

**Parlement francophone bruxellois**  
(Assemblée de la Commission communautaire française)



11 mars 2025

---

SESSION ORDINAIRE 2024-2025

---

**AUDITIONS**

**sur la thématique de « La santé mentale à Bruxelles »**

**RAPPORT**

fait au nom de la commission des Affaires sociales,  
de la Famille et de la Santé

par Mme Anne-Charlotte d'URSEL

**SOMMAIRE**

1. Désignation de la rapporteuse .....	3
2. Exposé de M. Yahyâ Hachem Samii, directeur de la Ligue bruxelloise pour la santé mentale (LBSM).....	3
3. Exposé de Mme Dominique Nothomb, directrice du Centre de prévention du suicide (CPS).....	8
4. Exposé de Mme Caroline Depuydt, directrice médicale générale d'Epsilon ASBL.....	10
5. Échange de vues.....	14
6. Approbation du rapport.....	28
7. Annexe 1 : PowerPoint du Centre de prévention du suicide .....	29
8. Annexe 2 : PowerPoint d'Epsilon ASBL .....	39
9. Annexe 3 : Réponses complémentaires de la Ligue bruxelloise de la santé mentale .....	51
10. Annexe 4 : Réponses complémentaires du Centre de prévention du suicide .....	66
11. Annexe 5 : Réponses complémentaires d'Epsilon ASBL .....	75

---

*Ont participé aux travaux* : M. Mustapha Akouz, Mme Ariane de Lobkowicz, Mme Anne-Charlotte d'Ursel, Mme Mihaela Drozd, Mme Hanina El Hamamouchi, Mme Stéphanie Lange, Mme Joëlle Maison, Mme Gisèle Mandaila, Mme Amélie Pans (présidente), M. Calvin Soiresse Njall, Mme Cécile Vainsel et M. Yusuf Yildiz, ainsi que Mme Caroline Depuydt, Mme Dominique Nothomb et M. Yahyâ Hachem Samii (personnes auditionnées).

Mesdames,  
Messieurs,

La commission des Affaires sociales, de la Famille et de la Santé a procédé, en sa réunion du 11 mars 2025, à des auditions sur la thématique de « La santé mentale à Bruxelles ».

## 1. Désignation de la rapporteuse

À l'unanimité des 9 membres présents, Mme Anne-Charlotte d'Ursel est désignée en qualité de rapporteuse.

## 2. Exposé de M. Yahyâ Hachem Samii, directeur de la Ligue bruxelloise pour la santé mentale (LBSM)

**M. Yahyâ Hachem Samii (intervenant)** rappelle que la Ligue bruxelloise pour la santé mentale (LBSM) est une ASBL qui existe depuis 1977, héritière elle-même d'autres racines qui remontent à 1923. Ses missions premières sont, d'une part, de soutenir dans leur pratique les professionnels du champ de la santé mentale et, plus largement, du domaine de l'action sociale et de la santé, de promouvoir une vision engagée de la santé mentale et, enfin, de reprendre depuis 2019 le rôle de fédération des 24 services de santé mentale (SSM) qui sont agréés en Commission communautaire française. Aujourd'hui, la ligue rassemble ces SSM mais également 32 autres ASBL, mono ou bicommunautaires, qui partagent une même attention spécifique à la santé mentale.

Qu'est-ce que la santé mentale ? Les membres de la SBSM promeuvent une approche de la personne accueillie dans sa globalité, sans jugement, selon la vision suivante : « La santé mentale permet à chacun d'être en lien avec soi-même, de vivre avec les autres, de faire face aux difficultés de la vie, d'investir son environnement, de créer, de participer et contribuer à la vie en société, y compris de façon atypique. La santé mentale, ce n'est donc pas forcément l'absence de maladie : bon nombre de personnes sont atteintes d'un trouble mental mais parviennent à vivre de façon satisfaisante avec, si besoin, une aide appropriée. ».

Cette définition n'est pas tout à fait celle de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). La définition construite au sein de la Ligue se veut plus inclusive socialement, moins productiviste, en ce sens que les personnes affectées dans leur santé mentale ne sont pas tenues de « travailler avec succès et de manière effective ». Elles ne perdent pas leur place au sein de la société mais au contraire, celle-ci doit veiller à ce que les conditions restent réunies pour que ces per-

sonnes puissent continuer à vivre pleinement en lien avec le reste de la communauté citoyenne.

Cette définition inclut la psychiatrie. Dans tous les SSM, il faut un ou une médecin psychiatre. Dans les équipes enfants, ados, familles, il faut également un ou une pédopsychiatre, ce qui permet d'offrir des soins complets et adaptés en dehors de l'hôpital à un prix très bas, voire gratuitement, auprès de publics qui, sinon, n'auraient pas d'autre choix que de requérir des hospitalisations à répétition ou de se retrouver sans soins.

Comme le dira également le Dr Depuydt, psychiatrie et santé mentale ne sont pas deux missions séparées mais bien liées, et ce lien se concrétise par des pratiques interdisciplinaires au quotidien où des médecins, des psychologues, des travailleurs sociaux, des logopèdes, des infirmières, des psychomotriciennes, etc., collaborent autour de situations communes.

Une des questions que la commission doit se poser est de connaître l'état de la santé mentale aujourd'hui à Bruxelles. En 2020, au sortir du premier confinement, le président du conseil d'administration de la Ligue à l'époque annonçait lors d'une commission plénière de ce même Parlement un « tsunami » en matière de santé mentale. Chaque grande crise est suivie avec un effet retard par une vague qui va concerner la santé mentale car, pendant la crise, les citoyens fonctionnent en mode survie.

Ils parent au plus pressé et, après la crise, ils sentent peu à peu remonter tout ce qu'ils ont emmagasiné, toutes les plaies intérieures qui continuent de suinter et qui doivent, elles aussi, être soignées. Cela peut se faire au bout de quelques semaines, de quelques mois, mais également de quelques années. Ce tsunami est arrivé quelques mois après les confinements et, depuis, les flots continuent de monter.

En effet, la crise de la Covid-19 ne s'est pas arrêtée seule, d'autres ont suivi : la crise économique, la crise énergétique, une crise internationale avec trois guerres aux portes de l'Europe et, tout du long, le dérèglement climatique dont les effets sont sensibles ici même, en particulier pour les plus vulnérables – toujours les plus vulnérables.

Même avec un manque de données suffisantes et comparables tant entre elles que sur la durée, il existe cependant des baromètres du côté de Sciensano, du côté des mutualités, du côté de l'Observatoire bruxellois de la santé et du social de Bruxelles-Capitale, qui montrent une dégradation générale et sensible.

Sur le graphe présenté se trouvent les données du dernier rapport de Solidararis, qui fournit une base

constante depuis plusieurs années, ce qui permet des comparaisons dans le temps. Les mutualités libres ont également sorti un rapport sur la santé mentale, ce qui montre qu'aujourd'hui cette matière fait l'objet d'une attention particulière, ce qui est une avancée. Ce graphique, établi sur base d'un sondage auprès de 900 belges francophones, montre que les personnes qui se disent anxieuses, angoissées, voire en dépression en quasi-permanence, sont trois fois plus nombreuses que dix ans auparavant. En sachant qu'en 2012, une hausse avait déjà été constatée au sortir de la crise financière de 2008. 12 % d'entre elles se disent même dans un état dépressif modérément sévère ou sévère.

Dans le même temps, Solidaris observait, en 2022, que le recours aux soins de santé mentale remboursés, médicaments, consultations chez des psychologues, des médecins psychiatres ou hospitalisations, restait stable. Si depuis 2022, le dispositif des psychologues de première ligne s'est entre-temps déployé, la prise en charge reste largement insuffisante, tandis que les besoins, eux, explosent.

L'intervenant montre ensuite des chiffres globaux qui, comme beaucoup de statistiques, cachent des réalités disparates. Ainsi, les femmes expriment davantage de difficultés en santé mentale et bénéficient d'un meilleur accueil dans les services de soins.

L'âge joue également, avec des nuances. Par exemple, du côté des personnes âgées, le type de soins donnés évolue. Ces personnes sont davantage soignées par des médicaments, alors que les soins thérapeutiques sont davantage utilisés par les 18-65 ans. Or, on sait, à un niveau international, que les soins sont davantage porteurs lorsqu'ils intègrent les deux dimensions et, en particulier, le travail thérapeutique auprès de professionnels. La prise de médicaments renvoie à une gestion plus solitaire des difficultés et la solitude est bien un des maux dont se plaignent souvent les personnes âgées.

L'intervenant ne s'étendra pas sur la problématique de la santé mentale des jeunes, qui connaît une hausse inquiétante avec des situations particulièrement complexes.

En ce qui concerne les invalidités de longue durée à Bruxelles, un tiers d'entre elles est directement lié à des problèmes de santé mentale. Deux questions majeures émergent de cette situation. Premièrement, pourquoi cette augmentation généralisée ? Deuxièmement, quelle offre de soins est disponible pour répondre à ces besoins ?

Pour répondre à la première question, l'intervenant mentionne une émission radiophonique, « Le Tournant », présentée par Arnaud Ruyssen. En mai

2023, une émission axée sur l'avenir selon les jeunes a été organisée, réunissant une cinquantaine d'individus issus de divers milieux socio-économiques et scolaires.

Cette émission a profondément marqué l'intervenant car, lorsque les jeunes issus d'écoles favorisées parlaient de leur avenir, leur principale préoccupation était la question climatique; en revanche, chez les jeunes de quartiers plus défavorisés, comme ceux d'Anderlecht ou de Charleroi, leur inquiétude principale tournait autour de la gestion de leur budget et de l'aspiration à sortir de la précarité socio-économique de leurs familles, afin de construire un avenir meilleur. Bien que l'émission ait abordé ces thèmes, elle n'a pas suffisamment approfondi cette dynamique.

Elle a proposé de réunir tous ces jeunes pour explorer ensemble leurs préoccupations, un travail que l'intervenant considère comme exceptionnel en termes de démocratisation.

Comme le soulignent de nombreux économistes, les inégalités sociales se creusent à l'échelle mondiale, et cela est également vrai en Belgique.

Ces inégalités se manifestent sur un territoire aussi exigu que celui de la Région de Bruxelles-Capitale, un timbre-poste à l'échelle du monde. Dans cette ville, l'espérance de vie peut varier de plusieurs années selon que l'on réside dans un quartier favorisé ou défavorisé. C'est ce que montre le graphique établi par l'Observatoire bruxellois de la santé et du social de Bruxelles-Capitale, qui fait également écho à d'autres données plus spécifiques à la santé mentale.

Ces données montrent la proportion de personnes âgées de 15 ans et plus qui présentent un trouble dépressif majeur, selon leur niveau de vie. Bien que ces statistiques datent de 2018, elles illustrent une tendance constante. Les inégalités en termes d'éducation, de statut social et de revenus se traduisent par des inégalités en matière de santé mentale.

Être sous statut BIM, être une femme en situation de monoparentalité, être une personne sans abri et/ou sans statut légal, ou encore une personne en situation de séjour précaire – la question des sans-papiers touchant environ 100.000 personnes à Bruxelles –, sont autant de facteurs aggravants. Ces données ont été établies avant la pandémie de Covid-19 et il est à craindre que, compte tenu des crises successives, la situation ne se soit malheureusement pas améliorée.

Les inégalités de genre demeurent également.

Tandis que la charge mentale ainsi que les violences domestiques et sociales pèsent sur les

femmes, le modèle viriliste enjoint aux hommes de se contenir. Les minorités de genre et d'orientation sexuelle commencent seulement à bénéficier d'un accès aux soins plus adapté. À cet égard, la Ligue mène depuis 2023 un travail approfondi sur les représentations des personnels psycho-médico-sociaux autour de ces questions.

Souffrir d'un double diagnostic représente également un frein considérable. Lorsque la souffrance psychique interfère avec une situation déjà marquée par un handicap physique ou mental, par des addictions ou une grande précarité, cela rend la prise en charge plus difficile et complique l'accès aux soins, car les besoins spécifiques de ces personnes ne sont pas rencontrés dans l'offre de services qui leur est faite. L'enjeu du double diagnostic a d'ailleurs lui aussi fait l'objet d'un travail au sein de ce Parlement lors de la précédente législature, entraînant l'adoption d'une résolution qui attend désormais sa mise en œuvre.

D'autres facteurs mériteraient d'être davantage objectivés par des études qualitatives qui font défaut en Belgique. Néanmoins, ce qui émerge fréquemment, que ce soit de manière explicite ou implicite, dans les témoignages des personnes recherchant des soins, est la quête de sens.

Les jeunes rencontrés par Arnaud Ruysen l'affirment, les personnes en situation de burnout le rapportent également, de plus en plus à l'aune d'une actualité agressive. La société évolue dans un environnement qui semble désorienté, qui, à défaut de pouvoir construire des solutions pour aujourd'hui et demain, s'enfonce dans un culte perpétuel de la performance, dans le clivage, dans l'agressivité et dans la violence. Cette violence dans les relations sociales se fait régulièrement entendre sur les réseaux sociaux.

Elle se manifeste également au sein des institutions, souvent dépassées par les demandes de leurs usagers ou clients, ballottés d'un service à l'autre, ou parfois exclus. L'intervenant ne fait pas seulement référence aux services d'aide et de soins. Tout un chacun a peut-être vécu une expérience similaire avec des services tels que la banque, la poste ou un fournisseur de télécommunication, où l'attente pour obtenir de l'aide peut s'éterniser, nécessitant de rappeler maintes fois avant d'envisager une solution.

Cela peut sembler gênant en soi, mais pour certains, cette attente peut être perçue comme une violence, puisque l'aide attendue représente une réponse à un besoin vital. Nous subissons également une violence face à la numérisation croissante, synonyme de mise à distance des personnes au profit de relations de plus en plus artificielles, régies par des machines. En outre, il existe une contradiction toujours plus manifeste entre les recettes du bonheur qui

sont promues quotidiennement et les conditions de vie réelles de la majorité de la population.

L'intervenant tient à souligner qu'il a observé cette évolution à l'œuvre depuis des années. Avant de rejoindre la Ligue, il a beaucoup exploré les marges en tant que travailleur social et criminologue.

Il a travaillé avec de jeunes en détention en IPPJ dans un projet-pilote intitulé « Jusqu'ici tout va bien », puis avec des détenus, des victimes d'infractions, d'abord en tant que chercheur puis en tant que directeur d'un service d'aide aux justiciables. Il a également dirigé La Strada, devenue depuis Bruss'Help, se consacrant au public sans-abri ou mal logé.

Dans ces zones marginalisées, les violences se manifestent de manière exacerbée, et l'intervenant constate une montée du sentiment de perte de repères parmi les usagers et les professionnels de l'aide et du soin qui les accompagnent, face à des injonctions de plus en plus contradictoires. Il est nécessaire de demander de l'aide, mais celle-ci se révèle souvent inaccessible, insuffisante ou inefficace. Cette situation devient d'autant plus difficile à tolérer qu'en parallèle, l'information circule.

Les usagers et les autorités sont informés mais peu de choses semblent bouger, ce qui amène l'intervenant à la seconde question. Quelle offre de soins face à ces besoins ?

Il n'abordera pas l'intégralité de l'offre de santé mentale car les deux autres intervenants apporteront une série d'éléments à ce sujet. Il rappelle simplement une donnée établie par la Ligue concernant les SSM à Bruxelles. Les SSM sont des équipes pluridisciplinaires, ambulatoires, qui reçoivent un large éventail de demandes et se plaignent depuis des années d'une saturation.

Lorsque l'intervenant est arrivé à la Ligue en 2018, il a rencontré une responsable de l'administration de la Commission communautaire française qui lui a fait part de son incompréhension. Elle se demandait si cette saturation a été objectivée ou s'il s'agissait d'un sentiment. C'est pour cela qu'une étude a été menée en 2020-2021, puis en 2022-2023. Elle a révélé qu'en 2020, le taux d'acceptation des nouvelles demandes dans les SSM bruxellois n'était que d'une demande sur trois.

Deux ans plus tard, ce taux était tombé à une demande sur quatre, avec une perte de 11 %. Parmi les demandes réorientées, près de 53 % d'entre elles étaient en réalité dirigées vers le bon service, mais ont été réorientées uniquement en raison d'un manque de disponibilité.

Ces chiffres sont sans aucun doute en-dessous de la réalité, comme le montre le schéma où une catégorie « Autre » représente 23 %. Cette catégorie reprend, notamment, diverses demandes dont les résultats restent indéterminés, car il a été nécessaire d'interrompre l'étude à un moment donné. De ce fait, il existe des demandes en attente de réponse de la part du service.

Bien que le Gouvernement francophone bruxellois sortant ait déployé de réels efforts en matière de renforcement des SSM, notamment au début de la législature avec des extensions de cadre dans les équipes dédiées aux enfants, adolescents et familles, et à la fin de la législature avec des projets relatifs au travail communautaire et à la mobilité rendus structurels, il n'a pu résorber qu'en partie un déficit vieux de près de vingt ans.

Le graphique présenté a été établi grâce à la Commission communautaire française, en s'appuyant sur ses données. Il illustre le nombre d'équivalents temps plein (ETP) financés dans le cadre agréé en SSM pour 100.000 habitants, avec une évolution de ce taux de 2008 à 2022. Il constate qu'en 2022, le niveau observé en 2008 n'est toujours pas atteint. Entre-temps, les besoins ont explosé et les situations sont devenues plus complexes, ce qui implique une mobilisation accrue de ressources humaines et de temps.

On pourrait également évoquer ici les PPL. Cette offre fédérale de psychologues de première ligne a effectivement ouvert l'accessibilité aux psychologues en consultation privée, grâce à l'intervention financière de l'État et à une communication soutenue, facilitant ainsi l'accès pour un plus grand nombre de personnes. Toutefois, cette offre est destinée à un public précis, principalement ceux en ordre de mutuelle, et qui nécessitent des séances ponctuelles limitées à huit au maximum, pouvant s'appuyer sur un soutien unidisciplinaire, où le psychologue reçoit le patient seul dans son cabinet.

Quid des autres problématiques ? Quid des situations qui, bien que présentées à un psychologue de première ligne, s'avèrent trop lourdes pour être traitées et doivent être réorientées vers des SSM ambulatoires ou des équipes mobiles ? La même question se pose du côté des médecins généralistes et d'autres acteurs de première ligne qui souhaitent réorienter les patients vers des services plus spécialisés comme les SSM qui présentent un seuil d'entrée bas et qui peuvent aborder les personnes dans une approche globale. Les services font face à de nombreuses difficultés, parmi lesquelles une pénurie croissante de certains métiers, notamment les psychiatres et pédopsychiatres.

Cette pénurie n'est pas propre aux SSM ou à Bruxelles, mais elle impacte durement les SSM bruxellois, car ces services souffrent des conditions d'attractivité les moins bonnes. Une comparaison avec les SSM wallons et d'autres dispositifs de santé mentale présents à Bruxelles a été effectuée, et il s'avère que lorsque le choix est offert, ce qui est toujours le cas pour les jeunes psychiatres, les SSM ne figurent que rarement en tête de liste, en raison des conditions financières rattachées à ces postes.

Cependant, ce n'est pas la seule raison de cette pénurie. Pour les psychiatres, pour les PPL ainsi que pour la réforme des soins de santé mentale, dite « Réforme 107 », les services font face à un déséquilibre significatif dans la répartition des compétences et des ressources entre les différentes entités politiques belges. Alors que le niveau fédéral peut enclencher des actions à large échelle, la Région bruxelloise ne parvient pas à suivre le rythme, alors que son rôle est essentiel pour atteindre les objectifs définis au niveau belge, notamment, en matière de prévention, de soins précoces et de soins effectués au plus près du milieu de vie des individus.

Face à l'ampleur du problème, l'intervenant appelle à résister à la sidération ou au fatalisme. Il est vrai que la santé mentale est une matière complexe, marquée par la lasagne institutionnelle belge et bruxelloise, mais cela permet une diversité d'approches. Or, cette diversité est essentielle pour traiter les enjeux de santé mentale.

Pour ce qui concerne la Commission communautaire française, les parlementaires disposent d'une occasion majeure car ils sont en position de pilotage de plusieurs pans entiers de l'ambulatoire, un type d'offre de soins que les objectifs fédéraux aspirent à voir élargi et renforcé. Oui, la santé mentale est une problématique complexe et transversale, mais cela ouvre une multitude de leviers pour atteindre une société de bienveillance.

La bienveillance ne se limite pas seulement à éviter la maltraitance : il s'agit d'aller au-delà et de placer la dignité des individus au cœur des actions, particulièrement quand ceux-ci sont vulnérables ou en situation de dépendance. La bienveillance constitue le fondement du travail des services de l'ambulatoire et s'applique sur la compétence des intervenants.

En vingt années de carrière, l'intervenant n'a jamais constaté un secteur aussi réflexif et aussi engagé à se former et s'informer que celui de la santé mentale et, en particulier, celui de la santé mentale à Bruxelles. Bruxelles dispose d'un véritable vivier de professionnels compétents et remarquables, et ce serait un véritable gaspillage de les négliger.

La bientraitance s'appuie également sur la conscience que chaque action a une portée et est importante.

En travaillant sur les vulnérabilités, nous acquérons rapidement un certain pouvoir sur l'autre, un pouvoir qu'il importe de maîtriser afin de ne pas basculer dans une relation malsaine, telle que celle du sauveur ou celle du dominateur. Il est également crucial de reconnaître qu'agir pour la bientraitance est essentiel dans la société, conférant à cette action une haute valeur. L'intervenant prend l'exemple des infirmières et infirmiers dans les hôpitaux, qui jouent un rôle important. Si ce rôle était davantage reconnu, cela pourrait contribuer à juguler la fuite des vocations dans le secteur hospitalier, et au-delà.

Bien entendu, la reconnaissance du rôle de bientraitance n'est pas la seule condition pour maintenir les infirmiers à leur poste, mais c'est un élément non négligeable.

Un autre facteur constitutif d'une société bientraitante est le respect de règles qui guident l'action. En matière de travail social et de soins, le respect de l'intimité est essentiel pour établir une relation de confiance, qui est au cœur du travail en ambulatoire.

La bientraitance s'appuie nécessairement sur une déontologie et une éthique forte. Il est vrai que les psychologues et les médecins sont parfois considérés comme exigeants sur la question du secret professionnel. L'intervenant souhaite souligner que sans cette notion de secret, sans cette garantie donnée à la personne que les échanges se déroulent en colloque singulier, comme le disent les médecins, il ne peut y avoir de relation de confiance et, par conséquent, aucun travail de soins.

La bientraitance, tout comme la résilience, est nécessairement collective. Dans une équipe, chaque membre doit s'engager dans une optique bientraitante. Dans la société, le respect de la dignité humaine ne peut s'envisager individuellement; il implique toujours la collectivité.

C'est ici que le pouvoir des parlementaires est le plus précieux. Qu'en chaque proposition et chaque choix positif soit posée la question de la bientraitance, en essayant de dégager une perspective globale. Dans quel contexte cette mesure s'inscrit-elle ? Dans quel cadre ? Quels en seront les effets ? Cela répondra-t-il aux besoins de la personne là où elle se trouve ? Les conditions sont-elles réunies, au-delà de l'optimisme habituel des objectifs ? Sont-elles suffisantes pour atteindre effectivement cet objectif sur le terrain ?

Cette attention est d'autant plus importante dans un contexte marqué par la désillusion au sein de la population. Certains ont peut-être consulté le dernier baromètre de la Fondation « Ceci n'est pas une crise ». Un ami a contacté l'intervenant le jour même en s'étonnant car il pensait que seuls 30 % de personnes souhaitaient un pouvoir fort. L'intervenant lui a répondu que c'était tout le contraire.

Cela soulève des questionnements car tous sont au fait des conséquences. Il suffit d'observer ce qui se passe en Hongrie ou de l'autre côté de l'Atlantique pour mesurer les effets dévastateurs de la quête d'un homme fort, miraculeux, un sauveur qui résoudrait tous les problèmes par un simple coup de baguette magique.

Il est impératif d'adopter une approche dynamique, proactive et non réactive en matière de santé mentale, de peser sur les politiques fédérales en matière de prévention et d'offre de soins, d'enclencher la lutte contre la pénurie de certains métiers qui nécessite un accord entre diverses entités – en incluant notamment la Communauté française –, d'exiger et d'obtenir un refinancement de l'ambulatoire, clé de voûte du modèle de soins recherché depuis 15 ans. Cela implique notamment d'activer un article de loi déjà existant, voté lors de la sixième réforme de l'État, permettant ainsi le transfert de ressources du niveau fédéral vers les entités fédérées dans le cadre de la Réforme 107. Ces éléments représentent une multitude d'opportunités et de pistes à explorer.

Le secteur ne souhaite pas de politique centrée sur des mesures organisationnelles donnant lieu à de nouvelles coordinations et à des couches supplémentaires dans la lasagne institutionnelle. Il est grand temps de renforcer quantitativement l'offre existante, tant dans le secteur ambulatoire que dans le secteur hospitalier, à destination non seulement de la population générale, mais également des personnes souffrant de troubles aigus et chroniques.

Pour cela, les parlementaires peuvent compter sur la Ligue et ses membres, qui non seulement les informeront sur la situation, même lorsqu'il est difficile d'entendre la réalité – ce qui est d'une importance cruciale dans un contexte de post-vérité –, mais également contribueront à solidifier ce qui fonctionne tout en explorant des solutions novatrices capables de répondre à l'évolution des besoins de la population. C'est sur ce point précis que cette dernière attend le secteur et le politique.

### 3. Exposé de Mme Dominique Nothomb, directrice du Centre de prévention du suicide (CPS)

Mme Dominique Nothomb (intervenante) rappelle qu'il s'agit de la seconde audition du Centre de prévention du suicide (CPS). En juin dernier, les parlementaires ont interrogé l'intervenante sur les besoins du CPS. Ces besoins sont listés dans le premier mémorandum du CPS, adressé aux membres de la commission le 5 décembre 2024 et le 18 février 2025. À toutes fins utiles, un lien vers mémorandum est joint à ce document : <https://www.preventionsuicide.be/sites/default/files/uploads/CentrePreventionSuicide-Memorandum2025.pdf>.

Elle ajoute que le CPS constitue la référence en matière de prévention du suicide en Région bruxelloise, mais également en Belgique francophone. Au fil des décennies, depuis plus de cinquante ans, le Centre est devenu un phare dans la tempête pour les personnes en détresse. Au Centre de prévention du suicide, ce sont 100 personnes qui œuvrent pour soutenir ceux qui font face à des idées suicidaires.

Ces 100 personnes incluent 73 bénévoles. L'intervenante présente à cet égard Mme Mariem Fourati, responsable administrative des 73 bénévoles. Il s'agit également de 13 ETP, afin de former une équipe totale de 19 professionnels qui soutiennent l'ensemble des activités, sans oublier un conseil d'administration et divers partenaires, dont il est impossible de citer les noms spécifiquement.

Le CPS est un centre pluraliste, indépendant et neutre. Il est important de le rappeler. C'est un lieu unique en Belgique francophone, voire en Belgique et, à sa connaissance, en Europe, entièrement dédié à la prévention du suicide dans sa globalité.

Le Centre organise des activités de prévention, d'accompagnement des personnes suicidaires, ainsi que des familles endeuillées par suicide. Il intervient dans les collectivités à la suite d'un passage à l'acte et, malheureusement, lorsque le suicide ou le passage à l'acte a bien eu lieu. Le budget du Centre dépasse le million d'euros, mais celui-ci est principalement alloué aux frais de personnel, dont 95 % proviennent de financements publics.

