

Plan de prévention du Suicide en Région bruxelloise

Avant-Propos

Nous n'avons pas souhaité refaire une xème étude concernant le suicide.

Nos propos se basent sur les sources existantes et notamment :

- Les données de l'Observatoire du social et de la santé et notamment le dossier 2003/1: le suicide en Région de Bruxelles-Capitale, situation 2000, et le tableau de bord 2010.
- « Prévention du suicide : aperçu général des connaissances en suicidologie et situation en Communauté française de Belgique » Rapport de recherche relatif au projet 4,1 de l'axe 4 du programme de prévention des traumatismes et de promotion de la sécurité en Communauté française de Belgique. Christelle Senterre, Martine Bantuelle, Alain Levèque - 2006 .
- La résolution du Parlement de la Communauté française de décembre 2008 et le rapport introductif sur la prévention du suicide en Communauté française réalisé par Marc Elsen en juillet 2008.
- Les données du centre de prévention du suicide financé comme centre d'accueil téléphonique par la Commission communautaire française.

L'analyse de ces documents et la rencontre de l'acteur essentiel qu'est le Centre de Prévention du suicide nous permettent de formuler un Plan de prévention du suicide en Région Bruxelles-Capitale. Aujourd'hui place à l'action.

1. Face au suicide, qu'en est-il à Bruxelles ?

1.1. Suicide : mort intentionnelle causée par soi-même

En 2000, il y avait, en moyenne, 190 décès par suicide en Région de Bruxelles Capitale par an.

En 2007, on a enregistré 154 suicides, 102 hommes et 52 femmes.

Au cours des 20 dernières années, on observe une tendance à la diminution des taux de suicide, particulièrement chez les hommes.

Le taux de mortalité standardisé pour la période 2003-2007 est de 21,7/100 000 chez les hommes et 10,6/100 000 chez les femmes.

Ces taux semblent être parmi les plus élevés des taux de suicide déclarés dans les pays d'Europe de l'Ouest pour la même période. Semblables aux taux français et suisses, ils sont plus élevés que les taux déclarés en Allemagne, au Danemark, en Espagne, aux Pays-bas, en Suède ou au Luxembourg. Il y a cependant lieu d'être très prudent puisque nous ne connaissons pas les modes de récolte des données et il n'est pas toujours possible de comparer les mêmes années.

Les hommes se suicident plus que les femmes (2 fois plus).

Les taux de mortalité par suicide augmentent avec l'âge, tant chez les hommes que chez les femmes.

Chez les hommes, on observe une augmentation dès l'âge de 20 ans avec un plateau entre 40 et 60 ans, suivi d'une augmentation très importante des taux à partir de 75 ans. Chez les femmes, on note une augmentation du taux de suicide à 40 ans avec ensuite une stabilisation jusqu'à une augmentation légère entre 75 et 85 ans.

Cette augmentation des taux de suicide avec l'âge se rencontre dans tous les pays européens.

1.2. Tentatives de suicide : acte intentionnel posé par une personne dans le but de se suicider

Les décès liés au suicide ne représentent que la pointe de l'iceberg. En plus des personnes qui décèdent, beaucoup de gens tentent de se suicider et plus encore éprouvent des idées suicidaires.

On parle de « tentative de suicide », de « parasuicide » ou « d'acte autodestructeur délibéré » pour qualifier un acte suicidaire qui n'entraîne pas la mort.

L'expression « idéation suicidaire » renvoie à l'idée de mettre fin à ses jours, à un sentiment de lassitude à vivre, à la conviction que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue.

Les tentatives de suicide sont un facteur de risque important pour un suicide ultérieur. Selon les résultats d'études longitudinales, 3 % des personnes ayant fait une tentative de suicide décèdent par suicide dans les 12 mois qui suivent. 40 % des personnes qui se suicident ont tenté au moins une fois de mettre fin à leurs jours précédemment.

2. Pistes d'action

Ces pistes sont issues du « Dossier 2003/1: le suicide en Région de Bruxelles-Capitale, situation 1998-2000 » disponible sur le site de l'Observatoire de la santé et du social Bruxelles Capitale (<http://www.observatbru.be>).

