO.
- **Le fait de vivre seul et le fait d'avoir le statut de malade chronique** ont une influence importante : ces deux facteurs augmentent de plus de deux fois (2,25) la probabilité d'être admis à l'hôpital pour tentative de suicide.
- **Les médicaments** : on constate que les personnes qui ont recours aux antidépresseurs sont particulièrement vulnérables ; pour celles-ci, le recours aux antidépresseurs augmente de

quatre fois et demie la probabilité d'être admis à l'hôpital pour tentative de suicide et de près de deux fois et demie (2,44) lorsqu'il s'agit d'antipsychotiques.

- **Le contact ambulatoire** : celui-ci constitue également un indice de l'importance d'une prise en charge, dans la mesure où la probabilité d'être admis à l'hôpital pour tentative de suicide est plus de deux fois plus importante, dans un cas où il y a contact avec un psychiatre.
- Enfin **le sexe** constitue également un facteur de risque ayant une influence, toutes choses étant égales par ailleurs : le fait d'être une femme augmente de plus d'une fois la probabilité d'être admis à l'hôpital pour tentative de suicide comparativement au fait d'être un homme.

c. Affiliés âgés de plus de 65 ans

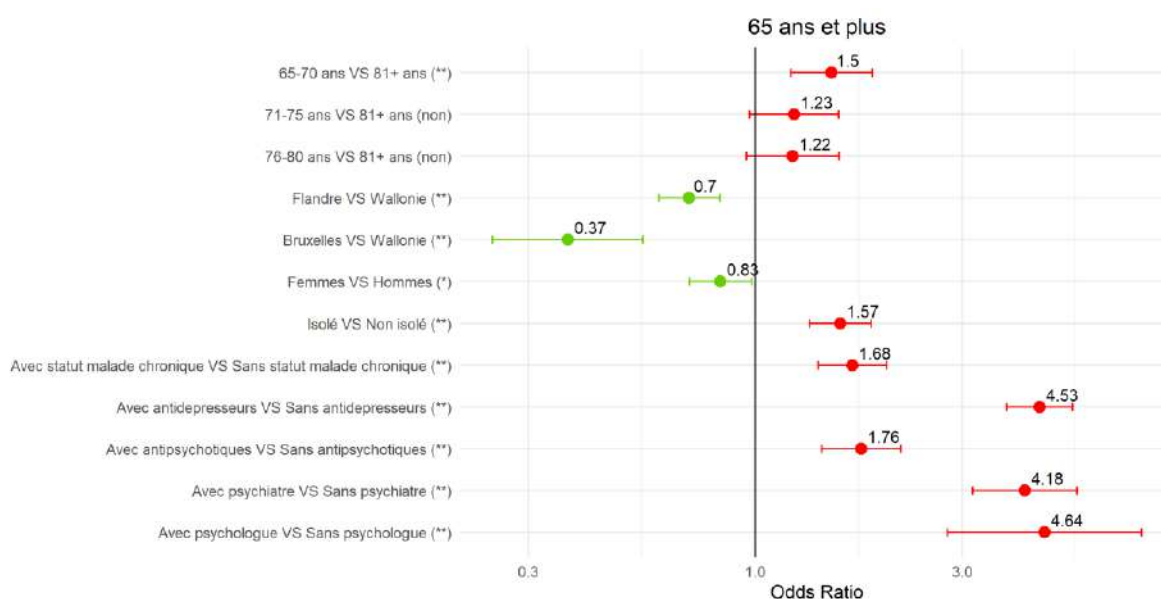


Figure 20 - Modélisation des facteurs de risque (65 ans et plus)

Enfin, concernant les personnes âgées de 65 ans et plus, on observe également que l'ensemble des facteurs analysés sont significatifs. En particulier, voici les principaux facteurs ayant une influence sur la probabilité d'être admis à l'hôpital pour tentative de suicide, toutes choses étant égales par ailleurs :

- **L'âge** : parmi la population âgée de 65 ans et plus, nous retrouvons une influence similaire de l'âge, qui diminue au plus la personne est âgée. Ainsi, le fait d'être âgé de 65 à 70 ans augmente d'une fois et demie la probabilité, comparativement au fait d'être âgé de 81 ans et plus.
- **Les personnes résidant à Bruxelles plutôt qu'en Wallonie** sont nettement moins à risque d'être admis à l'hôpital pour tentative de suicide. À noter que cette tendance s'observe également pour les personnes résidant en Flandre plutôt qu'en Wallonie.
- **Le fait de vivre seul et le fait d'avoir le statut de malade chronique** ont également une influence : ces deux facteurs de risque augmentent de plus d'une fois et demie la probabilité d'être admis à l'hôpital pour tentative de suicide.
- **Le recours aux médicaments** : parmi les personnes âgées de 65 ans et plus, le fait d'être pris en charge pour un trouble de la santé mentale via la consommation augmente le risque d'être admis à l'hôpital pour tentative de suicide (quatre fois et demie pour les antidépresseurs et plus d'une fois et demie pour les antipsychotiques).
- **Le contact ambulatoire** : parmi les facteurs de risque, le contact ambulatoire avec un psychiatre ou un psychologue de première ligne atteste d'une situation plus fragilisée, puisque

la présence de ce contact est corrélée à une augmentation de la probabilité d'être admis à l'hôpital pour tentative de suicide.

- Enfin, en revanche, si l'on observe les résultats par rapport au **sexe**, contrairement aux deux groupes précédents, le fait d'être une femme n'augmente pas la probabilité d'être admis à l'hôpital pour tentative de suicide parmi les personnes âgées de 65 ans et plus.

3.3 Analyse de la prise en charge avant et après la tentative de suicide (2023)

Dans ce chapitre, comme explicité dans la section données et méthodologie, nous étudions la prise en charge des 2.187 affiliés ayant été admis à l'hôpital pour tentative de suicide en 2023, à l'exclusion des récidives. Avant d'analyser plus spécifiquement la prise en charge ambulatoire et celle dans un hôpital/service psychiatrique (HP, SPHG), nous analysons la durée du séjour hospitalier. Nous terminons ce chapitre par une analyse du décès et par une analyse qualitative de la prise en charge à partir du verbatim des experts de l'association *Un Pass dans l'impasse* (UPDI).

3.3.1 Durée du séjour hospitalier (2023)

En 2023, on comptabilise 2.187 affiliés admis à l'hôpital pour tentative de suicide, soit dans le service psychiatrique de l'hôpital général (SPHG) ou dans un hôpital psychiatrique (HP)²⁸. Comme le montre le tableau ci-dessous, pour l'ensemble des affiliés hospitalisés pour tentative de suicide, la durée moyenne d'hospitalisation est de 8 jours environ (8,75) ; le percentile 10 (p10) correspond à une durée de 1 jour, le percentile 90 (p90) correspond à une durée de 23,4 jours et le percentile 75 (p75) correspond à une durée de 8 jours.

C'est parmi les enfants âgés de 12 ans et moins et parmi les affiliés âgés de 65 ans et plus que la durée moyenne d'hospitalisation est la plus élevée, respectivement 23 jours et quasiment 15 jours pour les affiliés plus âgés (14,95). Face aux valeurs extrêmes faisant ainsi gonfler la moyenne, il est intéressant de calculer la médiane : celle-ci est de 2 jours pour la durée d'hospitalisation pour l'ensemble des affiliés, de 6,5 jours pour les enfants de 12 ans et moins et de 6 jours pour les affiliés âgés de 65 ans et plus.

Groupe	Nombre d'APTS	durée moyenne hospitalisation (jours)	Médiane durée hospit	min	max	p10	p25	p75	p90
Total	2187	8.755373	2.0	0	318	1.0	1	8.00	23.4
b - 12 ans et moins	16	23.062500	6.5	1	130	2.5	3	19.75	69.0
c - De 13 à 24 ans	618	7.244337	2.0	0	219	1.0	1	7.00	16.0
d - De 25 à 49 ans	910	7.985714	1.0	1	318	1.0	1	7.00	23.0
e - De 50 à 64 ans	435	9.020690	1.0	1	175	1.0	1	10.00	26.0
f - 65 ans et plus	208	14.956731	6.0	1	111	1.0	1	18.25	43.3
Hommes	781	9.576184	2.0	1	318	1.0	1	9.00	23.0
Femmes	1406	8.299431	2.0	0	219	1.0	1	8.00	24.0
BO	1083	8.391505	2.0	0	171	1.0	1	8.00	23.0
BIIM	1104	9.112319	2.0	1	318	1.0	1	8.00	25.0

Tableau 7 - Durée du séjour hospitalier (2023)

²⁸ On considère ici pour chaque affilié la première admission de 2023, en excluant les affiliés ayant été hospitalisés pour tentative de suicide 3 mois avant ou 3 mois après cette première admission.

3.3.2 Prise en charge ambulatoire (3mois avant/après)

a. *Contacts avec un médecin généraliste*

Nombre affiliés	Généraliste avant(%)	Généraliste après(%)	Pas de Généraliste(%)
2108	72.06	69	16.94

Tableau 8 - Proportion d'affiliés avec/sans contact avec un médecin généraliste (2023)

Concernant le contact ambulatoire avec un médecin généraliste, nous avons exclu de l'analyse les affiliés en maison médicale, soit 79 affiliés.

