

2003/04

Les dossiers de l'Observatoire de la Santé
et du Social de Bruxelles-Capitale

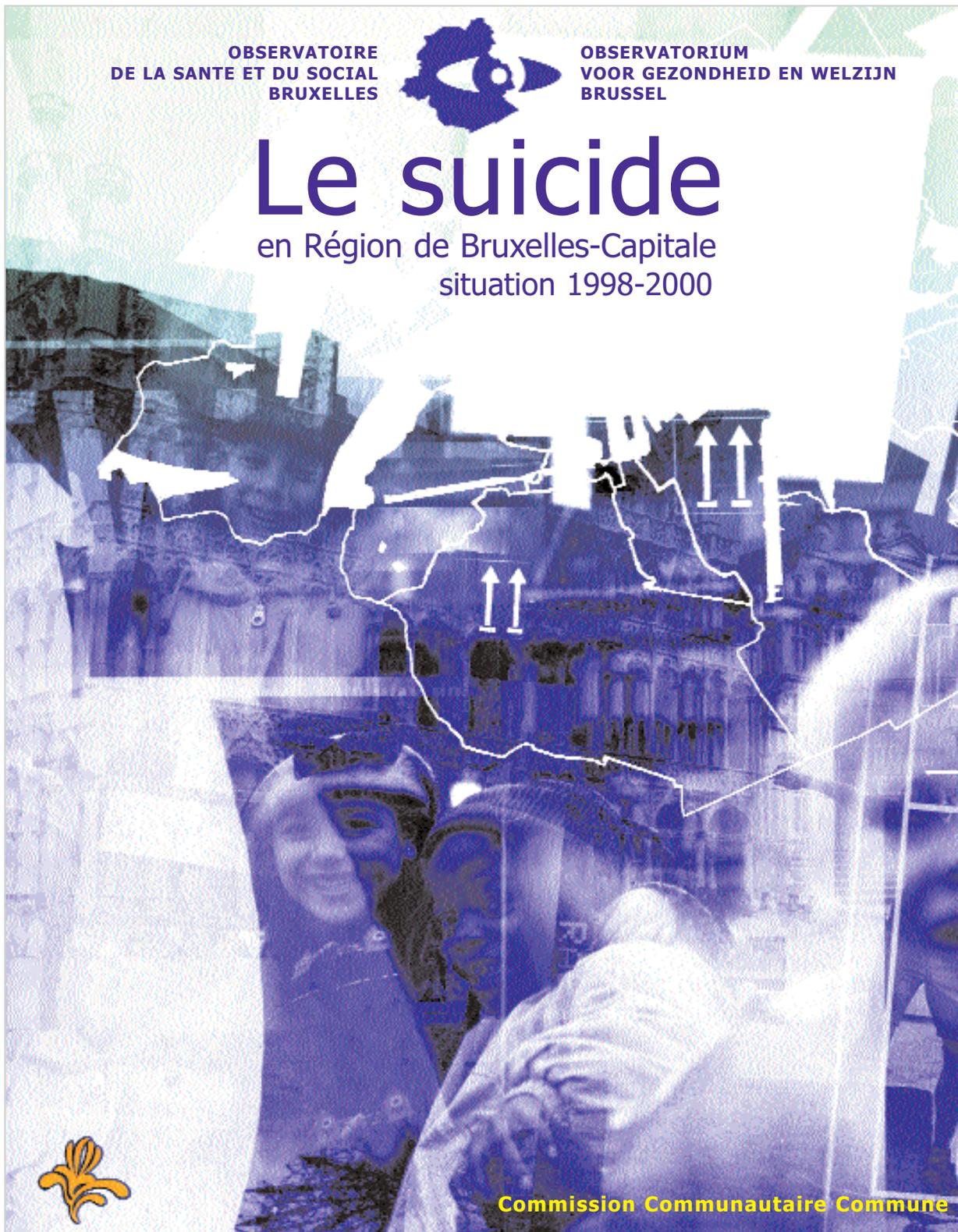
OBSERVATOIRE
DE LA SANTE ET DU SOCIAL
BRUXELLES



OBSERVATORIUM
VOOR GEZONDHEID EN WELZIJN
BRUSSEL

Le suicide

en Région de Bruxelles-Capitale
situation 1998-2000



Commission Communautaire Commune

2003/04

Les dossiers de l'Observatoire de la Santé
et du Social de Bruxelles-Capitale

Le suicide

en Région de Bruxelles-Capitale
situation 1998-2000



Centre de Documentation et
de Coordination Sociales

103 Avenue Louise
1050 Bruxelles
Tél. : 02/7611.05/00
Fax : 02/7612.25.44
E-mail : info.cdcs@brsps.brswel.be

Dans le cadre de ce dossier, le CDCS a réalisé l'inventaire des services bruxellois de prévention de l'acte suicidaire et plus largement des services d'aide et d'écoute des personnes vivant une situation de crise ou une difficulté sur le plan moral, social ou psychologique tant francophones que néerlandophones et bilingues.