2.1. Introduction

La prévention du suicide fait l'objet de nombreuses polémiques. La manière d'aborder cette question varie fortement selon les cultures et les disciplines.

Les principales difficultés sont d'ordre méthodologique (de telles évaluations nécessitent des études longues, bien contrôlées et randomisées) mais elles sont aussi liées à l'extrême complexité du phénomène suicidaire dont les déterminants sont multidimensionnels (biologiques, psychologiques, sociaux, économiques et culturels) et les facteurs protecteurs mal connus.

De manière générale, la prévention se base sur le fait que dans la grande majorité des cas, l'acte du suicide n'est pas le fruit d'une décision rationnelle. Les personnes qui tentent de se suicider se sentent en quelque sorte forcées à suivre cette voie parce qu'elles ne voient pas d'autre issue pour sortir de leur souffrance. Leur situation de vie leur semble intolérable et leurs problèmes insurmontables. Mais en général, il existe des alternatives et un des objectifs de la prévention est de permettre au suicidant de découvrir ces alternatives et de le soutenir dans ses efforts pour suivre ces voies alternatives.

Les sentiments des personnes qui attendent à leurs jours sont très souvent ambivalents et le désir de mort exprime de manière particulièrement drastique un désir de changement, de rupture avec la situation actuelle. Il s'agit aussi d'un acte impulsif. L'impulsion qui permet le passage à l'acte peut durer quelques minutes ou quelques heures. Il y a là aussi un espace possible pour la prévention.

L'attitude générale de la société face au suicide influence également le taux de suicide ou le seuil de passage à l'acte. C'est pourquoi une prise de conscience de cette attitude par l'ensemble des acteurs (médias, politiques, éducateurs, etc.) est indispensable pour mener des politiques de prévention cohérentes. L'OMS a d'ailleurs publié des recommandations pour que les médias soient partenaires de la prévention lorsqu'ils informent le public à propos du suicide.

Dans le contexte de Bruxelles, région multiculturelle et urbaine, la prévention doit tenir compte des facteurs culturels qui jouent un rôle important dans le comportement suicidaire. Les chiffres montrent que les différentes communautés qui vivent à Bruxelles ont des comportements différents face au suicide. Il est important de mieux connaître les facteurs protecteurs qui rendent certaines communautés moins vulnérables de manière à les renforcer. D'autre part dans les interventions basées sur l'écoute et l'accompagnement, il faut tenir compte des barrières liées à la culture et à la langue que rencontrent une partie importante des Bruxellois.

On peut aborder la prévention du suicide suivant plusieurs axes : d'une part selon la classification classique de prévention primaire, secondaire et tertiaire, et d'autre part selon le public concerné : l'approche universelle, qui concerne l'ensemble de la population, l'approche sélective qui concerne des sous-groupes particuliers et l'approche très ciblée orientée vers les personnes à haut risque.

2.2 Les actions

Représentation des concepts de prévention¹ universelle, sélective et indiquée

¹ « Prévention du suicide : aperçu général des connaissances en suicidologie et Situation en Communauté française de Belgique » Rapport de recherche relatif au projet 4,1 de l'axe 4 du programme de prévention des traumatismes et de promotion de la sécurité en Communauté française de Belgique. Christelle Senterre, Martine Bantuelle, Alain Levêque - 2006