D'après les résultats du tableau ci-dessus, on observe que plus de 7 affiliés sur 10 (72,06%) ayant été admis à l'hôpital pour tentative de suicide en 2023 ont eu un contact avec un médecin généraliste dans les trois mois précédant la tentative, tandis que près de 7 affiliés sur 10 ont eu un contact (69%) dans les trois mois suivant la tentative. En revanche, 16,94% des affiliés n'ont eu aucun contact dans les trois mois précédant ou suivant la tentative, soit plus d'un affilié sur six.

b. *Contacts avec un psychiatre*

Nombre affiliés	Psychiatre avant(%)	Psychiatre après(%)	Pas de Psychiatre(%)
2187	26.79	40.19	52.49

Tableau 9 - Proportion d'affiliés avec/sans contact un psychiatre (2023)

Si l'on observe à présent les résultats pour le contact avec un psychiatre, un peu plus d'un affilié sur quatre (26,79%) ont eu un contact ambulatoire avec un psychiatre trois mois avant leur admission à l'hôpital. Ils sont davantage nombreux à avoir eu un contact ambulatoire avec un psychiatre dans les trois mois suivant leur admission à l'hôpital : 4 affiliés sur 10 (40,19%). En revanche, l'analyse montre que plus d'un affilié sur deux (52,49%) n'a pas eu de contact, ni trois mois avant, ni trois mois après l'admission à l'hôpital pour tentative de suicide.

c. *Contact avec un psychologue (PPL)*

Nombre affiliés	Psychologue avant(%)	Psychologue après(%)	Pas de Psychologue(%)
2187	6.4	8.69	88.8

Tableau 10 - Proportion d'affiliés avec/sans contact avec le psychologue de première ligne (2023)

Enfin, les résultats obtenus pour le contact ambulatoire avec un psychologue de première ligne montrent que seuls 6,4% des affiliés ont eu un contact trois mois avant leur admission (soit un peu plus d'un affilié sur vingt) et que cette proportion est très légèrement plus élevée dans les trois mois suivant l'admission : 8,69%, soit moins d'un affilié sur dix. On constate ainsi que près de 9 affiliés sur 10 (88,8%) n'ont eu aucun contact avec un psychologue de première ligne, ni dans les trois mois avant, ni dans les trois mois après leur admission.

d. *Contact avec un MG, un psychiatre ou/et un psychologue*

Nombre affiliés	Ambulatoire avant(%)	Ambulatoire après(%)	Pas d'Ambulatoire(%)
2108	79.98	82.78	8.16

Tableau 11 - Proportion d'affiliés avec/sans contact ambulatoire (2023)

Si l'on synthétise l'ensemble de ces résultats, le tableau ci-dessus indique que parmi les 2.108 affiliés admis à l'hôpital pour tentative de suicide, 8 sur 10 (79.98%) ont bénéficié d'au moins un contact ambulatoire avec un médecin (médecin généraliste, psychiatre) ou avec un psychologue de première ligne dans les trois mois précédant leur admission. De même, plus de 8 affiliés sur 10 (82,78%) ont eu au moins un contact dans les trois mois suivant leur admission. Enfin, moins d'un affilié sur dix n'a eu aucun contact, que cela soit avant ou après (8,16%).

Le tableau ci-dessous permet de préciser davantage le profil des affiliés n'ayant bénéficié d'aucune prise en charge ambulatoire :

	Nombre Affiliés	Age Median	Nombre de Femmes	Nombre De BIM	Nombre de rechute	Proportion de Femmes	Proportion de BIM
Pas d'ambulatoire avant	422	35	231	211	16	54.74	50.00
Pas d'ambulatoire après	363	35	193	208	26	53.17	57.30
Pas d'ambulatoire	172	35	83	103	9	48.26	59.88
Total	2108	37	1354	1057	162	64.23	50.14

Tableau 12 - Profil des affiliés n'ayant eu aucun contact ambulatoire (2023)

D'après ce tableau, on constate que :

- Les personnes fragiles socio-économiquement (BIM) sont surreprésentées parmi les personnes n'ayant aucune prise en charge ambulatoire (59,88% au sein des personnes sans contact vs 48,26% au sein des APTS analysées).
- Comparativement aux femmes, si elles représentent près de deux-tiers (64,23%) du nombre total des admissions à l'hôpital pour tentative de suicide (APTS), ce sont davantage les hommes qui ont le moins été pris en charge via un contact ambulatoire dans les trois mois avant/après leur admission à l'hôpital.
- Enfin, l'âge médian des affiliés n'ayant pas eu de prise en charge ambulatoire est de 35 ans.

3.3.3 Prise en charge avec les médicaments (6mois avant/après)

a. Antidépresseurs

Nombre affiliés	Antidépresseurs avant(%)	Antidépresseurs après(%)	Pas d'Antidépresseurs(%)
2187	52.63	60.81	30.54

Tableau 13 - Proportion d'affiliés avec/sans recours aux antidépresseurs (2023)

Le tableau-ci-dessus indique quelle proportion d'affiliés a été prise en charge via le recours aux antidépresseurs en 2023, six mois avant ou après l'admission à l'hôpital. On constate que plus d'un affilié sur deux (52,63%) a consommé des antidépresseurs 6 mois avant l'admission à l'hôpital, tandis que cette proportion grimpe à 60,81% dans les 6 mois après l'admission pour tentative de suicide, soit 3 affiliés sur 5. En revanche, trois affiliés sur dix (30,54%) n'ont pas du tout consommé d'antidépresseurs, 6 mois avant ou après.

b. Antipsychotiques

Nombre affiliés	Antipsychotiques avant(%)	Antipsychotiques après(%)	Pas d'antipsychotiques(%)
2187	31	39.73	53.86

Tableau 14 - Proportion d'affiliés avec/sans recours aux antipsychotiques (2023)

Si l'on observe la situation par rapport au recours aux antipsychotiques, en 2023, 3 affiliés sur 10 n'y ont pas eu recours dans les six mois précédant leur admission à l'hôpital (31%), tandis que près de 4 affiliés sur 10 (39,73%) ont se sont vu prescrire des antipsychotiques 6 mois après leur admission. On constate enfin que plus d'un affilié sur deux (53,86%) n'a pas eu recours aux antipsychotiques 6 mois avant/après leur admission à l'hôpital.

c. Antidépresseurs et/ou antipsychotiques

Nombre affiliés	Médicaments avant(%)	Médicaments après(%)	Pas de Médicaments(%)
2187	60.04	68.22	24.33

Tableau 15 - Proportion d'affiliés avec/sans prise en charge médicamenteuse (2023)

Si l'on synthétise les résultats obtenus pour les antidépresseurs et les antipsychotiques, 6 affiliés sur 10 ont bénéficié d'une prise en charge médicamenteuse (antidépresseurs et/ou antipsychotiques) dans les 6 mois précédant leur admission à l'hôpital, tandis qu'ils sont un peu plus nombreux dans les 6 mois suivant l'admission : près de 7 affiliés sur 10 (68,22%). Enfin, un quart des affiliés n'a bénéficié d'aucune prise en charge médicamenteuse, 6 mois avant ou après (24,33%).

Le tableau ci-dessous précise le profil des affiliés n'ayant pas eu de prise en charge médicamenteuse :

	Nombre Affiliés	Age Median	Nombre de Femmes	Nombre De BIM	Nombre de rechute	Proportion de Femmes	Proportion de BIM
Pas de médicaments avant	874	30	548	400	41	62.70	45.77
Pas de médicaments après	695	28	424	331	25	61.01	47.63
Pas de médicaments	532	25	328	248	18	61.65	46.62
Total	2187	37	1406	1104	170	64.29	50.48

Tableau 16 - Profil des affiliés sans prise en charge médicamenteuse (2023)

On constate que les femmes sont proportionnellement plus nombreuses à être prises en charge via les médicaments. Ce constat est également observable pour les personnes fragilisées socio-économiquement. En outre, l'âge médian des affiliés n'ayant eu aucune prise en charge, six mois avant ou six mois après, est de 25 ans, ce qui indique que les affiliés plus jeunes ont moins eu recours aux médicaments.

3.3.4 Prise en charge dans un hôpital/service psychiatrique (SPHG et HP) (3 mois avant/après)

Nombre affiliés	Hospitalisation avant(%)	Hospitalisation après(%)	Pas d'Hospitalisation(%)
2187	15.36	23.96	68.4

Tableau 17 - Proportion des affiliés avec/sans hospitalisation (2023)

En 2023, parmi les affiliés ayant été admis à l'hôpital pour une tentative de suicide, 15,36% d'entre eux (soit près d'un affilié sur six) avait déjà été admis dans un hôpital ou un service psychiatrique trois mois précédant la tentative. Ils sont près d'1 affilié sur quatre (23,96%) à être à nouveau admis dans les trois mois suivant la tentative de suicide. Plus de deux-tiers (68,4%) des affiliés avec APTS en 2023 n'ont en revanche été ni hospitalisés, 3 mois avant ni 3 mois après l'hospitalisation pour la tentative considérée.

Le tableau ci-dessous précise le profil des affiliés n'ayant pas été admis dans un hôpital ou service psychiatrique d'un hôpital 3 mois avant, 3 mois après ou pas du tout. On constate que les femmes sont proportionnellement plus nombreuses à ne pas avoir été hospitalisées dans les trois mois avant/après leur admission à l'hôpital pour tentative de suicide (plus de 6 sur 10). Au niveau de l'âge, l'âge médian des affiliés n'ayant pas été hospitalisés trois mois avant ou après leur admission en 2023 est de 37 ans.

	Nombre Affiliés	Age Median	Nombre de Femmes	Nombre De BIM	Nombre de rechute	Proportion de Femmes	Proportion de BIM
Pas d'hospitalisation avant	1851	37	1201	891	118	64.88	48.14
Pas d'hospitalisation après	1663	38	1065	794	97	64.04	47.75
Pas d'hospitalisation	1496	38	962	699	74	64.30	46.72
Total	2187	37	1406	1104	170	64.29	50.48

Tableau 18 - Profil des affiliés sans hospitalisation (2023)

3.3.5 Prise en charge d'au moins 1 type (ambulatoire, médicaments, hôpital/service psychiatrique)

Nombre affiliés	Suivi avant(%)	Suivi après(%)	Pas de suivi(%)
2108	87.29	92.17	3.7

Tableau 19 - Proportion d'affiliés sans prise en charge d'aucun type (2023)

À partir des analyses précédentes, nous avons combiné les différentes formes de prise en charge que nous avons reprises sous un indice synthétique global de prise en charge d'au moins un type. Les résultats de cette analyse montrent qu'une très grande proportion d'affiliés ayant été admis pour une tentative de suicide en 2023 ont été pris en charge au moins une fois (soit via un contact ambulatoire, via une prise en charge médicamenteuse ou une admission dans un hôpital/service psychiatrique) avant ou après leur tentative. La proportion d'affiliés n'ayant reçu aucune prise en charge avant ou après s'avère très faible : 3,7% (soit 78 affiliés parmi 2.108).