Le CPS est connu notamment à travers la ligne 0800/32.123. Cette ligne fait partie des services proposés aux personnes de manière individuelle. La ligne téléphonique est donc accessible 24 heures sur 24, gratuite et anonyme, ce qui est un aspect très important de ce service de soutien. Une autre particularité est que les répondants de la ligne, soit 73 bénévoles en 2024, sont des citoyennes et citoyens for-

més à répondre sur la ligne d'écoute de prévention du suicide.

Ils sont formés par une équipe de psychologues cliniciens, et les appelants sont des Bruxellois et, plus généralement, des Belges francophones. Il est possible d'imaginer le Centre de prévention du suicide et la ligne d'écoute, de façon plus spécifique, comme un centre d'appels, ce qui n'est toutefois pas le cas.

Le Centre dispose de deux bureaux d'écoute, conçus pour être accueillants, permettant à chaque bénévole qui œuvre sur la ligne de se dédier entièrement à l'écoute de la personne en détresse. Depuis 2020, le Centre a évolué pour réussir à traiter trois appels simultanés contrairement à un appel auparavant. Un autre service fondamental du Centre consiste en des consultations psychologiques, qui se veulent de plus en plus multilingues, menées par des psychologues cliniciens.

La plupart des intervenants sont formés en systémique. Lorsque le CPS reçoit une demande, son engagement est d'intervenir dans les 72 heures et, dans la plupart des cas, l'intervention se fait dans les 24 heures. Ceci est essentiel pour l'accompagnement des personnes suicidaires, de leur entourage et des personnes endeuillées par suicide.

Comme indiqué sur la fiche, un secrétariat est dédié à la prise de rendez-vous. Un autre service, davantage dédié aux collectivités, concerne les formations et sensibilisations.

Celles-ci se déclinent en différents formats, qui s'étendent de trois heures à deux jours, et s'adressent principalement aux intervenants de première ligne du secteur psychosocial.

La première démarche consiste donc à déconstruire les idées reçues sur le suicide, l'une d'elles étant que parler du suicide pourrait le provoquer. Pour l'équipe du Centre, ce n'est pas le cas. Le Centre dispose également d'un site internet qui contient diverses ressources.

L'intervenante présente la première de couverture d'un outil récemment élaboré, dédié aux parents et aux jeunes. Comme l'a souligné M. Yahyâ Hachem Samii, la santé mentale des jeunes a été très fortement impactée; l'équipe du Centre a constaté dans ses activités une augmentation importante du nombre de jeunes voire d'enfants en détresse. Elle précise recevoir de plus en plus d'appels de très jeunes, à partir de 10-11 ans – le plus jeune de leurs patients n'a que 7 ans.

Elle ajoute que l'ADN du CPS repose sur des partenariats essentiels qui lui permettent d'assurer la

meilleure prise en charge possible. Elle présente le logo de certains des partenaires, en ce compris des fédérations – l'intervenante étant elle-même membre du conseil d'administration de la LBSM. Le Centre collabore également avec de nombreux partenaires, qu'ils soient issus des secteurs ambulatoire, hospitalier ou qu'il s'agisse d'acteurs s'adressant à des publics spécifiques.

Il est important également de partager quelques indicateurs chiffrés. L'intervenante évoquait plus tôt 73 bénévoles, soit deux fois plus que dix ans auparavant, pour une augmentation de 25 % par rapport aux cinq dernières années. Ces bénévoles ont répondu à 25.000 appels en 2024. Elle énonce également 2.500 consultations psychologiques avec 200 nouveaux patients, ainsi que 114 formations et sensibilisations dispensées, permettant de former 1.500 personnes en 2024. En ce qui concerne la postvention, pour laquelle le CPS a acquis plus de 20 ans d'expertise, une nouvelle activité d'intervention dans les collectivités est organisée : la proposition de protocoles conçus sur-mesure et adaptés aux réalités des collectivités. Elle précise que 26 interventions ont été menées, formant environ 1.000 personnes.

Pour bien comprendre l'évolution de ces données, il est à noter qu'entre 2020 et 2024, le nombre d'appels traités a quasiment doublé, tout comme le nombre de consultations. Lors de l'arrivée de l'intervenante au Centre en 2020, celui-ci avait entrepris la consultation de l'ensemble des secteurs, que ce soit l'ambulatoire, le secteur hospitalier ou d'autres, afin d'élaborer le premier Plan bruxellois de prévention du suicide, à l'instar de ce qui existe dans les deux autres Régions de Belgique.

Toutefois, les activités du Centre ont dû se recentrer sur l'aide à la population, compte tenu de la forte détérioration de la santé mentale de la population bruxelloise en période de Covid-19, ainsi que dans les années qui ont suivi. Cette aide a nécessité un investissement quotidien de la part de l'équipe tandis que les demandes continuent d'augmenter de manière exponentielle. Les crises successives et l'horizon qui se profile sont inquiétants et risquent d'accroître les idées suicidaires au sein de la population.

Pour ce qui concerne le mémorandum, il a été jugé essentiel de le rédiger en 2025, de le mettre à disposition de tous et de pousser un cri d'alarme afin de solliciter un soutien concret.

Le premier axe de ce mémorandum concerne l'élaboration d'un Plan bruxellois de prévention du suicide. Ce plan, détaillé par étapes, devrait être établi sur cinq ans en concertation avec tous les acteurs des secteurs ambulatoire et hospitalier, ainsi que ceux de la jeunesse et d'autres encore.

Le second axe concerne la formation du personnel de première ligne et des acteurs de terrain. Il est à noter qu'actuellement, les cursus de psychologie et d'autres professionnels de santé ne comprennent pas de formation spécifiquement dédiée à la prévention du suicide, alors que celle-ci requiert réellement une expertise spécifique. Si le Centre a initié des formations pour le personnel de première ligne, un travail considérable reste à accomplir.

Le troisième axe aborde l'amélioration des données scientifiques relatives au suicide. Une enquête réalisée par l'université de Leiden a très clairement montré que le nombre d'études scientifiques sur la question du suicide est très largement inférieur aux moyennes européenne et mondiale. Il est donc temps que les universités de Belgique, en particulier francophones, s'emparent du sujet et étudient spécifiquement le suicide.

Le quatrième axe mentionne la promotion de la santé mentale via des actions de terrain et des campagnes de sensibilisation. Elle mentionne, à cet égard, une campagne d'affichage qui vise à rappeler aux Belges fréquentant Bruxelles que 2.000 suicides ont lieu chaque année en Belgique. Cette campagne d'affichage interpelle chacun avec la question : « Et si c'était une personne que vous aimez ? ».

En effet, les campagnes visent à briser le tabou entourant le suicide et à déstigmatiser les personnes confrontées à des pensées suicidaires. Depuis 2020, avec une couverture médiatique accrue sur la santé mentale et le suicide, il est possible de constater une légère fissure dans ce tabou. Néanmoins, le sujet fait toujours particulièrement peur.

Le cinquième axe évoque la demande de renforcer l'équipe du Centre, notamment en augmentant le soutien humain et les services offerts à la population. Actuellement, le Centre dispose de 13 ETP : dans le contexte bruxellois, il est aisé de comprendre que ces moyens humains sont largement insuffisants, d'autant plus que la demande croît de façon exponentielle.

Le sixième axe concerne la mise en œuvre d'actions préventives ciblées. Depuis cinq ans, le Centre développe des actions spécifiques, en particulier à l'intention des jeunes, qu'il est très important de soutenir car ils constituent les adultes de demain. Actuellement fragilisés, il est essentiel de leur apporter un réel soutien. Deux projets ne demandent qu'à être développés, mais qui nécessitent un soutien humain et financier. Ces projets s'appuient sur l'expertise de l'équipe de salariés et les apports des bénévoles du Centre.

Concernant la postvention, il s'agit d'interventions menées dans les collectivités. Lors des interventions

de l'équipe du Centre, notamment dans les écoles, les équipes hospitalières et les entreprises, il est constaté que les responsables n'ont, pour la plupart, jamais réfléchi aux mesures à prendre en cas de passage à l'acte, qui prévenir ou comment organiser la réponse au sein de leur structure. Le Centre invite donc toutes les structures à établir un protocole sur mesure, tenant compte de leurs réalités, qui définit une forme de procédure à suivre lors d'un passage à l'acte.

L'intervenante vient d'aborder, de manière théorique, le CPS. Mais lors de son audition en juin dernier, elle a également présenté le témoignage d'une personne qui avait contacté la ligne d'écoute. À présent, elle souhaite faire part aux parlementaires du témoignage d'une personne endeuillée par suicide, qui a pris la parole lors d'un podcast pour exprimer son expérience et expliquer comment faire face à ce deuil souvent traumatique.

La personne déclare : « Malgré un contexte difficile, je peux vous dire que cette journée a été enrichissante et inoubliable. J'espère que mon témoignage pourra contribuer à aider la personne en deuil à retrouver un jour la légèreté et à croire malgré tout en la vie. ».

En conclusion, l'intervenante souligne qu'au quotidien, au CPS, l'équipe s'efforce de faire en sorte que chacune et chacun croie en la vie.

#### **4. Exposé de Mme Caroline Depuydt, directrice médicale générale d'Epsilon ASBL**

**Mme Caroline Depuydt (intervenante)** explique être psychiatre et directrice médicale d'Epsilon ASBL. Epsilon est une institution bruxelloise qui regroupe plusieurs entités et qui dispose d'environ 430 lits répartis sur quatre sites majeurs à Bruxelles, principalement à Uccle. Les établissements incluent la clinique La Ramée, la clinique Fond'Roy, la clinique AREA+, qui est spécifiquement dédiée aux adolescents, ainsi qu'une maison de soins psychiatriques dénommée MSP 3 Arbres.

L'ASBL comprend également des services extra-hospitaliers, comprenant deux hôpitaux de jour, l'un pour adultes et l'autre pour adolescents. Une équipe dite d'*outreaching* – équipe d'intensification EPIK – intervient pour tisser des liens avec les adolescents en attente d'hospitalisation, car les délais d'attente ont explosé. Cela permet de les accompagner durant ce temps intermédiaire, parfois même d'éviter l'hospitalisation.

Les initiatives d'habitation protégée (IHP) incluent des appartements supervisés. De plus, Epsilon propose un service psychosocial à domicile (SPAD) pour les jeunes adultes.

L'ASBL place une forte spécialisation dans l'accompagnement des adolescents et des jeunes adultes. Il existe aussi un service ambulatoire avec un lieu d'accueil, le Delta, qui bénéficie, en partie, d'une subvention de la Commission communautaire française.

Les IHP et les maisons de soins psychiatriques (MSP) sont subventionnées par la Commission communautaire commune, tandis que le reste est financé par le SPF. La lasagne institutionnelle belge n'est pas toujours simple à gérer.

L'ASBL dispose également d'un pôle important de consultation avec des consultations adultes, un pôle de consultation pour les adolescents ainsi qu'un nouveau pôle de consultation pour l'enfance et la petite enfance.

La coordination entre ces différents acteurs est assez large dans le domaine de la santé mentale à Bruxelles afin de pouvoir offrir à chacun un lieu, un temps, un espace qui lui convienne, sans pour autant passer par le système hospitalier. Établir des liens constitue une grande caractéristique de la santé mentale à Bruxelles, où l'ASBL travaille en étroite collaboration avec les communes, en particulier avec la commune d'Uccle, ainsi que le réseau bruxellois. L'intervenante mentionne le Projet 107, qui s'intitule Brumenta pour les adultes et Bru-Stars pour les adolescents.

L'objectif de la présentation de ce jour est de fournir aux parlementaires des données et des arguments qui leur permettront de défendre efficacement la santé mentale à Bruxelles et au-delà. L'ASBL entretient des liens avec la Wallonie et l'ensemble de la Belgique.

En tant qu'opérateurs de la santé mentale et en tant que psychiatres, l'équipe constate une spécificité résolument bruxelloise. À cet égard, l'intervenante expose les particularités des problèmes de santé mentale à Bruxelles.

Premièrement, il est important de noter que la population a considérablement augmenté. En 1996, il s'agissait d'un peu moins d'un million d'habitants, tandis qu'en 2024, 1.250.000 personnes sont anticipées. Cependant, l'offre de soins n'a pas évolué. Au contraire, elle semble avoir diminué.

Comme mentionné, on observe un nombre d'ETP insuffisant dans les SSM, un gel de places dans les services hospitaliers afin de créer des équipes

mobiles, qui ne compensent en rien l'augmentation de la population.

Bruxelles, comme d'autres grands centres urbains, fait face à une proportion significative d'étrangers et de demandeurs d'asile. D'après les chiffres, l'année 2023 a enregistré un nombre record de demandes d'asile, comparable uniquement à la régularisation de 2010.

Il est évident que cette situation entraîne des répercussions sur la santé mentale, avec de nombreux demandeurs d'asile souffrant de syndrome de stress post-traumatique, de dépression et d'anxiété, une population à absolument prendre en charge. L'intervenante n'oublie pas également les nombreux sans-papiers et personnes sans abri.

À nouveau, les corrélations entre l'absence de domicile et les troubles de la santé mentale sont très importantes. L'ASBL estime que 85 % des personnes sans abri souffrent d'un trouble de santé mentale, surtout en tenant compte de la surconsommation d'alcool. Une étude de Vivalis évalue ce nombre à un minimum de 50.000 à Bruxelles.

La précarité socio-économique est une réalité qui concerne chacun de manière croissante. En 2023, 28 % de la population en Région bruxelloise vit sous le seuil de pauvreté, contre 8 % en Flandre. Cela signifie que près de quatre fois plus de personnes se trouvent dans une situation de grande précarité.

Le nombre de bénéficiaires d'un revenu d'intégration sociale est passé de 28.479 à 45.135, soit une augmentation de plus de 50 %. Par ailleurs, le nombre de personnes sans abri a quadruplé depuis 2008.

Or, de nombreuses études corroborent le fait que la précarité augmente les problèmes de santé mentale, et à leur tour, ces problèmes aggravent la précarité. En effet, il est très difficile de respecter toutes les conditions exigées, telles que prendre un rendez-vous, se présenter à l'heure ou fournir une pièce d'identité, lorsque l'on souffre mentalement. Ainsi, les difficultés liées à la santé mentale précarisent davantage les individus.

Bruxelles fait également face à un problème considérable de toxicomanie et d'addiction. Ce sujet, largement évoqué dans l'actualité, se base sur des statistiques policières. Par exemple, le commerce de stupéfiants a augmenté de 30 %, et la détention de drogue a progressé de 20 %. Les opérateurs en santé mentale remarquent cette augmentation de la consommation toxique. Le crack est devenu une problématique épidémique qui submerge la société et face à laquelle il est complexe de savoir comment

procéder. Cette réalité s'ajoute aux difficultés de santé mentale rencontrées par de nombreuses personnes.

Bruxelles attire également un grand nombre de personnes provenant d'autres Régions. Alors que la population augmente, l'offre diminue; il est important de noter que jusqu'à 40 % des lits disponibles à Bruxelles sont occupés par des personnes non bruxelloises.

Cette réputation positive de Bruxelles attire ceux qui souhaitent bénéficier de cette expertise et de cette spécificité en matière de prise en charge. Cela vaut pour le secteur de la santé en général mais se constate également en santé mentale, notamment pour ce qui concerne les troubles alimentaires.

Cette problématique a également connu une augmentation après la pandémie de Covid-19. Les centres de traitement sont rares et l'unité de l'ASBL dédiée aux anorexies reçoit plus de 50 % de patients provenant de l'extérieur de Bruxelles, faute d'alternatives au sein de leur propre Région.

De plus, Bruxelles dispose de peu de lits psychiatriques par rapport aux autres Régions de Belgique. L'intervenante a dressé un tableau montrant la répartition des lits en hôpital psychiatrique et en service psychiatrique d'hôpital général en Belgique. Au total, il existe près de 15.000 lits psychiatriques dans le pays. Parmi ceux-ci, 8,80 % d'entre eux se trouvent à Bruxelles, 30 % se trouvent en Région wallonne et 61 % se trouvent en Région flamande.

Si ces chiffres sont mis en parallèle avec la population de chaque Région, Bruxelles représente 10,60 % de la population totale. Ainsi, il est évident que l'augmentation de la population fait face à un nombre de lits insuffisant, alors même que ceux-ci ont diminué et que des personnes d'autres Régions viennent y accéder.

Bruxelles est donc confrontée à une problématique de saturation, qui s'ajoute à l'accroissement des troubles de santé mentale et à une demande explosive dans ce domaine. L'intervenante aborde également la pénurie de psychiatres et de pédopsychiatres, sans compter le contexte anxiogène précédemment décrit, ainsi que la surinformation, la désinformation et l'influence négative des réseaux sociaux. Elle recommande donc à chacun de désactiver ses notifications et, de temps à autre, de passer en mode avion afin de préserver sa santé mentale.

Elle mentionne également les familles monoparentales, l'isolement social et un profond sentiment de solitude, surtout chez les jeunes et les adolescents, qui ne favorise pas leur développement personnel.

Par ailleurs, pour ce qui concerne le stress professionnel, il est pertinent de souligner que 45 à 50 % des interruptions de travail résultent de problèmes de santé mentale, notamment des burnouts. Il est évident que le stress professionnel constitue un mal du siècle qui touche toute la population, en ce compris les jeunes.

Les statistiques révèlent une augmentation des problèmes de santé mentale parmi les jeunes. Vers une Belgique en bonne santé indique que plus de 16 % des jeunes âgés de 10 à 19 ans sont diagnostiqués avec un trouble mental, et 63 % d'entre eux font état d'une dégradation de leur état de santé mentale. En effet, deux tiers des jeunes affirment se sentir perdus. Ils expriment leur désarroi face à la situation qu'ils traversent.

Cela entraîne inévitablement des conséquences telles que la phobie scolaire, le décrochage, l'anxiété et la dépression. Des cas de dépression sont observés chez des très jeunes patients de 10 ans, ce qui touche profondément l'intervenante.

Bruxelles assiste à une augmentation des addictions, des idées suicidaires et des passages à l'acte. La demande pour des soins volontaires a explosé, tout comme le nombre de mises sous observation, en particulier chez les jeunes. Elle mentionne les hospitalisations sous contraintes, désormais appelées mises sous observation protectrice, par suite d'une nouvelle législation instaurée en janvier 2025.

Il est dramatique de constater que, en raison d'un manque de places et d'accueil, les mises sous observation protectrice explosent également chez les enfants et les adolescents. Ces derniers se retrouvent en surnombre dans des services déjà débordés, ce qui entraîne, d'une part, une explosion de la violence chez les patients et, d'autre part, une intensification du stress professionnel et des burnouts parmi les soignants, dépassés par cette situation.

Il est primordial, lorsque l'on parle de santé mentale, de ne pas perdre de vue l'importance de la psychiatrie dans ce domaine. La santé mentale est souvent perçue comme un mal-être psychologique réversible ou provisoire, pour lequel des actions ciblées, éventuellement préventives, peuvent être mises en place afin d'inverser la tendance. Effectivement, chacun rencontre des problèmes de santé mentale à un moment ou à un autre de sa vie.

Cependant, la santé mentale est également une affaire de troubles et de pathologies psychiatriques. C'est là qu'interviennent les psychiatres car certaines pathologies requièrent une attention aiguë, une prise en charge intense et une approche multidisciplinaire, souvent sur le long terme. Elle donne en exemple la

schizophrénie, maladie entraînant une déconnexion de la réalité; elle se traite de manière similaire à une maladie chronique comme le diabète. Une fois qu'une personne est atteinte de diabète, il n'y a pas de guérison possible. Il faut vivre avec le diabète et être engagé dans un parcours de soins dédié.

En ce qui concerne la schizophrénie, il est possible d'atteindre une certaine stabilisation permettant à la personne de mener une vie aussi intégrée que possible. Néanmoins, cela reste une maladie complexe et chronique, marquée par des crises et des rechutes, nécessitant un accompagnement à long terme. Il importe donc de ne pas négliger ce volet de la psychiatrie afin de ne pas créer une psychiatrie à deux vitesses.

Les établissements de soins, tels que les centres de santé et les SSM, sont déjà débordés, et c'est compréhensible. Face à cette surcharge, ils privilégieront les demandes de soutien émanant de personnes relativement stables, négligeant ainsi ceux qui sont en détresse ou moins demandeurs. Ces derniers risquent d'être oubliés, rejetés et relégués à la marge, entraînant une explosion des hospitalisations sous contrainte, dont le nombre ne cesse d'augmenter.

À Bruxelles, entre 2016 et 2023, les chiffres sont passés de 977 à 1.517 hospitalisations sous contraintes, et les taux en Belgique augmentent également. Bruxelles, en raison des difficultés déjà évoquées, est un condensé de ces difficultés et fait donc face à une situation particulièrement problématique.

La conclusion de ces constats est claire : les besoins des patients explosent, et cela se traduit par un profond désarroi, tant pour les patients que pour leurs familles. On observe des troubles psychiatriques graves dès le plus jeune âge, ce qui souligne l'importance d'une première ligne de soins efficace, avec des psychologues. Si le psychiatre est souvent considéré comme un médecin de deuxième ou troisième ligne, ce n'est pas toujours le cas. Il est également crucial de comprendre que le psychiatre joue un rôle essentiel dès le départ.

Lorsqu'un jeune présente des symptômes préoccupants, un diagnostic précis et une évaluation pour un éventuel traitement sont nécessaires. Ainsi, le psychiatre doit être considéré comme un intervenant de première ligne, ce qui renforce la nécessité de leur présence dans les SSM, où les consultations sont actuellement saturées. Il existe des postes ouverts dans les centres de santé mentale, et le rôle des psychiatres est fondamental à ce niveau.

Du côté des professionnels, ils sont débordés, avec un allongement des délais d'attente et des psychiatres qui ne prennent plus de nouveaux patients.

L'intervenante témoigne recevoir jusqu'à 15 nouvelles demandes par semaine. Elle n'a néanmoins pas la possibilité d'allonger ses journées et elle doit donc établir des limites. Pour des professionnels, et en particulier ceux qui œuvrent en santé mentale, souvent animés par la vocation et l'enthousiasme, il est extrêmement difficile de dire non, car cela les laisse avec la sensation d'abandonner les patients. Quand quelqu'un appelle au secours, par exemple, concernant son fils de 12 ans qui envisage de se suicider, répondre qu'aucune place n'est disponible et lui demander d'aller dans un SSM ou aux urgences, qui déjà débordées, ne peuvent pas gérer cela, est déchirant.

Ce système contribue à de nombreux burnouts, avec un taux d'absentéisme de près de 11 % dans les hôpitaux, ce qui crée un cercle vicieux où il leur est demandé de faire plus avec moins, tandis que ceux qui travaillent en continu doivent gérer un volume constant de patients, ce qui conduit également à leur épuisement. Il existe donc un risque de voir une machine qui s'emballer. Des risques médico-légaux se dessinent, tant il y a de personnes en détresse qui n'ont pas accès aux soins nécessaires.

Il existe un sentiment de découragement et une impression massive de solitude et d'abandon. Les professionnels de la santé accompagnent souvent des personnes marginalisées, des individus dont personne ne se soucie, dont personne ne parle et qui n'ont que peu de soutien. Les professionnels ressentent également, parfois, une totale absence de reconnaissance, car mis à part une tape dans le dos, il leur manque les ressources nécessaires pour remplir pleinement leurs missions.

Il est vrai que les budgets ont été augmentés, notamment grâce aux mesures mises en place par le Fédéral, telles que le soutien aux psychologues de première ligne et le renforcement des soins hospitaliers. Ces initiatives sont les bienvenues et témoignent d'une prise de conscience croissante de l'importance de la santé mentale. Cependant, cela s'est souvent fait au prix d'une stagnation des lits dans des Régions déjà en difficulté, comme Bruxelles. Cette situation ne compense pas le retard historique des subventions allouées aux soins de santé mentale et ne répond pas à l'augmentation de la population. Ainsi, les budgets disponibles restent totalement insuffisants face à l'accroissement des besoins.

Elle présente une diapositive attestant que le budget alloué aux soins de santé mentale est largement inférieur aux nécessités qu'il devrait couvrir. En effet, les troubles mentaux représentent près de 20 % de la charge mondiale de morbidité, selon l'OMS, tandis que moins de 2 % du budget est dédié aux soins de santé mentale. Même avec les 200 millions d'euros

alloués par M. Frank Vandenbroucke, ministre fédéral de la Santé et des Affaires sociales, aux psychologues de première ligne, cette part n'augmente guère. Cela ne constitue qu'une petite virgule supplémentaire dans ce pourcentage. Quelles solutions envisager ?

L'intervenante souhaite proposer aux parlementaires quelques pistes à défendre, là où cela est possible. Comme M. Yahyâ Hachem Samii l'a souligné, l'idée serait de renforcer ce qui existe déjà. Des structures existent déjà, comme les SSM. En ce qui concerne les lits psychiatriques, il est crucial de renforcer les lieux d'accueil, et non pas de créer un énième projet pilote. Ceux-ci peuvent être intéressants, mais ils risquent souvent de devenir une charge plutôt qu'une solution. Ils entraînent des coûts supplémentaires qui ne sont pas toujours couverts, car les frais de fonctionnement sont souvent sous-estimés par rapport à la charge de travail. De ce fait, ces initiatives fragmentent les soins et aggravent le déficit. Il est donc essentiel de consolider ce qui est déjà en place.

Il convient également de diriger le budget vers les patients et usagers, là où ils peuvent réellement bénéficier des services. Renforcer les frais de fonctionnement des SSM aide les usagers. Par exemple, le personnel de coordination dans un service de santé mentale peut soulager la charge administrative, permettant ainsi aux cliniciens de se consacrer pleinement à leurs patients et à s'investir dans la clinique. De plus, il pourrait être judicieux d'intégrer des accueillants dans ces services, offrant des moments d'accueil sans rendez-vous, car il est souvent difficile de respecter un rendez-vous en période de détresse. Ces accueillants pourraient également orienter les usagers selon leurs besoins.

Il est donc important de ne pas reléguer ces initiatives au profit de nouveaux coordonnateurs de réseau éloignés des réalités des soins de première ligne. Ce n'est pas de cela dont le secteur a besoin pour entrer en contact avec les patients et partager leur détresse. Il est indispensable de soutenir les soins de première ligne, à travers des formations et des supervisions.

En réalité, la première ligne en santé mentale s'apparente à une toile d'araignée. Les CPAS accueillent des bénéficiaires confrontés à des problèmes de santé mentale, souvent extrêmement démunis. L'intervenante a déjà dispensé des formations sur la désescalade verbale, qui sont bénéfiques pour les professionnels n'ayant pas l'habitude de gérer ces situations — ce qui est tout à fait compréhensible. L'objectif est de leur permettre de gagner du temps et de développer une relation de confiance avec ces bénéficiaires, tout en tenant compte de leurs problèmes de santé mentale.

Les agences immobilières sociales (AIS) constatent une augmentation du nombre de personnes souffrant de problèmes de santé mentale. L'accès au logement est déjà un défi en soi, mais lorsque l'on souffre d'un trouble psychiatrique, cela devient extrêmement compliqué. C'est une véritable épreuve.

Les AIS font de plus en plus face à des personnes souffrant de problèmes de santé mentale. Elles pourraient devenir des lieux d'accueil et de soutien, et il serait pertinent de les accompagner dans la formation et la supervision de leur personnel.