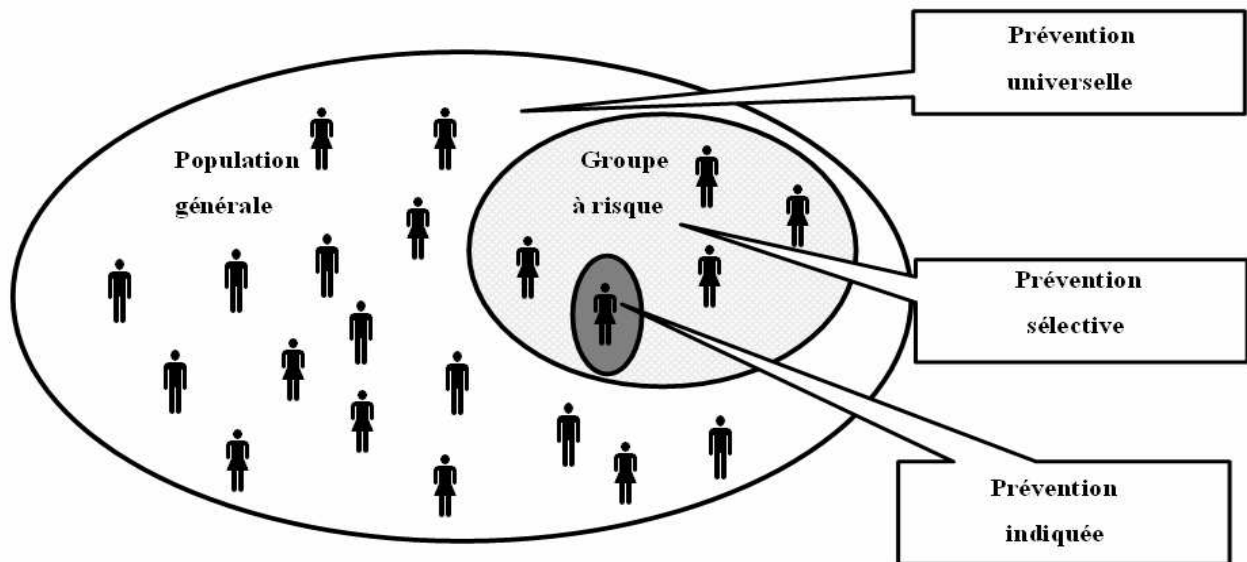
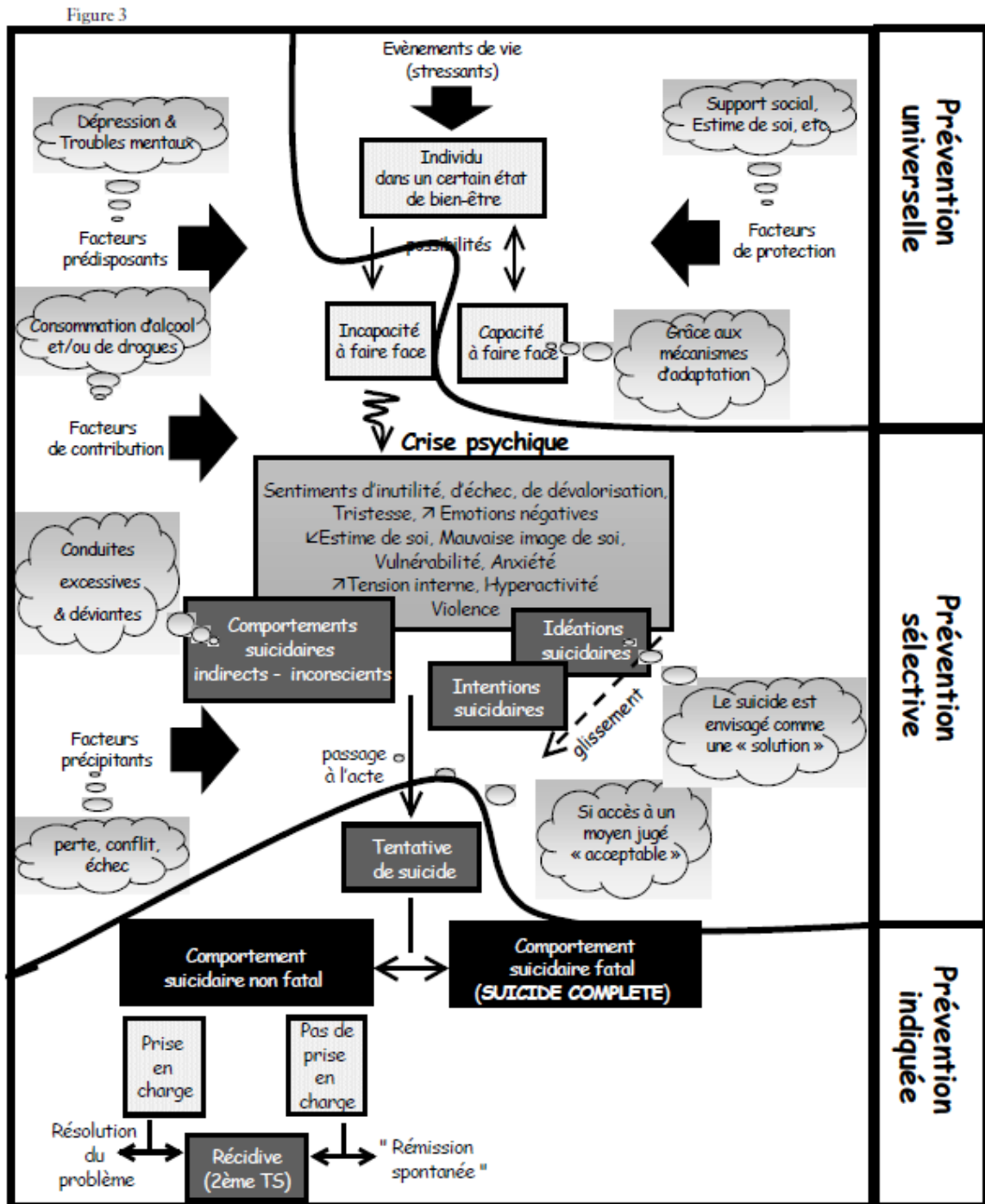