À partir du graphique ci-dessous, nous précisons le profil des affiliés n'ayant bénéficié d'aucune prise en charge d'au moins un type :

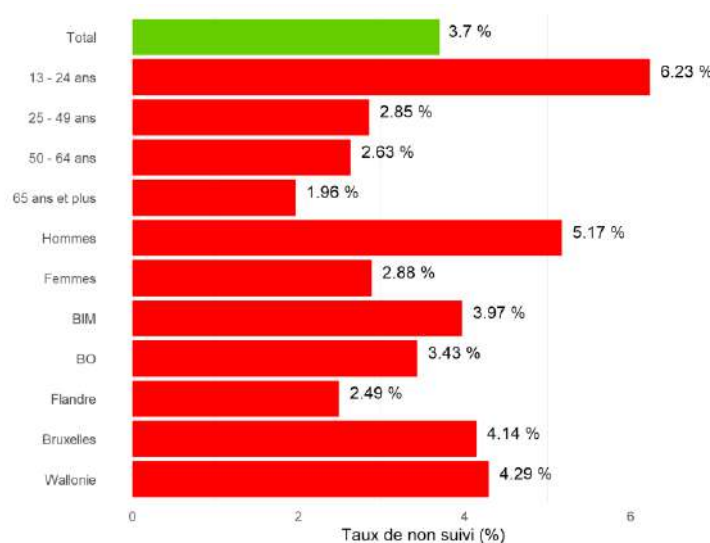


Figure 21 - Profil des affiliés sans prise en charge d'aucun type (2023)

Malgré le nombre assez faible d'affiliés n'ayant bénéficié d'aucune prise en charge, il est intéressant de noter que parmi ceux-ci, les jeunes de 13-24 ans, les affiliés résidant en Wallonie et à Bruxelles et ceux étant plus fragiles socio-économiquement sont davantage représentés. À noter également que les hommes sont plus nombreux proportionnellement aux femmes à n'avoir bénéficié d'aucun type de prise en charge, que ce soit avant ou après leur admission à l'hôpital pour tentative de suicide.

3.3.6 Décès

Décès	Nombre affiliés	Taux (%)	Moyenne d'âge
Oui	32	1.46	53
Non	2155	98.54	39

Tableau 20 - Nombre d'affiliés décédés à l'issue de 2024

À l'issue de l'année 2024, 32 affiliés ayant été admis à l'hôpital pour tentative de suicide en 2023 et étudiés pour l'analyse de la prise en charge (2.187) sont décédés. La moyenne d'âge des affiliés décédés est de 53 ans.

En guise de comparaison avec l'étude initiale (2015), à l'issue de l'année 2014, 4,7% des affiliés étudiés sont décédés (190 affiliés). Si l'on regarde l'année qui a suivi l'admission à l'hôpital, ce sont 2,1% qui décèdent et ils sont 4% à décéder endéans les deux ans. L'âge moyen parmi eux est de 60 ans contre 39 ans parmi ceux qui ne sont pas décédés.

3.3.6 Accueil et prise en charge de la crise suicidaire : éléments-clés sur la convention AVIQ-*Un Pass dans l'impasse* (2024) et contexte de saturation actuelle de l'offre de prise en charge

Comme indiqué en introduction, la présente étude vise à évaluer l'évolution de la prise en charge hospitalière des affiliés ayant été admis pour tentative de suicide, en se basant principalement sur les données issues de la consommation de soins remboursés via l'assurance obligatoire.

Afin d'élargir la vision de la prise en charge de la crise suicidaire, nous avons fait appel aux experts de l'association *Un Pass dans l'impasse*. Association active dans la prévention du suicide depuis 2008 principalement sur le territoire de la région wallonne²⁹, *Un Pass dans l'impasse* a été reconnue comme centre de revalidation depuis 2024. Dans ce cadre, une convention spécifique a été établie avec l'AVIQ permettant de pérenniser et de renforcer la mission d'accueil et d'accompagnement des personnes en situation de crise suicidaire. En effet, cette convention établie avec l'AVIQ permet à toute personne en détresse de bénéficier d'une prise en charge thérapeutique équivalente à 15 séances renouvelables deux fois sur une période de deux ans maximum (soit un maximum de 45 séances), à un coût très accessible financièrement (ticket modérateur de 0 pour les BIM et de 2,25 euros la consultation pour les BO). Les experts d'*Un Pass dans l'impasse* indiquent qu'en 2024, la mise en place de cette convention a ainsi permis d'accompagner 617 patients au total, dont 391 étaient de nouveaux cas.

Une offre supplémentaire absolument indispensable selon les experts d'*Un Pass dans l'impasse*, qui décrivent une augmentation de la détresse parmi la population notamment chez les plus jeunes³⁰, dans un contexte de saturation chronique de l'offre de prise en charge. À l'instar d'autres experts, ceux-

²⁹ Depuis janvier 2025, une nouvelle antenne de l'association s'est installée à Bruxelles. Pour plus d'informations sur l'association *Un Pass Dans l'Impasse*, nous vous renvoyons vers l'annexe numéro deux, à l'issue de cette étude.

³⁰ Comme le notent les experts d'*Un Pass dans l'impasse*, un quart de la patientèle de l'association a entre 15 et 24 ans et 44% ont entre 15 et 34 ans, soit près de la moitié de la patientèle.

ci constatent l'insuffisance générale du nombre de lits pédopsychiatriques à destination des enfants, avec une distribution inégale du nombre de lits, particulièrement en région wallonne³¹ : « si l'insistance sur la logique de prévention au cœur de ces réformes est positive, elle ne doit pas non plus se faire au détriment du curatif. Si on doit faire de la prévention, il ne faut pas oublier l'importance de continuer à soigner convenablement ceux qui vont mal. Il faut donc faire les deux et consolider, pérenniser ce qui fonctionne bien et compléter en ajoutant les maillons qui manquent (et ce, sans aller chercher des moyens dans ce qui fonctionne correctement). De ce point de vue, les équipes mobiles constituent l'un des maillons qui manquaient. On le voit bien car elles sont actuellement débordées ».

Cette situation de saturation chronique au sein des réseaux de santé mentale a comme premier impact d'augmenter considérablement les délais d'attente de prise en charge, débouchant sur des situations complexes à gérer. Ainsi que le font remarquer les experts, il n'est pas rare que des hôpitaux contactent leurs services pour leur demander de prendre en charge des patients, en attendant d'avoir la capacité de proposer une hospitalisation à ces personnes en détresse. Or l'association n'est pas adaptée pour proposer un accompagnement au long terme, c'est-à-dire par exemple avec des situations qui demandent une prise en charge plus spécifique sur le plan psychiatrique.

3.4 Focus sur les jeunes (2022-2024)

Dans ce dernier chapitre, nous réalisons un focus spécifique sur les jeunes, âgés entre 8 et 25 ans. D'une part, nous analysons la proportion de jeunes avec admission à l'hôpital pour tentative de suicide au niveau national et ventilons ce résultat par âge et par d'autres variables, l'âge de chaque affilié étant calculé en 2023. Pour la période 2022-2024, le taux global d'affiliés avec APTS est de 2,39‰. Cela concerne 2.006 affiliés avec APTS parmi les enfants et les jeunes adultes. Nous réalisons également une analyse de la récursive.

D'autre part, nous analysons la prise en charge à l'hôpital des jeunes en 2023 en suivant la même méthodologie que pour l'ensemble des affiliés.

3.4.1 Proportion de jeunes avec APTS (2022-2024)

a. Âge et sexe

Comme le montre le graphique ci-dessous, les filles et jeunes femmes sont surreprésentées parmi toutes les tranches d'âge, comparativement aux garçons. Les écarts les plus marqués concernent les jeunes filles de 11-13 ans, avec un taux d'affiliés avec APTS cinq fois plus élevé que celui des garçons du même âge (2,45‰ vs 0,47‰) ; les filles de 14-16 ans, avec un taux d'affiliés avec APTS également cinq fois plus élevé (7,44‰ vs 1,37‰) ; les filles de 17-19 ans, avec un taux d'affiliés avec APTS plus de trois fois supérieur à celui des garçons du même âge (5,74‰ vs 1,77‰).

En outre, si le taux d'affiliés avec APTS a tendance à baisser chez les filles à partir de 17-19 ans, celui des garçons a plutôt tendance à augmenter progressivement avec l'âge.

³¹ Ainsi que s'y accordent d'autres experts, actuellement, un tiers de l'offre des lits pédopsychiatriques en Wallonie se trouve dans le Brabant Wallon. Il faut également souligner que cette insuffisance de l'offre n'est pas seulement géographique ; elle s'explique aussi par une programmation fédérale très ancienne (Arrêté royal du 3 août 1976) reposant sur des critères (0,32 lits/1000 enfants) qui n'ont pas été actualisés depuis, ne répondant pas à l'évolution des groupes cibles et des pathologies. Pour donner un exemple : selon cette programmation fédérale, on entend par enfant les jeunes de moins de 15 ans. Ainsi, selon cette programmation, tout enfant âgé de 15 ans et plus ne peut bénéficier d'un lit de pédopsychiatrie.

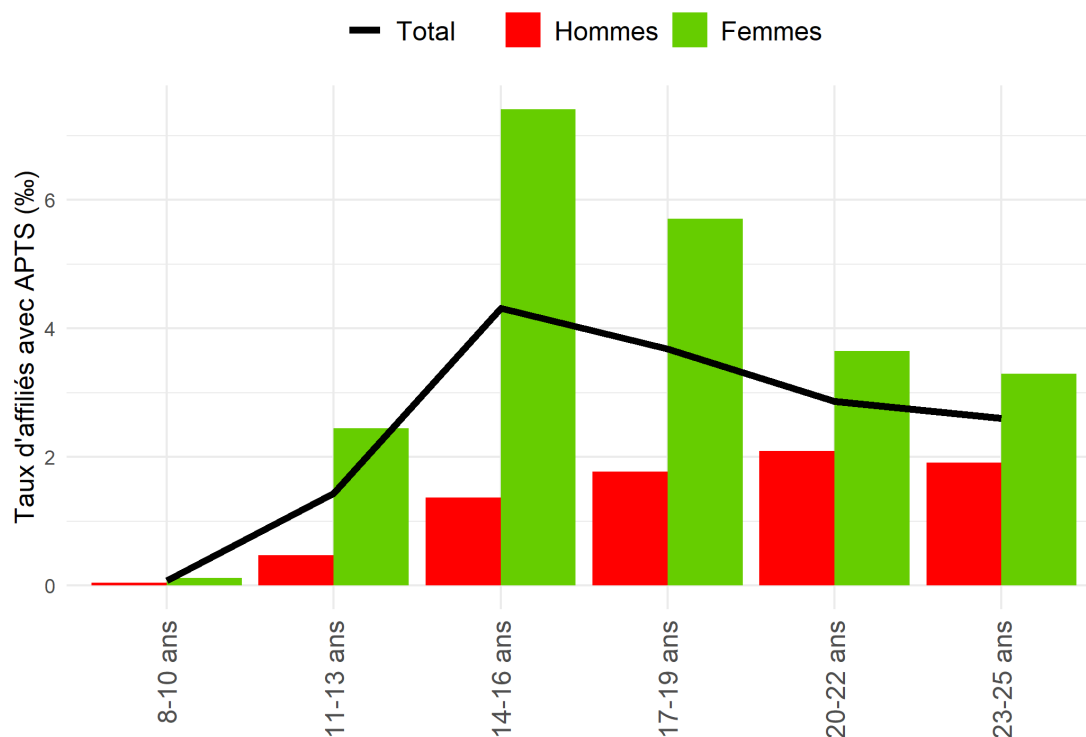


Figure 22 - Taux de jeunes affiliés avec APTS par âge et sexe (2022-2024)

Le tableau ci-dessous reprend les taux d'affiliés avec APTS par tranche d'âge et par sexe.