Concernant la police, les interventions liées à la toxicomanie, aux sans-papiers et aux personnes en situation irrégulière mettent en lumière les nombreux individus souffrant de problèmes de santé mentale. L'escalade symétrique peut rapidement se manifester. Il serait judicieux de proposer des formations visant à favoriser la communication, la compréhension et la connaissance mutuelle. N'oublions pas ces patients qui sont les plus déshérités, souvent touchés par des troubles complexes.

En effet, prendre en charge ces personnes n'est pas aisé. Mais, après 20 ans de direction d'un service d'hospitalisation sous contrainte, l'intervenante atteste que cette expérience est très enrichissante. Les professionnels ont la possibilité d'aider des individus en les sortant de la rue, de la misère, et de leur permettre de retrouver une vie digne. C'est là le véritable sens de leur métier et de l'engagement des politiques : offrir une vie digne à tous les citoyens, sans discrimination.

Il est donc crucial de soutenir les plus démunis, car ils ne peuvent pas revendiquer leurs droits par eux-mêmes. Il importe de veiller à ne jamais les oublier dans les réflexions sur les services offerts à la population et sur les dispositifs mis en place.

## 5. Échange de vues

**Mme Amélie Pans (présidente)** remercie les intervenants pour leurs éclaircissements très instructifs. En effet, il est facile d'oublier ce qui se passe sous la pointe visible de l'iceberg.

**Mme Ariane de Lobkowicz (MR)** remercie du fond du cœur les intervenants pour leur présence au sein de cette commission, ainsi que pour la qualité de leurs présentations et de leur travail, qui est à la fois admirable et malheureusement nécessaire.

Heureusement, aujourd'hui, l'importance de la santé mentale ne fait plus débat, du moins la députée l'espère. En tout cas, au sein de l'hémicycle, elle rencontre un large consensus entre les différents

groupes politiques. Cependant, il reste encore énormément de travail à accomplir. Elle pense à tous ces tabous qu'il convient de briser, aux efforts à fournir en matière d'information et de prévention.

Malheureusement, les chiffres demeurent profondément alarmants. Les intervenants ont largement évoqué la problématique de la saturation des services et des délais d'attente, qui s'avèrent souvent extrêmement longs. À ce sujet, la députée souhaite poser plusieurs questions à M. Yahyâ Hachem Samii.

Concernant les délais d'attente, ont-ils augmenté et, le cas échéant, dans quelle mesure ? En ce qui concerne les personnes les plus vulnérables, il est à déplorer qu'elles soient précisément celles qui rencontrent le plus de difficultés pour demander de l'aide. Dans les cas où une prise en charge directe est impossible, ces personnes peuvent se sentir découragées et dissuadées de reprendre contact avec les services de santé mentale par la suite. Lorsqu'une telle situation se produit, existe-t-il d'autres alternatives possibles pour veiller à ce que ces patients ne soient pas perdus de vue ?

Elle souhaite également savoir si les 23 services agréés communiquent entre eux et échangent de manière efficace.

La députée adresse ensuite ses questions à Mme Dominique Nothomb. Comme expliqué, ce sont principalement les femmes qui sollicitent de l'aide au CPS. Malheureusement, les hommes sont ceux qui sont les plus sujets au suicide. Comment les inciter à rechercher de l'aide ? Comment les encourager à ne pas se conformer aux stéréotypes machistes qui les poussent à croire qu'il ne faut pas parler de ses problèmes et qu'il est possible de les résoudre seul ? Quelles stratégies pourraient être mises en place pour les inciter à chercher de l'aide ? De plus, l'intervenante dispose-t-elle de données concernant appelants aux lignes d'écoute, notamment une classification par âge ?

On sait que les jeunes sont davantage enclins à demander de l'aide et sont plus exposés au risque de suicide, mais existe-t-il également des seniors qui viennent chercher de l'aide ? Cela pourrait être précieux pour mieux cibler le public en recherche d'aide pour des problèmes de santé mentale.

Pour en revenir au mémorandum, il est évoqué une stratégie de prévention du suicide avec un large focus sur les jeunes, notamment ceux âgés de 15 à 24 ans, avec des actions ciblées dans les écoles. Cependant, en consultant le guide de l'EVRAS, on constate que le terme « suicide » n'apparaît jamais au cours des 300 pages, alors que le harcèlement y est particulièrement présent, d'où la nécessité de souligner la

corrélation tragique entre ces deux phénomènes. La question du suicide devrait-elle être intégrée dans les activités de l'EVRAS ? Quelles actions concrètes de sensibilisation pourraient être mises en œuvre dans le milieu scolaire ?

Ensuite, en ce qui concerne le financement, les besoins sont énormes et les ressources humaines manquent drastiquement. Cependant, tous sont au fait également de la situation financière assez fragile de la Région. Les difficultés rencontrées sont-elles réellement le résultat d'un budget trop faible ?

Étant donné que la Commission communautaire française soutient 23 services et en finance également d'autres de manière facultative, ne faudrait-il pas mener une réflexion quant à une rationalisation de ces structures ? Cela permettrait, avec un budget plus ou moins similaire, de financer davantage les structures restantes.

Concernant le décret ambulatoire, quelles sont les avancées perçues, à ce jour, par les intervenants, à la suite de la modification de ce décret ? Les synergies entre les services de santé mentale et les autres services de soins ont-elles été renforcées, comme le stipule le décret ? Enfin, le décret accorde-t-il une importance suffisante à la prévention et à l'information en matière de santé mentale ? Les intervenants peuvent-ils témoigner d'efforts concrets à ce sujet ?

La députée souhaite adresser ses dernières questions à Mme Caroline Depuydt. Un point qu'elle souhaite aborder concerne la connexion et la coordination entre la première et la deuxième ligne.

Elle croit comprendre que certains des services proposés se situent à l'intersection des deux, notamment pour Kot Plus et La Lisière. Dans ce cadre, l'intervenante peut-elle fournir des informations quant à la trajectoire des personnes accompagnées ? Avant de solliciter ces services, les bénéficiaires ont-ils fait appel aux services de santé mentale de la première ligne ?

Pour ce qui concerne les personnes ayant effectivement entrepris ces démarches, sont-elles accompagnées par l'équipe de l'ASBL avec une approche différente de ceux n'ayant jamais consulté de professionnels ?

Enfin, comme indiqué dans le rapport d'activités de l'ASBL de 2023, le taux d'occupation des structures s'élevait à 91 %. Quels sont les chiffres pour 2024 ? Dans quelle mesure la saturation des services de santé mentale a-t-elle une incidence sur la capacité au sein de ces structures ?

**Mme Cécile Vaincel (PS)** se joint aux remerciements de sa collègue par rapport à ces présentations. Elle se dit surprise de constater l'ampleur des défis en matière de santé mentale. L'explosion de la demande combinée à une offre insuffisante, à la fois structurelle et aggravée par des facteurs conjoncturels, est frappante.

Malgré tous les efforts déjà entrepris par le Gouvernement précédent, comment empêcher cette machine de s'emballer davantage ? La santé mentale revêt une importance capitale, non seulement d'un point de vue humaniste, mais aussi d'un point de vue pragmatique, car une Région prospère nécessite des citoyens en bonne santé, remis à l'emploi. Il est donc essentiel de commencer par « réparer les vivants ».

Les intervenants ont déjà fourni plusieurs pistes et propositions concrètes. La députée se concentrera donc sur une question qui demeure peut-être pendante. Quelles solutions préconiser pour améliorer l'accessibilité aux soins et, surtout, la coordination entre les différentes structures existantes ?

Comment la collaboration entre les divers services, par exemple de santé mentale, pourrait-elle être améliorée pour garantir une prise en charge encore plus efficace des patients ? Le nombre de services de santé mentale actuel est-il suffisant, ou serait-il nécessaire d'ouvrir de nouvelles structures ?

Elle constate également une différence salariale significative, de presque 2.000 euros, entre les médecins ayant 15 ans d'ancienneté en Région bruxelloise et ceux en Région wallonne. Quelles sont les raisons historiques de cette disparité et les solutions possibles pour harmoniser ces écarts ?

Les intervenants ont également mentionné la nécessité de démystifier la santé mentale et de ne pas la réduire à la notion de folie. Quels leviers actionner afin de mieux sensibiliser la population et les entreprises sur l'ensemble de ces enjeux ?

D'après l'étude « Noir Jaune Blues », 59 % des Belges interrogés aspirent à une vie de repli et 70 % des sondés préfèrent un régime autoritaire. Comment les tensions politiques et l'incertitude institutionnelle affectent-elles la santé mentale des citoyens ? À l'inverse, comment la détresse personnelle peut-elle affecter la confiance du citoyen envers les institutions ?

Quelles devraient être les priorités d'investissement dans le domaine de la santé mentale pour cette législature ? Quelques pistes ont déjà été esquissées et il ne s'agirait pas tant d'une réforme en termes de réorganisation mais bien d'un refinancement des structures existantes.

Serait-il cohérent d'organiser l'offre de services en santé mentale selon une approche territoriale, ou ce découpage n'est-il pas nécessaire compte tenu de la volonté des utilisateurs de se déplacer pour accéder aux services de leur choix ?

Quels leviers pourraient être activés pour prévenir la tentation du suicide chez les jeunes dans les écoles et au sein des familles ? Comment les intervenants évaluent-ils l'accès aux soins psychiatriques ? Le nombre de lits disponibles est-il adéquat ? Il semble que non, et cela fait partie de l'équation à prendre en compte.

te-t-il un suivi efficace pour prévenir les rechutes après une hospitalisation ? Quelles améliorations pourraient être mises en œuvre concernant le suivi après une rechute ? Plus généralement, comment renforcer la collaboration entre toutes les structures compétentes, telles que les hôpitaux psychiatriques, les maisons médicales et les CPAS, afin d'assurer une prise en charge globale de cette problématique ?

Enfin, quelles sont les suggestions des intervenants pour prendre soin de la population bruxelloise et éviter cette spirale infernale de souffrance – introduction de la culture, du sport, etc. ?

**M. Yusuf Yildiz (PS)** remercie les intervenants pour leur présentation et pour le travail essentiel qu'ils mènent tous dans le domaine de la santé mentale.

Il souhaite revenir sur certains points afin de mieux appréhender certaines dynamiques et d'obtenir l'éclairage des intervenants sur des éléments nécessitant des précisions.

Tout d'abord, il s'adresse à M. Yahyâ Hachem Samii au sujet du mémorandum 2024 publié sur le site de la LBSM. Il y est mentionné que seulement une demande sur quatre adressée aux services de santé mentale reçoit une réponse favorable et qu'il est devenu très complexe de trouver un psychiatre, notamment pour les enfants et adolescents.

La Ligue dispose-t-elle de données ou d'études concrètes qui permettraient d'identifier les profils des personnes qui se retrouvent sans réponse, ainsi que les conséquences tangibles de cette saturation sur ces patients ?

Le mémorandum souligne également que la Belgique figure parmi les pays européens avec le taux de suicide le plus élevé et que la consommation de médicaments psychotropes a considérablement augmenté ces dernières années. Pourtant, il est indiqué également que la santé mentale est de moins en moins un tabou. Cette évolution des mentalités a-t-elle un impact réel sur la prévention et l'accès aux

soins ? Ou bien existe-t-il une forme de paradoxe où une meilleure reconnaissance de la santé mentale ne se traduit pas encore par des actions concrètes en faveur des patients ?

Il y est également mentionné des inégalités sociales croissantes à Bruxelles et leur impact sur la santé mentale. Certaines populations, telles que les jeunes, les familles monoparentales ou les personnes sans abri, sont particulièrement vulnérables. La Ligue a-t-elle observé des besoins spécifiques émergents parmi ces groupes au cours des dernières années, ou des tendances qui devraient alerter quant à l'évolution des troubles psychiques en fonction des contextes socio-économiques ?

Le député interroge ensuite Mme Dominique Nothomb concernant le communiqué de presse du CPS daté du 5 septembre 2024. Il y est indiqué qu'à partir de 2020, les appels de jeunes sur la ligne d'écoute ont enregistré une augmentation de 15 % et que 4 consultations sur 10 au CPS concernent des jeunes en crise suicidaire. L'intervenante a-t-elle remarqué des éléments communs dans les discours des jeunes au cours de ces dernières années ?

Il y est également mentionné que certains jeunes élaborent un scénario détaillé de passage à l'acte suicidaire dès l'âge de 10 ans. Ces situations étaient-elles déjà présentes auparavant, ou est-il constaté une émergence plus précoce des idées suicidaires chez les enfants ? Si tel est le cas, quels pourraient être les déclencheurs de cette tendance ?

Le Centre souligne l'importance de nommer et d'aborder les idées suicidaires sans crainte d'induire un passage à l'acte. Cependant, de nombreux parents et proches peuvent se sentir désespérés face à cette approche. A-t-il été observé des réticences particulières au sein des familles et comment les convaincre que cette démarche est bénéfique ?

Pour conclure, le député s'adresse à Mme Caroline Depuydt. Celle-ci a mentionné dans son exposé que Bruxelles dispose de 8 % de lits par rapport à l'ensemble de la Belgique – environ 30 % en Wallonie et 60 % en Flandre –, tout en ajoutant que 40 % des demandes proviennent de personnes extérieures à Bruxelles.

Lors des interventions de l'ASBL, l'équipe ne retourne-t-elle pas ces demandeurs vers leur Région d'origine en expliquant que des centres existent près de chez eux, les encourageant ainsi à essayer d'y recourir avant de se diriger vers Bruxelles ? Cela permettrait d'alléger la pression sur les places disponibles et de trouver une solution à ce problème. Bien entendu, le député se dit favorable au refinancement

de ces institutions, qui sont d'une grande utilité pour tous.

**Mme Mihaela Drozd (PTB)** souhaite également exprimer sa gratitude pour la présence des intervenants ce jour et pour le temps qu'ils consacrent à partager leur expérience et leurs préoccupations. Leur travail dans le secteur de la santé est d'une importance capitale.

Elle se permet de l'affirmer en tant que personne ayant également une expérience dans ce domaine et connaissant les implications d'un burn-out. Elle témoigne avoir d'anciens collègues qui en souffrent et leur situation est extrêmement difficile.

La plupart des questions ont déjà été abordées, elle ne souhaite donc pas réitérer les mêmes interrogations. Quoi qu'il en soit, elle tient à saluer le travail accompli chaque jour par les acteurs du secteur, car il n'est pas aisé. Cela demande une énergie considérable et, à la fin de la journée, elle est bien consciente qu'ils sont épuisés, mais qu'ils reviennent chaque jour avec une nouvelle détermination.

**Mme Gisèle Mandaila (DéFI)** se joint également aux remerciements de ses collègues pour le travail effectué par les intervenants. La plupart des questions ont été posées et rejoignent celles de la députée.

Les chiffres fournis confirment en partie tout ce qu'il est possible de lire concernant la santé mentale, notamment en ce qui concerne la santé mentale des adolescents et des jeunes, ainsi que l'augmentation des suicides parmi les plus jeunes.

La députée interroge M. Yahyâ Hachem Samii concernant questions complémentaires en relation avec la LBSM. L'intervenant a mentionné les statistiques concernant les femmes, en signalant qu'un plus grand nombre de femmes souffrent de troubles de la santé mentale. Existe-t-il une approche genrée dans la prise en charge de ces problématiques, en particulier pour les femmes ?

En outre, il est important de noter que les hommes souffrent également. Existe-t-il une approche différenciée pour hommes et femmes, en tenant compte des nouveaux publics rencontrés en Région bruxelloise ?

Il fut évoqué que 23 services de santé mentale sont agréés par la Commission communautaire française, ainsi qu'une plateforme de concertation pour la santé mentale. Cette dernière a pour objectif d'organiser une concertation entre les institutions et les services psychiatriques. La députée demande donc à Mme Caroline Depuydt si une collaboration est mise en place entre les différentes structures existantes, telles que les hôpitaux et les associations.

Concernant la prévention du suicide, Mme Dominique Nothomb a mentionné, dans le cadre du mémorandum, la nécessité d'une politique régionale de prévention du suicide. Comment envisager cette politique régionale, qu'il est important d'établir ?

Elle souhaite également interroger Mme Caroline Depuydt concernant les 40 % de non-Bruxellois occupant des chambres d'hôpital. Prennent-ils la place des Bruxellois ou leur présence est-elle compatible avec l'utilisation des places hospitalières destinées à ces publics ? Si cela implique qu'ils occupent effectivement les places des Bruxellois, comment résoudre ce problème ?

Il a été évoqué une augmentation des troubles mentaux en Région bruxelloise, notamment en raison de l'accroissement de la population, qui comprend un nombre élevé de demandeurs d'asile et d'étrangers. Comment se déroule le suivi des demandeurs d'asile déboutés, qui doivent quitter le territoire, mais qui restent néanmoins sur place ? Quelles sont les méthodes de travail du secteur à cet égard ?

Enfin, la députée revient sur la question des femmes et de la santé mentale. Il est un fait que le public féminin d'origine étrangère est plus élevé et que ce groupe parle rarement de sujets de santé mentale. Il existe un tabou important à cet égard. Les intervenants rencontrent-ils cet écueil et, si oui, comment parviennent-ils à aider ce public, notamment en apportant un soutien aux familles pour mieux comprendre les problématiques de la santé mentale et du suicide, surtout chez les jeunes ?

**Mme Joëlle Maison (DéFI)** remercie également les intervenants pour leur présence et pour le travail qu'ils effectuent au quotidien. Comme l'a affirmé Mme Cécile Vainsel, cette réalité provoque un choc à chaque échange entre les parlementaires et le secteur. Toutes les personnes présentes ici ressentent un minimum d'empathie et se montrent très préoccupées, parfois même impuissantes face aux différentes problématiques soulevées ce jour.

La députée souhaite partager une réflexion concernant l'école, car beaucoup de situations s'y déroulent. Or, l'école a un rôle préventif crucial à jouer. Il lui semble que la mission première de l'école est de garantir un environnement sûr pour l'élève, d'autant plus qu'il y entre souvent à trois ans, l'école étant obligatoire à partir de cinq ans. Pourtant, elle a l'impression qu'un nombre croissant de jeunes vivent l'école comme une source d'anxiété, que ce soit chez les petits ou chez les adolescents. Cette période charnière entre 12 et 17 ans semble particulièrement marquée par l'anxiété.

La députée propose donc trois pistes, la première étant l'apprentissage de la langue. En effet, les intervenants ont mentionné les milieux les plus précaires. Souvent, les élèves primo-arrivants ou les enfants qui ne maîtrisent pas la langue d'enseignement se sentent déconnectés, tant par rapport à leurs camarades qu'à leur propre famille, qui n'a pas toujours l'opportunité d'apprendre la langue.

Une distorsion se crée alors entre l'enfant qui progresse et son milieu d'origine qui ne suit pas. En tant qu'échevine de l'Enseignement, la députée avait mis en place un projet pilote au sein de la commune pour aider les élèves primo-arrivants en orientant leurs parents vers des cours d'éducation pour adultes. Bien que le projet n'ait pas été reconduit, il constitue une idée à explorer davantage, car l'apprentissage de la langue est fondamental, tant pour les primo-arrivants que pour les élèves dont le français est la langue maternelle.

En effet, il existe une corrélation entre la maîtrise de la langue et la violence, et entre le manque de vocabulaire et le développement de comportements violents. Par conséquent, la députée considère cela comme un outil essentiel.

La deuxième proposition concerne la nécessité d'élargir les missions de dépistage des jeunes en détresse à l'école, par le biais des centres PMS, ainsi que la création d'une cartographie des acteurs à mobiliser en cas de détection de problèmes spécifiques chez les enfants. Il serait bénéfique que chaque établissement scolaire puisse accéder à un tel réseau. Les intervenants trouvent-ils cette proposition pertinente ?

Comme l'ont mentionné Mme Ariane de Lobkowicz et Mme Cécile Vainsel, la lutte contre le harcèlement est un sujet sur lequel tous les parlementaires sont déjà sensibilisés. Au niveau de la Fédération Wallonie-Bruxelles, des outils commencent à être mis en place, ainsi que des approches pédagogiques qui dépendent avant tout de la liberté pédagogique des établissements.

Il est révélateur qu'un environnement scolaire axé sur la coopération, plutôt que sur la rivalité, contribue au bien-être des élèves et des équipes pédagogiques. Ce principe devrait être évident : les approches éducatives basées sur la coopération engendrent un cadre positif pour le développement de chaque enfant. Daniel Pennac, dans *Chagrin d'école*, illustre parfaitement ce propos en évoquant la transformation d'un élève malheureux en enseignant passionné grâce à une approche bienveillante.

La première question, inspirée par l'un de ses stagiaires, éducateur et entraîneur sportif, porte sur la

possibilité d'inclure des formations axées sur le mal-être sous toutes ses formes pour les éducateurs. Ces formations, au-delà des compétences sportives, pourraient-elles comprendre des approches pour détecter et gérer le mal-être des jeunes dans les clubs sportifs et les activités parascolaires ? L'idée serait de prévenir et d'orienter vers les ressources disponibles dès les premiers signes.

La seconde question, plus générale, porte sur l'existence, dans d'autres pays, d'un modèle de prise en charge de la santé mentale des jeunes et moins jeunes, qui semble prometteur et qui pourrait inspirer le nouveau Gouvernement ou le nouveau Collège de la Commission communautaire française dans leurs futures démarches.

**Mme Stéphanie Lange (Les Engagés)** remercie à son tour les intervenants de leur présence et de leurs présentations très enrichissantes.

Elle interroge Mme Dominique Nothomb concernant la réalité du coût du suicide en Belgique et à Bruxelles. Comment sont financés les centres de prévention du suicide ? Quelle est la source de ce financement et quels sont les besoins supplémentaires ?

Quelle est la signification de leur travail quotidien dans le cadre de la prévention du suicide ? À qui sont destinées les formations dispensées ? En ce qui concerne les bénévoles, le Centre rencontre-t-il des difficultés pour les recruter ? Quel est le taux de rotation des bénévoles au sein de l'association ?

Elle demande également à Mme Caroline Depuydt si, au sein des différents centres gérés par l'ASBL, un suivi post-hospitalier est mis en place ? Comment cela se déroule-t-il concrètement ? La députée a eu l'opportunité de visiter l'hôpital psychiatrique Jean Titeca, qui lui a en partie expliqué le fonctionnement.

Par ailleurs, les intervenants considèrent-ils que l'interdiction du téléphone portable à l'école à des fins récréatives soit une mesure bénéfique ?

Concernant les aidants proches, les troubles psychologiques sont-ils fréquemment observés chez ces personnes ? Quel type de soutien les intervenants envisagent-ils à leur égard ?

Enfin, comment améliorer la collaboration entre les hôpitaux, les psychologues indépendants et les services sociaux ? Existe-t-il des modèles en Belgique ou ailleurs qui pourraient inspirer une réforme du système ?

**M. Kalvin Soiresse Njall (Ecolo)** remercie, au nom du groupe Ecolo, les intervenants pour le travail qu'ils effectuent, dans la mesure où les problèmes

de santé mentale peuvent s'apparenter à l'image du « tueur silencieux ». Ils agissent comme un instrument de torture qui, lentement, peut aboutir au suicide. Il n'est donc pas facile de porter cette cause tous les jours sur le terrain.

Il remercie également sa collègue Joëlle Maison pour avoir évoqué le rôle de l'école, en particulier concernant les causes et les moyens de prévenir les problèmes de santé mentale, car c'est véritablement là qu'il faut commencer.

Le député se réfère à l'étude publiée par la RTBF sur la manière dont les Belges perçoivent la société, où il fut mention de retribalisation. Quelles sont les réflexions des intervenants à ce sujet ? Quels sont, selon eux, les effets de cette retribalisation sur la santé mentale ? Comment perçoivent-ils au sein de la société actuelle le lien entre cette retribalisation et sa traduction concrète en matière de santé mentale et des difficultés qui y sont liées ?

Par ailleurs, en ce qui concerne la gestion des politiques actuelles, les solutions mises en place dans les domaines social, éducatif et scolaire, peuvent-elles réellement offrir des réponses préventives dans ces sphères d'intervention ? Ou bien ces politiques renforcent-elles la retribalisation dont question ? Il s'agit d'un élément crucial à considérer. Bien entendu, les réseaux sociaux jouent un rôle significatif, mais d'autres facteurs interviennent également.

Or, il est important pour les parlementaires de se remettre en question. Les politiques mises en place contribuent-elles à aggraver les problèmes de santé mentale ou non ? Il est inutile d'investir dans la santé mentale sans aborder la prévention en amont, ce qui pourrait s'avérer plus efficace. De plus, en ce qui concerne le travail réalisé par les intervenants ainsi que celui du secteur social et sanitaire, la responsabilité en tant que décideurs politiques et membres d'un groupe démocratique est d'autant plus grande, afin d'établir un Gouvernement pleinement fonctionnel offrant des solutions durables.

Le député craint que le non-respect des résultats des élections n'accentue la retribalisation et la méfiance envers le monde politique. En effet, dans le cadre actuel, tout le monde aspire à la formation d'un Gouvernement. Les Bruxellois expriment leur agacement face à cette absence. Toutefois, dans six mois, lorsque ce Gouvernement sera formé, la société entrera dans une nouvelle phase. C'est là que réside l'inquiétude du député car l'instauration d'un nouveau Gouvernement est déterminante. En effet, les citoyens n'oublieront pas qu'ils ont voté ni les résultats de cette élection. C'est pourquoi les vainqueurs de cette élection doivent donner l'exemple.

Pour ce qui concerne les budgets, les intervenants ont mentionné le chiffre de 2 %. Quelle augmentation serait idéale, par rapport à la charge de travail actuelle et aux demandes concrètes ? Le député mentionne les 200 millions d'euros débloqués par le Fédéral. En ce qui concerne le niveau bruxellois, il est intéressant de noter qu'il y a déjà eu une augmentation des budgets liée aux diverses crises traversées.

Quelles sont les impressions des intervenants sur les résultats concrets de cette augmentation ? Dans la perspective d'un futur Gouvernement, quelle augmentation, au regard des demandes actuelles, pourrait satisfaire la gestion de la situation sur le terrain ?

Quel bilan dresser des dispositifs de soutien psychologique établis à la suite de la crise sanitaire ? Comment les personnes en détresse dans la rue, notamment les demandeurs d'asile en nombre croissant, sont-ils concrètement pris en charge ? Existe-t-il une approche proactive pour aller à leur rencontre ?

Le député conclut en mentionnant que le Gouvernement actuel sera prochainement entendu au sein de cette commission afin de présenter les premiers effets de la mise en œuvre du Plan Social-Santé Intégré (PSSI). Quel est l'avis des intervenants en la matière ? Si le plan a été voté en 2023 et qu'il faut du temps pour en constater les effets, quels sont les premiers retours de terrain, notamment sur l'objectif de proximité, visant à rendre les soins de santé plus accessibles et à améliorer la coordination ?

**M. Yahyâ Hachem Samii (intervenant)** répond à la question soulevée par Mme Ariane de Lobkowicz concernant l'évolution des délais d'attente dans les SSM.

L'étude sur la saturation, dont l'intervenant a déjà partagé quelques données, a été accompagnée d'une recherche menée par la Ligue sur l'accessibilité des SSM, tant sur le plan quantitatif que qualitatif, impliquant une rencontre avec environ cinquante personnes, qu'il s'agisse de patients ou d'individus ayant tenté d'accéder à un service de santé mentale, afin de recueillir leurs avis et expériences.