Observatoire de la Santé et du Social
Commission Communautaire Commune



Auteurs:

Myriam De Spiegelaere, Ilse Wauters,
Edwige Haelterman

Remerciements:

Nous remercions le Centre de Prévention du Suicide, le Centrum ter Preventie van Zelfmoord, la Plateforme de Concertation pour la Santé Mentale en région de Bruxelles-Capitale, Mark Vanderveken (Concertation Toxicomanie Bruxelles), Karl Andriessen (CGGZ-UDGG) et le Centre de Documentation et de Coordination Sociale pour la relecture critique de ce rapport.

Merci aux services d'état civil des 19 communes bruxelloises et aux médecins qui collaborent activement à l'élaboration des statistiques de décès.



Mise en page et illustration:

YOU MAKE ME©



Photos:

Les membres de l'Atelier Rencontre, ASBL Source & Samira Wijmeersch

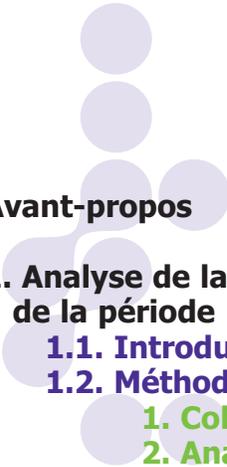


Table des matières

Avant-propos	9
1. Analyse de la mortalité par suicide au cours de la période 1998-2000	10
1.1. Introduction	10
1.2. Méthodologie	11
1. Collecte des données	11
2. Analyses épidémiologiques	12
3. Validité des données	12
1.3. Résultats	15
1. Situation du suicide parmi les autres causes de décès	15
2. Fréquence et taux de mortalité	16
3. Fréquence et taux de mortalité par commune	19
4. Facteurs sociaux et démographiques	21
- L'état civil	21
- La nationalité	21
- Le statut social	23
- Le lieu de vie	26
5. Moyens utilisés	27
6. Analyse des causes associées	29
7. Répartition des suicides au cours de l'année	31
8. Comparaison avec d'autres régions	31
2. Tentatives de suicide	33
3. Prévention du suicide : quelques pistes	35
3.1. Introduction	35
3.2. La prévention primaire, approche universelle	36
3.3. La prévention secondaire, approche sélective	41
3.4. la prévention tertiaire, approche ciblée	44
4. Conclusions	45
5. Références	46
Annexes :	
Adresses et références utiles	49
Quelques repères méthodologiques	59
Abréviations	61
Volet médical du bulletin statistique de décès	62

Avant-propos

Le suicide est un phénomène qui interpelle fortement la société. Il l'oblige à s'interroger sur son fonctionnement, les valeurs qu'elle véhicule, les exclusions qu'elle engendre, les réponses au désespoir qu'elle propose.

Le suicide et les comportements suicidaires sont aussi un problème de santé publique par leur fréquence et les conséquences sur la santé physique et mentale des personnes qui se font ainsi violence et de leur entourage. En région bruxelloise, le suicide est la troisième cause de mortalité prématurée chez les hommes, après les cardiopathies ischémiques et le cancer du poumon et la deuxième cause de mortalité prématurée chez la femme après le cancer du sein.

Dans ce dossier nous avons voulu avant tout présenter les données concernant le suicide issues de l'analyse des bulletins statistiques de décès pour la période 1998-2000. Ces résultats constituent la plus grande partie du dossier.

Bien que ne disposant pas de données précises spécifiques pour Bruxelles, nous avons tenté malgré tout de rassembler quelques informations sur les tentatives de suicide.

Enfin, à la lumière des résultats des analyses, d'une revue de la littérature et de réflexions de professionnels qui, à Bruxelles, travaillent à prévenir les suicides, nous avons esquissé quelques pistes pour une prévention du suicide en Région de Bruxelles-Capitale.

Les données chiffrées ne sont qu'une manière d'envisager la problématique du suicide. Il ne faudrait pas perdre de vue que derrière chaque suicide, il y a une personne pour laquelle les chiffres froids ne rendent aucunement compte des raisons profondes qui l'ont conduit à cet acte, de la souffrance psychique endurée, du désespoir ou du sentiment d'inutilité sociale qui l'ont habité.