Schéma issu du rapport « Prévention du suicide : Aperçu général des connaissances en suicidologie et Situation en Communauté française de Belgique » Rapport de recherche relatif au projet 4,1 de l'axe 4 du programme de prévention des traumatismes et de promotion de la sécurité en Communauté française de Belgique. Christelle Senterre, Martine Bantuelle, Alain Levèque - 2006

Adapté sur le modèle de processus suicidaire, voici comment se découpent les différents types de prévention :



2.2.1. Prévention universelle

- **Limiter les facteurs de stress**

Il s'agit de limiter le stress ou l'isolement sur les lieux de travail (lutte contre le harcèlement moral, amélioration des conditions de travail, etc.) ou dans les grands ensembles de logements.

25% des Bruxellois se trouvent en-dessous du seuil de pauvreté. La pauvreté est source de stress intense. L'accès aux soins est également limité par la précarité de la population. De même, l'amélioration des conditions de vie dans les prisons devrait être une priorité.

- **Améliorer les capacités à faire face aux événements stressants**

L'amélioration du support social² est préconisée par l'OMS comme mesure de prévention du suicide.

A Bruxelles, on note une proportion plus élevée de personnes avec un support social insatisfaisant que dans le reste du pays. Ainsi, 16 % de la population âgée de 15 ans et plus déclare ne pas pouvoir compter sur des voisins, de la famille ou des amis pour leur venir en aide en cas de besoin. Des mesures générales d'amélioration du lien social dans les quartiers se développent, certaines sont soutenues par les pouvoirs publics. L'impact de ces initiatives sur les comportements suicidaires est difficilement évaluable.

L'OMS préconise aussi d'instaurer dans les écoles, en milieu de travail ou dans d'autres cadres communautaires des programmes éducatifs visant à renforcer les capacités à surmonter les difficultés et faire face au stress. Cette approche de promotion de la santé globale est appuyée par de nombreux intervenants en milieu scolaire. Vu les difficultés propres à l'évaluation de telles stratégies, il n'existe actuellement pas d'évidence que de tels programmes permettent réellement de réduire le nombre de suicide.

- **Réduire l'accessibilité des moyens létaux**

Diverses études ont montré qu'une telle stratégie - par exemple en agissant sur la disponibilité de certains médicaments ou la toxicité des gaz d'échappements - pouvait diminuer le taux de suicide, malgré un léger glissement vers d'autres moyens de suicide.

A Bruxelles, la pendaison est le moyen le plus souvent utilisé. Les moyens d'intervention sont très limités puisque plus de 77 % de ces suicides par pendaison se déroulent à domicile. On note cependant des suicides par pendaison en prison, là où des mesures préventives pourraient éventuellement être prises.

Le saut dans le vide vient en seconde position. 53 % de ces suicides se passent à domicile.