Taux d'affiliés avec APTS (‰)		
Âge	Filles	Garçons
8-10 ans	0,11	0,04
11-13 ans	2,45	0,47
14-16 ans	7,44	1,37
17-19 ans	5,74	1,77
20-22 ans	3,68	2,11
23-25 ans	3,32	1,92
Population totale	3,63	1,20

Tableau 21 - Taux de jeunes affiliés par âge et par sexe (2022-2024)

b. Région

Nous avons ensuite ventilé les données nationales par région. On observe les constats suivants : pour toutes les tranches d'âge, c'est en Wallonie que l'on trouve les taux d'affiliés avec APTS les plus élevés. En particulier, c'est parmi les jeunes de 14-16 ans que l'on observe le taux d'affiliés avec APTS le plus élevé : 7,24% (soit un taux plus de deux fois plus élevé à celui de la Flandre : 2,57% et près de quatre fois plus élevé comparativement à celui de la région bruxelloise : 1,86‰). On constate également des écarts régionaux très importants parmi les affiliés âgés de 11-13 ans (2,72‰ en Wallonie ; 0,62‰ à Bruxelles et 0,61‰ en Flandre, soit un taux quatre fois plus élevé en Wallonie) et parmi ceux âgés de 17-19 ans (4,74‰ en Wallonie ; 3,36‰ en Flandre et 1,79‰ à Bruxelles).

Si l'on observe les tendances, c'est ensuite en Flandre que les taux d'affiliés sont plus élevés, la région bruxelloise affichant les taux les plus faibles pour chaque tranche d'âge.

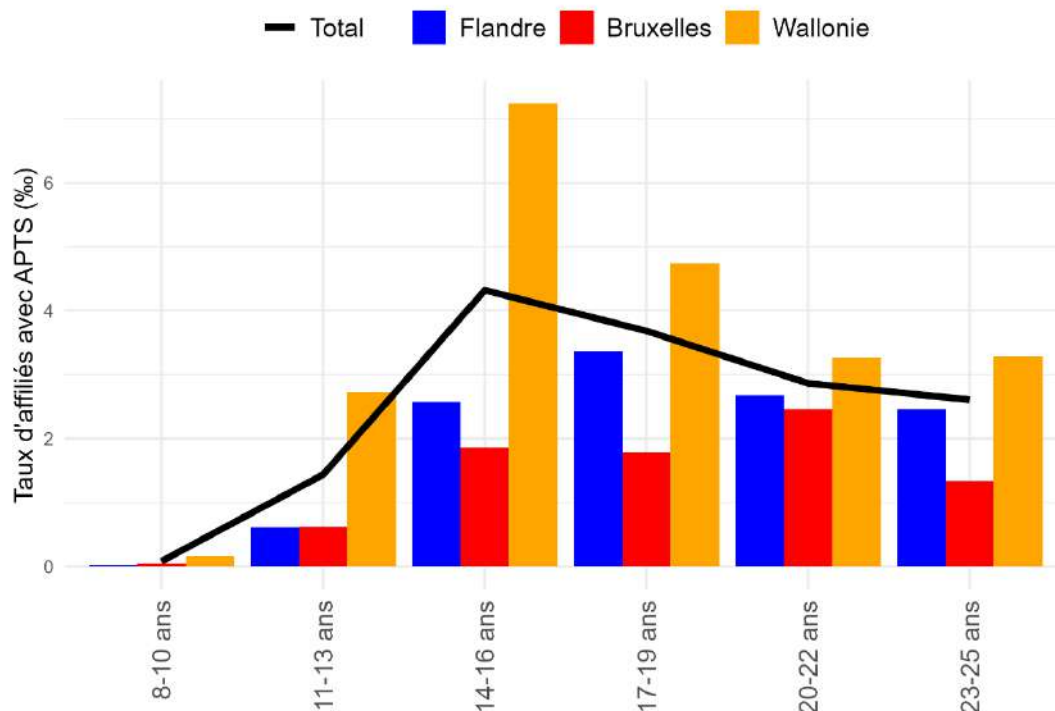


Figure 23 - Taux de jeunes affiliés avec APTS par âge et par région (2022-2024)

Nous reprenons de façon détaillée les taux d'affiliés avec APTS par tranche d'âge dans le tableau ci-dessous :

Âge	Flandre	Bruxelles	Wallonie
8-10 ans	0,02	0,04	0,16
11-13 ans	0,61	0,62	2,72
14-16 ans	2,57	1,86	7,24
17-19 ans	3,36	1,79	4,74
20-22 ans	2,67	2,46	3,27
23-25 ans	2,46	1,34	3,29
Population totale	1,81	1,27	3,46

Tableau 22 - Taux de jeunes affiliés avec APTS par âge et par région (2022-2024)

c. Statut (BIM/BO)

Si l'on observe les différences au niveau du statut socio-économique, on constate que les jeunes fragilisés socio-économiquement (BIM) sont sur-représentés et ce, également, pour toutes les tranches d'âge. La différence la plus marquée et la plus contrastée entre les BIM et les BO concerne les tranches d'âge de 20-22 ans où le taux d'affiliés avec APTS des BIM est de 4,50‰, contre 1,77‰ pour les BO (soit un taux deux fois et demi plus élevé) et pour la tranche d'âge des 23-25 ans : 4,47‰ pour les BIM, contre un taux de 1,65‰ pour les BO (soit un taux de plus de deux fois et demie plus élevé). Les écarts très marqués pour ces tranches d'âge attestent de l'impact important de la précarité parmi les jeunes qui rentrent dans la vie active.

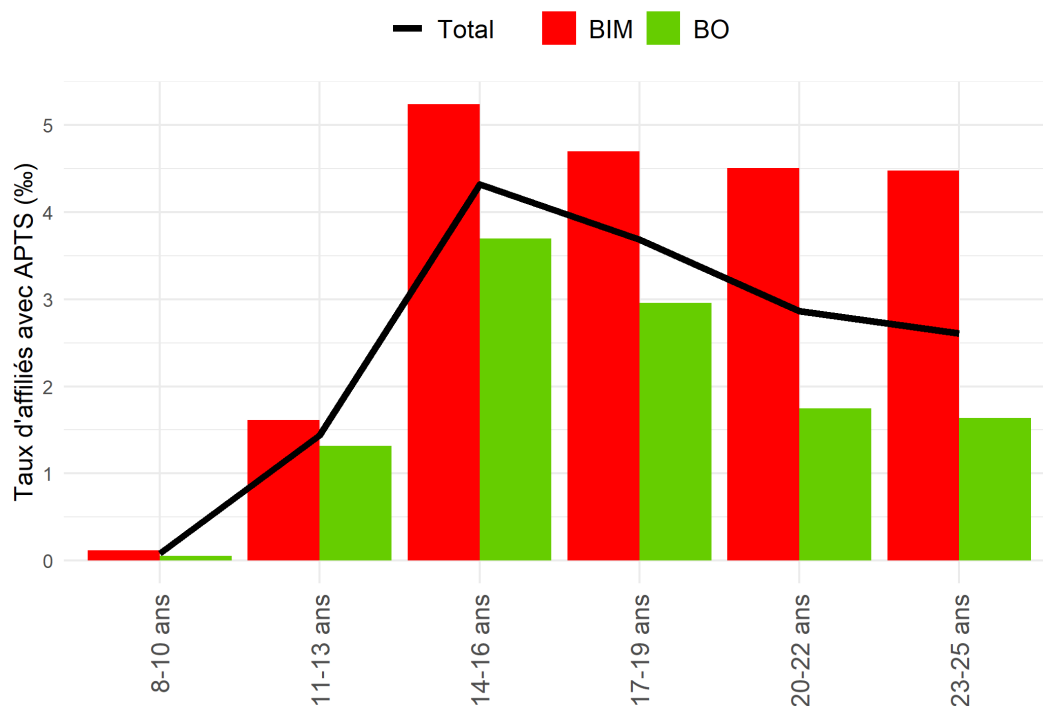


Figure 24 - Taux de jeunes affiliés avec APTS par âge et statut socio-économique (BIM/BO) (2022-2024)

Le tableau ci-dessous reprend les taux d'affiliés avec APTS pour toutes les tranches d'âge selon le statut socio-économique :

Âge	Taux d'affiliés avec APTS (‰)	
	BIM	BO
8-10 ans	0,11	0,05
11-13 ans	1,61	1,32
14-16 ans	5,24	3,72
17-19 ans	4,70	2,98
20-22 ans	4,50	1,77
23-25 ans	4,47	1,65
Population totale	3,26	1,82

Tableau 23 - Taux de jeunes affiliés avec APTS par âge et statut socio-économique (2022-2024)

d. Monoparentalité : jeunes à charge d'un ménage monoparental

De façon complémentaire à l'analyse du taux d'APTS pour les affiliés titulaires d'un ménage monoparental, nous avons ventilé les résultats pour les jeunes à charge d'une famille monoparentale, en excluant les jeunes âgés de 25 ans et plus. Cela représente 1.901 affiliés, avec un taux d'affiliés avec APTS de 2,38‰.