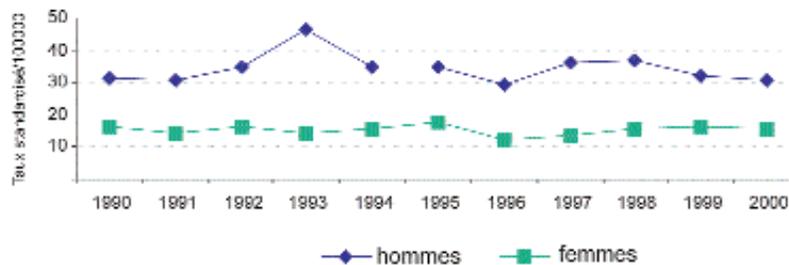
1_Analyse de la mortalité par suicide au cours de la période 1998-2000

1_1 Introduction

Au cours de la période 1998-2000, 574 bruxellois se sont suicidés, soit en moyenne 190 décès par an. L'évolution des taux de suicide à Bruxelles est parallèle à celle observée en Belgique et dans l'ensemble des pays européens. Après une augmentation importante au cours des années 70, le taux de suicide tend à diminuer tant chez les hommes que chez les femmes au cours des années 80 (1). On observe ensuite une augmentation relativement importante au début des années 90 chez les hommes, avec un pic marqué en 1993. Depuis le milieu des années 90, les taux restent relativement stables (figure 1).

Au cours des dernières décennies, les taux de suicide bruxellois se situent entre ceux de la Flandre (plus bas) et ceux de la Wallonie (plus élevés pour les hommes et semblables pour les femmes).

Figure 1 : Evolution des taux de suicide au cours des années 90, Région de Bruxelles-Capitale



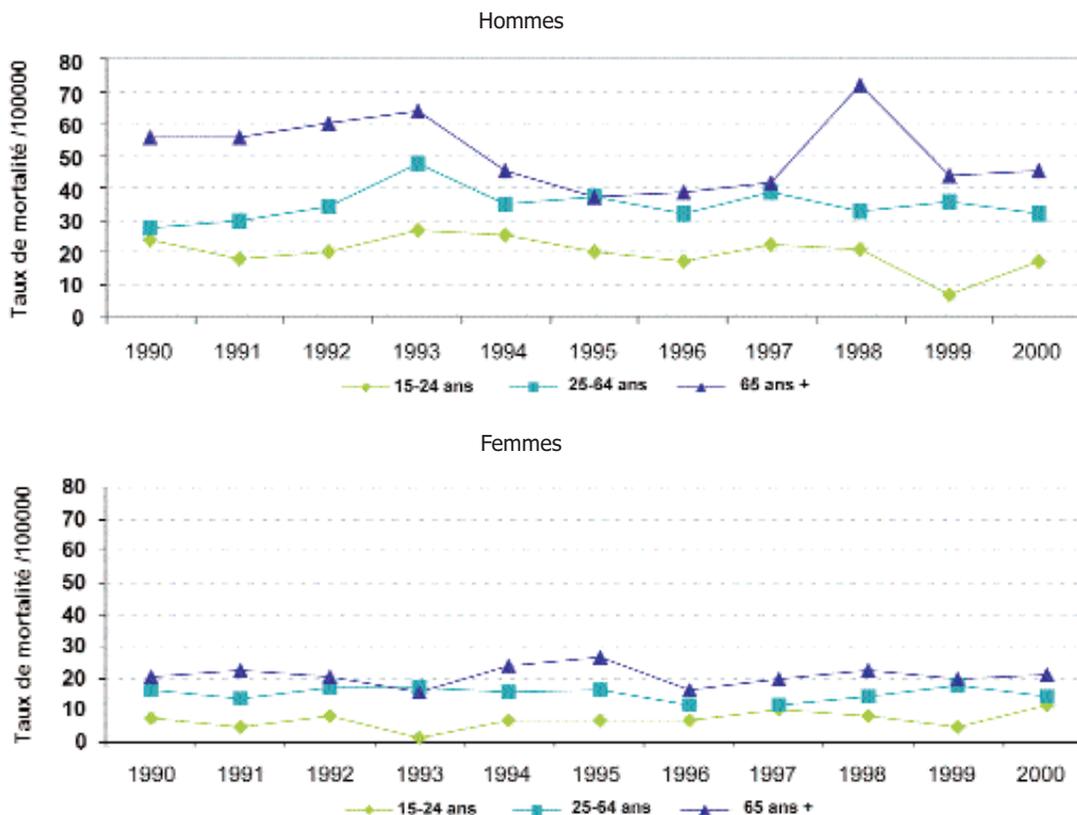
Sources : 1990-1997 : SPMA, Institut Scientifique de Santé Publique,
1998-2000 : Observatoire de la Santé et du Social

Les graphiques de la figure 2 montrent l'évolution des taux de suicide entre 1990 et 2000 par tranche d'âge à Bruxelles.

Chez les hommes, dans toutes les tranches d'âge, les taux maxima sont observés pour l'année 1993. On note des fluctuations plus marquées chez les plus de 65 ans, sans que l'on ne puisse déterminer une tendance précise. Dans les autres tranches d'âge, hormis le pic de 1993, les taux restent relativement stables. Des fluctuations relativement importantes (par exemple en 1998 pour les plus de 65 ans et en 1999 pour les plus jeunes) doivent être interprétées avec précaution à cause du petit nombre de cas.

Chez les femmes, les taux restent assez stables dans toutes les tranches d'âge.