Les intoxications par médicaments non psychotropes représentent 14 % des suicides et concernent surtout des personnes d'âge moyen. Nous ne disposons pas d'informations précises sur le type de médicament utilisé mais la gamme peut être fort large. Des actions préventives portant sur la disponibilité de grandes doses de médicaments potentiellement

² On entend par support social " la disponibilité de personnes en qui l'individu a confiance et sur lesquelles il peut compter, et qui lui font sentir qu'il est apprécié et valorisé comme personne "

létaux pourraient éventuellement être menées via les médecins généralistes. L'intoxication par des médicaments psychotropes représente 8 % des suicides. Ces médicaments sont très largement utilisés par la population. Lors de la dernière enquête de santé en 2008, 16,5 % de la population bruxelloise disait avoir consommé un médicament psychotrope au cours des 2 dernières semaines. Une limitation de la prescription de ces médicaments pourrait participer à la prévention des suicides, particulièrement chez les personnes d'âge moyen.

L'association entre l'accessibilité des armes à feu et le taux de suicide par armes à feu est largement démontrée. Parmi les personnes qui se sont suicidées par arme à feu et dont la profession était connue, 15 % sont des policiers ou gendarmes (18 % des moins de 65 ans). Les mesures visant à contrôler la possession d'armes à feu permettent sans aucun doute de limiter le nombre de ces suicides.

Les autres moyens utilisés sont moins fréquents. Cependant certains pourraient éventuellement faire l'objet de mesures de prévention, par exemple les suicides dans le métro et les gares qui concernent surtout des personnes jeunes. Les centres de prévention du suicide ont déjà entrepris des démarches auprès des sociétés de transport en commun. Le « Centrum ter Preventie van Zelfmoord » étudie également l'intérêt d'indiquer de manière très visible les numéros d'appel sur les quais.

Les suicides par overdose de substances narcotiques et hallucinogènes ne concernent que les tranches d'âge plus jeunes. La prévention de ce type de suicide passe bien entendu par des mesures de prévention plus larges concernant les toxicomanies.

- **Sensibiliser et informer le grand public**

Les attitudes stigmatisantes, harcelantes voire agressives de la société face aux personnes qui se trouvent hors des normes implicites (par exemple : les personnes homosexuelles, celles qui ont un excès de poids important, les toxicomanes, etc.) participent à l'augmentation des risques de suicide lorsque ces personnes sont par ailleurs fragilisées ou dépressives. Les campagnes ou les politiques qui visent à lutter contre ces attitudes participent donc à la prévention.

Très souvent les personnes qui envisagent de se suicider envoient au préalable un message, le plus souvent vers l'entourage immédiat (la famille, les amis), moins souvent vers les professionnels. Il est donc important que le grand public soit sensibilisé à percevoir ces messages mais surtout qu'il soit informé des ressources locales susceptibles de fournir une aide, des conseils et que l'accès à ces ressources soit facilité.

2.2.2. Prévention sélective

Dans le cadre du suicide, la prévention secondaire vise à identifier les personnes « à risque » de manière à intervenir de manière précoce.

- L'amélioration de la formation des médecins généralistes

On constate qu'une proportion non négligeable des personnes qui se suicident (50 % dans certaines études) ont eu un contact avec un médecin généraliste dans le mois qui précède le décès. Si celui-ci dispose de plus de connaissances et d'outils pour identifier ces patients, les soutenir ou les orienter vers les services adéquats, on peut espérer réduire le

nombre de passage à l'acte.

Il est indispensable que cette formation s'accompagne d'une mise en réseau efficace de la première ligne de soins avec les services de santé mentale.

- Les programmes de sensibilisation et de formation du personnel éducatif et de santé scolaire visant à mieux repérer les adolescents qui risquent de se suicider et les diriger vers les services de santé mentale compétents.

Comme pour les praticiens de première ligne, ce type de stratégie préventive nécessite une mise en réseau efficace des services médicaux scolaires avec les services de santé mentale. Les mêmes considérations pourraient être faites pour les services de médecine du travail.