Il est vrai que les délais d'attente sont préoccupants, et les SSM adoptent des approches assez variées; il n'existe pas de politique uniforme à cet égard. Certains SSM établissent des listes d'attente pouvant s'étendre sur plusieurs semaines, voire plusieurs mois. D'autres préfèrent ne pas créer de liste d'attente pour éviter de maintenir les individus dans un état d'incertitude et les encouragent à chercher une solution ailleurs, alors que nombre de ces personnes ont déjà frappé à de nombreuses portes auparavant.

Pour anecdote, certains individus contactent même la Ligue dans l'espoir de trouver une meilleure solution. Il se souvient d'un homme qui avait appelé en expliquant qu'il était originaire de Charleroi, qu'il s'était installé à Bruxelles et qu'il avait un suivi psychiatrique à Charleroi. Il cherchait un suivi à Bruxelles et avait déjà appelé soixante personnes sans succès. L'intervenant lui a répondu que la Ligue ne pouvait pas l'assister davantage, mais qu'il pouvait essayer de l'orienter vers différents services. Un effort est donc aussi déployé pour ne pas laisser les individus sans réponse, même lorsque le service est saturé.

Pour compléter ce qui a été mentionné par l'une des parlementaires, il est crucial d'assurer un premier accueil adéquat, afin de recevoir la personne, d'analyser sa demande et de déterminer le service le plus approprié. Cela demande des ressources, et c'est d'ailleurs un point inscrit dans la réforme : améliorer l'accueil dans les services ambulatoires. Mais cela soumet également les services à une pression qui existe déjà et qui n'est pas résolue.

La vérité est que des individus attendent. Il leur est souvent dit qu'il faudra patienter plusieurs semaines ou mois. Certaines personnes choisissent d'attendre, surtout parce qu'elles ont une image positive du service et y ont placé leur confiance, que ce soit à la suite d'une expérience antérieure fructueuse, ou en raison de la bonne réputation du service. Ces personnes sont prêtes à attendre le temps nécessaire. Cependant, des attentes prolongées peuvent engendrer des sentiments contradictoires chez elles, tandis que d'autres tenteront de chercher ailleurs.

C'est ici que l'intervenant établit un lien avec le PSSI et la logique territoriale. Dans l'analyse des réponses fournies par les bénéficiaires, il ressort qu'au fond, la proximité du service est souvent un critère qu'elles sont prêtes à sacrifier. Si un trajet supplémentaire de trente minutes est nécessaire pour accéder à un service de qualité, elles sont prêtes à le faire. À Bruxelles, qui est une Ville-Région avec des transports en commun et des métros, cette position est encore plus facile à adopter. Cela serait différent à Arlon ou en pleine campagne.

**Mme Dominique Nothomb (intervenante)** ajoute que le CPS couvre l'ensemble de la Région bruxelloise. En effet, les patients proviennent de toute la Région, parfois même au-delà. Cela s'explique par le fait qu'ils savent qu'ils pourront y trouver une expertise de pointe en matière de prévention du suicide ainsi qu'un soutien dans le processus de deuil après un suicide. La souffrance est telle que la recherche d'un professionnel qualifié, ou d'une ligne d'écoute, prime incontestablement sur la question de la distance, en lien avec l'écoute téléphonique.

L'anonymat revêt ici une importance capitale, permettant aux personnes confrontées à des idées suicidaires de s'exprimer librement. À titre d'exemple, le Centre reçoit de plus en plus d'appels de jeunes, y compris d'enfants, et l'une de leurs principales préoccupations, dès l'âge de 11 ou 12 ans, est de savoir si leur anonymat sera garanti. Ils hésitent à partager ce qu'ils ressentent avec un adulte ou leurs parents, se retrouvant ainsi dans un profond désarroi, au point de considérer sérieusement le suicide.

**Mme Caroline Depuydt (intervenante)** précise que, pour ce qui concerne les services hospitaliers, cela doit se mettre en lien avec les pourcentages d'occupation. En 2024, le taux d'occupation a augmenté de 2 %, atteignant 93 %. Il s'agit du maximum autorisé dans un hôpital, car des patients peuvent partir en week-end, être transférés pour quelques jours, ou prendre des congés. Lorsqu'un patient sort, il ne s'agit pas de replacer une autre personne immédiatement dans ce lit. Les hôpitaux sont donc au maximum de leur capacité.

Cependant, certains services, tels que celui d'hospitalisation sous contrainte, ont fonctionné en 2024 avec un taux d'occupation de 110 %, car ils sont dans l'obligation d'accueillir ces personnes. Cela signifie que les équipes faisaient face à 110 % d'occupation 24 heures sur 24, 7 jours sur 7.

Les services pour adolescents atteignent parfois des taux d'occupation de 115 à 120 %, en raison d'une demande si élevée qu'il est opté de les accueillir dans des lits d'adultes, car leurs besoins sont vitaux. C'est ainsi que, en raison de ces taux d'occupation, il s'ensuit des répercussions sur les délais d'attente : les hôpitaux sont constamment très chargés, avec des délais d'attente qui augmentent.

Des personnes sont également transférées vers un hôpital par un SSM, c'est-à-dire des personnes ayant consulté un psychologue ou un psychiatre, et cela se fait dans le cadre d'une collaboration. Des primo-arrivants sont également pris en charge en psychiatrie, souvent admis à la suite d'une consultation, et les équipes s'efforcent d'évaluer si une hospitalisation est appropriée pour chaque cas, au bon moment.

Toutefois, la difficulté réside dans les délais d'attente, car en période de crise, il est crucial d'être hospitalisé. Informer une personne qu'elle devra attendre deux ou trois mois à cause d'un allongement des délais est évidemment problématique. C'est pourquoi la mise en place de l'équipe EPIK, à destination des adolescents, est précieuse. Elle se rend à domicile, va vers les jeunes, les accompagne, ce qui peut parfois éviter une hospitalisation.

Il sera toujours essentiel de continuer à débloquer des lits d'hospitalisation en psychiatrie. La question du gel des lits en Belgique est liée à un protocole mis en place car la Belgique est historiquement un pays avec un nombre très élevé de lits psychiatriques. Ces lits sont concentrés en Flandre où de grands asiles psychiatriques ont été créés.

Si l'on compare avec la moyenne européenne, le nombre de lits en Belgique dépasse considérablement cette moyenne. Cela a conduit à la décision, en 2010, de geler certains lits. Ce qui est problématique, c'est que ce gel a été opéré de manière uniforme à travers les différentes Régions, alors même que la répartition de ces lits était tout à fait inégale. Cette situation a ainsi engendré des difficultés spécifiques en Région bruxelloise.

**Mme Dominique Nothomb (intervenante)** rappelle que 50 ans auparavant, les personnes qui se présentaient au CPS, que ce soit par téléphone ou en consultation, arrivaient généralement sur recommandation d'un psychiatre ou d'un médecin.

Toutefois, le Centre a observé une accélération significative ces dix dernières années, et plus particulièrement depuis 2020, en lien avec l'essor des réseaux sociaux, les campagnes de sensibilisation et les reportages médiatiques. De plus en plus souvent, les individus se tournent directement vers la structure, ce qui représente un changement fondamental dans la dynamique d'accès aux services.

Par ailleurs, les personnes concernées se trouvent souvent dans un état de détresse intensifié. Comparativement à 2020, il est constaté une présence accrue de problèmes de santé mentale. Il arrive également que ces personnes n'aient pas toujours conscience de la personne à qui ils s'adressent. À titre d'exemple précis, la secrétaire d'accueil du Centre enregistre de plus en plus fréquemment des appels de détresse, où les individus semblent confondre la ligne du CPS avec d'autres services.

En outre, concernant la question de la coordination et du renforcement entre les services, le Centre a effectivement intensifié les rencontres au sein de diverses fédérations et consolidé la collaboration avec d'autres services. Les différents services se rencontrent également, par exemple, au sein du Conseil consultatif bruxellois francophone de l'Aide aux personnes et de la Santé de la Commission communautaire française, où ils échangent sur divers sujets, en ce compris la violence.

Il existe également une initiative récente promue par le secteur des addictions, qui sera bientôt mise en avant. Un des atouts de la Région bruxelloise réside

dans cette synergie de travail collectif et cet échange de connaissances.

**Mme Caroline Depuydt (intervenante)** approfondit la question des personnes, notamment des non-Bruxellois, s'adressant aux institutions bruxelloises. Cela évoque peut-être une logique territoriale. À ce jour, l'ASBL n'a jamais refusé d'accueillir quelqu'un en lui demandant de s'adresser aux personnes de sa Région. Cependant, l'équipe peut interroger la démarche de ces personnes, leur demander pour quelle raison elles se sont adressées aux services bruxellois. Parfois, la saturation des services dans leur région d'origine explique leur choix, d'autres fois, c'est une question de confiance ou même de recommandations.

Il est également crucial de noter que, dans le cas des hospitalisations sous contrainte, les choix ne sont pas toujours laissés aux patients. Concernant les adolescents, les options d'hospitalisation sous contrainte sont très limitées. Il existe seulement deux services pour les femmes en Belgique francophone. De ce fait, la délocalisation est souvent une réalité inévitable. Plusieurs contingences font que, parfois, il n'y a pas d'autre choix.

L'ASBL fait de son mieux pour réorienter les patients car, en matière de santé mentale, la dynamique est bien plus complexe que dans d'autres domaines de la santé. En cas d'hospitalisation pour une pneumonie, le traitement est direct et le patient rentre chez lui. En santé mentale, il est essentiel d'établir un lien avec le réseau de soins local. Ainsi, lorsque des patients qui viennent de loin sont accueillis, leur accompagnement pose davantage de difficultés. La situation est donc interrogée et, selon les réponses, l'équipe décide ou non de les accueillir.

S'il y a admission de patients non bruxellois, cela ne signifie pas pour autant que les places pour les Bruxellois sont inoccupées. Tous les services de santé mentale en Belgique sont saturés. Les patients bruxellois se posent la question de savoir si ces admissions prennent leur place. La réponse est non.

Toutefois, les listes d'attente impliquent que le choix d'accueillir rapidement un patient ne sera pas basé sur une logique territoriale, mais sur des critères cliniques. Si une personne se trouve en crise suicidaire sévère, il est logique de lui proposer une admission rapide. C'est ainsi que les professionnels prennent leurs décisions.

En ce qui concerne la territorialité, elle explique avoir toujours laissé une certaine flexibilité. Certaines structures, comme les SSM, sont clairement plus accessibles, comme le montrent les statistiques. Il s'agit de services de proximité significatifs. Ce n'est

pas vraiment le cas au sein de l'ASBL. Certes, la territorialisation peut être encouragée, mais elle ne se tournerait pas vers un système exclusivement français où les conséquences de cette territorialisation sont également observées, entraînant des zones désertiques en matière de soins de santé. Les individus sont alors complètement laissés pour compte et n'ont pas d'autres options.

En santé mentale, il est fait référence au transfert ou à l'alliance thérapeutique lorsqu'il est question de ce lien de confiance. Ce lien représente 50 % du parcours thérapeutique et son importance est donc capitale. Si une personne a bien été soignée, la famille va également se diriger vers ce médecin grâce à ce lien de confiance. Ce n'est pas du tout anodin dans le processus de prise en charge. Il serait regrettable de se priver de ces alliances. Cependant, il ne faut pas que cela se fasse au détriment de la possibilité de fonctionnement.

En ce qui concerne le PSSI, que nous avons également évoqué, l'intervenante avoue l'avoir vécu cela de manière assez difficile. Honnêtement, il représente un défi car le secteur de la santé mentale se trouve à la croisée de tous les chemins institutionnels belges. Il évolue ainsi dans des couches de fonctionnement avec de nombreux acteurs : la Plateforme bruxelloise pour la santé mentale, Brumenta, Bru-Stars ainsi que divers coordinateurs de réseaux.

À Brumenta, des approches territoriales avec des bassins de soins ont été développées. Des réseaux ont vu le jour dans le sud-ouest et le nord-ouest de Bruxelles, qui ont mis en place diverses initiatives. À un moment donné, fut abordée la question des premiers soins en santé mentale – services qui se développent à l'étranger, notamment en France. Les premiers secours en santé mentale consistent en des gestes initiaux, des mots de réconfort, la première manière d'interagir avec une personne en détresse.

Malheureusement, avec l'arrivée du PSSI, les acteurs de terrain doivent compenser avec de nouveaux interlocuteurs. Tout ce qui fut accompli jusqu'alors s'en retrouve interrompu, sans savoir où cela mènera. Les acteurs font donc face à de nouveaux interlocuteurs, de nouvelles plateformes, de nouveaux lieux à explorer, à exploiter et à discuter. Ce postulat est très fatigant car il est difficile de se doubler à travers tous ces lieux.

De plus, se pose la question de l'arrêt de ces initiatives. Pour quelle raison ne sont-elles plus reconnues et ne reçoivent-elles plus de financement ? Elle mentionne à cet égard le lieu de lien Delta, qui constituait un espace d'accueil indispensable. Cela représente tout ce dont le secteur a besoin : des lieux d'accueil sans rendez-vous, gratuits, où une personne peut

simplement se poser, où un accompagnement est prévu, où l'on peut trouver du réconfort.

Une fois que le PSSI a été lancé, le lieu de lien n'a plus été financé. Epsilon a décidé de le reprendre sans garantie de financement ni de fonctionnement, avec des enjeux considérables car il importe de collaborer avec les SSM en la matière.

Cela génère une situation véritablement problématique. Quand une initiative est instaurée du point de la Fédération Wallonie-Bruxelles, de la Commission communautaire commune, de la Commission communautaire française ou du Fédéral, le secteur se trouve à la croisée de tous ces chemins. Il peut être extrêmement perturbant de se demander à qui s'adresser, combien de fois il sera nécessaire de répéter ce dont le secteur a besoin.

Concernant le PSSI, les professionnels ne sont pas familiers avec sa structuration et ne savent pas comment procéder. De plus, et cela reste une réflexion personnelle, l'intervenante se retrouve souvent confrontée à un manque de courage pour relancer ou réexaminer la situation car cela lui demande un temps considérable. Le temps passé à discuter encore et toujours est du temps qui n'est pas consacré aux patients qui réclament leur aide.

Il est donc essentiel d'évoquer la question de la coordination et de l'accessibilité. Tous doivent réaliser un effort pour rendre l'aide accessible, pour éviter de multiplier les lieux et pour ne pas enfermer les acteurs de terrain dans des réunions interminables et complexes.

La question d'une cartographie serait bénéfique car Bruxelles regorge d'initiatives. Cette ville représente une richesse incroyable, avec des personnes très engagées dans leur travail. Il serait bon de bénéficier d'un site internet où chacun pourrait, au moyen de mots clés, trouver ce qu'il recherche, à l'ère où chacun est connecté.

Par ailleurs, pour ce qui concerne la question de l'usage du téléphone, l'intervenante affirme est pour l'interdiction des téléphones portables à l'école, ce qu'elle pourrait développer plus avant.

Il est donc plus important de développer une cartographie des ressources existantes plutôt que de multiplier les coordinations. Des coordinations sont déjà en place, notamment via la Plateforme ou d'autres outils. Mais il manque cette facilité d'accès des services disponibles ainsi qu'un répertoire des personnes à contacter.

La question de l'accessibilité pour les personnes sans abri est, quant à elle, particulière et nécessiterait d'être approfondie.

**Mme Dominique Nothomb (intervenante)** rappelle que, concernant les lieux de concertation et la coordination, le CPS est unique en Région bruxelloise. Il est souvent représenté par ses propres moyens, bien qu'il soit également lié à la LBSM, qui aborde cette problématique de manière indirecte. La question de la présence dans différentes instances, évoquée par Mme Caroline Depuydt, est particulièrement cruciale pour le CPS.

Effectivement, cette présence permet, d'une part, de favoriser la connaissance mutuelle et, d'autre part, de partager des expériences dans les domaines respectifs, ce qui est encore plus pertinent ici qu'ailleurs. Il est essentiel de créer des liens, d'établir un réseau et de maintenir des relais pour soutenir au mieux les patients.

Pour ce qui concerne la formation aux premiers secours, l'intervenante aborde l'initiative lancée par Télé-Accueil Bruxelles, le CPS et le Smes. Cette formation s'appuie sur l'expertise de ces trois opérateurs et est destinée à toute personne en contact avec le public au sens large. Cela dit, cette initiative doit être complétée par d'autres outils. Par exemple, au CPS, de plus en plus de ressources sont développées, en ce compris des guides pour les individus, même très jeunes, qui, hors crise, les aident à identifier leurs propres ressources.

Il est également question des causes sous-jacentes. L'isolement, les conflits familiaux, les crises successives, le risque de guerre, etc. Comment une personne fragile peut-elle se sentir en sécurité dans de telles situations ? Quelles solutions pour créer de l'optimisme, ouvrir des perspectives et développer un avenir possible ? Il est crucial d'être présent, professionnel et disponible, ce que chacun tente de mettre en œuvre à son niveau.

Concernant le coût du suicide, l'intervenante salue la question. En Belgique, il n'existe pas d'études à ce sujet. En revanche, la France a réalisé une étude il y a quelques années, et le chiffre avancé est ahurissant : 24 milliards d'euros. En rapportant cela à la Belgique, il est estimé que le coût serait de 4 milliards et, pour Bruxelles, environ 500.000 euros. C'est donc un budget considérable qui pourrait être investi dans la prévention et, ainsi, engendrer un cercle vertueux.

Pour ce qui concerne le recrutement de bénévoles, est-il complexe de recruter des bénévoles pour la ligne d'écoute anonyme et gratuite ? Le terme « complexe » n'est pas le terme approprié. Il s'agit d'un bénévolat particulièrement délicat que de répondre

sur la ligne de prévention au suicide. Le Centre reçoit de nombreuses candidatures : pour donner un ordre de grandeur, sur dix candidats bénévoles, seuls deux, parfois trois, intègrent la ligne, et la formation initiale s'étend sur deux mois.

Il importe de ne pas confier cette responsabilité à n'importe qui car il est essentiel de posséder des qualités d'empathie et de bienveillance, tout en étant soi-même suffisamment solide. Environ un tiers de ces bénévoles renouvellent leur engagement chaque année. De plus, une citoyenne ou un citoyen formé à l'écoute active, à la bienveillance et, indirectement, à la prévention du suicide, conserve cet acquis. En 55 ans, le Centre a formé au minimum 5.500 personnes qui sont effectivement opérationnelles sur le terrain.

Une autre question concernait les sources de financement du Centre. L'intervenante rappelle que 95 % du financement du CPS provient de financements publics via, notamment, l'agrément en Commission communautaire française. Le Centre dispose également du soutien d'Actiris à travers la mise à disposition de primes ACS et, de manière plus résiduelle, le soutien Maribel.

Elle souligne l'importance de cette question car le CPS est très dépendant des pouvoirs publics. Comme mentionné par Mme Mihaela Drozd, travailler dans ce secteur exige un travail qui dépasse le cadre horaire habituel, mais également une humanité exceptionnelle, une disponibilité mentale permanente, et une cohésion d'équipe essentielle pour faire face à des moments parfois empreints de fatigue émotionnelle.

Lorsque l'intervenante faisait référence au mémorandum, il s'agissait réellement d'un cri d'alarme car, avec 13 ETP, les équipes s'efforcent d'accompagner au mieux un maximum de demandes. Ce pourquoi elle les remercie chaleureusement.

Concernant les délais de réponse, la première promesse au niveau des consultations est d'assurer un contact, même si ce n'est qu'un contact téléphonique, dans les 72 heures, le plus souvent dans les 24 heures. Le fait que le Centre soit présent depuis 55 ans au sein de ce réseau et avec ses collaborations, tant dans le secteur ambulatoire que médical, permet aux équipes, par le biais de psychologues, d'accélérer parfois les prises en charge lorsque les équipes du Centre ne sont pas en mesure de prendre en charge les patients.

**M. Yahyâ Hachem Samii (intervenant)** souhaite profiter de l'occasion pour répondre à plusieurs questions qui sont liées au PSSI, notamment concernant l'organisation des espaces de discussion dans le domaine de la santé mentale. Le PSSI a suscité et

continue de susciter de nombreux débats sur le terrain, et pas seulement dans le secteur de la santé mentale. Parmi les objectifs du PSSI se trouve celui de savoir lutter contre le non-recours aux soins et à l'aide auxquels les personnes pourraient prétendre. Il s'agit d'un objectif essentiel pour l'intervenant.

La question de la territorialisation mérite d'être approfondie, d'autant plus que l'établissement d'un niveau intermédiaire, celui des bassins, impose aux acteurs d'envisager les enjeux à cette nouvelle échelle. Cela survient dans un contexte de tensions importantes concernant les ressources disponibles, ce qui a suscité de nombreuses interrogations.

L'objectif est également, progressivement, de favoriser l'émergence de visions communes à l'échelle de plusieurs communes à Bruxelles. Il est évident qu'il existe des enjeux politiques concernant le découpage de Bruxelles. Ce débat mobilise les cercles politiques et les différents partis depuis longtemps. La manière dont un territoire est scindé influence divers aspects, qu'il s'agisse de l'émergence d'une Ville-Région, du maintien des 19 communes, ou de la fusion de certaines d'entre elles. Les discussions actuelles sur les zones de police se répètent à tous les niveaux de compétences des institutions bruxelloises, et le secteur social et sanitaire n'y échappe pas.

Cependant, un niveau supplémentaire a été introduit, suscitant ainsi des questionnements. Faut-il réduire l'importance du territoire ? En effet, les citoyens ne privilégient pas nécessairement l'accès aux services en fonction de critères territoriaux. L'intérêt d'une approche, soutenue par le PSSI, réside dans la notion de responsabilité populationnelle. Cela implique que les services aient une obligation envers leur zone d'action, en se demandant comment éviter d'attendre que les usagers frappent à leur porte, sachant que beaucoup ne le feront pas, et comment ils peuvent proactivement aller à leur rencontre.

D'un autre côté, en ce qui concerne les moyens consacrés à la réforme PSSI, l'accent a été mis sur la nécessité d'une coordination, notamment à travers Brusano, comme l'a mentionné Mme Caroline Depuydt. Après avoir recueilli des retours du terrain, que ce soit dans le domaine de la santé mentale ou d'autres secteurs, il ressort un sentiment général d'incertitude concernant l'orientation des actions à venir. Malgré les nombreuses réunions tenues, l'issue demeure floue. Il est vrai que le PSSI n'en est qu'à ses débuts, et que le temps est un facteur essentiel pour la mise en place des initiatives.

Dans le secteur de la santé mentale, un certain sentiment d'amertume est néanmoins palpable. On peut citer en exemple Delta et Rézone. Il est regrettable qu'une dynamique déjà existante dans les bas-

sins de santé mentale n'ait pas pu être étendue à d'autres acteurs. Par ailleurs, lors d'un après-midi de discussions à Rézone à laquelle l'intervenant avait pu assister, étaient présents des missions locales pour l'emploi, des CPAS, ainsi que des agents de l'aide à la jeunesse, car les problématiques de santé mentale étaient omniprésentes, permettant ainsi d'aborder les interactions entre les services.

Cette dynamique a été interrompue et il a fallu relancer les discussions avec de nouveaux acteurs, notamment Brusano, qui a dû faire face à une augmentation rapide de son personnel, nécessitant ainsi l'élaboration de nouvelles méthodes d'organisation de travail. Les équipes du secteur se sont donc confrontés à des jeunes travailleurs, avec des niveaux d'expérience variés. Quelles formations leur sont proposées ? Comment les rôles sont-ils définis ? Ces jeunes professionnels sont-ils parfaitement informés de leurs attributions ? Ces derniers annoncent leur présence, déclarant qu'ils doivent instituer un bassin et qu'ils ont besoin du soutien de tous, en étant conscients des réticences dues au manque de temps et à l'exigence d'ajouter une charge de travail supplémentaire. Comment procéder ?

Cette question pourrait peut-être être reconsidérée dans quelques années, mais il est indispensable de suivre cela de près et de prêter attention aux dysfonctionnements pour les améliorer. Les critiques accumulées ont déjà eu l'occasion d'être débattues ensemble. L'objectif n'est pas de détruire, mais bien de voir comment améliorer la situation. Ainsi, pour les acteurs du secteur, la priorité n'était pas axée sur la coordination des bassins mais sur la garantie que les acteurs disposent des ressources nécessaires pour atteindre les objectifs fondamentaux du PSSI.

Il importe de s'accorder du temps pour discuter, rassembler des travailleurs de divers services et avancer ensemble. Plusieurs des contrats locaux social-santé (CLSS) ont été mis en place via les CPAS. Or, en raison de la situation politique alarmante à Bruxelles, plusieurs CLSS ont dû cesser leurs activités. Cela signifie également que, sur le plan humain, ces institutions ont consacré du temps et des efforts à former, sur plusieurs mois, des personnes et à tenter de comprendre les dynamiques de quartier. Malheureusement, tout cela s'effondre, et il faudra tout reconstruire depuis le début.

Le Méridien, un SSM situé à Saint-Josse-ten-Noode, a mené pendant plusieurs années un travail de diagnostic communautaire, c'est-à-dire un des outils attendus des CLSS. Ce diagnostic a été réalisé dans la zone de Saint-Josse-ten-Noode, du sud de Schaerbeek et d'une partie du pentagone, mais plus spécifiquement autour de Saint-Josse-ten-Noode. Leur démarche a nécessité trois ans d'écoute et d'im-

plication des familles, des hommes, des femmes – des habitants du quartier. Ils ont investi ce temps sur les places de la commune et dans les quartiers environnants, mettant en place divers dispositifs pour inciter les gens à s'arrêter, partager et noter leurs préoccupations.

Ce travail est extrêmement précieux pour comprendre les besoins des habitants et tenter d'y répondre, ce qui constitue l'objectif du PSSI. Cela demande du temps et de l'énergie, et il est vrai qu'actuellement, beaucoup de cette énergie est employée à des réunions dont l'issue est incertaine. Parfois, il semble même que les animateurs ne savent pas quelle direction prendre; ce processus doit être coconstruit.

Le second aspect à considérer concerne la question de la coordination des services. Sur le plan politique, l'intervenant souhaite partager son expérience en tant que « traducteur ». L'équipe de la LBSM navigue entre, d'une part, les autres secteurs social-santé, le « politique », et, d'autre part, les membres sur le terrain. Une part significative de son travail consiste à expliquer aux membres les changements liés à la réforme du décret – ce que cela signifie concrètement pour eux, quels impacts cela aura sur leur quotidien, car la plupart d'entre eux n'ont pas lu le nouveau décret, qui pourtant structure leur travail, ce qui crée de nombreuses confusions.

**Mme Dominique Nothomb (intervenante)** précise que le temps politique ne coïncide pas avec la réalité vécue sur le terrain. Il importe que le politique prenne conscience et cette incompréhension vécue par les travailleurs du terrain.

**M. Yahyâ Hachem Samii (intervenant)** confirme les propos de Mme Dominique Nothomb.

Dans l'autre sens, il est également nécessaire de traduire pour les parlementaires, en tant que responsables politiques, les réalités du terrain, car le politique vit dans un contexte différent, avec un niveau de compréhension distinct, ce qui est tout à fait normal.