Figure 2: Evolution des taux de suicide par tranches d'âge entre 1990 et 2000, Région de Bruxelles-Capitale



Sources : 1990-1997 : SPMA, Institut Scientifique de Santé Publique,
1998-2000 : Observatoire de la santé et du Social

1_2 Méthodologie

1_ Collecte des données

Les données analysées proviennent des bulletins statistiques de décès.

Pour chaque décès survenu en Belgique, un bulletin statistique est rempli par le médecin qui constate le décès (données médicales) et par l'administration communale (données administratives)¹. Les causes de décès sont codées selon la Classification Internationale des Maladies CIM-10 de l'OMS (2). Les suicides sont classés parmi les «causes externes de mortalité, lésions auto-infligées» (codes X60-X84). Le médecin qui constate le décès doit également cocher le type de décès (cause naturelle/accident de circulation/autre accident/suicide/homicide/sous investigation/n'a pu être déterminé)².

1 Pour plus d'information sur les bulletins statistiques de décès en Région de Bruxelles-Capitale, voir le site de l'Observatoire de la Santé et du Social (www.observatbru.be) à partir de janvier 2004

2 Voir en annexe la structure du volet médical du bulletin statistique de décès.

Les résultats présentés ci-dessous se rapportent aux décès des personnes domiciliées en Région de Bruxelles-Capitale et décédées au cours de la période 1998-2000, soit 3 années civiles. Ce regroupement des données de 3 années permet d'effectuer des analyses épidémiologiques plus approfondies. Le nombre annuel de suicide à Bruxelles est en effet trop faible pour faire des analyses par groupes d'âge, sexe, état civil, etc. Sur base des données d'une seule année, les interprétations sont très délicates. Même en regroupant 3 années civiles, l'interprétation de certains résultats concernant des tranches d'âge particulières ou des communes doit rester très prudente.

Pour la période considérée, nous ne disposons pas des données concernant les décès des bruxellois décédés en région wallonne³. Cela représente une très faible part des décès des bruxellois (moins de 3 %).

2_ Analyses épidémiologiques

Le champ des analyses est bien entendu limité par la disponibilité des données. Certaines variables n'ont pu être analysées à cause de la proportion trop importante de données manquantes. Par exemple pour une partie des caractéristiques socioprofessionnelles, la proportion de données manquantes dépasse les 40 % et ne permet donc pas d'analyser les différences sociales face au suicide sur base de données individuelles (voir 1.3.4.)

Pour des raisons méthodologiques (trop faible effectif dans les strates ou non-disponibilité de dénominateurs pour la région bruxelloise), certaines variables ont été catégorisées : la nationalité a été catégorisée en « belge / non-belge » et pour l'état civil, les catégories « divorcé(e) » et « séparé(e) » ont été regroupées.

Pour éviter des considérations méthodologiques trop lourdes, nous ne détaillons pas les méthodes d'analyses statistiques utilisées. Celles-ci sont disponibles à l'Observatoire de la Santé et du Social. Les lecteurs non familiarisés avec l'épidémiologie trouveront à la fin du dossier quelques définitions et explications des principales méthodes utilisées.

3_ Validité des données

Les données de mortalité par suicide issues des bulletins statistiques constituent une source importante d'informations épidémiologiques. Cependant, leur analyse est soumise à une série de limites liées à leur qualité. Parmi l'ensemble des causes de décès, le suicide fait l'objet du plus grand nombre d'articles polémiques au sujet de la validité des données (3).

On estime que, de manière générale et dans l'ensemble des pays, les statistiques de mortalité par suicide sous-estiment le nombre réel de décès par suicide. Les raisons sont liées surtout aux procédures de certification des décès. Dans le contexte bruxellois, les principaux biais sont :

- une sous-estimation des décès par suicide suite à la non-certitude de la cause exacte du décès lors de la certification : les décès sont alors codés sous la rubrique « cause mal définie »

³ Depuis les réformes institutionnelles, les communautés sont compétentes pour la collecte et le traitement des bulletins statistiques de décès. La communauté flamande gère les bulletins statistiques des personnes décédées en Flandre, la Communauté française gère les bulletins des personnes décédées en Wallonie et la Commission communautaire commune de Bruxelles-capitale gère les bulletins des personnes décédées à Bruxelles. Un échange de données entre la Communauté flamande et la Commission communautaire commune permet que les données concernant les personnes résidant à Bruxelles mais décédées en Flandre puissent être traitées à Bruxelles et vice versa. En ce qui concerne la Communauté française, un retard dans le traitement des bulletins statistiques ne permet par encore un tel échange de données.

- une sous-estimation des décès par suicide suite à la difficulté d'identifier avec certitude l'intentionnalité de l'acte : les décès sont alors codés comme « cause externe d'intention non déterminée »
- une sous-estimation des décès par suicide parce que certains accidents (noyades, overdoses, accidents de la circulation...) peuvent être des suicides « masqués »
- on ne peut pas exclure que dans un certain nombre de cas (probablement très faible), le médecin certificateur falsifie la cause du décès pour éviter à l'entourage des désagréments liés à la mention d'une cause non naturelle ou d'un suicide (assurances, investigations judiciaires, religion,...)