- Une sensibilisation et une formation du personnel non médical :

travailleurs sociaux, éducateurs, aide-familiales, personnel des maisons de repos, écoutants des services d'aide par téléphone, gardiens de prisons, policiers, etc.

L'impact de telles interventions dépendra bien entendu également de la possibilité pour ces personnes d'orienter efficacement les personnes qui manifestent des risques suicidaires vers les professionnels compétents.

- Améliorer la collaboration entre services de santé mentale et les services sociaux et médicaux de première ligne.

L'augmentation de l'offre en soins de santé mentale ne permet pas de réduire les taux de suicide. Il vaut mieux développer les connaissances et les outils du personnel existant. Par contre, une meilleure intégration des services de santé mentale dans l'ensemble des services sociaux et de santé permettrait qu'ils participent plus efficacement à la prévention du suicide. Cela signifie qu'il faudrait renforcer les liens entre d'une part la médecine générale, les services d'urgence des hôpitaux, les services préventifs et les services sociaux et d'autre part les services de santé mentale pour que les personnes à haut risque identifiées par les premiers puissent être prises en charge par ces services spécialisés.

- Les centres de prévention du suicide sont conçus pour servir de centre de crise où l'on offre une aide immédiate par téléphone. A Bruxelles, il existe deux centres de prévention du suicide (un francophone et l'autre néerlandophone) qui assurent une aide téléphonique pour les personnes en crise suicidaire ou les proches. Cette écoute est assurée par des bénévoles formés et encadrés. Ces deux centres assument aussi des missions d'information et de sensibilisation du grand public et de formation de personnes relais dans les écoles, les entreprises, les services publics, etc. Ces centres assurent également un rôle de rassemblement des connaissances en matière de prévention du suicide.

- Les interventions orientées vers les groupes de personnes présentant des risques accrus de suicide.

Ces personnes devraient faire l'objet d'un soutien particulier tant par des professionnels de la santé que par des associations formelles ou informelles (par exemple des groupes d'entraide) qui devraient être encouragées.

- Amélioration de la prise en charge des personnes souffrant de dépression.

La dépression est trop souvent méconnue, en particulier chez les adolescents et les personnes âgées. Mieux identifier les personnes qui souffrent de dépression au niveau

des services de première ligne (médecine générale, services d'urgence) et développer le réseau de prise en charge (collaboration entre la médecine générale, les services de santé mentale, les groupes d'entraide) devrait permettre de réduire le risque de suicide.

- Amélioration de la prise en charge de l'alcoolisme et des toxicomanies.

Le risque de suicide étant considérablement augmenté chez les personnes toxicomanes (alcool ou autre) présentant des désordres affectifs; Ces personnes devraient être particulièrement entourées : traitement efficace de la dépression, soutien lors des ruptures affectives (fréquentes au cours de la toxicomanie). Un soutien des familles est également nécessaire.

- Développer une politique globale de prévention dans les prisons.

Les risques élevés de suicide en prison font de la prévention en milieu carcéral une priorité. Il est indispensable de mener une réflexion globale portant à la fois sur les conditions de vie (surpopulation), les liens avec la famille, l'accompagnement spécifique de personnes toxicomanes, l'accès aux soins, etc.

- Amélioration de la prise en charge de personnes souffrant de troubles psychiatriques prédisposants (par exemple la schizophrénie) entre autre par une identification plus précoce et un accompagnement médical et social.

- De manière générale, l'accès à une écoute bienveillante pour tous devrait être favorisé.

Ceci est particulièrement important pour les personnes qui sont fragilisées par une séparation ou un deuil, par des traumatismes divers (abus sexuels, maltraitance) ou pour les jeunes gays ou lesbiennes les plus fragilisés psychologiquement; ces personnes devraient avoir accès à une écoute attentive et à un accompagnement par des pairs ou par des professionnels.

- Améliorer l'aide et le soutien aux personnes malades ou handicapées par le développement des soins à domicile, des soins palliatifs et de l'accompagnement de la fin de vie.

En effet, une partie des suicides des personnes âgées est liée à des problèmes de santé graves (cancers) ou chroniques (comme les déficiences visuelles), particulièrement chez les hommes.