L'intervenant a par moments l'impression que certains enjeux occupent une place prépondérante dans les représentations à un certain niveau, et ceux-ci sont ensuite étendus en supposant qu'ils devraient être évidents pour tous. S'il existe des enjeux de compétence au niveau politique, ceux-ci ne se manifestent pas nécessairement sur le terrain. Lorsque des débats ont lieu concernant ce qui relève de la commune, de la Région ou du Fédéral, les acteurs locaux, en règle générale, n'échangent pas selon niveau de pouvoir qui les finance. Ils discutent plutôt en se basant sur des collaborations concrètes, en

se demandant s'ils travaillent avec les mêmes personnes ou organisations.

Le secteur collabore avec l'enseignement, qui dépend de la Communauté française, avec les CPAS, qui sont sous l'égide du Fédéral et des communes, et avec des services bicommunautaires; cela fait partie de leur quotidien. Ainsi, cette réalité constitue un réel fossé.

Il tient cependant à insister sur un point : il serait temps de sortir d'une vision où l'on considère que le problème réside uniquement dans l'organisation. Mme Ariane de Lobkowicz a évoqué la nécessité de rationaliser. L'intervenant se demande sur quel fondement il peut s'appuyer à cet égard. La façon dont il organise actuellement son travail est-elle irrationnelle ? Elle ne l'est pas, bien qu'il y ait toujours des aspects à améliorer. Le secteur souhaite d'ailleurs repenser ses pratiques de manière plus structurée, car effectivement, les lieux d'intervention ont été démultipliés.

Cependant, pour eux, la priorité réside dans le nombre conséquent de demandes non satisfaites. Pour ce qui concerne les soins en santé mentale, une demande sur quatre reste insatisfaite. Mme Caroline Depuydt a mentionné des taux d'occupation atteignant 110 à 120 % dans certains établissements, alors que la norme devrait être autour de 90 %. C'est à ce niveau qu'il est crucial d'agir. Il est vrai que cela pose un problème financier, en particulier en l'absence d'un Gouvernement de plein exercice. Néanmoins, lorsque celui-ci sera constitué, le premier argument qu'il déclarera sera le manque de ressources financières.

Il faudra néanmoins trouver des solutions. Pour le dire de manière provocatrice, lorsque l'intervenant constate que la crise ukrainienne et le retrait américain de la défense européenne suscitent un nouvel élan au niveau européen, et que malgré un contexte budgétaire très compliqué – pour rappel, la Belgique doit dégager plus de 20 milliards d'euros sur les cinq prochaines années –, le Gouvernement fédéral décide en quelques semaines de débloquer 17 milliards d'euros à destination de la défense.

Cela indique qu'il est possible de dégager des moyens financiers. Ce qui l'inquiète, c'est que ces fonds seront utilisés pour acheter des munitions, qui resteront inactives jusqu'au jour où la Belgique devra les utiliser pour tuer autrui. Ces munitions ne seront probablement pas produites en Belgique, alors que l'investissement dans le secteur social et de la santé permet d'offrir des moyens aux individus pour vivre de manière plus digne, renforçant ainsi leur capacité à contribuer à l'économie.

Il s'agit d'un enjeu majeur, car chaque investissement se traduit par un retour sur investissement. Ce questionnement quant à la répartition du budget est partagé par de nombreux acteurs du secteur social et de la santé qui affirment depuis des années que la situation se dégrade. Ce qui est exposé ce jour n'est une nouvelle pour personne : chacun en est bien conscient et ce, depuis des années. L'intervenant se dit ennuyé de devoir répéter des informations que les parlementaires ont déjà entendu.

De nombreuses personnes sont volontaires, des personnes compétentes qui sont prêtes à travailler et qui le font déjà. Elles vous diront qu'il est possible de construire une maison accueillante pour tous, mais que cela ne pourra se faire avec seulement un quart des briques nécessaires. Il est essentiel de déterminer le nombre de briques nécessaires à la construction de cette maison. La quête de ces briques peut exiger du temps, mais le Gouvernement a la capacité de créer de nouvelles briques si cela lui convient. Et le social-santé peut être imaginatif; on peut envisager une ossature en bois, créer des briques en d'autres matériaux, pour poursuivre l'objectif premier : construire une maison assez grande pour tous.

Le secteur est déjà engagé dans ce projet. Toutefois, pour avancer, il nécessite le soutien du politique. Ce message a déjà été formulé trois ans auparavant. C'est pourquoi l'intervenant encourage tous les partis à activer leur influence et ce, à divers niveaux de pouvoir. Ils ont le pouvoir d'apporter de la cohérence dans un contexte où les initiatives semblent parfois désarticulées.

**Mme Dominique Nothomb (intervenante)** ajoute, pour ce qui est de la prévention du suicide, qu'il est indéniable que la crise de la Covid-19 a mis en lumière l'importance cruciale de la santé mentale et de la problématique du suicide. Par conséquent, il incombe à la responsabilité du politique de soutenir les structures existantes. Chaque professionnel du secteur est capable de présenter son travail et d'expliquer comment tous fonctionnent en totale complémentarité.

**Mme Caroline Depuydt (intervenante)** souhaite aborder brièvement deux séries de questions qui s'entrecroisent. La première concerne les outils de prévention contre les stigmatisations à mettre en place dès l'école : que faire et comment les mettre en place ? La seconde porte sur des publics spécifiques tels que l'approche genrée, les femmes, notamment les femmes étrangères, les demandeurs d'asile et les personnes sans abri.

Tout d'abord, il est fondamental de considérer la prévention dès le plus jeune âge. Apprendre à reconnaître ses émotions, comprendre que chacun a le droit d'éprouver des émotions négatives, que tous ne sont

pas des héros et que chacun peut ressentir peur ou douleur, et s'efforcer d'apprivoiser ces sentiments, est essentiel. En effet, les crises rencontrées et à venir témoignent que la santé mentale n'est pas une ligne droite. La société fait face à des hauts et des bas, et l'enjeu n'est pas d'éliminer ces crises, mais de savoir comment les surmonter. C'est en apprenant à gérer ses émotions, à les reconnaître et à les apprivoiser, que chacun peut se doter d'outils pour affronter ces défis.

La prévention doit donc débiter à l'école, dans un cadre de respect et de bienveillance, adapté à l'âge des enfants. Il fut discuté de la pertinence ou non d'aborder le sujet du suicide dans le cadre de l'EVRAS. L'intervenante considère qu'il convient de manier les mots avec précaution. Cependant, il est possible de parler d'idées sombres. Il est important, même dans les guides destinés aux jeunes enfants, d'aborder les émotions qui peuvent submerger tout un chacun.

Par conséquent, développer des outils de prévention ainsi que d'accompagnement est indispensable. L'importance du sport et de la culture en la matière est indiscutable. Des prescriptions muséales sont en cours à Brugmann notamment, qui illustrent cette approche. En effet, la culture constitue un outil précieux et, par-dessus tout, un vecteur d'humanisation.

Il est incompréhensible de penser qu'en psychiatrie, il est interdit de visiter un musée. Nous partageons une humanité qui nous pousse à apprécier l'art. De plus, le sport a été scientifiquement prouvé comme bénéfique pour la santé mentale, tout comme le fait de passer du temps dans la nature ou à l'extérieur.

Cependant, lorsque l'on est en proie à une dépression, sortir de son lit peut sembler impossible. Il est souvent recommandé de prendre l'air et de se rendre à l'extérieur, mais la dépression rend cela extrêmement difficile à réaliser. Il est donc essentiel d'être accompagné dans ce processus; il ne s'agit pas uniquement de prescrire du sport, mais d'encadrer pleinement cette démarche. L'accumulation de ces petites actions effectuées le plus tôt possible constitue également une forme d'accompagnement pour aider à surmonter les crises. La solitude et l'isolement ont été évoqués, et il est fondamental de comprendre que l'isolement peut entraîner des conséquences délétères.

Une étude d'Oxford, la plus longue réalisée sur une période de 70 ans, a révélé que le facteur déterminant pour savoir si une personne est en bonne santé est le lien social. Ainsi, même si d'autres facteurs comme ne pas fumer, ne pas boire ou pratiquer un sport sont importants, la qualité des interactions sociales est

primordiale. Plus nous sommes seuls et isolés, plus notre santé se dégrade.

Dès lors, il est crucial d'intégrer cette notion dans les politiques de santé, et plus particulièrement en santé mentale, afin d'améliorer la capacité des professionnels à soutenir ceux qui en ont besoin. Certes, l'augmentation des discussions autour de la santé mentale contribue à sa déstigmatisation. Néanmoins, il est impératif d'être en mesure d'y répondre adéquatement, surtout lors des périodes de crise passagère, en adaptant l'approche selon la situation.

Ainsi, il est fondamental d'adopter une vision globale, loin de se concentrer uniquement sur les soins curatifs ou hospitaliers. Il faut également se tourner vers la prévention, en commençant dès l'école. L'intervenante a été ravie d'apprendre que son fils bénéficiait de séances de méditation à l'école primaire, une initiative extraordinaire. Beaucoup n'ont pas eu cette chance, or il est essentiel que les enfants aient accès à de telles pratiques, afin qu'ils abordent le bien-être mental sans préjugés. Lorsque cela leur est présenté comme une action positive, ils l'acceptent avec enthousiasme. Il est donc primordial d'intégrer ces approches dès le plus jeune âge.

En ce qui concerne les traitements plus spécifiques évoqués précédemment, l'objectif des professionnels est de ne pas s'ériger en figure d'autorité. Il importe pour eux de reconnaître qu'ils ne peuvent savoir ce qui est nécessaire pour chaque individu. Si une femme étrangère se trouve confrontée à la barrière de la langue et à un cadre culturel qui peut ne pas reconnaître les problèmes de santé mentale, il est essentiel de ne pas imposer sa propre compréhension. Il faut s'efforcer d'accompagner cette personne à partir de ce qu'elle connaît, en respectant ses perceptions, que ce soit en considérant que les idées suicidaires ne peuvent pas exister ou en croyant à des explications culturelles telles que les djinns.

Dans cet esprit, et avec tout le respect dû, les professionnels évitent de forcer leur point de vue, car cela engendrerait des barrières et des distances. Il en va de même pour les personnes sans abri ou les demandeurs d'asile : face aux barrières linguistiques, il importe de chercher des moyens de communiquer. Grâce à des outils tels que l'intelligence artificielle, ChatGPT ou Google Translate, ils parviennent à entrer en contact avec ces personnes et à établir des interactions significatives.

Il est important de reconnaître que les personnes vivant dans la rue ne doivent pas simplement être considérées comme des sujets de sauvetage car en adoptant une telle perspective, il existe un risque de passer à côté de l'essentiel. En réalité, il faut s'approcher d'eux et d'entamer un dialogue afin de les

interroger sur leurs besoins : un café, une douche, des vêtements propres, etc. Il importe de ne pas se contenter de les rediriger vers un CPAS pour obtenir un revenu ou un logement, mais bien de les accueillir là où ils se trouvent.

Il existe des structures comme le SMES, DoucheFLUX, et le Samusocial qui effectuent un travail précieux. Ces intervenants sont, en effet, des héros méconnus de cette époque. Ils s'approchent de ces personnes, s'assoient à leur côté et échangent quelques mots. Avant toute approche thérapeutique, établir un lien et restaurer cette connexion humaine est primordial. Trop souvent, ces personnes passent inaperçues, chacun peine à les regarder et, en conséquence, elles semblent disparaître. Quand on n'est pas reconnu, il est ardu de conserver sa dignité. Ainsi, la prise en charge de ces personnes sans abri repose sur le fait de les rencontrer là où elles se trouvent, dans un esprit de petites ambitions thérapeutiques.

Bon nombre de professionnels ont abandonné l'idée de vouloir sauver le monde et se concentrent désormais sur ce que qu'ils peuvent apporter, en fonction de leurs capacités respectives, non pas dans une posture de savoir mais plutôt à travers une forme de proximité. Cela demande une dose d'imagination, un peu de bricolage, et il est essentiel d'accepter cette démarche.

Lorsqu'il s'agit de financer de tels projets, certains peuvent s'interroger sur ce que le secteur fait réellement. Pourquoi ne pas mettre en place de nouveaux logements ? Pour ce faire, il importe de considérer que l'essentiel est de maintenir ces personnes en vie. Par le passé, certains ont déjà tenté d'intégrer des personnes sans abri dans des logements sans qu'elles y soient prêtes ou sans qu'elles en aient la volonté, et force est de constater que cela ne fonctionne pas.

Il est crucial de tirer des leçons de ces expériences et de les accompagner de manière à privilégier leur bien-être, plutôt que de simplement chercher à apaiser notre propre conscience.

**Mme Dominique Nothomb (intervenante)** ajoute que, depuis 2020, elle constate une véritable augmentation des idées suicidaires au sein de la classe moyenne. Il est impératif d'attirer l'attention sur le fait que la problématique du suicide n'est pas limitée à un âge, un genre ou une classe sociale spécifique. L'attention doit être portée sur chacun, en tenant compte des individus qui, en plus de leurs idées suicidaires, rencontrent des difficultés de logement. Toutefois, même si ces personnes cumulent des risques importants, il demeure essentiel de ne pas les oublier et d'adresser la question du suicide à chacun,

notamment en raison de l'évolution des demandes au sein des centres de prévention du suicide.

Pour ce qui concerne la question des hommes, bien qu'ils se tournent proportionnellement moins vers le CPS, il est cependant constaté une augmentation du nombre d'hommes parmi les bénévoles, ce qui témoigne d'une réponse accrue sur la ligne. Il existe donc un cercle vertueux à ce niveau, qui se manifeste également lors des consultations. Il est évident que ce progrès doit être entendu dans le sens d'une politique des petits pas. La déstigmatisation, la discussion accrue autour de la santé mentale, est indéniablement en cours, et l'encouragement à exprimer ses émotions est indéniablement un facteur qui aidera les hommes à reconnaître et à identifier leurs émotions, ainsi qu'à chercher de l'aide et des ressources.

**M. Yusuf Yildiz (PS)** se questionne sur la hausse de 15 % des jeunes adolescents en situation problématique par rapport à 2020, ainsi que la question des jeunes de 10 ans en détresse suicidaire. Les intervenants ont-ils déjà observé des cas similaires auparavant ?

**Mme Dominique Nothomb (intervenante)** ne souhaite pas conclure sur une note négative. Néanmoins, elle précise que le Centre est intervenu plusieurs fois en 2024 dans des établissements scolaires à la suite d'actes ayant conduit au décès d'enfants, dans des circonstances particulièrement tragiques. Elle prend l'exemple d'un jeune garçon qui, pendant un cours, a demandé à se rendre aux toilettes, mais il n'est jamais revenu.

Il est vrai que les adolescents ont toujours présenté un nombre élevé de tentatives de suicide. Mais l'expérience de terrain récente indique que de plus en plus de passages à l'acte aboutissent à des issues fatales. Il ne s'agit plus simplement d'appels à l'aide, mais bien de décisions déterminées de mettre fin à ses jours, ce qui est très préoccupant. Toutefois, il convient de noter une hausse d'environ 15 % d'appels provenant de jeunes, ce qui est une estimation, car la ligne est anonyme. Cette estimation repose sur

des échanges verbaux, où le bénévole s'aperçoit que l'appelant semble avoir entre 10 et 25 ans.

Ce qui est encourageant, c'est qu'en 2020, les jeunes avaient beaucoup moins tendance à utiliser cette ligne pour chercher de l'aide. Ce n'était pas leur moyen de communication privilégié. Ainsi, il est positif de voir une démarche plus active d'appels à l'aide, car cela montre qu'il existe encore un espoir de trouver de l'aide et des ressources. Cela souligne l'importance de cette présence. Pour chacun des membres de l'équipe, ainsi que pour les bénévoles, c'est un véritable déchirement lorsqu'il est impossible de répondre à un appel. Tous se lèvent chaque matin dans le but d'aider ceux qui en ont besoin.

**Mme Cécile Vaincel (PS)** souhaiterait, si possible, des précisions concernant les chiffres alarmants relatifs à l'enquête « Noir Jaune Blues », afin de mieux en comprendre les enjeux.

**Mme Amélie Pans (présidente)** tient à exprimer sa sincère gratitude aux intervenants car cet échange de vues fut fascinant. Les commissaires ont été en mesure de comprendre l'ampleur des besoins du secteur. Si la présidente ne dispose pas d'une solution miracle à leur offrir, il reste essentiel d'approfondir cette compréhension pour avancer, notamment au regard du PSSI et des problématiques exposées ce jour. Il est crucial d'intégrer ces éléments sans modifier continuellement l'approche politique, car cela ne donnerait au secteur aucune certitude pour progresser dans ses projets.

## 6. Approbation du rapport

Il est fait confiance à la présidente et à la rapporteuse pour l'élaboration du rapport.

*La Rapporteuse,*

Anne-Charlotte d'URSEL

*La Présidente,*

Amélie PANS

## 7. Annexe 1

### PowerPoint du Centre de prévention du suicide

---

# PARLEMENT BRUXELLOIS

## Seconde audition

11 mars 2025



---

## Centre de Prévention du Suicide

Centre de  
Prévention  
du Suicide



**LA référence en prévention du  
suicide en Région bruxelloise,  
ainsi qu'en Belgique  
Francophone;**

**Le phare dans la tempête;**

**55 ans d'expertise;**

**+ 100 personnes mobilisées pour  
la prévention du suicide**

## Centre de Prévention du Suicide

---



**Pluraliste**

**Indépendant**

**Neutre**

## Centre de Prévention du Suicide à Bruxelles

---



**Lieu unique en Belgique dédié à la  
prévention du suicide 360°**

**Budget: + 1 million €**

**Frais de personnel : 85%**

**Financement public : 95%**



## Services du CPS à la population

### Aux personnes :

- **Ligne d'écoute 0800 32 123**
- Consultations psychologiques multilingues  
accompagnement de la crise suicidaire / deuil après  
suicide
- Forum en ligne

### Aux collectivités :

- Formations et sensibilisations
- Interventions en collectivité – Postventions

### Autres :

- Site web, bibliothèque, campagnes de sensibilisations,  
etc.



## Ligne d'écoute gratuite et anonyme 0800 32 123



**24/24H**  
**GRATUITE ET ANONYME**

- **Les répondants de la ligne 0800 32 123: des bénévoles formés et supervisés par une équipe de psychologues cliniciens;**
- **Les appelants sont des Bruxellois et des Belges francophones.**

## Bureaux d'écoute



## Services du CPS à la population

### Aux personnes :

- Ligne d'écoute 0800 32 123
- Consultations psychologiques multilingues  
accompagnement de la crise suicidaire / deuil après suicide
- Forum en ligne

### Aux collectivités :

- Formations et sensibilisations
- Interventions en collectivité – Postventions

### Autres :

- Site web, bibliothèque, campagnes de sensibilisations, etc.



## Accompagnement professionnel et spécialisé

### IDÉES SUICIDAIRES ? TENTATIVE DE SUICIDE ?



**ACCOMPAGNEMENT SPÉCIALISÉ**  
PAR DES PSYCHOLOGUES  
POUR VOUS-MÊME ET/OU VOS PROCHES



**CONTACTEZ-NOUS.**  
0476 53 00 84  
Réponse endéans les 72h maximum  
[www.preventionsuicide.be](http://www.preventionsuicide.be)  
Ne restez pas seul !



### Consultations psychothérapeutiques

- Psychologues cliniciens
- Contact dans les 72 heures
- Accompagnement des personnes suicidaires
- Accompagnement des personnes endeuillées par suicide

## Services du CPS à la population

### Aux personnes :

- Ligne d'écoute 0800 32 123
- Consultations psychologiques multilingues  
accompagnement de la crise suicidaire / deuil après suicide
- Forum en ligne

### Aux collectivités :

- Formations et sensibilisations
- Interventions en collectivité – Postventions

### Autres :

- Site web, bibliothèque, campagnes de sensibilisations, etc.



## Formations et sensibilisations à la prévention du suicide



- **Durée variée - 3h à 2 jours**
- **Public : différents secteurs dont les intervenants de 1<sup>ère</sup> ligne du secteur psycho-médico-social**
- **Déconstruction des idées reçues : que faire face à une personne en crise suicidaire ?**

## Services du CPS à la population

### Aux personnes :

- Ligne d'écoute 0800 32 123
- Consultations psychologiques multilingues  
accompagnement de la crise suicidaire / deuil après suicide
- Forum en ligne

### Aux collectivités :

- Formations et sensibilisations
- Interventions en collectivité – Postventions

### Autres :

- Site web, bibliothèque, campagnes de sensibilisations, etc.



## Sensibilisation et prévention du grand public



**Prévention du Suicide :**  
Ressources pour les parents  
et proches de jeunes

**Forum** -> Importance de l'écrit dans l'expression de la détresse suicidaire

**Site internet** -> Informations, guides et outils prévention du suicide selon les besoins des personnes !

**Bibliothèque / Base de données en ligne**  
-> La mieux fournie d'Europe sur le suicide et sa prévention

### Actions de communication

- Campagnes de sensibilisation pour atteindre le plus de personnes possibles + spécifiques aux jeunes
- Outils de prévention du suicide
- Journée mondiale de prévention du suicide (10 Sept)

## L'ADN du CPS, la collaboration en réseau.



Centre de Prévention du Suicide

[www.preventionsuicide.be](http://www.preventionsuicide.be)



## Quelques indicateurs chiffrés clefs - 2024

### Ligne d'écoute

**25 000**  
appels  
répondus

**73**  
bénévoles sur la ligne

### Consultations

**2500**  
consultations  
psychologiques

**200**  
nouveaux patients

### Formations

**114**  
formations et  
sensibilisations

**26**  
postventions

Centre de Prévention du Suicide

[www.preventionsuicide.be](http://www.preventionsuicide.be)



## Enjeux : Mémorandum Prévention du Suicide



# MÉMORANDUM 2025 PRÉVENTION DU SUICIDE

**1. Mise en place d'une politique régionale de prévention du suicide**

7 axes pour une meilleure prévention du suicide en Belgique. Ensemble, agissons pour éviter de nouveaux drames !

## Enjeux : Mémorandum Prévention du Suicide

**2. Formation du personnel de 1ère ligne et d'alerteurs**

**3. Amélioration des données scientifiques relatives aux suicides**

**4. Promotion de la santé mentale via actions de terrain et campagnes de sensibilisation à grande échelle**

**5. Renforcement du soutien humain et des services à la population**

**6. Actions préventives ciblées (au bénéfice des jeunes et entourage, etc.)**

**7. Postventions, interventions en collectivité après un passage à l'acte suicidaire**

## Centre de Prévention du Suicide à Bruxelles

---



### Témoignage (podcast)

Malgré un contexte difficile, je peux vous dire que cette journée a été enrichissante et inoubliable.

J'espère que mon témoignage pourra contribuer à aider les personnes en deuil à retrouver un jour la légèreté et à croire malgré tout en la vie.

Bien cordialement.

**Eric**

---

### Plus d'infos ? Une visite du CPS ?

**[dominique.nothomb@preventionsuicide.be](mailto:dominique.nothomb@preventionsuicide.be)**

**Gsm: 0478 78 12 71**



**Site internet :**

**[www.preventionsuicide.be](http://www.preventionsuicide.be)**

## 8. Annexe 2

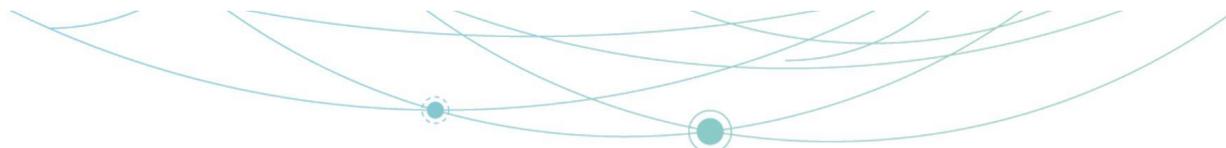
### PowerPoint d'Epsilon ASBL

# Etat des lieux Santé Mentale

Dr Depuydt caroline  
Psychiatre, ASBL Epsilon



[www.epsilon.be](http://www.epsilon.be)



Présentation brève  
d'Epsilon

## Différentes entités

- 427 lits et places répartis sur 4 sites hospitaliers (Uccle) :  
Clinique La Ramée  
Clinique Fond’Roy  
Clinique Area+ (adolescents)  
MSP 3 arbres (Maison de soins psychiatriques)

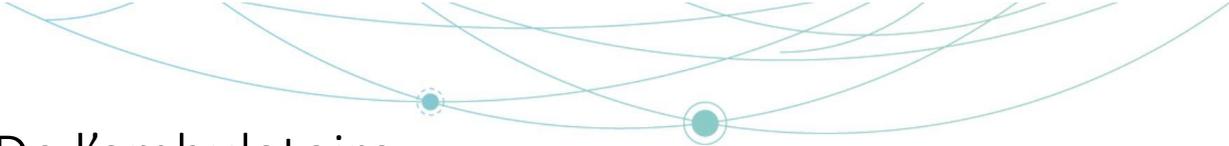


## De l'extra-hospitalier



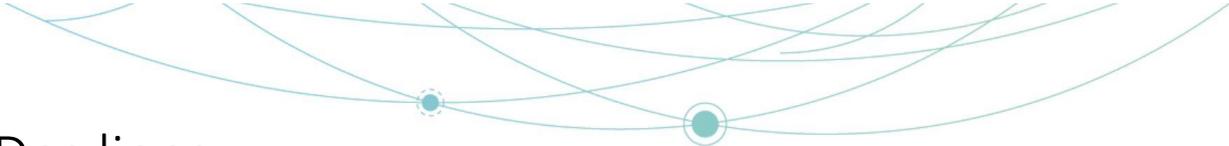
- 2 **hôpitaux de jour** : un pour adultes, un pour adolescents jusque 22 ans.
- Une équipe d'outreaching et d'intensification **EPIK** (lien entre ambulatoire avant hospitalisation et hospitalisation)
- 48 places **IHP** (Initiatives d'Habitations protégées ) dont des places Kot+ (pour étudiants qui kottent) et des places mère/bébé
- 1 **SPAD** (service psycho-social à domicile) pour jeunes adultes





## De l'ambulatoire

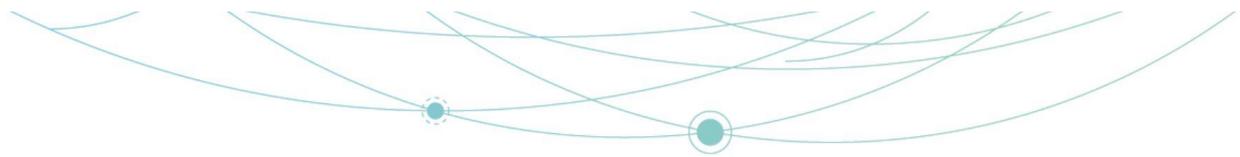
- 1 **lieu de liens** (Le Delta) : lieu d'accueil (en journée) sans conditions
- 1 pôle de **consultation adulte** ( 28643 consultations en 2023)
- 1 pôle de **consultation ado**
- 1 pôle de **consultation enfance et petite enfance**



## Des liens...

- Avec la **commune** (SSM de la commune, échevin de la santé, hôpital général, CPAS, police,...)
- Avec le **réseau bruxellois** (projet 107 Brumenta-adultes- et Brustars- enfants et ado-, plateforme bruxellois pour la santé mentale, GIBBIS)
- Avec la **Wallonie** (hôpitaux psychiatriques, interplateforme)
- Avec la **Belgique** (réseau HIC fédéral – High Intensive Care-, projets 107- organe de concertation)





## Constats



### Augmentation des troubles de la SM et Spécificités de Bruxelles

- Augmentation de la population pour une offre qui n'a pas évolué (au contraire en psychiatrie cfr gel de lits)

(source [https://ibsa.brussels/sites/default/files/publication/documents/Focus-67\\_FRv3.pdf](https://ibsa.brussels/sites/default/files/publication/documents/Focus-67_FRv3.pdf))

- 1996 : 948.122 habitants
- 2008 : 1.048.491
- 2019 : 1.208.542
- 2024 : 1.249.597 habitants





- Nombre important **d'étrangers et de demandeurs d'asile** (source IBSA)

Au cours de l'année 2023, 56 166 personnes sont arrivées en RBC en provenance d'un pays étranger

Le nombre d'immigrations internationales demeure particulièrement élevé en 2023, et, mise à part l'année 2022, il n'avait jamais été aussi élevé en RBC .