Si aucun élément ne nous permet d'évaluer l'importance de la sous-estimation liée aux deux derniers points, il est par contre possible d'estimer le degré de sous-estimation liée à la non-connaissance de la cause du décès ou de l'intention de l'acte ayant mené au décès.

Les décès de cause mal définie et inconnue (codes R96-R99) concernent dans plus de 80 % des cas des décès de cause naturelle pour lesquels aucune investigation n'a été demandée et dans 19 % des cas des décès dont la cause n'a pas pu être déterminée (encore sous investigation ou pas de diagnostic communiqué). Le nombre de décès entrant dans cette catégorie étaient les suivants : 189 en 1998, 152 en 1999 et 194 en 2000.

Les décès dus à une cause externe d'intention non déterminée (codes Y10-Y34) sont ceux liés à une cause « non naturelle », appelée aussi « cause externe » mais pour lequel le médecin qui signe le certificat ne peut pas déterminer l'intention : est-ce un suicide, un accident, un homicide ?

Le nombre de décès qui entrent dans cette catégorie étaient les suivants : 28 sur 10 085 décès en 1998, 28 sur 10 223 décès en 1999 et 32 sur 9 958 décès en 2000, ce qui représente respectivement 4,5 %, 4,2 % et 5 % des décès par cause externe.

Le nombre de ces décès est réduit dans la mesure où, avant que la cause du décès ne soit codée, le service responsable du traitement des données s'informe des résultats des investigations réalisées après la certification (autopsie, enquête de police, etc.). Etant donné que les bulletins statistiques de décès sont anonymes, ces recherches ne peuvent être faites qu'avec la collaboration des autorités qui peuvent donner une cause de décès sans divulguer l'identité de la personne (par exemple des recherches sur base d'un numéro de PV, d'acte de décès).

Contrairement à certains pays européens où un examen médico-légal est systématiquement réalisé pour la certification d'un suicide, à Bruxelles une autopsie était en cours ou prévue lors de la certification pour moins de 12 % des suicides (dans 29 % des cas le médecin certificateur ne savait pas si une autopsie était prévue ou en cours et dans 32 % des cas cette donnée n'était pas complétée par le médecin).

La sous-estimation des suicides via le biais des causes mal définies et inconnues ou d'intention non déterminée semble moins importante à Bruxelles qu'en France.

Pour les données de mortalité de 1998, Jouglà et al estimaient que le nombre annuel de suicide augmentait d'environ 20 % si on corrigeait le nombre de suicides en tenant compte des décès de causes inconnues (dont 25 % seraient des suicides) et d'intention indéterminée (dont 35 % seraient des suicides) pour les tranches d'âge des 15-24 ans et des moins de 65 ans (3). En utilisant la même méthode de correction, nous obtenons pour Bruxelles une augmentation de 12 % environ pour les moins de 65 ans et 5 % pour les 15-24 ans (voir tableau ci-dessous).

Mesure de l'impact de biais potentiels dans l'estimation du nombre de suicides par la prise en compte des décès de cause inconnue ou d'intention non déterminée (Bruxelles 1998-2000)

		Nombre de suicides	Nombre de décès de cause inconnue	Nombre de décès par cause externe d'intention non déterminée	Suicides «corrigés» ⁴	Variation suicides ⁵
15-24 ans	Hommes	26	3	2	27	+5,5 %
	Femmes	15	3	0	16	+5,0 %
	Total	41	6	2	43	+5,5 %
< 65 ans	Hommes	280	65	44	312	+11,3 %
	Femmes	134	41	26	153	+14,4 %
	Total	414	106	70	465	+12,3 %

Pour les décès de cause inconnue, on observe une proportion plus élevée chez les femmes que chez les hommes (1,9 % versus 1,6 %, $p < 0.05$) et cette proportion est d'autant plus faible que le niveau socio-économique de la commune de résidence est élevé ($p < 0.01$).

La proportion de décès de cause externe dont l'intention est non déterminée est légèrement plus élevée chez les hommes que chez les femmes (5,5 % versus 3,5 %, $p < 0.05$) et plus basse dans les communes de niveau socio-économique élevé que dans les autres catégories de commune.

Pour ces deux sources de sous-estimation des suicides on n'observe pas de différence significative entre Belges et non Belges.

Il s'ensuit que la sous-estimation du nombre de décès par suicide augmente lorsque le niveau socio-économique de la commune de résidence diminue⁶: + 7,5 % dans les communes les plus aisées, + 9 % dans les communes de niveau social moyen élevé, + 15,5 % dans les communes de niveau social moyen bas et + 18 % dans les communes les plus pauvres.