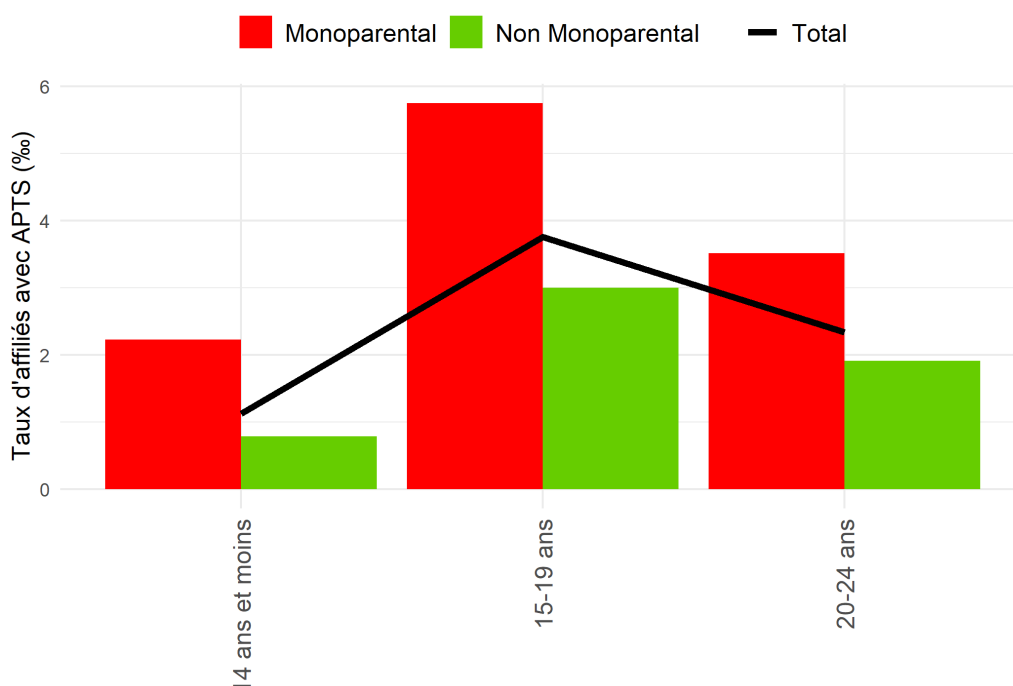


Figure 25 - Taux de jeunes affiliés avec APTS et statut à charge d'un ménage monoparental (2022-2024)

Comme le montre le graphique ci-dessus, on observe des taux d'affiliés avec APTS plus élevés parmi les affiliés à charge d'un ménage monoparental et ce, dans les trois classes d'âge identifiées. C'est parmi les jeunes de 15-19 ans que l'on trouve le taux d'affiliés avec APTS le plus élevé, comme le détaille le tableau ci-dessous.

Âge	Taux d'affiliés avec APTS (‰)	
	Monoparental personne à charge	Non monoparental personne à charge
14 ans et moins	2,22	0,78
15-19 ans	5,75	3,00
20-24 ans	3,51	1,91
Population totale	3,61	1,60

Tableau 24 - Taux de jeunes affiliés avec APTS et statut à charge d'un ménage monoparental (2022-2024)

3.4.2 Proportion de jeunes avec récurrence

Si on compare le taux de récurrence dans la population générale (13,7%) par rapport à celui des enfants et des jeunes adultes, on constate que celui-ci est nettement plus élevé: 17,20%. Autrement dit, plus d'un jeune sur six a fait une tentative de suicide précédant son admission à l'hôpital.

En particulier, le graphique ci-dessous montre que c'est parmi la tranche d'âge des 14-16 ans que la proportion de jeunes avec récurrence est la plus élevée : 19,77% (près d'un jeune sur cinq), soit 6 points de pourcentage supplémentaires comparativement au taux de récurrence dans la population générale, confirmant une problématique de la crise suicidaire très prégnante parmi les jeunes.

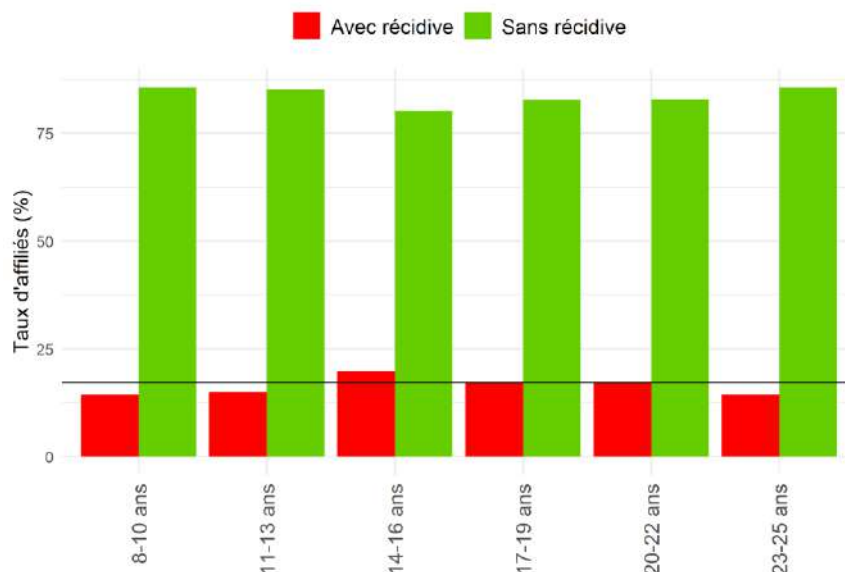


Figure 26 - Taux de jeunes affiliés avec récurrence

3.4.3 Analyse de la prise en charge avant et après une tentative de suicide (2023)

Dans cette section, nous analysons la prise en charge des jeunes avant et après l'admission à l'hôpital pour tentative de suicide en 2023, cela correspond à un nombre de 678 affiliés.

a. Prise en charge ambulatoire avec un médecin (médecin généraliste, psychiatre) et/ou un psychologue de 1^{ère} ligne (PPL) (3mois avant/après)

Dans ce qui suit, nous analysons la prise en charge via un contact ambulatoire avec un médecin (médecin généraliste, psychiatre) et un psychologue de première ligne, trois mois avant et trois mois après la tentative de suicide. Concernant l'analyse du contact avec un médecin généraliste, nous avons à nouveau exclu les affiliés qui se rendent en maison médicale, ce qui correspond à 651 affiliés (soit 27 affiliés exclus pour l'analyse).

Nombre affiliés	Généraliste avant(%)	Généraliste après(%)	Pas de Généraliste(%)
651	68.51	61	19.97

Tableau 25 - Proportion de jeunes avec/sans contact avec un médecin généraliste (2023)

On constate que parmi les affiliés âgés entre 8 et 25 ans, près de 7 affiliés sur 10 (68,51%) ont eu un contact avec le médecin généraliste 3 mois avant leur admission et six affiliés sur 10 (61%) ont eu un contact dans les trois mois suivant leur admission à l'hôpital. Un jeune sur cinq (19,97%) en revanche n'a pas eu de contact avec un médecin, ni avant, ni après l'admission.

Nombre affiliés	Psychiatre avant(%)	Psychiatre après(%)	Pas de Psychiatre(%)
678	29.79	46.76	46.31

Tableau 26 - Proportion de jeunes affiliés avec/sans contact avec un psychiatre (2023)

Si l'on observe les résultats concernant le contact ambulatoire avec un psychiatre, trois affiliés sur dix ont eu un contact trois mois avant leur admission (29,79%) ; plus de quatre affiliés sur dix (46,76%) ont

eu un contact dans les trois mois suivant la tentative. En revanche, plus de quatre affiliés sur dix n'ont eu aucun contact, avant ou après l'admission à l'hôpital pour tentative de suicide.

Nombre affiliés	Psychologue avant(%)	Psychologue après(%)	Pas de Psychologue(%)
678	9.14	11.8	84.96

Tableau 27 - Proportion de jeunes affiliés avec/sans contact avec un psychologue de première ligne (2023)

Parmi les affiliés âgés entre 8 et 25 ans, en 2023, un peu moins d'un affilié sur dix (9,14%) a eu un contact avec un psychologue de première ligne dans les trois mois précédant la tentative ; un peu plus d'un affilié sur dix a eu un contact dans les trois mois suivant la tentative (11,8%). Enfin, environ quatre affiliés sur cinq (84,96%) n'ont eu aucun contact, avant ou après.

Nombre affiliés	Ambulatoire avant(%)	Ambulatoire après(%)	Pas d'Ambulatoire(%)
651	77.42	79.57	9.52

Tableau 28 - Proportion de jeunes affiliés avec/sans contact ambulatoire (2023)

En regroupant l'ensemble des résultats sous un indice synthétique concernant le contact ambulatoire avec un médecin ou un psychologue de première ligne, on constate que trois-quarts des affiliés ont eu un contact ambulatoire dans les trois mois précédant leur admission à l'hôpital (77,42%) ; près de huit affiliés sur dix ont eu un contact ambulatoire dans les trois mois suivant l'admission (79,57%). Enfin, près d'un affilié sur dix (9,52%) n'a eu aucun contact ambulatoire, ni avant, ni après, parmi les jeunes âgés entre 8 et 25 ans.

b. Prise en charge avec les médicaments (antidépresseurs et antipsychotiques)

Nous détaillons dans ce qui suit l'analyse de la prise en charge via les médicaments, six mois avant et six mois après l'admission à l'hôpital pour tentative de suicide.

Nombre affiliés	Antidépresseurs avant(%)	Antidépresseurs après(%)	Pas d'Antidépresseurs(%)
678	35.25	43.51	48.08

Tableau 29 - Proportion de jeunes affiliés avec/sans recours aux antidépresseurs (2023)

Si plus d'un tiers des jeunes (35,25%) a consommé des antidépresseurs six mois avant la tentative de suicide, plus de quatre d'entre eux sur dix (43,51%) ont eu recours à des antidépresseurs dans les six mois suivant la tentative. Enfin, près d'un jeune sur deux (48,08%) n'a pas eu de prise en charge avec antidépresseurs, six mois avant ou six mois après l'admission à l'hôpital pour tentative de suicide.