Parmi ces immigrations internationales, 4 792 sont des changements de registre. Il s'agit très majoritairement de demandeurs d'asile.

Hormis en 2010, année de régularisation importante de demandeurs d'asile, **le nombre de changements de registre n'avait jamais été aussi élevé dans la Région qu'en 2023.**

- La Région bruxelloise concentre sur son petit territoire une grande part des **personnes sans-papiers** présentes en Belgique, soit minimum 50 000 personnes (Source :Vivalis)

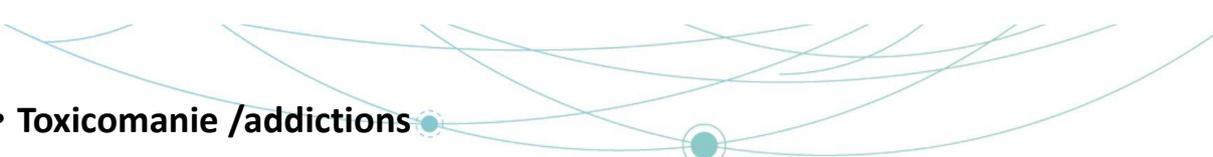


- **Précarité socio-économique**

- En Région bruxelloise, en 2023, 28 % de la population vivait sous le seuil de risque de pauvreté, contre 8 % en Flandre et 15 % en Wallonie. (Source Vivalis <https://www.vivalis.brussels/sites/default/files/2024-03/Pauvrete%20et%20in%20C3%A9gait%20C3%A9%20C3%A0%20Bruxelles%20les%20voyants%20plus%20que%20jamais%20au%20rouge.pdf>)
- Le nombre de bénéficiaires d'un revenu d'intégration sociale est passé de 28 479 personnes en 2013 à 45 135 en 2023, soit +58 %.
- le nombre de personnes sans abri a quadruplé depuis 2008

Or, on le sait, la **précarité augmente les problèmes de santé mentale et les problèmes de santé mentale augmentent la précarité**





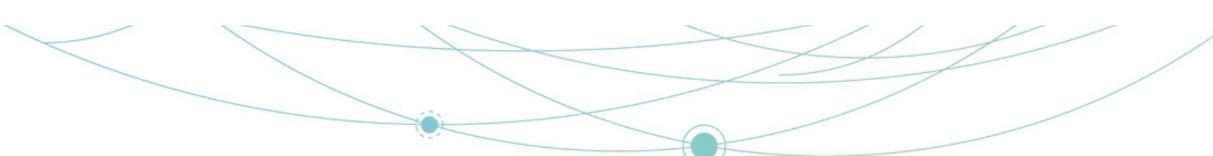
- **Toxicomanie /addictions**

Les statistiques policières montrent à Bruxelles une augmentation du nombre de faits enregistrés concernant les stupéfiants

En termes de commerce (1541 faits en 2019, +28 % par rapport à 2015)

En terme de détention (6479 faits en 2019, +18 % par rapport à 2015).

(Source safe.brussels)



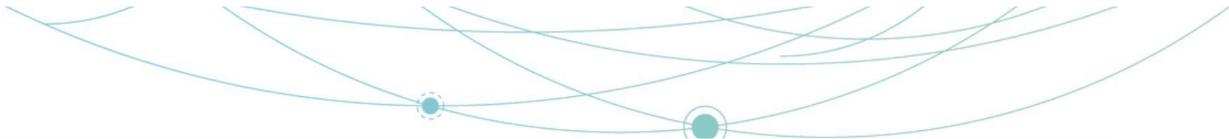
- Bruxelles attire des **non-bruxellois** en terme de soins de santé

Exemple : 40% de non-Bruxellois occupent les chambres d'hôpitaux de la capitale. (Observatoire régional de la santé et du social)

C'est aussi vrai dans l'ambulatorio et dans les soins de santé mentale (expertise, disponibilité, accueil des troubles complexes car formation spécialisée).

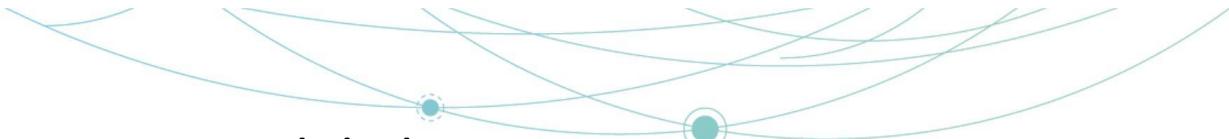
- Bruxelles a relativement **peu de lits psychiatriques** comparé aux autre régions de Belgique





Lits psychiatriques	Hopital psychiatrique	Service psy hop général	total	pourcentage	% population (Statbel)
Belgique	11279	3684	14963	100 %	100% 11.763.650
Région Bxl-Capitale	587	731	1318	8,81 %	10,62 % (1.249.597)
Région Wallonne	3270	1225	4495	30,04%	31,39 % (3.692.283)
Région Flamande	7422	1728	9150	61,15%	57,99% 6.821.770

Source Belgique en Bonne santé  
[https://www.belgiqueenbonnesante.be/images/Blikvanger\\_Gezondheidszorg\\_GGZ\\_FR\\_v09.pdf](https://www.belgiqueenbonnesante.be/images/Blikvanger_Gezondheidszorg_GGZ_FR_v09.pdf)

## + Contexte global

- Pénurie de psychiatres et pédopsychiatres
- Contexte anxiogène (guerres, contexte politique belge et étrangers, crise climatique, crise énergétique)
- Surinformation /désinformation/infobésité
- Familles monoparentales, isolement
- Stress professionnel
- ...





## C'est aussi vrai pour **les jeunes** !

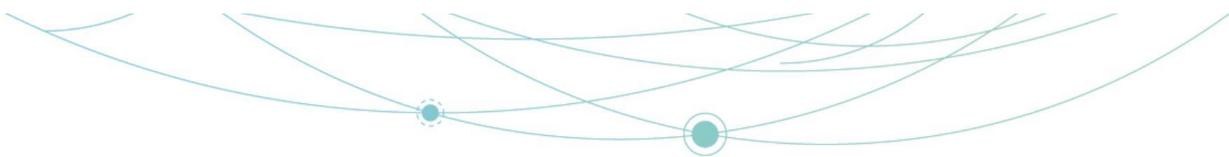
- 16,3% (plus de 220.000) des jeunes âgés de 10 à 19 ans en Belgique sont diagnostiqués avec un trouble mental et 63,1% des jeunes font état d'une dégradation de leur état de santé mentale. (Source Belgique en bonne santé)
- Avec des **conséquences** : phobie scolaire, décrochage, anxiété, dépression, addictions, idées suicidaires, suicide,...
- Explosion de la demande de soins volontaires et augmentation des mises sous observations protectrices (soins sous contrainte)



## Santé mentale ne doit pas faire oublier la psychiatrie

- Le **mal-être psychologique** est réversible, multifactoriel et répond à des mesures de soutien et de prévention.
- Le **trouble psychiatrique** est une pathologie nécessitant une prise en charge spécialisée, des soins spécifiques, intenses, multidisciplinaires et parfois dans la durée
- Les troubles psychiatriques sont souvent complexes (pathologie + addiction + trouble de la personnalité+ précarité socio-économique)
- Les soins psychiatriques spécialisés sont souvent utiles dès la première ligne (diagnostique, entame d'un traitement,...)





La réponse doit donc prendre en compte le **volet santé mentale** (psychologues de première ligne, prévention, accompagnement dans la population au sens large)

Mais aussi le **volet psychiatrique** (intensification des lits hospitaliers, lieux d'accueil psychiatriques bas seuils, soutien à la prise en charge ambulatoire de ces troubles complexes)

SINON risque **d'une psychiatrie à deux vitesses** : les lieux de soins ayant plus de demandes que d'offre, ils sélectionnent de façon légitime les patients demandeurs, en voie de stabilisation, avec un projet et une alliance thérapeutique. Les autres sont laissés sur le carreau et participent à l'explosion des **hospitalisations sous contrainte**.



Mise en observation (maintenant MOP : mise sous observation protectrice)

- **Bruxelles**

2016 : 977

2023 : 1517

- **Belgique**

En Belgique, le **taux global** d'hospitalisations sous contrainte est passé de 7,1/10 000 en 2010 à 9,4/10 000 en 2021. Ce chiffre est plus élevé à Bruxelles (10,2/10 000 en 2021) qu'en Flandre (9,2/10 000) et en Wallonie (8,2/10 000).

(source : Belgique en bonne santé)



## Conclusion

- Les besoins explosent chez les patients : désarroi des patients et de leur famille, troubles psychiatriques graves dès le plus jeune âge
- L'offre ne suit pas chez les professionnels: débordement, allongement des listes d'attentes, psychiatres qui ne prennent plus de nouveaux patients, burnout, risques médico-légaux, découragement, sentiment de solitude et de laisser-tomber.



## Besoins en Santé mentale et en psychiatrie

- L'augmentation des budgets (psychologues de première ligne, intensification, etc.) est bienvenu MAIS
  - s'est parfois fait au prix d'un gel de lits dans des régions qui en manquaient déjà
  - Ne comble pas un retard dans les subventions allouées aux soins de santé mentale
  - Ne compense pas l'augmentation de la population
- Ces budgets restent totalement insuffisants eu égard à l'augmentation des besoins





## Budget des soins de santé mentale

- En général, moins de 2% du budget des soins de santé est consacré à la santé mentale alors que la charge que représente les troubles mentaux contribuent à près de 20% de la charge mondiale de morbidité.
- La santé mentale reçoit <1% de l'aide internationale destinée à la santé
- près de 1000 milliards de dollars de productivité économique sont perdus chaque année du seul fait de la dépression et de l'anxiété. Tandis que chaque dollar dépensé en soins pour la dépression et l'anxiété rapporte 5 dollars.

(SOURCE <https://unric.org/fr/le-sous-financement-de-la-sante-mentale-pourrait-couter-tres-cher/>)



## Solutions?

- **Renforcer** ce qui existe déjà (les SSM, les lits psychiatriques surtout MOP et ado, les lieux d'accueil)

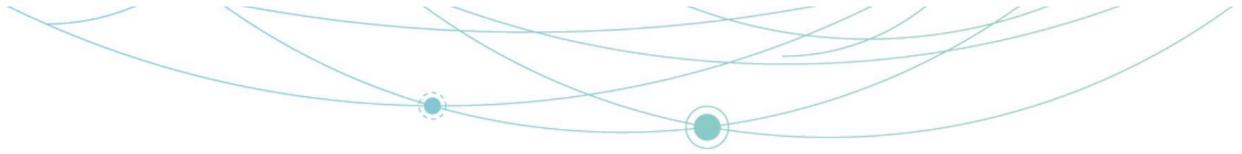
(et non pas créer un énième projet-pilote qui demande à l'institution de compléter sur fons propres, augmente le déficit et morcelle les soins)

- Mettre les **budgets là où sont les patients et les usagers** et là où ils peuvent en bénéficier le plus : permettre aux professionnels d'avoir du temps de rencontre (rémunéré), soutenir des trajets de soins, renforcer les lits hospitaliers, ajouter des ETP dans les SSM pour une fonction accueil et orientation

(et non pas payer un énième coordinateur)

- **Soutenir la première ligne** par des formations et des supervisions : les CPAS, les AIS (permettre l'accès au logement), la police, ...
- Soutenir les patients les plus **déshérités** et les **troubles complexes (AINSI que ceux qui s'en occupent)** : les adolescents, les mises sous observation protectrice, les sans abris

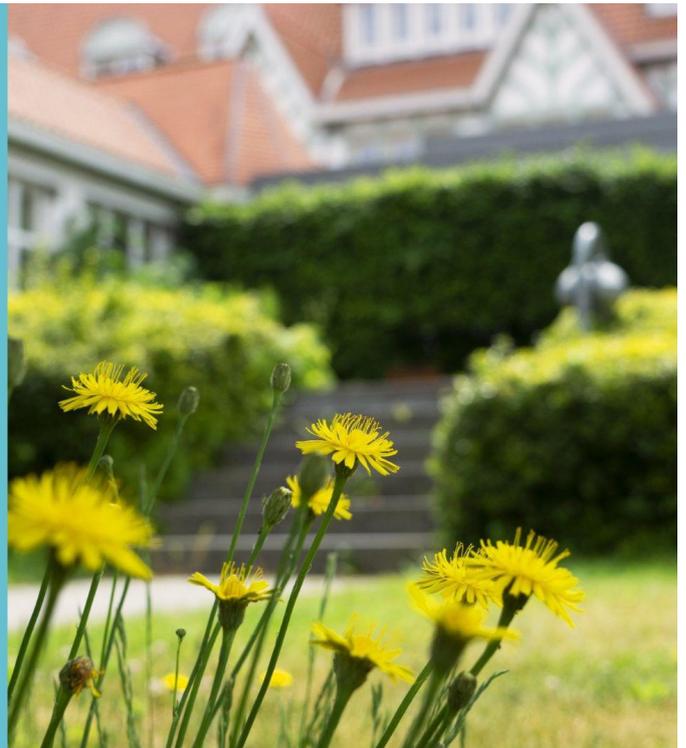




## Des questions ?



**Merci.**  
Merci.  
Merci.



## 9. Annexe 3

### Réponses complémentaires de la Ligue bruxelloise de la santé mentale



#### Commission des Affaires sociales, de la Famille et de la Santé Séance du 11 mars 2025 consacrée à la santé mentale

Réponses aux questions posées par les parlementaires

##### 1. *Au niveau des délais d'attente, ont-ils augmenté ? Dans quelle mesure ?*

Les Services de Santé Mentale (SSM) n'appliquent pas tous le système de la liste d'attente. Ceux qui le font constatent qu'en fonction des périodes, les délais courent de quelques semaines à plusieurs mois. Plusieurs services ont abandonné la liste d'attente, pour éviter de maintenir les personnes en suspens et pour ne pas risquer de « perdre » des personnes qui attendraient depuis longtemps mais avec qui il n'y a plus de contact.

Si nous n'avons pas de données chiffrées à l'échelle sectorielle, nous confirmons que la saturation s'accroît, du fait d'une diminution de la proportion de réponses positives aux demandes, ce qui entraîne également un allongement des délais d'attente lorsqu'une liste d'attente existe.

La saturation est le principal obstacle à l'accès aux soins, et le fait de faire attendre des personnes qui ont franchi le cap d'adresser une demande (ou d'accepter d'être orientées vers les SSM) est vécu comme un problème de plus à porter. Si le délai est trop long, on peut passer à côté d'une « fenêtre d'opportunité », la personne pouvant renoncer durablement à maintenir ou réitérer sa demande de soins.

##### 2. *En ce qui concerne les personnes les plus vulnérables, il est à déplorer qu'elles soient précisément celles qui rencontrent le plus de difficultés pour demander de l'aide. Dans les cas où une prise en charge directe est impossible, ces personnes peuvent se sentir découragées et dissuadées de reprendre contact avec les services de santé mentale par la suite. Lorsqu'une telle situation se produit, existe-t-il d'autres alternatives possibles pour veiller à ce que ces patients ne soient pas perdus de vue?*

Il n'y a pas de services permettant de faire attendre des personnes. Par contre, de plus en plus de SSM essaient d'offrir un accueil plus élaboré, impliquant souvent plusieurs intervenant-es de l'équipe, afin de recevoir toutes les demandes, de rencontrer les personnes pour explorer la situation, les réorienter au mieux voire les accompagner vers d'autres services. Cet accueil est souvent vécu positivement, les personnes ayant l'impression de ne pas être laissées livrées à elles-mêmes.

Cependant, un tel dispositif d'accueil est gourmand en ressources et c'est donc un équilibre ardu à trouver pour ne pas réduire encore les capacités de prise en charge.

##### 3. *Au niveau des [24] services agréés, communiquent-ils et échangent-ils entre eux de manière efficace ?*

Les coordinations des 24 SSM se rencontrent chaque mois à la Ligue pour discuter sur les évolutions de leur travail, sur les changements de réglementations et d'obligations, sur la recherche de solutions communes à des problèmes concrets dans leur organisation... Ils



construisent une vision commune du soin que la Ligue porte ensuite auprès des instances extérieures.

Sur le plan clinique, les intervenant·es des SSM se rencontrent dans les groupes de travail organisés par la Ligue autour de questions cliniques, dans des formations, séminaires, colloques organisés par la Ligue ou par d'autres acteurs. Ils peuvent également avoir des contacts directs entre eux·elles, autour de situations passées d'un service vers un autre.

**4. Malheureusement, les hommes sont ceux qui sont les plus sujets au suicide. Comment les inciter à rechercher de l'aide ? Comment les encourager à ne pas se conformer aux stéréotypes machistes qui les poussent à croire qu'il ne faut pas parler de ses problèmes et qu'il est possible de les résoudre seul ? Quelles stratégies pourraient être mises en place pour les inciter à chercher de l'aide ?**

C'est une vraie question. La dimension du genre joue sur le recours aux soins. Il importe de mener un travail constant sur les représentations, de les déconstruire, de mettre en avant des personnes qui osent en parler. De plus en plus de personnalités connues parlent de santé mentale, incitant le grand public à faire de même. Cela concerne surtout des femmes, mais des hommes s'y mettent aussi.

Cela implique également une audience bienveillante : il ne suffit pas de pousser les gens à parler, il faut aussi que d'autres soient prêt·es à entendre et écouter sans juger.

Plus fondamentalement, ce travail sur les représentations passe aussi par des petites choses au quotidien qui agissent silencieusement pour maintenir les clichés. C'est par exemple l'emploi de la langue qui continue de véhiculer une prééminence du masculin (contrairement à d'autres langues, le français ne dispose pas d'un neutre spécifique mais confère ce rôle au masculin).

C'est donc un travail à mener sur de nombreux plans : l'éducation sur la langue, la culture, les médias, les réseaux sociaux...

**5. Concernant la question du financement, on sait que les besoins sont énormes et que les ressources humaines manquent drastiquement. Néanmoins, on sait aussi la situation financière assez fragile de la Région. Les difficultés rencontrées sont-elles vraiment le fruit d'un budget trop faible ? Etant donné que la COCOF agréée [24] SSM et qu'elle finance en outre d'autres services de manière facultative, n'y a-t-il pas une réflexion à mener sur une rationalisation de ces structures. De cette manière on pourrait, avec un budget plus ou moins similaire financer davantage les structures restantes.**

C'est là une question importante. Il faudrait déjà clarifier la notion de rationalisation que l'on entend ici comme une proposition à rassembler voire fusionner les ASBL en une seule ou quelques grandes structures. La réponse est claire : non, les difficultés ne sont pas liées à un manque de rationalisation et oui, elles sont bien dues à un budget trop faible. Plusieurs éléments pour expliquer cela :



LIGUE BRUXELLOISE POUR  
LA SANTÉ MENTALE

- La Belgique sous-investit de façon structurelle dans la santé mentale, et ce de façon structurelle. Elle consacre 6% de son budget santé aux soins de santé mentale, là où les pays voisins y mettent le double (France : 15%, Luxembourg : 13%, Allemagne : 11,3%<sup>1</sup>).
- La répartition des moyens au sein du système belge témoigne de disparités importantes. Quand les hôpitaux psychiatriques belges coûtent environ 1,3 milliards d'euros, soit environ 16% du budget hospitalier général<sup>2</sup> au fédéral, le budget des Services de Santé Mentale représente seulement 1/10 de ce montant, toutes Régions confondues<sup>3</sup>.
- Les ASBL ont démontré depuis de nombreuses années leurs capacités à produire des actions efficaces et porteuses avec des moyens limités, à se montrer souples, créatives, et à pouvoir déceler très tôt les évolutions sociétales (une série d'avancées législatives sont dues à la mise en avant par des associations de problématiques souterraines). Leur management est limité en taille (un SSM moyen par exemple dispose en général d'une personne pour la coordination et d'une autre pour le secrétariat) et l'organisation interne fonctionne grâce à une circulation de l'information soutenue par des mises en commun formalisées (comme les réunions d'équipe). Le contrôle strict des dépenses auquel elles sont soumises assure également que les moyens nécessaires sont utilisés sans dépassement. Enfin, elles sont portées par des équipes motivées et ont développé avec la population un lien de confiance qui raffermirait leur ancrage local. Autant d'éléments qui sont difficiles à concurrencer.
- La fusion entre associations est une question régulièrement débattue. Elle peut avoir du sens dans certains cas, en fonction de l'objet social des services, de leurs missions. En ce qui concerne les SSM et le CPS, la fusion n'apporterait rien : les services ont un ancrage local qui est un gage de proximité avec la population. Le Centre de Prévention du Suicide a quant à lui développé une expertise unique qui permet d'éviter que la question du suicide soit diluée au milieu de nombreuses autres problématiques ; sa présence et son intégration dans le réseau permettent aux autres services de se tourner vers lui lorsqu'ils sont confrontés à la question du suicide. Il en va de même pour les SSM en ce qui concerne la santé mentale et la psychiatrie ambulatoire.
- Les expériences de fusion déjà menées démontrent que l'objectif économique (réduire certains coûts récurrents) n'est jamais atteint : le changement de taille d'une structure génère au contraire de nouvelles obligations et de nouveaux types de dépenses qui créent dans de nombreux cas une charge financière plus importante qu'avant la fusion. Si on ajoute à cela que les grandes structures ont une plus grande inertie (à l'image d'un paquebot qui est plus difficile à manœuvrer qu'un voilier), qu'elles ont tendance à réduire la diversité des approches, on perçoit combien le recours à plusieurs services est plus intéressant économiquement et socialement.
- Les ASBL développent depuis des années des partenariats, des échanges de pratiques, des mises en commun de réflexions et d'actions, des mutualisations (voir question

<sup>1</sup> Chiffres de l'OCDE 2021

<sup>2</sup> Données BMF 2019

<sup>3</sup> 72 millions pour les CGG en Flandre (données 2025), 43 millions en Wallonie (38 millions pour le cadre agréé, et environ 5 millions pour Get up Wallonia, données 2025), 28 millions à Bruxelles (22 millions en COCOF et 6 millions en COCOM, données 2024).



suivante). Il y a évidemment beaucoup à améliorer car des clivages ou des représentations erronées des uns sur les autres existent aussi. Le mouvement de concertation s'est accentué pendant et après la crise COVID. Nous l'observons à la Ligue qui est elle-même le résultat d'un rapprochement entre de multiples services à Bruxelles. Ce travail continu d'échanges et d'élaborations partagées (qui se traduit par exemple en des groupes de travail comme ceux à la Ligue ou par des journées d'étude) renforce la qualité du travail fourni et, chez les professionnel·les le sens de leur engagement à soigner chaque jour leurs concitoyen·nes.

- Enfin, lorsqu'on sait que 75% des demandes ne trouvent pas de suivi en SSM, on voit bien qu'une réorganisation des services n'apporterait aucune réponse efficace pour résoudre cette saturation. Nous insistons sur l'importance de ne pas déplacer le problème : si l'on manque de moyens, il convient de dégager des pistes pour en chercher de nouveaux plutôt que de demander une nouvelle fois aux acteurs de faire sans, mais autrement.

Ajoutons à cela que les dépenses en santé sont des investissements : une population en meilleure santé coûte moins et participe davantage à toutes les dimensions de la société, à commencer par l'économie.

**6. Quelles sont les avancées que vous percevez à ce jour, suite à la réforme du décret ambulatoire ? Les synergies entre les SSM et les autres services ont-elles été renforcées comme le prévoit le décret ? Enfin, le décret accord-t-il de l'importance à la prévention et à l'information en matière de santé mentale ? Des efforts ont-ils été réalisés à cet égard ?**

La réforme du décret a permis de toiletter le texte, de clarifier certains points. En ce qui concerne la santé mentale, il a permis de réaffirmer dans le texte l'importance de la psychiatrie ambulatoire, il a intégré dans le cadre structurel certains projets issus du plan de relance. Il y a bien sûr aussi des lacunes (comme le fonction de coordination de service qui est diversement soutenue par le décret ; comme l'obligation d'un temps minimal de salariat pour la fonction psychiatrique en SSM ; ou encore comme la faiblesse des frais de fonctionnement, y compris quand un service a plusieurs sites,...). Et la question des moyens qui sont dévolus pour concrétiser le texte reste posée. Ainsi, les projets de mobilité, d'outreaching ou de travail communautaire prévus pour les SSM dans le décret, ne peuvent se déployer sans budget prévu pour ce faire.

En ce qui concerne les synergies, la mise en place du PSSI (au-delà des objectifs que nous rejoignons) s'est accompagnée d'une complexification du travail de réseau. Il faudrait pouvoir suivre et évaluer dans un certain délai pour voir comment cela aura évolué et si cela aura apporté une réelle plus-value.

Sur un autre volet de synergies, soutenu notamment par le volet mutualisation des accords du non-marchand, les SSM travaillent, au sein de la Ligue, à mutualiser certains éléments. La Ligue explore actuellement la possibilité de mutualiser le secrétariat social des SSM auprès d'un seul opérateur. Avec la FEDA, la FdSS et la FLCPF<sup>4</sup>, la Ligue mène un projet sur la mutualisation en

<sup>4</sup> Fédération drogues et addictions, Fédération des Services Sociaux, Fédération Laïque des Centres de Planning Familial



matière de logiciel-métier (logiciel traitant la gestion des ASBL, la gestion des dossiers, la récolte des données).

En ce qui concerne la prévention et l'information au public, il faut d'abord noter que les SSM sont depuis des années décrétalement tenus de mener des actions de prévention. A titre d'exemple, plusieurs d'entre eux ont développé ou pris part à des lieux de socialisation pour la petite enfance (0-4 ans), appelés Maisons Vertes ; supervisent des équipes de crèches ; participent à des événements d'information au public pour y intégrer le volet santé mentale...

La Ligue essaie de mettre en place depuis plusieurs années la Semaine pour la Santé Mentale autour de la journée du 10 octobre, journée mondiale de la Santé Mentale. Elle souhaite suivre l'exemple wallon (le Crésam<sup>5</sup>, partenaire de la Ligue, a développé la Semaine depuis de nombreuses années à l'échelle de la Wallonie ; en Flandre, il y a les *10 dagen voor geestelijke gezondheid*, du 1<sup>er</sup> au 10 octobre). Contrairement au Crésam, la Ligue ne dispose pas de moyens spécifiques pour ce faire et cela fait partie de nos revendications. Une Semaine récurrente constituerait un rendez-vous avec la population bruxelloise, qui ancre un peu plus les enjeux de santé mentale dans leur quotidien.