Dans la présentation des résultats de l'analyse des bulletins statistiques, nous n'avons pas introduit de correction dans les chiffres. Lorsque l'interprétation des résultats peut être biaisée à cause de différences significatives du niveau de sous-estimation du nombre de suicide entre les catégories que l'on compare, des analyses avec corrections ont été effectuées et les résultats sont mentionnés dans le texte.

⁴ suicides corrigés = suicides + 0,25 causes inconnues + 0,35 causes externes d'intention non déterminée

⁵ Variation suicides = (suicides corrigés - suicides) / suicides

⁶ Voir méthodologie de la catégorisation des communes par niveau socio-économique p 23

1_3 Résultats

1_ Situation du suicide parmi les autres causes de décès

Le suicide représente 1,9 % de l'ensemble des décès, 2,7 % chez les hommes et 1,2 % chez les femmes. Entre 20 et 29 ans, le suicide représente plus d'un quart des décès (25 % des décès masculins et 36 % des décès féminins entre 20 et 24 ans). Chez les jeunes (15-24 ans) il s'agit de la deuxième cause de décès après les accidents (figure 3). La part relative du suicide dans le total des décès diminue progressivement avec l'âge, au fur et à mesure que se développent les maladies cardiovasculaires et les cancers. On note toutefois chez les femmes un pic entre 40 et 44 ans où le suicide représente près de 15 % des décès (figure 4). La part importante du suicide dans les décès des jeunes adultes est liée au taux de mortalité très faible par d'autres causes, en particulier pour les femmes⁷.

Figure 3 : Distribution des causes de décès par groupes d'âge, Bruxelles 1998-2000

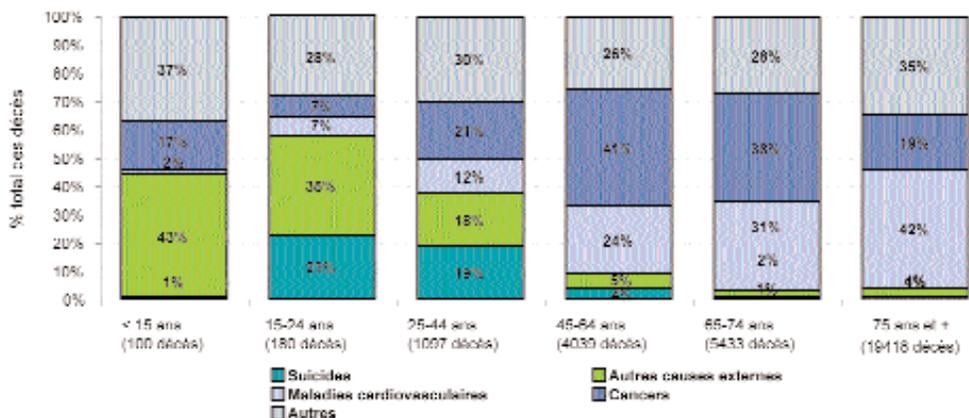
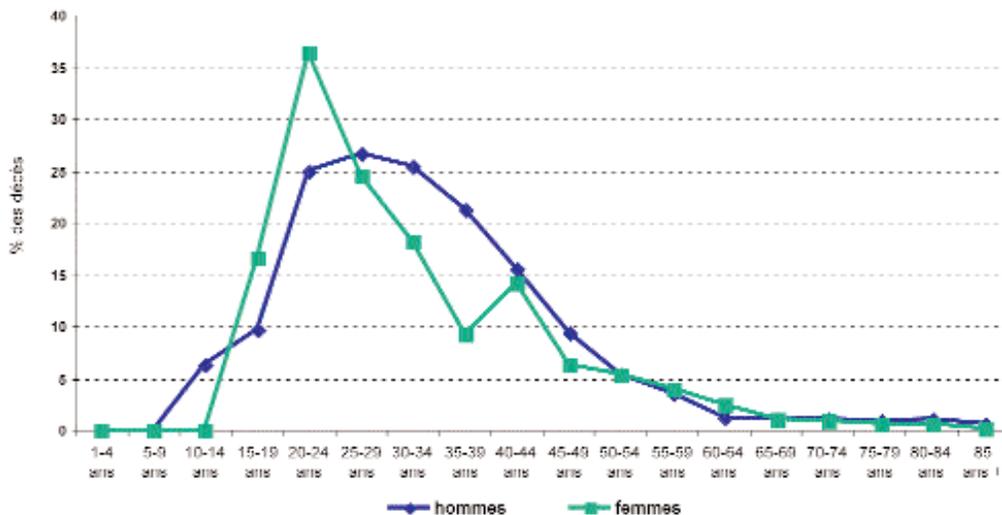


Figure 4 : Proportion des décès dus au suicide en fonction de l'âge, Bruxelles 1998-2000