2.2.3. La prévention indiquée

La prévention indiquée porte sur la prise en charge des personnes qui ont tenté de se suicider, elle concerne beaucoup moins de personnes (très ciblée) et intervient tardivement.

- Améliorer la prise en charge des personnes après une tentative de suicide. Les services d'urgence des hôpitaux sont particulièrement concernés puisqu'une partie non négligeable des patients qui font une tentative de suicide se présentent dans ces services. La possibilité de faire systématiquement appel à un professionnel de santé mentale dans les services de garde des hôpitaux bruxellois pour amorcer la prise en charge devrait être évaluée.

Des collaborations entre services d'urgence des hôpitaux et centres de prévention du suicide pourraient également se développer, entre autre pour améliorer l'écoute et

l'orientation éventuelle après la crise suicidaire. Le Centre de Prévention du Suicide francophone assure également l'accompagnement des personnes suicidaires en vue d'assurer le relais vers un traitement et/ou une thérapie à long terme. Le médecin généraliste peut également jouer un rôle important, en particulier pour l'écoute et l'accompagnement après des tentatives de suicide peu graves sur le plan physique. Ces tentatives sont souvent banalisées parce qu'elles ne nécessitent aucune intervention médicale mais elles présentent cependant un risque de récurrence et elles sont une opportunité pour identifier des problèmes comme une dépression, une dépendance à l'alcool ou à d'autres substances, des troubles psychiatriques sous-jacents etc.

- Une attention particulière devrait être apportée aux tentatives de suicide avec consommation d'alcool et la prise d'alcool ne devrait pas empêcher la recherche d'une dépression.

Il en va de même pour les tentatives de suicide qui s'accompagnent d'une prise de drogue illicite.

On a montré que les patients qui ont tenté de se suicider et qui se présentent aux services d'urgences avec un taux d'alcool élevé sont moins souvent pris en charge que ceux qui n'ont pas pris d'alcool. Le diagnostic de dépression est moins souvent posé. La prise d'alcool lors d'une tentative de suicide peut être un signe de dépendance à l'alcool et la tentative de suicide peut être une occasion de la mettre en évidence et d'en parler. En effet, la co-morbidité toxicomanie/troubles affectifs est particulièrement létale et la dépendance à l'alcool ou d'autres drogues est un facteur prédictif d'un suicide ultérieur chez les patients ayant tenté de se suicider .

- Soutenir les parents et les proches après un suicide.

Dans une étude menée en 2001 par le Centrum ter Preventie van Zelfmoord, les proches de personnes suicidées ont été interrogés à propos de l'aide qu'ils ont reçue et celle qu'ils auraient souhaité recevoir à court et moyen terme. Parmi ces aides, les groupes d'entraide jouent un rôle important et devraient être soutenus.

A Bruxelles, des associations ont mis en place de tels groupes tant en français qu'en néerlandais . Les personnes endeuillées souhaiteraient également recevoir plus de soutien de la part du médecin traitant et du professionnel qui a soigné la personne décédée.

Les professionnels de santé se disent mal préparés pour accompagner les personnes qui viennent de perdre un proche par suicide et des efforts en terme de formation sont donc nécessaires.

3. PLAN STRATEGIQUE

Objectifs généraux

- Faire diminuer le nombre de suicides
- Faire diminuer le nombre d' « idéations suicidaires »
- Faire diminuer les dépressions

Objectifs stratégiques

- Favoriser une bonne santé mentale.
- Informer la population et les professionnels afin de faire face adéquatement à une personne présentant des tendances suicidaires.
- Optimiser le réseau d'aide et de soins.
- Avoir une attention spécifique pour certains groupes cibles

3.1. Actions de prévention universelle

Les actions en la matière sont essentiellement à mener par le fédéral et les Communautés (via l'école notamment).

La Commission communautaire participera activement à tous les lieux de concertation existant (CIM Santé, gouvernement conjoint, ...). Elle poursuivra son soutien au « Centre de Prévention du suicide ». La Région bruxelloise tente de participer activement à la lutte contre la pauvreté.