**7. Quelles solutions préconisez-vous pour améliorer l'accessibilité des soins et la coordination des différentes structures qui existent ? Comment la collaboration entre les divers services, par exemple de santé mentale, pourrait-elle être améliorée pour garantir une prise en charge encore plus efficace des patients ?**

Des moyens pour élever l'offre de soins à la hauteur des besoins. Nous préconisons en fait qu'à côté de ces moyens supplémentaires, une politique transversale de prévention soit prévue, avec des moyens ad hoc. Nous pensons que cet investissement de départ permettra, au fur et à mesure que la prévention avance, de réduire le coût de l'offre de soins, les problèmes étant soit peu à peu évités, soit atténués.

Des lieux de coordination et de concertation existent. Cependant, alors que les obligations en la matière augmentent (comme avec le PSSI), les moyens pour ce faire ne sont jamais prévus. Les acteurs de terrain qui souhaitent développer du travail de réseau doivent prendre ce temps sur leurs activités d'aide et de soins, ce qui est un vrai problème. La coordination n'est pas une option qu'on choisit ou pas d'activer, c'est un vrai travail en soi, qui demande de s'investir en temps et en moyens humains.

A la Ligue, nous avons l'expérience des coordinations thématiques (actuellement sur les thématiques de l'exil, de l'adolescence, des personnes âgées, de l'urgence et de la crise, de l'accueil, des précarités) où une personne travaillant en santé mentale consacre un temps de travail (entre 1/3 et 1/2 ETP) pour animer sa thématique à partir de la Ligue. Cette disposition avait été établie en COCOF et en COCOM il y a une trentaine d'années et se poursuit toujours avec autant de succès aujourd'hui, réunissant de nombreux acteurs de terrain tant du champ de la santé mentale que d'en dehors, pour faire réseau, éclairer des problématiques communes et dégager ensemble des pistes d'action.

<sup>5</sup> Centre de référence en santé mentale, basé à Namur.



### **8. Pensez-vous que le nombre actuel de SSM est suffisant ou conviendrait-il d'ouvrir de nouvelles structures ?**

Il y a à l'heure actuelle des communes de la Région qui ne disposent pas d'un SSM (Berchem-Sainte-Agathe, Ganshoren, Koekelberg) ou qui ne disposent que d'un nombre très limité de lieux de soins (1-2) sur un territoire très dense et/ou étendu (Anderlecht, Molenbeek). Essentiellement au nord-ouest de Bruxelles. Souvent, ces quartiers sont moins bien couverts par les transports en commun, ce qui complique le déplacement vers les services existants.

Nous préconisons que la couverture actuelle soit donc étendue, soit par la création de nouvelles structures, soit en mettant en place des antennes à partir de SSM existants (ce qui implique de revoir la subsidiation des sites supplémentaires qui est très faible aujourd'hui).

Une autre piste est également d'ouvrir l'une ou l'autre structure plus thématique. Ainsi, l'ASBL Umoya a introduit une demande de reconnaissance comme SSM : elle travaille avec les MENA, un public qui a des besoins spécifiques. Nous soutenons la demande d'agrément de cette ASBL.

### **9. Il y a également une différence salariale significative, de presque 2.000 euros, entre les médecins ayant 15 ans d'ancienneté en Région bruxelloise et ceux en Région wallonne. Quelles sont les raisons historiques de cette disparité et les solutions possibles pour harmoniser ces écarts ?**

Il y a tout d'abord l'histoire des commissions paritaires, avec leurs évolutions successives, notamment sous l'impact de la régionalisation politique. Des différences sont apparues entre Régions, chaque commission suivant son chemin propre. En Région Wallonne, les réformes post-COVID ont inclus une revalorisation des barèmes des psychiatres en SSM, ce qui a accentué l'écart avec Bruxelles pour atteindre en effet 2.000€ bruts / mois/ ETP. Pour le même travail, un-e jeune psychiatre hésitant par exemple entre le Brabant Wallon ou Bruxelles, sera très certainement convaincu de préférer hors de Bruxelles.

Ensuite, très tôt, les médecins sont sortis du cadre de la commission paritaire. En COCOF, les services ambulatoires sont globalement à la CP 332.00.20. Cette CP ne prévoit pas de barème supérieur à celui de Master. Depuis de très nombreuses années, les services ont donc dû s'appuyer sur d'anciennes grilles barémiques pour avoir une base au paiement des médecins. La COCOF subsidie ces postes à hauteur du Master, avec un complément pour les charges patronales. L'argent manquant est obtenu auprès de l'INAMI à travers les prestations médicales.

Lors de la réforme du décret ambulatoire COCOF, chaque secteur avait droit à une mesure à impact budgétaire. Pour les SSM, il s'agissait d'une revalorisation de la subsidiation des psychiatres, afin que les SSM passent à un barème plus élevé existant ailleurs (celui de médecin conseil en centre de révalidation) et donc un peu plus attractif. Malheureusement, les moyens finalement débloqués montent à un peu moins de 50% de ce qui avait été prévu au départ. Il n'est donc pas possible d'appliquer le barème souhaité et les SSM bricolent une solution qui permette malgré tout de renforcer un peu l'attractivité de leurs postes médicaux.

Cet enjeu est brûlant : de nombreux postes de psychiatres ne sont pas pourvus en SSM, ou seulement partiellement. Les médecins présents ont une moyenne d'âge élevée, plusieurs ont dépassé l'âge de la retraite et certain-es n'osent pas partir, faute de remplaçant-es. Plusieurs SSM se sont retrouvés pendant 1 à 2 ans sans médecin et d'autres se retrouvent aujourd'hui dans la même situation.



La pénurie des psychiatres est présente partout en Belgique et dans d'autres pays, mais elle est plus aiguë à Bruxelles. Résultante de plusieurs facteurs, elle doit donc être combattue sur plusieurs fronts, comme cela a été le cas pour la médecine générale, notamment :

- Par une valorisation de la filière auprès des étudiant-es en médecine, la psychiatrie étant une des spécialisations les moins choisies ;
- Par une correction des quotas sur la psychiatrie, en veillant aux besoins bruxellois ;
- Par un assouplissement des conditions de stage pour faciliter ceux-ci en ambulatoire ;
- Par une revalorisation des prestations psychiatriques via la révision de la nomenclature à l'INAMI ;
- Par une revalorisation des emplois de médecins en ambulatoire.

Nous insistons sur la mise en avant des postes en ambulatoire : l'accent mis sur la psychiatrie raterait ses objectifs en matière de programmation des soins de santé mentale s'il néglige la psychiatrie ambulatoire organisée par les entités fédérées. Nous devons sortir d'un modèle où les psychiatres seraient cantonné-es dans les hôpitaux et en cabinets privés : iels seraient inaccessibles pour une frange importante de la population qui en a pourtant besoin. Dans ce paysage, les SSM et certains services drogues et addictions sont les principaux acteurs ambulatoires qui non seulement prennent en charge des situations complexes, mais aussi accueillent des publics précarisés ou très précarisés.

**10. Les intervenants ont également mentionné la nécessité de démystifier la santé mentale et de ne pas la réduire à la notion de folie. Quels leviers actionner afin de mieux sensibiliser la population et les entreprises sur l'ensemble de ces enjeux ?**

Voir question 6.

**11. D'après l'étude « Noir Jaune Blues », 59 % des Belges interrogés aspirent à une vie de repli et 70 % des sondés préfèrent un régime autoritaire. Comment les tensions politiques et l'incertitude institutionnelle affectent-elles la santé mentale des citoyens ? À l'inverse, comment la détresse personnelle peut-elle affecter la confiance du citoyen envers les institutions ?**

C'est une question très large qui mobilise divers champs d'analyse et de compréhension. Sur le plan de la santé mentale, les études montrent de façon récurrente que le premier facteur qui soutient la santé mentale est le lien social. Vivre dans une société qui soutient, entretient, favorise les liens sociaux, à la fois visibles (les liens entre chaque individu et son environnement proche) et invisibles (les liens entre chaque individu et l'ensemble des habitant-es de la société), favorise une meilleure santé mentale.

Ces liens s'appuient sur une reconnaissance envers chaque personne qu'elle a bien sa place dans la société, et sur des mécanismes de solidarité entre les personnes qui les assurent de ne pas se retrouver seules et démunies face aux accidents de la vie. A ce titre, les politiques d'inclusion, de lutte contre les discriminations, de lutte contre les inégalités et de Sécurité sociale constituent des appuis importants en ce sens. Il n'est d'ailleurs pas étonnant que les pays les plus égalitaires (sur base du coefficient de Gini) sont restés systématiquement dans le haut des classements des pays avec la meilleure qualité de vie.



**12. Quelles devraient être les priorités d'investissement dans le domaine de la santé mentale pour cette législature ? Quelques pistes ont déjà été esquissées et il ne s'agirait pas tant d'une réforme en termes de réorganisation mais bien d'un refinancement des structures existantes.**

Voir question 7.

**13. Serait-il cohérent d'organiser l'offre de services en santé mentale selon une approche territoriale, ou ce découpage n'est-il pas nécessaire compte tenu de la volonté des utilisateurs de se déplacer pour accéder aux services de leur choix ?**

L'approche territoriale telle que pensée dans le PSSI présente des intérêts et des limites. Le principal intérêt est de la combiner avec la responsabilité populationnelle et donc d'inciter les acteurs locaux à mener des actions pro-actives pour lutter contre le non-recours aux droits. Elle peut responsabiliser davantage les autorités locales sur le territoire qui est le leur, tout en favorisant de nouvelles solidarités. Elle peut également servir d'appui pour donner enfin une plus grande envergure aux actions de prévention et de promotion de la santé.

L'approche territoriale est d'ailleurs déjà pratiquée depuis longtemps en santé mentale, avec d'un côté les réseaux en santé mentale mis en place par le fédéral et de l'autre, les SSM qui s'inscrivent dans le tissu local et/ou régional.

Parmi les limites, on peut pointer :

- Le fait qu'une série de problématiques ne peuvent se régler à l'échelle locale et sont tributaires d'échelons supérieurs ;
- Le fait que les publics accordent une moindre priorité à la proximité du service pour s'y adresser. L'étude qualitative de la Ligue sur l'accessibilité des SSM montre que la confiance accordée au service (par le bouche-à-oreille, par la réputation ou par des expériences positives antérieures) prévaut. La Ligue mène actuellement une étude avec l'Observatoire de la Santé et du Social sur cette question du rapport au territoire dans le chef des patient-es en SSM (résultats attendus en 2026) ;
- La logique de territorialisation, si elle permet de s'adapter à des réalités locales diverses, peut aussi émettre les politiques sociales là où celles-ci devraient davantage tendre vers plus d'égalité ;
- Le fait que l'approche territoriale, en mettant l'accent sur la nécessaire proximité entre les acteurs, tend à occulter les manques dans l'offre de service...

Cette approche ne peut réussir que si elle est combinée à d'autres types de politiques afin que les effets se complètent et aboutissent aux effets désirés.

**14. Comment les intervenants évaluent-ils l'accès aux soins psychiatriques ? Le nombre de lits disponibles est-il adéquat ? Il semble que non, et cela fait partie de l'équation à prendre en compte.**

Les services ambulatoires soulignent l'importance de pouvoir compter sur des lits disponibles en hôpital, afin de répondre aux situations d'urgence et de crises qui surviennent régulièrement



(tout comme à l'inverse, les hôpitaux et d'autres acteurs de 1<sup>e</sup> ligne soulignent l'importance de pouvoir compter sur des places dans l'ambulatoire). Bruxelles reste historiquement, structurellement sous-équipée.

**15. Quelles sont les suggestions des intervenants pour prendre soin de la population bruxelloise et éviter cette spirale infernale de souffrance – introduction de la culture, du sport, etc. ?**

Voir question 11. Nous ajoutons qu'effectivement la culture, le sport et l'accès à des espaces verts sont des éléments indispensables qui, non seulement font du bien à l'esprit, mais ouvrent aussi aux autres et favorisent les liens sociaux.

**16. La Ligue dispose-t-elle de données ou d'études concrètes qui permettraient d'identifier les profils des personnes qui se retrouvent sans réponse, ainsi que les conséquences tangibles de cette saturation sur ces patients ?**

Quelques éléments qui montrent que face à la vague des demandes, les SSM privilégient les personnes en situation de plus grande précarité, celles qui n'ont pas les moyens d'aller vers le privé, celles qui présentent de prime abord une situation plus complexe nécessitant une approche pluridisciplinaire, celles qui sont isolées et manquent de réseau social.

Les conséquences tangibles sont que certaines personnes décident d'attendre, d'autres continuent de chercher, d'autres abandonnent. Lorsque des gens appellent la Ligue en désespoir de cause, ils ont tendance à vouloir directement expliquer leur situation, leur vécu, exprimer leur état de détresse et leur ras-le-bol de chercher une place encore et encore dans un réseau où tout le monde affiche complet. Cela abîme la confiance que les personnes peuvent avoir dans les services de soins.

Cela signifie surtout que le fait de ne pas pouvoir répondre à ce moment-là, peut être suivi par une fermeture de la fenêtre d'opportunité (la personne est prête à travailler à ce moment-là sur sa situation), et conduire à une détérioration de la situation.

**17. La santé mentale est de moins en moins un tabou. Cette évolution des mentalités a-t-elle un impact réel sur la prévention et l'accès aux soins ? Ou bien existe-t-il une forme de paradoxe où une meilleure reconnaissance de la santé mentale ne se traduit pas encore par des actions concrètes en faveur des patients ?**

La déstigmatisation de la santé mentale est un long chemin et nous n'en sommes qu'au début. Elle avance de manière diversifiée et semble plus rapide dans les couches sociales plus aisées et/ou plus éduquées, là où les gens sont déjà davantage prêts à se faire aider en cas de difficultés. La santé mentale reste associée à la folie, c'est-à-dire à la perte de contrôle de soi, perte qui, dans une société de responsabilisation des individus, est d'autant plus effrayante. Elle est également imprégnée d'une série de clichés qu'on retrouve dans les médias, dans les fictions. D'où l'importance d'en parler, tant en explicitant les troubles et les maladies mentales qu'en démystifiant les institutions de soins. Intégrer les patient-es dans ce travail est une ressource essentielle pour faciliter les mécanismes d'identification, de partage d'expérience.



Nous renvoyons à la question 6, et insistons sur le fait que mener des campagnes de sensibilisation amène une série de personnes à se manifester pour réclamer des soins. Il faut dès lors que l'offre soit renforcée sous peine de produire des effets paradoxaux dommageables.

**18. Il y est également mentionné des inégalités sociales croissantes à Bruxelles et leur impact sur la santé mentale. Certaines populations, telles que les jeunes, les familles monoparentales ou les personnes sans abri, sont particulièrement vulnérables. La Ligue a-t-elle observé des besoins spécifiques émergents parmi ces groupes au cours des dernières années, ou des tendances qui devraient alerter quant à l'évolution des troubles psychiques en fonction des contextes socio-économiques ?**

Tous les secteurs de l'aide et des soins soulignent aujourd'hui une montée en force des problèmes de santé mentale : dans l'enseignement, dans les services de réinsertion à l'emploi, dans les CPAS, dans les logements sociaux, dans les services jeunesse, dans les cabinets d'avocats, ... Tous ces acteurs cherchent un appui, de l'aide pour s'informer, se former, pour trouver des solutions, des débouchés qui aident les personnes face à leurs difficultés. Car ces problèmes empêchent bien souvent ces acteurs de mener leur mission de base. Ces besoins ont explosé pendant la pandémie sans que le secteur de la santé mentale puisse y répondre.

La complexification des problèmes pèse lourd car chaque situation requiert plus de temps et d'énergie pour être traitée. Ce qui souligne que la saturation généralisée empêche de prendre les problèmes à temps et d'éviter l'accumulation des difficultés. Cela souligne aussi l'importance d'agir en amont : renforcer les services de soins sans lutter contre les phénomènes de précarisation de logement, de travail, de santé... ne permet pas de réduire la problématique. Cela peut sembler énorme mais, comme exprimé devant la Commission, cela souligne à l'inverse que les leviers sont multiples et qu'il est possible de s'y atteler conjointement, chacun·e dans son domaine de compétence.

**19. L'intervenant a mentionné les statistiques concernant les femmes, en signalant qu'un plus grand nombre de femmes souffrent de troubles de la santé mentale. Existe-t-il une approche genrée dans la prise en charge de ces problématiques, en particulier pour les femmes ? En outre, il est important de noter que les hommes souffrent également. Existe-t-il une approche différenciée pour hommes et femmes, en tenant compte des nouveaux publics rencontrés en Région bruxelloise ?**

Notons en passant que dans les SSM bruxellois, les garçons sont davantage envoyés dans les équipes enfants-ados-familles tandis que les femmes sont majoritaires dans la patientèle adulte (LBSM 2024).

Les études montrent que les femmes expriment davantage leurs difficultés en santé mentale et qu'elles sont plus nombreuses dans les services de soins. Elles sont également davantage vulnérabilisées par une série de mécanismes sociétaux dans l'organisation et la répartition des places et des tâches. Elles sont aussi plus souvent victimes de violence. Et elles sont enfin largement plus nombreuses... dans les métiers d'aide et du soin.

Les services sur le terrain offrent une approche individualisée, c'est-à-dire essayant de prendre en compte la singularité des personnes. Une personne n'est pas l'autre et il importe de ne pas

Ligue Bruxelloise pour la Santé Mentale ASBL

Rue Mercelis, 39 - 1050 Bruxelles

Tél. +32 (0)2 511 55 43 | info@lbsm.be

www.lbsm.be

RPM Bruxelles | n° entreprise 0418.281.519 | IBAN BE10 0682 1860 6604



faire trop de généralités liées au genre. Cependant, dans les activités proposées, certaines peuvent se tourner vers un public genré particulier, afin de faciliter les échanges et le partage d'expériences. Ce sont par exemple des groupes de femmes ou d'hommes qui se retrouvent dans certains ateliers.

En ce qui concerne l'impact de la culture d'origine sur cet enjeu, les retours du terrain montrent que bien souvent, la réalité dément les représentations. Les objections sur les questions de genre ne viennent pas toujours de là où on le pensait.

**20. Il a été évoqué une augmentation des troubles mentaux en Région bruxelloise, notamment en raison de l'accroissement de la population, qui comprend un nombre élevé de demandeurs d'asile et d'étrangers. Comment se déroule le suivi des demandeurs d'asile déboutés, qui doivent quitter le territoire, mais qui restent néanmoins sur place ? Quelles sont les méthodes de travail du secteur à cet égard ?**

Précisons certaines choses : la population bruxelloise a augmenté de 20% en 20 ans. L'augmentation des demandeurs d'asile n'en est qu'un des paramètres et est elle-même liée aussi à des effets de « délestage » d'autres territoires sur Bruxelles. Les difficultés de ces publics sont avant tout liées aux conditions imposées en matière d'accès au revenu, au logement, aux soins, etc.

Dans les faits, 2 SSM, l'un agréé en COCOF, l'autre en COCOM, se sont spécialisés sur les soins aux publics étrangers, en exil, victimes de tortures. Ils mettent en place une série de mesures pour faciliter les partenariats avec Fedasil, avec la Plateforme Citoyenne, avec la Croix-Rouge, pour améliorer l'accès aux soins de santé mentale des plus démunis (par exemple en payant les tickets de transports en commun pour permettre à certaines personnes d'arriver au SSM), pour renforcer l'estime de soi et l'*empowerment* (notamment par des activités collectives).

Le recours aux traducteur-rices est rendu possible grâce au SETIS, mais nous manquons de personnes capables de travailler dans un cadre thérapeutique (le SSM Ulysse a mis en place des outils avec le SETIS). Certaines langues ne sont pas suffisamment couvertes et le recours à la traduction n'est pas encore systématique dans les services d'aide et de soins, même s'il est en progression.

Nous insistons sur le fait que l'augmentation des troubles mentaux est un phénomène large, multiforme, qui touche toutes les couches de la population. Il serait erroné de lier cela à l'augmentation des demandeurs d'asile et des étrangers, surtout dans une ville qui est la 2<sup>e</sup> la plus cosmopolite au monde !

**21. Il est un fait que le public féminin d'origine étrangère est plus élevé et que ce groupe parle rarement de sujets de santé mentale. Il existe un tabou important à cet égard. Les intervenants rencontrent-ils cet écueil et, si oui, comment parviennent-ils à aider ce public, notamment en apportant un soutien aux familles pour mieux comprendre les problématiques de la santé mentale et du suicide, surtout chez les jeunes ?**

Voir questions 19 et 20.



**22. Elargir les missions de dépistage des jeunes en détresse à l'école, par le biais des centres PMS, créer une cartographie des acteurs à mobiliser en cas de détection de problèmes spécifiques chez les enfants, il serait bénéfique que chaque établissement scolaire puisse accéder à un tel réseau. Les intervenants trouvent-ils cette proposition pertinente ?**

Il y a un vrai travail à mener du côté des écoles qui se retrouvent de facto à gérer des problèmes extrêmement variés et parfois aigus. Le projet « Tal'seum. Jeunes et santé mentale »<sup>6</sup> mené en 2023 par la Ligue avec Questions Santé, 21solutions et collectif-a, a mis en évidence le besoin pour les jeunes de se sentir d'abord entendus, compris et pris au sérieux par les adultes. De l'autre côté, nous entendons le monde enseignant fatigué de devoir s'occuper de maux nombreux et divers qui les éloignent de leur mission première. Les services PMS sont eux-mêmes débordés.

Cette situation nécessite de réunir les différents acteurs pour un travail de fond. La Ligue dispose en son sein d'une Coordination thématique Adolescence (en partenariat avec le SSM de Saint-Gilles et le Centre Chapelle-aux-Champs) qui réunit déjà des acteurs du côté de la santé mentale et de l'aide à la jeunesse. D'autres acteurs sont présents comme le réseau Bru-Stars (financé par le fédéral). Nous souhaitons pouvoir aller plus loin car le secteur de l'enseignement a besoin d'être soutenu face à la détresse de nombreux jeunes.

**23. Une question porte sur la possibilité d'inclure des formations axées sur le mal-être sous toutes ses formes pour les éducateurs. Ces formations, au-delà des compétences sportives, pourraient-elles comprendre des approches pour détecter et gérer le mal-être des jeunes dans les clubs sportifs et les activités parascolaires ? L'idée serait de prévenir et d'orienter vers les ressources disponibles dès les premiers signes.**

A relier à la question 22.

**24. Par ailleurs, les intervenants considèrent-ils que l'interdiction du téléphone portable à l'école à des fins récréatives soit une mesure bénéfique ?**

Nous ne pouvons nous prononcer sur ce point mais relevons que les jeunes pointent les réseaux sociaux comme un élément complexe à gérer pour eux. Complexe car c'est devenu un de leurs principaux moyens de communiquer et de s'informer, et que dans le même temps, ces réseaux peuvent devenir sources de souffrance, d'autant plus s'ils vivent des difficultés à l'école : la maison ne leur offre plus de refuge car les réseaux sociaux sont présents partout et tout le temps.

Nous posons la question d'une éducation aux médias, afin de permettre aux jeunes d'être mieux outillé-es face à ces éléments qui font partie de leur quotidien.

<sup>6</sup> Les résultats sont disponibles sur <https://jeunesetsantementale.be/>



LIGUE BRUXELLOISE POUR  
LA SANTÉ MENTALE

**25. Concernant les aidants proches, les troubles psychologiques sont-ils fréquemment observés chez ces personnes ? Quel type de soutien les intervenants envisagent-ils à leur égard ?**

Nous ne disposons pas de données concernant les aidants proches mais nous entendons et relayons leurs demandes à être mieux reconnues dans leur réalité de vie et d'implication. Cela passe aussi dans un appui dans leur quotidien. A titre d'exemple, Similes Bruxelles, association d'aidants proches et membre de la Ligue, propose des formations, des informations, des groupes de parole et de soutien. Cela reste cependant peu face à l'ampleur, et d'autres politiques doivent être envisagées.

Une concertation avec les différentes associations est à mettre en place pour voir quelles pistes peuvent être dégagées, tant sur Bruxelles qu'à une échelle plus large en Belgique.

**26. Le député se réfère à l'étude publiée par la RTBF sur la manière dont les Belges perçoivent la société, où il fut mention de retribalisation. Quelles sont les réflexions des intervenants à ce sujet ? Quels sont, selon eux, les effets de cette retribalisation sur la santé mentale ? Comment perçoivent-ils au sein de la société actuelle le lien entre cette retribalisation et sa traduction concrète en matière de santé mentale et des difficultés qui y sont liées ? Par ailleurs, en ce qui concerne la gestion des politiques actuelles, les solutions mises en place dans les domaines social, éducatif et scolaire, peuvent-elles réellement offrir des réponses préventives dans ces sphères d'intervention ? Ou bien ces politiques renforcent-elles la retribalisation dont question ?**

Il serait utile d'aller plus loin dans l'analyse et sur les contours plus précis d'un terme comme retribalisation. Les acteurs de terrain constatent d'abord un isolement plus important des individus et des familles face à leurs difficultés. Comme déjà évoqué, l'affaiblissement d'une série de liens, la pression croissante liée aux contraintes quotidiennes jouent sur la santé mentale.

Le constat qui se pose de façon de plus en plus récurrente est que les réalités de vie deviennent de plus en plus inégales, et que dès lors les différentes populations peinent à se connaître et se comprendre. On sait que des « frontières invisibles » existent à Bruxelles, essentiellement entre le nord-ouest et le sud-est (avec le canal comme ligne concrète symbolisant cette démarcation), mais d'autres existent entre quartiers mitoyens (par exemple entre « Matonge » et le quartier européen). Les clichés des un-es sur les autres percolent d'autant plus fort quand la frontière est vécue comme plus infranchissable (ainsi des bruxellois-es qui ne vont jamais dans certains quartiers de leur ville et qui ne les connaissent donc pas ou plus).

Les logiques de différenciations entre populations sont complexes et cumulent les questions de classe socio-économique, d'origines, de genre, de croyances religieuses et philosophiques, de localisation géographique, ... Ces différenciations s'expriment de plus en plus ouvertement (ce qui ne signifie pas qu'elles soient partagées par plus de gens, mais celles et ceux qui les expriment le font plus fort) et, en s'attaquant à l'image de soi et aux liens sociaux, elles impactent également la santé mentale.

Ligue Bruxelloise pour la Santé Mentale ASBL

Rue Mercelis, 39 - 1050 Bruxelles

Tél. +32 (0)2 511 55 43 | info@lbsm.be

www.lbsm.be

RPM Bruxelles | n° entreprise 0418.281.519 | IBAN BE10 0682 1860 6604



LIGUE BRUXELLOISE POUR  
LA SANTÉ MENTALE

C'est ici que les actions socio-culturelles, les projets communautaires qui invitent à rassembler les gens autour d'événements partagés, sont essentielles pour refaire communauté. L'Art et la culture restent aussi un puissant moyen pour rassembler les gens au-delà de leurs différences.

**27. Pour ce qui concerne les budgets, les intervenants ont mentionné le chiffre de 2 %. Quelle augmentation serait idéale, par rapport à la charge de travail actuelle et aux demandes concrètes ? Le député mentionne les 200 millions d'euros débloqués par le Fédéral. En ce qui concerne le niveau bruxellois, il est intéressant de noter qu'il y a déjà eu une augmentation des budgets liée aux diverses crises traversées. Quelles sont les impressions des intervenants sur les résultats concrets de cette augmentation ? Dans la perspective d'un futur Gouvernement, quelle augmentation, au regard des demandes actuelles, pourrait satisfaire la gestion de la situation sur le terrain ?**

En ce qui concerne la part du budget santé dévolu à la santé mentale, nous appuyons la résolution du parlement fédéral votée le 7 juillet 2020 appelant à la faire passer de 6 à 12%. Nous escomptons qu'une partie de cette augmentation soit transférée aux entités fédérées pour qu'elles puissent s'inscrire dans les principaux objectifs de santé mentale affichés par la Belgique.