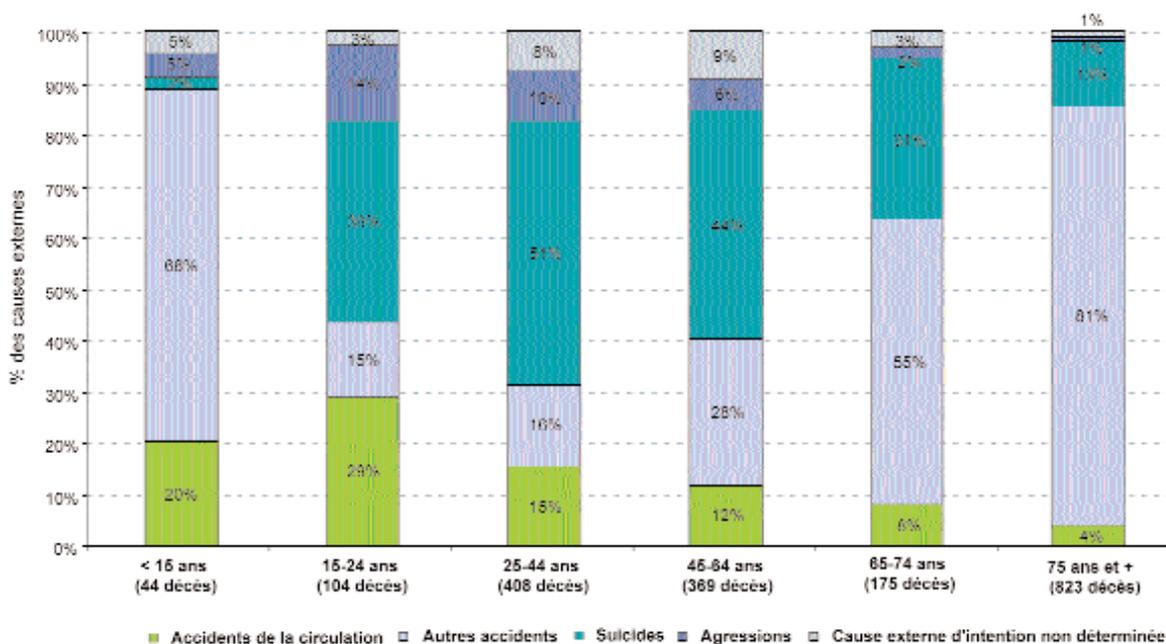
⁷ La mortalité générale est la plus basse entre 10 et 14 ans, elle augmente ensuite avec l'âge. Entre 20 et 24 ans le taux de mortalité toutes causes (/100 000) est égal à 95 pour les hommes et 33 pour les femmes, dans la tranche d'âge 40-44 ans, il est respectivement de 250 et 155 et atteint déjà 1509 et 745 entre 60 et 64 ans.

Les « causes externes de décès » rassemblent toutes les causes de décès dites « non naturelles », à savoir les accidents, les agressions et les suicides.

La part des décès liés à des causes externes parmi l'ensemble des décès varie fortement selon l'âge. Ils représentent 44 % des décès avant l'âge de 15 ans, 58 % entre 15 et 24 ans, 37 % entre 25 et 44 ans, 9 % entre 45 et 64 ans, 4 % après 65 ans.

Parmi les causes externes, le suicide représente la principale cause entre 15 et 64 ans. Pour les plus jeunes et les plus âgés, les accidents domestiques représentent la première cause externe de décès (figure 5).

Figure 5 : Distribution des causes externes de décès par groupe d'âge, Bruxelles 1998-2000



2_ Fréquence et taux de mortalité

On a dénombré 574 décès par suicide, 376 hommes et 198 femmes, au cours de la période 1998-2000 parmi les résidents bruxellois (202 en 1998, 189 en 1999 et 183 en 2000). Le taux de mortalité brut par suicide est de 20,0/100 000 au cours de cette période, 27,4/100 000 chez les hommes et 13,2/100 000 chez les femmes.

Ces taux sont parmi les plus élevés des taux de suicide déclarés dans les pays d'Europe de l'Ouest pour la même période. Semblables aux taux français et suisses, ils sont plus élevés que les taux déclarés en Allemagne, au Danemark, en Espagne, aux Pays-bas, en Suède ou au Luxembourg (4).

Les hommes se suicident plus que les femmes.

Après standardisation pour l'âge, le taux de mortalité par suicide est 2,3 fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes.

Les taux de mortalité par suicide sont relativement stables au cours de la période. Le tableau ci-dessous montre les taux bruts de mortalité par suicide pour 100 000 habitants et les taux standardisés pour l'âge. On note une légère diminution des taux pour les hommes entre 1998 et 2000 (NS).

	Hommes			Femmes		
	Nombre de suicides	Taux brut	Taux standardisé	Nombre de suicide	Taux brut	Taux standardisé
1998	138	30,8	30,8	64	13,0	13,0
1999	120	26,7	26,7	69	14,0	14,0
2000	118	26,1	26,0	65	13,1	13,2

La mortalité par suicide varie fortement selon l'âge.