Nombre affiliés	Antipsychotiques avant(%)	Antipsychotiques après(%)	Pas d'antipsychotiques(%)
678	25.07	32.01	62.54

Tableau 30 - Proportion de jeunes affiliés avec/sans recours aux antipsychotiques (2023)

Si l'on observe les résultats concernant la consommation d'antipsychotiques, un jeune sur quatre (25,07%) y a eu recours dans les six mois précédant l'admission à l'hôpital, tandis que près d'un jeune sur trois (32,01%) a consommé des antipsychotiques dans les six mois qui ont suivi. Enfin, environ six jeunes sur dix (62,54%) n'ont pas consommé d'antipsychotiques, six mois avant/après la tentative de suicide.

Nombre affiliés	Médicaments avant(%)	Médicaments après(%)	Pas de Médicaments(%)
678	44.1	52.36	39.97

Tableau 31 - Proportion de jeunes affiliés avec/sans prise en charge médicamenteuse (2023)

En reprenant les résultats obtenus sous l'indice synthétique médicaments, on observe que plus de quatre jeunes sur dix (44,1%) ont bénéficié d'une prise en charge avec médicaments dans les six mois précédant leur tentative et plus d'un jeune sur deux (52,36%) a eu recours aux médicaments dans les six mois qui ont suivi. Près de quatre jeunes sur dix en revanche (39,97%) n'ont pas du tout bénéficié de prise en charge avec médicaments.

c. Prise en charge dans un hôpital ou un service psychiatrique (SPHG et HP)

Nous avons également analysé la prise en charge dans un hôpital ou un service psychiatrique dans les trois mois avant et après la tentative.

Nombre affiliés	Hospitalisation avant(%)	Hospitalisation après(%)	Pas d'Hospitalisation(%)
678	12.39	24.19	69.62

Tableau 32 - Proportion de jeunes affiliés avec/sans hospitalisation (2023)

Si plus d'un jeune sur dix (12,39%) a été hospitalisé dans les trois mois précédant la tentative de suicide, cette proportion grimpe à un jeune sur quatre (24,19%) dans les trois mois qui suivent la tentative de suicide. Plus de deux-tiers des jeunes (69,62%) n'ont en revanche pas été hospitalisés dans les trois mois avant ou après.

d. Prise en charge d'au moins un type de suivi (ambulatoire, médicaments, hôpital/service psychiatrique)

Nombre affiliés	Suivi avant(%)	Suivi après(%)	Pas de suivi(%)
651	81.57	88.17	6.3

Tableau 33 - Proportion de jeunes affiliés avec/sans prise en charge d'au moins un type (2023)

En regroupant l'ensemble des analyses sous un indice synthétique reprenant tous les types de prises en charge, nous observons que plus de huit jeunes sur dix (81,57%) ont bénéficié d'une prise en charge d'au moins un type avant leur admission à l'hôpital pour tentative de suicide. Près de neuf jeunes sur dix ont bénéficié d'une prise en charge d'au moins un type après la tentative (88,17%). Enfin, 6,3% des jeunes n'ont eu aucun type de prise en charge, avant ou après la tentative, soit 41 jeunes sur l'ensemble des affiliés âgés entre 8 et 25 ans en 2023 (651).

3.4.4 Analyse qualitative de la prise en charge des jeunes en situation de crise suicidaire, à partir d'Un Pass dans l'impasse et de l'unité de crise OKAPI

Actuellement, comme le montrent les résultats observés dans ce chapitre, on assiste à une hausse très inquiétante des troubles de santé mentale chez les jeunes. Dans cette section, nous apportons un éclairage supplémentaire sur cette situation et sur la prise en charge des jeunes en situation de crise suicidaire, à partir de quelques éléments d'analyse de l'association *Un Pass dans l'impasse* et des constats posés par l'équipe d'OKAPI, l'unité psycho-médicosociale pédiatrique et la psychologue des urgences du Centre hospitalier régional Sambre et Meuse (CHRSM).

L'unité de crise OKAPI à destination des mineurs a vu le jour en 2013 (avec la création des premiers dispositifs de bilans psychologiques) et s'est développée depuis dans le cadre de la nouvelle réforme de soins de santé mentale pour les mineurs en 2017, qui a vu également apparaître les lits de crise³². Constituée de quatre lits de crise, l'unité de crise OKAPI accueille des enfants et des jeunes âgés de 4 à 18 ans, selon un dispositif couvrant une période courte de cinq jours ouvrables. Intégrée dans le service de pédiatrie générale, l'équipe d'OKAPI, qui assure un accompagnement de première ligne, est composée d'infirmiers, de pédiatres, d'éducateurs, d'institutrices, de psychologues, d'une assistante sociale et de pédopsychiatres, qui accueillent et accompagnent les enfants et adolescents en détresse.

Après avoir été pris en charge sur le plan médical, ceux-ci sont accueillis par une psychologue des urgences de l'hôpital, dont le rôle a tout spécialement été pensé et défini pour pouvoir accueillir les personnes (adultes et mineurs) en situation de difficultés psycho-sociales, dont les crises suicidaires. Sur base de la première anamnèse que réalise alors la psychologue, un suivi peut être envisagé pour le jeune avec l'équipe d'OKAPI. Comme le note la psychologue, lors d'un passage à l'acte, une hospitalisation est systématiquement proposée, sauf contre-indication. Dans le cas d'idéations suicidaires pour des ados qui se présentent aux urgences, une hospitalisation ne sera pas d'office mise en place. En revanche, une orientation leur sera proposée.

L'unité de crise travaille de façon transversale avec l'ensemble des acteurs du réseau, qui comprend, de façon très large : le réseau de l'aide à la jeunesse, le réseau scolaire, les équipes mobiles, etc., mais aussi avec les familles. La mise en place de ces différents contacts a lieu pendant l'hospitalisation du jeune. Comme l'indique le service OKAPI : « l'objectif de la mise en place de ce réseau autour du jeune est d'assurer la continuité des soins à la sortie de l'hospitalisation. De notre côté, à la suite de l'hospitalisation, en termes de suivi, on s'assure que ce réseau a pu se mettre en place ».

Précisant le type de prise en charge proposé, le service OKAPI indique également que le CHRSM ne disposant pas d'unité pédopsychiatrique, l'unité de crise pour enfants et adolescents est aussi limitée par rapport aux types de situations auxquelles elle peut répondre. Ainsi, OKAPI n'est pas en mesure d'accueillir de façon adéquate les jeunes en situation de crise psychiatrique aiguë (par exemple en situation de décompensation psychiatrique), ou encore les jeunes concernés par des troubles autistiques ou des troubles alimentaires sévères. Comme le note le service : « le cadre d'un service de pédiatrie n'est malheureusement pas assez contenant, ni spécialisé, que pour pouvoir accueillir ces patients, qui sont dès lors réorientés vers des structures pédopsychiatriques. La même difficulté est rencontrée pour les patients présentant un double diagnostic (handicap mental et maladie mentale), qui eux aussi ont besoin d'un cadre spécifique ».

Or, de leur côté, les experts d'*Un Pass dans l'impasse* constatent une évolution inquiétante en termes de gravité quand les jeunes se rendent dans leurs services : « ces jeunes sont aujourd'hui dans des états plus critiques, confrontés à des listes d'attente très importantes. Et ce qui est très inquiétant,

³² Réforme et nouvelle politique - CRéSaM ; Réseaux dans les soins de santé mentale pour enfants et adolescents - Vers une Belgique en bonne santé

c'est que cela concerne des enfants plus jeunes : des enfants de 8 ou 9 ans qui font un passage à l'acte et expriment de façon très claire leur volonté de mettre fin à leurs jours. Si ce n'est pas une majorité, il faut constater un glissement au niveau de l'âge : auparavant, c'étaient plutôt des enfants âgés de 12 ans ».

Face à ces constats, les experts d'OKAPI confirment également un contexte de saturation de l'offre de prise en charge des enfants et des jeunes en détresse. Si le dispositif de crise d'OKAPI, du fait de sa très courte durée de prise en charge, permet d'absorber un grand nombre de demandes, il ne permet pas d'accompagner des jeunes nécessitant une prise en charge à plus long terme. Par ailleurs, les experts notent qu'il est aujourd'hui devenu impossible de pouvoir obtenir une première consultation chez un psychiatre en tant que nouveau patient dans un délai raisonnable. Le nombre de pédopsychiatres étant plus faible, la situation pour les jeunes est encore plus délicate. Cette situation de saturation en dépit des besoins a déjà été relayée à plusieurs reprises par le réseau santé mentale des mineurs auprès des autorités fédérales.

4. Discussion des résultats

Dans cette section, nous reprenons et discutons de façon succincte les principaux résultats et constats, en suivant l'ordre des différents chapitres de cette étude : évolution du nombre d'admissions à l'hôpital (2013-2024) ; étude des profils socio-économiques et des facteurs de risque (2022-2024) ; analyse de la prise en charge avant et après la tentative de suicide de l'ensemble des affiliés (2023) et enfin le focus sur les jeunes (2022-2024).

En premier lieu, **l'évolution du nombre d'admissions à l'hôpital pour tentative de suicide** affiche une nette progression à la hausse entre 2013 et 2024 au niveau national, avec un taux de progression de 44% (+871 admissions). Les analyses menées attestent d'une sur-représentation des jeunes âgés entre 13 et 24 ans, des femmes et des affiliés plus fragiles socio-économiquement (BIM). Au niveau régional, l'analyse montre une situation particulièrement marquée en Wallonie et une récente progression à la hausse à Bruxelles, où le taux d'affiliés avec APTS rejoint en 2024 celui de la Flandre. Enfin, il faut souligner un autre élément préoccupant : le taux d'affiliés avec récurrence a lui aussi nettement progressé. En dix ans, il est passé de 9,18% en 2014 à 14,47% en 2024, soit une augmentation de plus de 5 points de pourcentage. Comme nous l'avons souligné dans cette étude, le premier facteur de risque d'une tentative de suicide ou d'un suicide abouti est une tentative de suicide antérieure. En ce sens, l'augmentation du taux d'affiliés avec récurrence dénote la nécessité de renforcer et d'améliorer la prise en charge des personnes ayant fait une tentative, d'autant que les chiffres que nous présentons dans cette étude sont limités aux admissions à l'hôpital. Ils sous-estiment donc très certainement l'ampleur du phénomène des tentatives de suicide dans notre pays.

Ensuite, **l'analyse des profils socio-économiques et des facteurs de risque ventilée par l'âge (2022-2024)** confirme les résultats obtenus à plus de dix ans d'écart dans la première édition de cette étude (2011-2013). Elle confirme également les tendances observées dans d'autres enquêtes et études.