Dans le cadre de ses compétences, Benoît Cerexhe oeuvre activement en matière de lutte contre le chômage et d'accès aux soins de santé pour tous et en particulier les personnes les plus précarisées.

3.2. Actions de prévention sélective.

3.2.1. Sensibilisation des médecins généralistes.

- Financement d'une nouvelle brochure pour aider les médecins généralistes à faire face à un patient « suicidaire ».
Budget prévisionnel : 5000€
- Financement d'un projet pilote permettant l'engagement d'un délégué « prévention du suicide ». Celui-ci, tel un délégué médical, ira à la rencontre des médecins généralistes bruxellois afin de leur présenter la brochure et son utilisation.
Budget prévisionnel: 10.000€

3.2.2. Sensibilisation du milieu scolaire et du personnel non-médical

- Financement d'une nouvelle brochure pour aider les enseignants et tout le secteur scolaire à faire face à une personne présentant des intentions « suicidaires ».
Budget prévisionnel : 5000€
- Financement d'un projet pilote permettant l'engagement d'un délégué « prévention du suicide ». Celui-ci tel les délégués médicaux ira à la rencontre des écoles bruxelloise, du personnel de maison de repos, etc...afin de leur donner toute l'information requise en matière de prévention du suicide. (cela pourrait être la même personne que dans le point 3.2.1.)
Budget prévisionnel : 10.000€

3.2.3. Amélioration de la collaboration entre services de santé mentale, service sociaux et médicaux.

- Lors de la précédente législature, nous avons déjà dans une perspective

d'augmentation de la transversalité entre les différents secteurs de la santé et de l'action sociale, conçu un décret commun à l'ensemble de ces secteurs. Dans le cadre de ce décret, est prévu pour tous les services, la mise en oeuvre d'une démarche qualité. Un des thème qui peut être réfléchi par les services sera notamment le partenariat et la collaboration.

- Le centre de santé global et le projet pilote « urgence », prévus dans la déclaration de politique générale de la Commission communautaire française sont des outils qui devront prendre en compte la thématique du suicide.
Budget prévisionnel : à définir
- La réforme des soins de santé mentale mise en oeuvre par le fédéral en concertation avec les régions et les communautés a pour objectif notamment d'augmenter ces collaborations, ainsi que l'amélioration de la prise en charge de tous les problèmes de santé mentale. La Région bruxelloise participe activement à la mise en oeuvre de cette réforme.

3.2.4. Développer une politique globale de prévention dans les prisons.

Un groupe de travail « santé » a été instauré dans le cadre du comité de pilotage créé suite à l'Accord de coopération entre la Communauté française, la Région wallonne et la Commission communautaire française visant la coordination des politiques d'intervention en lien avec le milieu carcéral. Des conclusions doivent être déposées très prochainement en la matière.

3.2.5 Améliorer l'aide et le soutien aux personnes malades ou handicapées

par le développement des soins à domicile, des soins palliatifs et de l'accompagnement de la fin de vie. Ce point est en discussion dans le cadre du groupe de travail « personnes âgées » issus de la CIM santé.

3.3. Actions de prévention indiquée

- Collaboration avec les services d'urgence.
Ce projet est en cours à partir du centre de prévention du suicide, mais une évaluation est nécessaire, en effet malgré des accords de collaboration entre certains hopitaux et le « Centre de prévention du suicide », peu de cas sont relayés vers ce dernier.
Suite à cette évaluation, nous mettrons tout en oeuvre pour accompagner le centre de prévention du suicide si nécessaire.
- un groupe de travail «prévention du suicide » va être mis en place afin d'envisager le type de structure qui manquerait à Bruxelles ainsi que l'amélioration des coordinations.
L'hypothèse émise à ce stade serait la nécessité d'un lieu permettant l'accueil 24h/24 soit en résidentiel soit en ambulatoire.
La question de l'offre ambulatoire devra être examinée avec les services de santé mentale.
Budget prévisionnel : inconnu à ce stade.
- Le soutien des parents et des proches après un suicide est partiellement pris en charge par le « Centre de prévention du suicide » mais il faudrait amplifier l'offre. La ré-édition d'une brochure concernant le deuil sera financée.

Budget prévisionnel : 5000€