A Bruxelles, des augmentations ont en effet eu lieu. Les acteurs de terrain s'en réjouissent et rappellent qu'on part malheureusement de très loin. Les budgets débloqués sont un premier pas dans la bonne direction qu'il est nécessaire de poursuivre en suivant une stratégie concertée qui accompagne les mesures budgétaires de mesures qualitatives.

En matière de couverture du territoire régional par des SSM, outre le financement d'Umoya (voir question 8), le croissant nord-nord-ouest de Bruxelles reste insuffisamment desservi. A titre d'information, un agrément de base pour un SSM en COCOF représente un budget de 350.000€ environ pour une équipe adultes, moins pour une équipe enfants-ados-familles<sup>7</sup>. A côté de cela, il importe de renforcer les équipes existantes sur plusieurs axes : le travail de consultations (y compris hors des murs pour toucher des publics ayant du mal à se déplacer), les actions collectives et communautaires, le travail de réseau (incluant l'appui aux autres secteurs) et la prévention (notamment en partenariat avec la promotion de la santé). Le renforcement doit pouvoir s'articuler aux besoins liés à des politiques menées par les autres niveaux de pouvoir.

Un renforcement partiel peut être envisagé par le biais de financements fédéraux, notamment en améliorant l'attractivité des psychiatres en SSM (voir question 9) ou en intégrant des PPL dans les équipes (cela ne concerne alors que les psychologues). Ceci implique que les conditions soient suffisamment souples pour que l'intégration soit neutre budgétairement et harmonieuse sur le plan clinique.

Autre point d'attention : les infrastructures. Les frais de fonctionnement des SSM doivent être renforcés (ils sont très faibles au regard d'autres secteurs régis par le même décret ambulatoire et sont dérisoires quand le SSM ouvre une antenne dans un autre quartier). Améliorer l'offre des équipes implique que cela puisse se faire dans des locaux adaptés, en nombres suffisants.

<sup>7</sup> L'équipe de base Adultes doit comporter 1 temps plein psychiatre, 1 temps plein (ETP) psychologue, 1 ETP assistant-e social-e, 1 ETP secrétaire-accueillant-e. L'équipe de base enfants doit comporter 0,5 ETP pédopsychiatre, 0,75 ETP psychologue et 0,75 ETP assistant-e social-e.



Des partenariats pourraient être imaginés en ce sens, tout en veillant à rester ancrés dans les quartiers.

Comme évoqué à la question 7, le travail de prévention doit être amplifié et assuré sur du long terme pour que les effets se concrétisent. Il y a lieu de rappeler que l'argent utilisé en ce sens n'est pas une dépense mais un investissement dont les effets bénéfiques se font sentir sur la durée dans plusieurs domaines de compétences. D'où la nécessité d'envisager politiquement les impacts budgétaires de façon globale et non cloisonnée, à la fois entre champs de compétences et entre niveaux de pouvoir.

Un exemple très simple pour illustrer cela : un médecin psychiatre en SSM reçoit depuis 10 ans un patient souffrant de maladie mentale. Les rendez-vous sont plus ou moins réguliers, au gré de l'évolution de la personne. En 10 ans, pas une seule hospitalisation n'est à constater. La personne a trouvé un équilibre et le suivi en SSM constitue un point d'ancrage sur lequel elle a pu s'appuyer. Sur les 5 années précédant ce suivi, le même patient avait fait 6 hospitalisations psychiatriques. Le suivi ambulatoire sur 10 années a coûté bien moins cher à la société que les 6 hospitalisations en question. Cependant, c'est la COCOF qui paie les SSM, et c'est le Fédéral qui, ici, a fait des économies ! On le voit, sans une approche globale, le risque est que chaque niveau de pouvoir cherche à réduire ses dépenses, entraînant l'ensemble du système de soins vers le bas et, in fine, causant des souffrances qui coûtent bien plus cher à la collectivité.

**28. Quel bilan dresser des dispositifs de soutien psychologique établis à la suite de la crise sanitaire ? Comment les personnes en détresse dans la rue, notamment les demandeurs d'asile en nombre croissant, sont-ils concrètement pris en charge ? Existe-t-il une approche proactive pour aller à leur rencontre ?**

Les PPL ont permis de rendre plus accessible une offre existante mais les conditions limitent leur portée à certains publics. Les publics les plus vulnérables ne peuvent en bénéficier. Les dispositifs à l'égard des plus précarisés doivent être suffisamment souples, agiles et durables car le travail d'accroche peut être long. Ils doivent s'articuler à des dispositifs d'aide sociale et d'accès aux droits qui restent défaillants voire sont contrés.

Nous attirons également l'attention sur un autre public, celui des soignants, qui a été fortement impacté par le COVID et qui fonctionne depuis à flux extrêmement tendu. Des projets avaient été menés par plusieurs SSM pour les soutenir, avec le soutien de la COCOF. Ils sont arrêtés alors que les besoins sont toujours là et que les équipes de santé se vident.

**29. Le Gouvernement actuel sera prochainement entendu au sein de cette commission afin de présenter les premiers effets de la mise en œuvre du Plan Social-Santé Intégré (PSSI). Quel est l'avis des intervenants en la matière ? Si le plan a été voté en 2023 et qu'il faut du temps pour en constater les effets, quels sont les premiers retours de terrain, notamment sur l'objectif de proximité, visant à rendre les soins de santé plus accessibles et à améliorer la coordination ?**

Nous renvoyons aux éléments de réponse fournis en séance.

## 10. Annexe 4

## Réponses complémentaires du Centre de prévention du suicide



## Centre de Prévention du Suicide


**Questions parlementaires 11/03/2025**  
**Complément de réponse**

*Commission des Affaires sociales, de la Famille et de la Santé dans le cadre d'une thématique : « La santé mentale à Bruxelles »*

Au sujet de l'intervenante du Centre de prévention du suicide :

Dominique NOTHOMB dirige le Centre de prévention du suicide depuis 5 ans. Elle est sociologue, membre du 'Steering committee' de la Fondation de Recherche en Santé mentale, ponctuellement jurée de projets de doctorat au FNRS (Fonds FRESCH – projets à portée sociétale). Elle exerce différents mandats dont celui de membre du Conseil Consultatif de la COCOF, secteur ambulatoire en qualité d'experte.

Concernant les questions des Parlementaires :

**Mme Ariane de Lobkowicz :**
**Comment faire pour que les hommes qui soient touchés par le suicide demandent de l'aide et qu'ils ne restent pas dans des clichés machistes ?**

Au Centre de Prévention du Suicide, les hommes nous sollicitent un peu moins que les femmes sur la ligne d'écoute 0800 32 123.

Des informations complémentaires figurent dans les rapports d'activités annuels du Centre de prévention du suicide. En 2024, les appels répondus des hommes sur la ligne sont de 44,5% (légère baisse par rapport aux femmes). Le pourcentage d'hommes bénévoles a augmenté : il est passé de 25% en 2017 à 30%.

Selon Sciensano : « Les femmes envisagent et tentent de mettre fin à leurs jours plus fréquemment que les hommes. Cependant, en 2021, 1174 hommes ont mis fin à leurs jours, tandis que ce nombre s'élève à 467 pour les femmes. »

C'est un fait connu en suicidologie. Les hommes ont plus de difficultés à demander de l'aide et à obtenir, de fait, un accompagnement psychologique. Cette démarche de recherche d'aide est vue, à tort, comme étant un signe de faiblesse. Les



hommes éprouvent également des difficultés à parler entre eux de leurs problèmes. Or, une souffrance qui ne s'exprime pas risque de s'accroître.

C'est pour cette raison qu'il faut continuer les campagnes de déstigmatisation liées à la santé mentale et plus particulièrement à la prévention du suicide pour montrer que la recherche d'aide est, non pas une démonstration de faiblesse, mais bien de force. Il faut également encourager la parole et l'écoute entre les hommes. Cela peut être une simple discussion qui évoque le bien-être de l'homme.

Un autre point d'attention concerne l'accès aux moyens létaux et les professions qui peuvent être compliquées psychologiquement.

Réduire l'accès aux moyens létaux et permettre aux personnes (femmes y compris) qui exercent une profession compliquée psychologiquement d'avoir accès à un suivi psychologique est essentiel. Une sensibilisation et une préparation aux difficultés de la profession est aussi importante.

#### **Disposez-vous de chiffres pour la ligne d'écoute – jeunes, seniors ?**

Plus de 50% des appels sur la ligne sont des appels de crise évoquant des idées suicidaires. Nous avons constaté une augmentation de 15% des appels de jeunes sur la ligne d'écoute 0800 32 123 depuis 2020.

Les seniors sont également fort présents sur la ligne. L'isolement et la précarité sont des thématiques qui reviennent fortement les concernant. Le % de personnes dites 'seniors' sur la ligne est de 10%, avec une augmentation en 2024.

#### **Est-ce que la question du suicide devrait se retrouver dans le guide de l'EVRAS et quelles actions concrètes devraient être menées dans le milieu scolaire ?**

Il est important de tenir compte de la maturité des jeunes qui est à géométrie variable particulièrement à l'adolescence, avec une différence marquante entre les genres.

Tant que le suicide reste sociologiquement tabou, le guide EVRAS -qui traite déjà d'une multitude de thèmes importants- pourrait intégrer le numéro de la ligne d'écoute gratuit, anonyme et ouvert 24h/24 à destination des jeunes, ainsi que les coordonnées du Centre de prévention du suicide.

En complément, le personnel et les professionnels du monde scolaire devraient être informés et sensibilisés à la prévention du suicide. L'accompagnement des enseignants, dont le rôle social s'étoffe au fil des décennies, ne doivent pas être négligés.

Les membres des pouvoirs organisateurs également.



Dans le mémorandum, plusieurs axes rejoignent la question des jeunes :

- La création d'un réseau d'alerteurs correctement et solidement formés (formation initiale) et ensuite accompagnés au sein d'un réseau dynamique 'animé par des professionnels' de la prévention du suicide est soutenue par le CPS. Le projet est d'établir un maillage étroit autour des jeunes.
- Les actions préventives ciblées (au bénéfice des jeunes)
- Les interventions en collectivité après un passage à l'acte.

**Est-ce que les difficultés rencontrées sont le fruit de budgets trop faibles ?  
Ne faudrait-il pas mener une réflexion sur la rationalisation des structures  
que la COCOF subsidie ?**

Lorsqu'un patient doit consulter un ophtalmologue, serait-il opportun qu'un autre spécialiste -par exemple un dermatologue- assure la consultation afin de rationaliser les coûts ? Est-ce qu'un spécialiste peut remplacer un autre spécialiste ? Est-ce qu'une expertise peut remplacer une autre expertise ? La comparaison est identique en ce qui concerne les services de santé mentale et le Centre de prévention du suicide. Et cela, sans évoquer la réglementation européenne qui reconnaît la liberté des patients de s'adresser à un professionnel des soins qui lui convient.

Le Centre de Prévention du Suicide rappelle qu'il traite la thématique du suicide à 360°. Il est unique en région bruxelloise (et au-delà) et est donc seul service ambulatoire expert en prévention du suicide.

La Ligue Bruxelloise pour la Santé Mentale peut faire écho à ses recommandations et favoriser la collaboration dans le réseau pour la meilleure prise en charge des patients.

La question de la représentation dans les différentes instances se pose de manière exacerbée pour le Centre de Prévention du Suicide, centre qui n'a pas de fédération dédiée. L'interconnaissance et le partage d'expériences sont indispensables spécifiquement dans nos secteurs qui ont une expertise de terrain précieuse.

Concernant les difficultés rencontrées, le Centre de Prévention du Suicide a besoin de moyens supplémentaires. Les besoins sont détaillés dans son mémorandum 2025.



### M. Yusuf Yildiz et Mme Vainsel:

Nous insistons également sur le fait que les chiffres disponibles sous-estiment le nombre réel de suicides aboutis ou de tentatives de suicide car ces suicides ou tentatives ne seront pas répertoriés comme des suicides.

Par exemple : certains accidents mortels de la route (suicides maquillés), des accidents du travail, les équivalents suicidaires (toxicomanie, alcoolisme, tabagisme, ...). De plus, dans certaines circonstances, les familles préfèrent éviter que le suicide d'un proche soit déclaré officiellement.

Dès lors, nous devons considérer avec précaution et circonspection les chiffres dont nous disposons. Surtout s'ils sont issus d'organismes partisans.

### **Quels leviers activer auprès des jeunes ? Dans un communiqué, vous dites que les appels de jeunes et les consultations de jeunes ont augmenté. Il y a-t-il des éléments communs dans les discours des jeunes ces dernières années ?**

Avant de parler des éléments communs, il faut retracer le parcours des jeunes depuis quelques années. La crise sanitaire a perturbé leur quotidien, leur vie sociale et leur vie scolaire. Le Centre de Prévention a d'ailleurs analysé et publié des bilans psychologiques durant cette crise sanitaire pour expliquer et mettre en avant les mécanismes qui se déroulaient. L'isolement psychologique pouvait prendre le pas sur l'isolement physique. Ce n'est pas parce que les membres d'une même famille passaient la journée dans un même endroit (pour télétravail, école en ligne, etc.) qu'ils dialoguaient réellement entre eux.

Durant cette période d'incertitude, les adultes proches de jeunes n'avaient pas forcément les réponses aux questions qu'ils se posaient. Par exemple : « Quand est-ce qu'on va cesser de porter le masque ? Est-ce que la crise sanitaire se terminera bientôt ? Est-ce qu'on va pouvoir retourner à l'école ? ».

La manière dont on parlait de l'avenir était également très angoissante.

Or, le propre de la jeunesse est de justement envisager les possibilités qui s'ouvrent à elle et d'essayer de se construire sur base d'un terrain solide, propice à une vie adulte enrichissante.

La crise sanitaire a été le début d'une suite de crises qui ont continué à bouleverser la vision du monde et d'un avenir stable et nous donner la sensation d'évoluer sur des sables mouvants : inflation, éco-anxiété lié au réchauffement climatique, guerre, instabilité de nos pays, etc. Si nous, adultes, avons des inquiétudes, il est certain que les jeunes les porteront également.

La crise sanitaire a également eu comme particularité de créer, pour certains jeunes, des difficultés scolaires, voire des phobies scolaires.

Le Centre de Prévention du Suicide a ainsi reçu des jeunes qui, en conséquence directe de la crise sanitaire, ont vécu une forme de déscolarisation qui leur a donné



la sensation d'être déconnectés du réel et complètement isolés. La déscolarisation ou la phobie scolaire est encore très peu comprise, et cet incompréhension – lié à une forme de jugement – a contribué au développement d'idéations suicidaires.

D'autres jeunes venus au CPS témoignent d'une difficulté de poursuivre une scolarité traditionnelle avec toutes ses exigences (préparation, examens, devoirs, etc.). L'école est donc un élément de stress et d'angoisse, mais elle fait partie d'un tout. Le suicide reste multifactoriel.

Enfin, d'autres thèmes non-négligeables ont un impact certain sur la santé mentale des jeunes. Le harcèlement en est un.

Les jeunes qui sont présents dans les consultations psychologiques et appels sur la ligne d'écoute témoignent d'une difficulté renforcée à s'ouvrir sur leurs problèmes à leur entourage. Ils nous disent ne pas vouloir être un « poids » pour leurs proches ou rajouter un problème en plus à la famille.

L'anonymat de la ligne d'écoute est d'ailleurs un atout important pour entamer un dialogue avec les jeunes, car ils vont plus facilement se confier s'ils sont anonymes. Nos bénévoles vont les écouter et les inviter ensuite à dialoguer avec un adulte de confiance autour d'eux.

Cela se passe dans un contexte où le suicide reste encore tabou et où les idées reçues persistent dans notre société. Une de ces idées reçues est le fait que parler du suicide risquerait de provoquer un geste suicidaire, ce qui est faux.

Lors de la Journée mondiale de prévention du suicide en 2024, le Centre de Prévention du Suicide a sensibilisé sur ce sujet à travers une grande campagne mettant en avant l'importance de nommer et évoquer les idées suicidaires auprès des jeunes.

Cette campagne a bénéficié d'une vidéo de sensibilisation, de messages fréquents sur les réseaux sociaux et d'une brochure ressource pour les parents et proches de jeunes. La médiatisation des campagnes est fort heureusement toujours importante.

Le Centre de Prévention du Suicide agit également en sensibilisant dans les écoles et en formant le personnel des écoles, dont le personnel PMS. Il intervient également dans les collectivités après un acte suicidaire abouti ou non afin de prévenir un phénomène de contagion et proposer un espace de parole serein.



**Peut-on parler d'une apparition plus précoce des idées suicidaires chez les jeunes ? Le fait que vous indiquez une augmentation de 15% des jeunes qui appellent et qu'ils peuvent vous contacter à 10 ans pour une tentative de suicide interpelle.**

Il n'est jamais facile d'entendre des enfants parler de suicide. La première réaction peut être de dire « ce n'est pas possible, ils sont trop jeunes ! ».

Et pourtant. Des enfants de 10 ans contactent la ligne d'écoute du 0800 32 123 afin de faire part d'idéations suicidaires.

Certains élaborent déjà un début de scénario suicidaire, c'est-à-dire qu'ils considèrent la manière dont ils vont se suicider et le lieu.

Rappelons que des cas récents de suicides aboutis en Belgique concernent des jeunes qui ont demandé à quitter leur une classe, sont passés à l'acte et ne sont jamais revenus.

Cette situation doit interpeller l'ensemble des responsables politiques ainsi que tous les citoyens belges. Elle met en avant l'urgence de mettre en place des axes d'amélioration pour une meilleure prévention du suicide comme le Centre de Prévention du Suicide a développé dans son mémorandum. Cela montre aussi pourquoi des moyens supplémentaires sont nécessaires.

**Observez-vous une réticence chez les familles ? Comment les aider à passer au-dessus de cette réticence ?**

La réticence est liée au tabou sur la question du suicide et à la stigmatisation autour de la santé mentale, d'où l'importance de pouvoir continuer à briser les idées reçues, encourager un dialogue qui nomme et évoque les idées suicidaires, et sensibiliser la population au sens large.

**Mme Gisèle Mandaila et Mme Joëlle Maison:**

**Comment voyez-vous la politique régionale pour un plan régional de prévention du suicide ? Il faut une réflexion qui concerne l'école. Peut-on cartographier tous les acteurs qui pourraient être appelés par l'école en cas de détection d'un trouble chez l'élève ? Est-ce pertinent ?**

Le premier axe du plan bruxellois de prévention du suicide détaille la mise sur pied d'une cartographie et nomme différentes parties prenantes, dont celles liées aux jeunes. Un agenda, ainsi que les différentes étapes concrètes de mise sur pied du plan sont détaillés dans le mémorandum, ainsi que les moyens nécessaires.



Bien sûr, les spécificités de la Région bruxelloise et la connaissance pointue de la situation socio-économique de sa population doivent impérativement être prises en considération.

Pour ces raisons, le Centre de prévention du suicide demande à être mandaté par les pouvoirs publics pour l'élaboration du 1<sup>er</sup> plan bruxellois de prévention du suicide. Il sollicite les moyens humains et financiers pour ce faire, compte-tenu de son expertise depuis plus d'un demi-siècle.

**Peut-on envisager des formations pour donner des pistes sur ce que les jeunes peuvent ressentir dans le but d'aiguiller le plus rapidement possible ?**

Le Centre de Prévention du Suicide donne des formations et des sensibilisations aux professionnels du milieu scolaire, dont les professeurs, accompagnants, personnel de PMS, etc. Ils proposent également des séances d'infos abordant les caractéristiques des jeunes. Chaque intervention met en avant des pistes pour mieux comprendre les signaux d'alerte, les attitudes recommandées et la détection d'idéations suicidaires. Le service Postventions, qui propose des interventions en collectivité dans les écoles notamment, élabore également des protocoles de prévention adaptées aux structures qui y font appel.

**Est-ce qu'il y a un package qui permet de pallier aux premiers signes d'alerte ? Est-ce qu'il y a un modèle de la prise en charge de la santé mentale des jeunes et des moins jeunes dans un autre pays qui vous semble séduisant ? Qui pourrait conduire le nouveau gouvernement ou le collège de la COCOF sur des pistes différentes ou plus intéressantes à vos yeux ?**

Sur base de l'expérience de plusieurs professionnels du CPS, la santé mentale est, par exemple, soignée différemment au Canada. A titre d'exemple, la bipolarité est traitée de telle façon que l'insertion socio-économique des patients est davantage favorisée qu'en Europe.

Un simple 'copier/coller' d'outils proposés à l'étranger n'est pas possible en région bruxelloise : ne fût-ce qu'en raison du multilinguisme et du multiculturalisme.

Deux projets concrets qui portent cette vision sont dans les cartons du Centre de prévention du suicide. A la demande expresse du Gouvernement, en s'appuyant sur les axes du mémorandum du Centre de prévention du suicide, le Centre de prévention pourrait endéans quelques semaines fournir une note explicite, avec agenda de déploiement et budgétisation des moyens nécessaires.



### Mme Stéphanie Lange

**Combien coûte le suicide en Belgique et à Bruxelles ? Comment les centres de prévention du suicide sont financés ? Quels sont vos besoins supplémentaires ? Que signifie votre travail au quotidien ? Formation à destination de qui ? Difficulté à recruter des bénévoles ? Quel turn-over ?**

La question du coût du suicide, ainsi que des tentatives de suicide en Belgique et à Bruxelles particulièrement n'a pas encore de réponse concrète car il n'y a pas encore d'étude à ce sujet. En France, par contre, une étude a été réalisée qui montre que l'impact en une année peut s'élever à plus de 24 milliards d'euros. Cela donne une idée du coût. Si on fait un bref calcul, cela peut représenter 4 milliards minimum pour la Belgique. Un % de ce budget pourrait être alloué à la prévention avec tous les aspects vertueux qui peuvent en résulter.

Le bénévolat proposé par le Centre de Prévention du Suicide est très enrichissant sur le plan humain mais il ne faut pas sous-estimer la charge mentale de répondre sur la ligne d'écoute de prévention du suicide 0800 32 123. Cela demande une formation solide, et un encadrement très important par des professionnels.

Le Centre de Prévention du Suicide reçoit énormément de demandes de candidats. Pour 10 candidats effectifs, 2 ou 3 arrivent sur la ligne. La formation dure deux mois, en sachant qu'une personne bien formée et prête signe une convention de bénévolat d'un an (renouvelable) devient ensuite écoutante. Il faut avoir des qualités d'empathie, de bienveillance, ainsi qu'une certaine solidité personnelle.

On parle d'1/3 de bénévoles qui se renouvelle chaque année. Néanmoins, chaque citoyen formé à l'écoute active et à la prévention du suicide conserve ses acquis. En 55 ans, ce sont 5.500 personnes qui ont été formées et sont opérationnelles sur le terrain.

Les sources de financement du CPS sont à 95% octroyés par les pouvoirs publics.

Le CPS est doté d'un seul agrément. Il s'agit d'un agrément comme CAT, Centre d'Accueil téléphonique. Cet agrément comprend plusieurs missions.

Le CPS bénéficie également du soutien d'Actiris avec des primes ACS et plus résiduel avec Maribel. Il est donc très dépendant du pouvoir public.

Concernant le travail au quotidien, un jour au CPS ne se présente jamais comme un 9h-17h traditionnel.

Il faut toujours être disponible et faire preuve de beaucoup de disponibilité et d'humanité. La cohérence d'équipe est nécessaire face au risque récurrent de fatigue émotionnelle.

Centre de  
Prévention  
du Suicide



Le mémorandum est vraiment un cri d'alarme. Le CPS dispose de 13 équivalents temps plein salariés. Les équipes sont fatiguées. Le CPS remercie d'ailleurs ses collaborateurs, ainsi que les bénévoles (75 en 2024).

### **M. Calvin Soiresse Njali :**

#### **Quels sont les effets de cette retribalisation ? Quel est l'augmentation du budget qui serait idéal pour vous ?**

Les effets d'une retribalisation ne sont pas mesurés en matière de prévention du suicide. Par contre, l'intégration au sein d'une communauté bienveillante -sens premier du terme- peut constituer un facteur de protection des idéations suicidaires.

Au sujet des besoins budgétaires du Centre de Prévention du Suicide, ces derniers sont détaillés dans le mémorandum.

#### **Quel est le bilan que vous faites sur le soutien psychologique mis en place après la crise covid ?**

La crise Covid a initié une augmentation des demandes pour tous les services du Centre de Prévention du Suicide. La tendance, depuis 2020, est à une forte augmentation de l'activité.

La tendance à la déhospitalisation des patients et au raccourcissement des séjours conduisent à ce que des patients auparavant traités dans les milieux hospitaliers sollicitent le Centre de prévention du suicide et lancent de véritables appels à l'aide. Les états de détresse mentale se multiplient et s'intensifient. L'économie financière réalisée au niveau fédéral pourrait bénéficier au Centre de prévention du suicide, ainsi qu'aux services ambulatoires en proie directe avec le désœuvrement humain.

Pour rappel, le Centre de Prévention du Suicide travaille avec une équipe de 13 équivalents temps plein très investis. Néanmoins, les équipes ont besoin d'être soutenues.

Il est indispensable, au vu des défis qui s'annoncent, de renforcer le Centre de Prévention du Suicide pour lui permettre de maintenir et de développer le niveau des services proposés à la population.

.....  
Rue Gachard, 88  
1050 Bruxelles  
Tél.: 02 650 08 69  
Fax: 02 640 65 92  
cps@preventionsuicide.be  
www.preventionsuicide.be  
.....

## 11. Annexe 5

### Réponses complémentaires d'Epsilon ASBL

#### **Retribalisation**

Le terme de « tribu » peut être positif : se retrouver ensemble dans une certaine solidarité. Malheureusement, comme il est compris ici, il s'agit plutôt d'un renfermement dans une petite cellule avec une autorité à laquelle on se soumet. D'un point de vue « santé mentale », cela n'augure rien de bon. En effet, l'isolement est délétère à la santé mentale. De plus, cela entraîne une augmentation des polarisations des avis (un clan contre un autre) et donc un risque d'augmentation d'agressivité.

#### **Interdiction des téléphones portables à l'école**

Je suis pour. En effet, en classe, cela permet à l'élève de se concentrer et de porter son attention sur le professeur et le cours. Cela favorise l'apprentissage (sinon, l'attention est diffractée). En cours de récréation, cela permet de favoriser des échanges autres que virtuels (les plus âgés pouvant sortir sur le temps de midi, ils sont en mesure de, tout de même, utiliser leur téléphone portable).

#### **Suivi post-hospitalier pour éviter d'éventuelles rechutes**

Ce suivi se met en place de façon personnalisée avec chaque patient : suivi psychiatrique, psychologique, centre de jour, bénévolat, équipes mobiles, etc. Nous tentons de travailler en réseau et « d'inventer » pour que le suivi soit propre à chacun.

#### **Impact des tensions politiques sur le citoyen**

Je n'ai personnellement jamais vu cela dans ma carrière : l'impact de l'insécurité politique nationale et internationale, l'augmentation des conflits se répercute directement dans mon cabinet de consultation. La majorité de mes patients sont inquiets, anxieux, et cela augmente souvent leurs symptômes psychologiques préexistants. Je ne peux que leur conseiller de se déconnecter de temps en temps pour prendre de la distance.