En effet, concernant l'analyse des profils, les femmes et les personnes plus précaires (BIM) sont largement surreprésentées et ce, parmi toutes les tranches d'âge. L'analyse régionale ventilée par âge confirme et affine les résultats obtenus pour l'évolution entre 2013 et 2024 : pour toutes les tranches d'âge confondues, les taux d'affiliés avec APTS sont systématiquement plus élevés en Wallonie, avec des écarts importants par rapport à la Flandre et la région bruxelloise. En particulier, les affiliés âgés entre 15 et 19 ans sont particulièrement sur-représentés. Enfin, nous avons analysé l'impact de différentes situations administratives. Comme dans la première édition de cette étude, il en ressort que les affiliés en invalidité, les affiliés isolés et ceux en situation de handicap sont

proportionnellement bien plus nombreux à être admis à l'hôpital pour tentative de suicide et ce, de façon quasiment systématique pour toutes les tranches d'âge. Dans la présente édition, nous constatons également que des tendances très élevées sont observables parmi les affiliés ayant le statut de malade chronique et, dans une moindre mesure, chez les affiliés étant titulaires d'un ménage monoparental.

L'analyse des facteurs de risque confirme elle aussi des résultats déjà observés en 2015. Parmi les affiliés admis à l'hôpital pour tentative de suicide, ceux ayant eu recours à des antidépresseurs et antipsychotiques dans les six mois précédant leur admission sont fortement représentés par rapport aux affiliés n'ayant pas consommé de médicaments. Cette situation est particulièrement visible parmi les affiliés les plus jeunes (15-19 ans). La modélisation de l'impact des différents facteurs de risque influençant la probabilité d'une admission à l'hôpital pour tentative de suicide que nous avons réalisée à l'aide de régressions logistiques confirme les tendances observées. L'influence de ces facteurs de risque se distribue et varie sensiblement selon que les affiliés considérés sont jeunes (8-17 ans), qu'ils sont dans la vie active (18-64 ans) ou qu'ils sont pensionnés et plus âgés (65 ans et plus). Dans tous les cas, il semble que certains facteurs identifiés dans cette analyse ont une influence presque structurelle sur la probabilité d'être admis pour une tentative de suicide, ce qui dénote la nécessité de poursuivre des efforts pour agir sur ces facteurs en matière de prévention notamment. À cet égard, l'influence de la précarité sur la probabilité d'être admis à l'hôpital pour tentative de suicide s'observe très nettement.

Quels constats pouvons-nous poser à présent concernant l'évolution de la prise en charge des affiliés avant et après la tentative de suicide ? Comparativement à l'étude menée en 2015, on constate des évolutions par rapport à la prise en charge ambulatoire et concernant la prise en charge dans un hôpital ou dans un service psychiatrique (HP/SPHG).

Concernant la prise en charge ambulatoire, les résultats obtenus dans la première édition de l'étude montraient qu'un affilié sur six n'avait eu aucun contact, ni avant ni après l'admission pour tentative de suicide, avec un médecin généraliste ou un psychiatre. En 2023, cette proportion a relativement baissé, puisque moins d'un affilié sur dix n'a eu aucun contact ambulatoire avec un médecin (médecin généraliste, psychiatre) ou avec un psychologue de première ligne (8,16%). Par rapport à cette baisse, soulignons qu'en 2015, dans la première édition de cette étude, l'offre des psychologues de première ligne n'était pas présente. Toutefois, l'évolution à la hausse du contact ambulatoire se confirme si l'on observe plus précisément les résultats obtenus pour le contact avec un médecin généraliste, avec un psychiatre trois mois avant ou trois mois après l'admission à l'hôpital pour tentative de suicide. En revanche, l'analyse menée dans la présente étude a permis d'identifier une plus grande représentation des jeunes de 13 à 24 ans, des affiliés fragiles socio-économiquement et des hommes parmi les affiliés n'ayant eu aucun contact ambulatoire, ni avant ni après la tentative (3,17%).

Si l'évolution à la hausse de la prise en charge ambulatoire peut s'interpréter de façon positive, les éléments d'analyse qualitative que nous avons pu rassembler dans cette étude jettent un éclairage plus contrasté sur la problématique. En effet, la progression de la proportion d'affiliés pris en charge en ambulatoire, et en particulier via un contact avec un psychiatre, démontre plutôt une augmentation des besoins parmi la population, dans un contexte de saturation de l'offre. Comme l'ont relayé les experts contactés dans le cadre de cette étude, cette saturation de l'offre ambulatoire est attestée par la difficulté très importante de pouvoir obtenir, par exemple, un premier rendez-vous en tant que nouveau patient chez un psychiatre dans des délais raisonnables. Cette situation est encore plus marquée pour les enfants et les adolescents, confrontés à des délais d'attente extrêmement longs, les pédopsychiatres étant moins nombreux que les psychiatres. Il est clair que ce contexte de saturation

de l'offre peut avoir un impact décisif sur la prévention et ainsi sur la possibilité d'accueillir et d'accompagner de façon adéquate des patients présentant des problématiques d'idéations suicidaires.

Concernant la prise en charge dans un hôpital ou un service psychiatrique en 2023, on observe que si un affilié sur six a été hospitalisé dans les trois mois précédant son admission à l'hôpital pour tentative de suicide, un affilié sur quatre a à nouveau été hospitalisé dans les trois mois suivant son admission. En revanche, plus de deux-tiers des affiliés n'ont pas été hospitalisés dans les trois mois précédant ou suivant leur admission pour tentative de suicide en 2023.

Or, les experts contactés ont également confirmé une augmentation importante des besoins de prise en charge parmi la population au niveau hospitalier. Ainsi que l'a rapporté la psychologue travaillant aux urgences du CHRSM, approximativement 60 à 70% des personnes qu'elle accueille se présentent aux urgences de l'hôpital pour des problématiques de crise suicidaire. De même, face à l'ampleur du phénomène, les services de prévention du suicide d'*Un Pass dans l'impasse* sont régulièrement contactés par les hôpitaux, dans l'attente d'avoir la capacité de pouvoir hospitaliser des patients en crise suicidaire.

Enfin, le focus spécifique que nous avons réalisé dans cette étude sur les jeunes âgés de 8 à 25 ans confirme les constats alarmants posés dans plusieurs études et enquêtes sur la dégradation sévère de la santé mentale des jeunes depuis plusieurs années. Comparativement à l'ensemble des affiliés, on constate des similarités au niveau des profils : ce sont davantage les jeunes filles, les jeunes plus précaires et les jeunes résidant en Wallonie qui sont le plus représentés. L'analyse met en évidence deux constats particulièrement inquiétants: d'une part, le taux d'affiliés avec récurrence est de 17,20% parmi les jeunes, soit plus élevé que celui de l'ensemble des affiliés étudiés sur la période 2022-2024 : 13,70%. Autrement dit, plus d'un jeune sur six admis à l'hôpital pour tentative de suicide en 2023 a fait une récurrence. D'autre part, les jeunes sont proportionnellement plus nombreux que l'ensemble des affiliés à n'avoir bénéficié d'aucun type de prise en charge en 2023 (ambulatoire, médicaments et hospitalisation) : 6,3% (vs 3,7%).

Conclusions et recommandations

Face aux constats posés dans cette étude, nous identifions en guise de conclusion deux volets de recommandations : le premier au niveau de la prévention et le second sur la prise en charge des personnes ayant été admises à l'hôpital pour tentative de suicide.

1. Solidaris plaide pour le développement d'une stratégie globale de prévention du suicide :

Nous réitérons cette recommandation portée depuis dix ans par Solidaris, face au constat de l'augmentation des admissions à l'hôpital pour tentative de suicide, dans le contexte d'une dégradation continue de l'état de santé mentale de la population et, en particulier, celle des jeunes.

Plus concrètement, si le suicide abouti et les tentatives de suicide ne sont jamais le résultat d'une seule cause, et renvoient à une situation de grande souffrance où s'accumulent plusieurs facteurs, l'analyse que nous avons réalisée dans cette étude démontre la persistance de plusieurs facteurs de risque sur lesquels une action globale nécessite d'être poursuivie et renforcée.

De façon transversale, l'étude montre l'impact important et quasiment systématique de la précarité parmi les affiliés admis à l'hôpital pour tentative de suicide et également parmi les jeunes affiliés. Nous avons montré que le fait d'être plus fragilisé socio-économiquement constitue, à tous les âges, un facteur de risque augmentant la probabilité d'être admis à l'hôpital pour tentative de suicide. Dans ce

contexte, Solidaris plaide pour qu'une attention spécifique soit apportée à des publics cibles en particulier : les femmes, les jeunes, les personnes en invalidité (en incapacité de travail de plus de douze mois), celles en situation de handicap, ayant le statut de malade chronique et les personnes titulaires d'un ménage monoparental. L'accumulation de ces facteurs de risque peut réellement augmenter la vulnérabilité des personnes face aux comportements et idéations suicidaires.

Dans cette perspective, la mise en œuvre d'une stratégie globale de prévention du suicide nécessite également, pour Solidaris, d'être menée de façon adéquate en tenant compte des besoins et des réalités territoriales. L'analyse réalisée dans cette étude dénote une situation particulièrement marquée en Wallonie. Dans ce cadre, nous estimons que la nouvelle offre thérapeutique proposée par les services d'*Un Pass dans l'impasse* via une convention avec l'AVIQ constitue un pas dans la bonne direction, et qui nécessite d'être davantage développé et pérennisé, face aux constats très inquiétants observés en Wallonie, notamment chez les jeunes.

Solidaris soutient également le développement du Plan stratégique des soins en santé mentale, inscrit dans le décret wallon du 10 janvier 2024 relatif à la santé mentale³³. Visant à répondre à différentes problématiques d'accès aux soins, avec notamment une attention apportée à la problématique du suicide, ce plan a pour but de réfléchir et d'orienter des politiques visant à améliorer l'accès aux soins de santé mentale en Wallonie, à identifier et à lutter contre les inégalités de santé³⁴. De la même manière, Solidaris appelle à soutenir et renforcer des initiatives telles que celle, actuellement développée avec l'AVIQ dans le cadre du Plan wallon de prévention et de promotion de la santé, de l'Appel à projet visant à renforcer le bien-être et la santé mentale des jeunes de 12 à 30 ans en Wallonie³⁵.

Par ailleurs, une politique globale de prévention du suicide nécessite de mener davantage d'actions de sensibilisation auprès de l'ensemble de la population, contribuant à déstigmatiser non seulement les troubles de santé mentale, mais plus spécifiquement à réduire les tabous encore très importants autour du phénomène du suicide. À titre d'exemple, depuis 2006, la Flandre s'est dotée d'un plan d'action de prévention du suicide comportant notamment des actions permettant de lever les tabous autour de l'expression de la détresse et des pensées suicidaires. Les derniers chiffres disponibles montrent une tendance à la baisse : grâce à la mise en œuvre de ce plan, la Flandre a atteint son objectif de réduire de 10% en 2023 le taux de suicide depuis 2020³⁶.

À ce niveau, il faut souligner l'existence du dispositif des Sentinelles mis en place par les services d'*Un pass dans l'impasse*. Grâce à celui-ci, toute personne qui le souhaite peut être formée à détecter parmi son entourage, ses proches, ou encore dans son environnement de travail, les personnes en situation de détresse. Ce dispositif donne la possibilité de jouer un rôle d'acteur dans la prévention, en contribuant à améliorer l'accès à l'aide.

Enfin, en termes de prévention et de sensibilisation auprès de la population, l'enquête menée par l'Institut Solidaris auprès de 822 belges francophones en juillet 2024 a montré que des efforts restent à fournir pour améliorer la connaissance de l'existence de dispositifs d'aide parmi la population et, en particulier, parmi les groupes sociaux les plus défavorisés. Ainsi que l'a montré l'enquête, si près de

³³ [25_1.pdf](#)

³⁴ [Projet de décret wallon organisant les services de santé mentale, adopté en commission | UNESSA](#)

³⁵ [L'AVIQ lance un appel à candidatures en promotion et prévention de la santé : « Pour et avec les jeunes en bonne santé mentale, aujourd'hui et demain » | AVIQ](#)

³⁶ [En Flandre, le nombre de suicides est à son plus bas niveau depuis 25 ans | VRT NWS: le site d'information de référence ; Prévention du suicide sur le lieu de travail | Groupe IDEWE](#)

deux-tiers des répondants ont connaissance des lignes d'écoute gratuites pour venir en aide aux personnes en détresse (107 : adultes ; 103 : enfants), celles-ci sont bien moins connues parmi les groupes sociaux défavorisés.

2. Renforcer et améliorer la prise en charge avant et après la tentative de suicide, dans le contexte d'une augmentation des besoins de la population et d'une offre saturée

Au niveau de la prise en charge ambulatoire, au vu du contexte de saturation de l'offre disponible, Solidaris plaide pour renforcer la sensibilisation aux troubles de santé mentale et, en particulier des idéations et des comportements suicidaires, auprès des médecins généralistes. Comme le montrent les résultats de cette étude, les médecins généralistes constituent souvent la première porte d'entrée pour les personnes en détresse. De plus, comme l'a montré Solidaris dans une étude récente, trois fois sur quatre, le médecin généraliste réalise la première prescription d'antidépresseurs, tandis qu'il réalise la première prescription d'antipsychotiques dans deux-tiers des cas³⁷.

Les affiliés ayant été admis à l'hôpital pour tentative de suicide sont nombreux à avoir eu un contact avec un médecin généraliste dans les trois mois précédant et suivant la tentative de suicide. En effet, nous avons montré qu'en 2023, un peu moins d'un affilié sur dix n'a eu aucun contact ambulatoire avec un médecin (généraliste ou un psychiatre) ou un psychologue de première ligne. Si l'on exclut de ces résultats le contact avec le médecin généraliste, on observe que près d'un affilié sur deux (48,5%) admis à l'hôpital pour tentative de suicide n'a eu aucun contact avec un psychiatre ou un psychologue de première ligne. Ce résultat atteste l'importance des contacts avec le médecin généraliste pour les affiliés ayant été admis à l'hôpital pour tentative de suicide en 2023.

Dans ce contexte, Solidaris plaide également pour le renforcement de l'offre de la convention soins psychologiques de première ligne, dans un contexte de saturation de l'offre ambulatoire et d'allongement important des délais d'attente pour l'obtention d'un rendez-vous auprès d'un (pédo)psychiatre.

Au niveau de la prise en charge hospitalière, face à l'augmentation des besoins de la population et au contexte actuel de saturation de prise en charge relayée par les experts, Solidaris plaide pour une évaluation et une adaptation de la programmation fédérale des lits pédopsychiatriques. Comme l'ont rapporté les experts, cette programmation, établie par l'arrêté royal du 3 août 1976, n'a pas évolué depuis et est devenue obsolète à plusieurs égards.

En effet, la loi programmation repose sur des critères correspondant à 0,32 lits pédopsychiatriques/1000 enfants et entend par « enfant » les jeunes de moins de 15 ans³⁸. Les jeunes de 15 ans et plus sont dès lors considérés dans la programmation comme des adultes. Or, ces critères devenus obsolètes ne permettent pas de prendre en considération l'évolution des publics cibles et l'évolution des pathologies depuis environ 50 ans (telles que par exemple la problématique d'assuétudes). Enfin, les critères obsolètes sur lesquels repose la programmation fédérale ne permettent pas de faire évoluer le nombre de lits pédopsychiatriques, ce qui conduit non seulement au contexte actuel d'une insuffisance générale des lits, mais également à une répartition peu équilibrée de ceux-ci. En effet, en Wallonie, un tiers des lits pédopsychiatriques demeurent concentrés actuellement dans le Brabant wallon, entérinant des inégalités d'accès géographique pour la population. Face à cette situation, Solidaris plaide pour une évaluation par groupe d'âge et par groupe

³⁷ Etude-sante-mentale Partie-1 Barometre.pdf, pp. 8-9.

³⁸ https://wallex.wallonie.be/files/pdfs/4/693_Arr%C3%AAt%C3%A9_royal_fixant_les_crit%C3%A8res_de_programmation_des_services_psychiatriques_hospitaliers_27-09-1976-.pdf

cible, afin de pouvoir répondre de façon adaptée aux besoins. Solidaris prône dans ce cadre un relèvement de l'âge de 15 à 18 ans, afin de permettre aux jeunes de 15 à 18 ans de bénéficier de l'offre des lits pédopsychiatriques.

De plus, concernant plus particulièrement le suivi après la tentative de suicide, Solidaris plaide pour le renforcement et la généralisation des services de vigilance tels que le pratique notamment l'unité de crise OKAPI. Ce dispositif permet en effet d'assurer un accueil et une prise en compte de la demande du jeune qui a été admis à l'hôpital pour tentative de suicide, en lui offrant une possibilité d'hospitalisation ou une orientation adéquate afin d'assurer la continuité des soins.

Annexes

1. Tableau des facteurs de risque et de protection

Facteurs de risque	Facteurs de protection
Facteurs de risques psychosociaux : - Tentative(s) de suicide antérieure(s) - Troubles de santé mentale, troubles de la personnalité et détresse psychologique - Traumatisme, maltraitance, abus, et dysfonctionnements familiaux - Certaines maladies physiques majeures - Comportements addictifs et dépendance à l'alcool ou aux substances psychoactives (nicotine, cannabis) - Tendances impulsives, agressives et/ou violentes - Faible estime de soi, impuissance, perte d'espoir	Facteurs de protection psychosociaux : - Liens étroits avec la famille et soutien des proches et de la communauté - Capacité à résoudre des problèmes et des conflits, et de gérer des disputes de manière non-violente
Facteurs de risque environnementaux : - Événements de vie : perte d'un être cher, rupture sentimentale, perte de travail, difficultés financières - Accès facile à des moyens mortels - Antécédents de suicide dans la famille ou l'entourage (facteurs d'imitation ou de contagion) - Difficultés d'accès aux soins de santé et à une prise en charge adéquate (méconnaissance des dispositifs d'aide) - Utilisation des réseaux sociaux inappropriée	Facteurs de protection environnementaux : - Accès réduit aux moyens létaux - Accès à un logement et à des conditions de travail décentes ; situation financière stable - Accès à des soins cliniques et/ou médicaux efficaces et de qualité pour les troubles de santé mentale, physiques et pour les abus de substances (accessibilité financière et géographique) - Accès à l'information quant aux dispositifs d'aide existants dans l'accompagnement de la crise suicidaire
Facteurs de risque socio-culturels : - Manque de soutien et isolement social - Discrimination (racisme, sexisme, classisme, validisme, discriminations liées au genre et à l'orientation sexuelle, âgisme, etc.) - Stigmatisation des personnes qui recherchent de l'aide, tabous persistants liés au phénomène du suicide et aux troubles de santé mentale	

Source : Centre de prévention du suicide

2. Présentation de l'association *Un Pass Dans l'Impasse*

Un Pass dans l'impasse est une structure en santé mentale disposant d'une expertise dans la prévention du suicide et la détresse vécue par les indépendants. Son objectif : offrir un soutien accessible à toutes et tous, tant financièrement que géographiquement.

Concrètement, depuis 2008, l'association propose un accompagnement psychologique et social à toute personne confrontée de près ou de loin au suicide : personnes ayant des idées suicidaires, leurs proches, mais aussi personnes endeuillées. Des consultations sont organisées dans 12 sites en Wallonie et à Bruxelles. L'équipe intervient également, à la demande de l'équipe «soins», dans des collectivités (maisons de repos...). Suite à un décès par suicide dans une structure (école, entreprise...), elle accompagne aussi ses membres. En plus, elle forme des professionnels à la thématique et collabore au quotidien avec le réseau de soins.

Depuis juillet 2020, l'association fournit une écoute bienveillante et une aide dédiée aux indépendants et entrepreneurs francophones, via une ligne d'assistance téléphonique et des séances de soutien psychologique.

Un Pass dans l'impasse a enfin mis en place un réseau de sentinelles : des citoyens formés gratuitement à détecter la détresse et à déclencher une alerte auprès d'*Un pass dans l'impasse* afin d'aider une personne ayant des idées noires ou un indépendant en difficulté.

Forte de cette expertise et de la complémentarité de ses actions, *Un Pass dans l'impasse* a été reconnue en janvier 2024 comme Centre de revalidation spécifiquement dédié à la prise en charge du suicide en Wallonie.