Pour bien comprendre l'importance du suicide dans les différents groupes d'âge, il faut considérer 3 types de mesures complémentaires : le nombre absolu de suicide, le taux de mortalité par suicide et la part du suicide dans l'ensemble des décès (%).

Ce sont 3 points de vue complémentaires sur une même réalité. La distribution par âge du nombre absolu de suicide nous montre que la majorité des suicides concernent les personnes d'âge moyen, les suicides d'adolescents restant des événements rares. Le taux de suicide indique le niveau de risque d'une tranche d'âge : ainsi les personnes âgées courent un risque beaucoup élevé que les jeunes de décéder par suicide. Enfin la proportion de décès lié au suicide dépend fortement de la mortalité par d'autres causes. Les adolescents et les jeunes adultes meurent - heureusement - peu de maladies. Les décès par mort non naturelle, dont le suicide, ont donc un poids relatif particulièrement élevé (voir 1.3-1).

● Nombres absolus et distribution des décès par tranches d'âge

En nombre absolu, on observe chez les hommes un premier pic entre 30 et 34 ans, le nombre absolu diminuant ensuite progressivement jusqu'à 60 ans. Un autre pic est observé entre 75 et 79 ans. Pour les femmes, le nombre absolu de suicide est le plus élevé pour la tranche d'âge 40-44 ans. Au cours de la période 1998-2000, on a dénombré 8 décès par suicide chez les adolescents.

Figure 6 : Fréquence des suicides en fonction de l'âge, Bruxelles 1998-2000

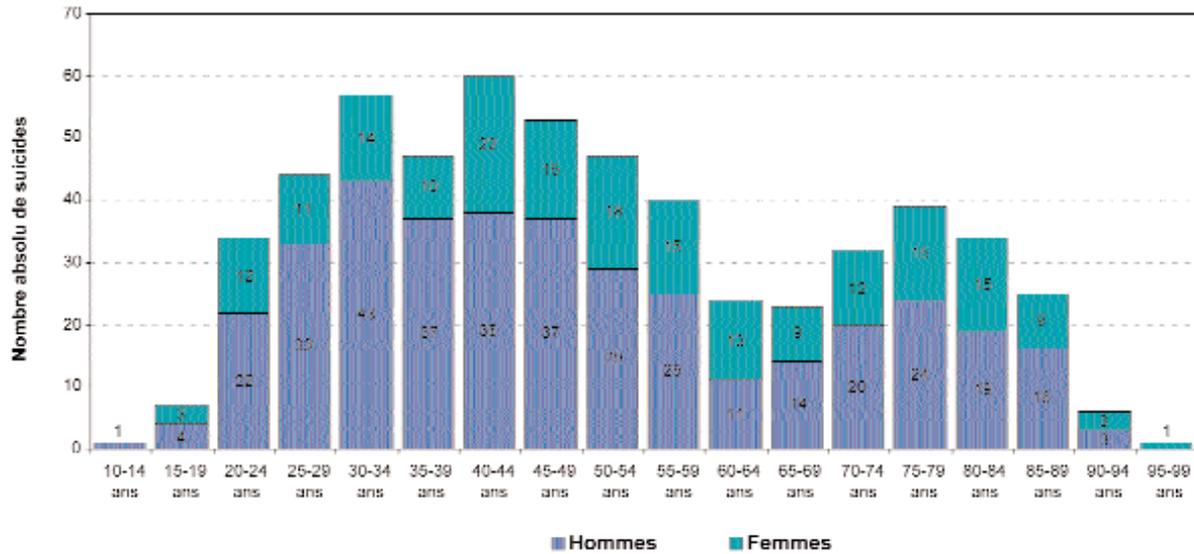
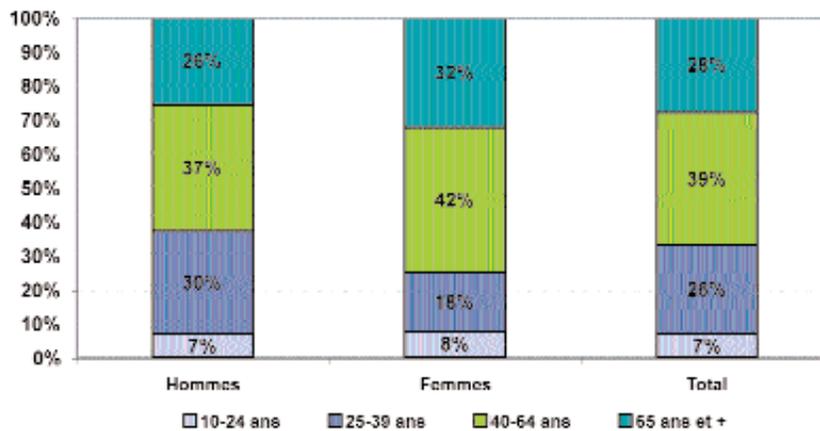


Figure 7 : Distribution des décès par suicide par tranches d'âge, Bruxelles 1998-2000



● **Taux de mortalité par suicide**

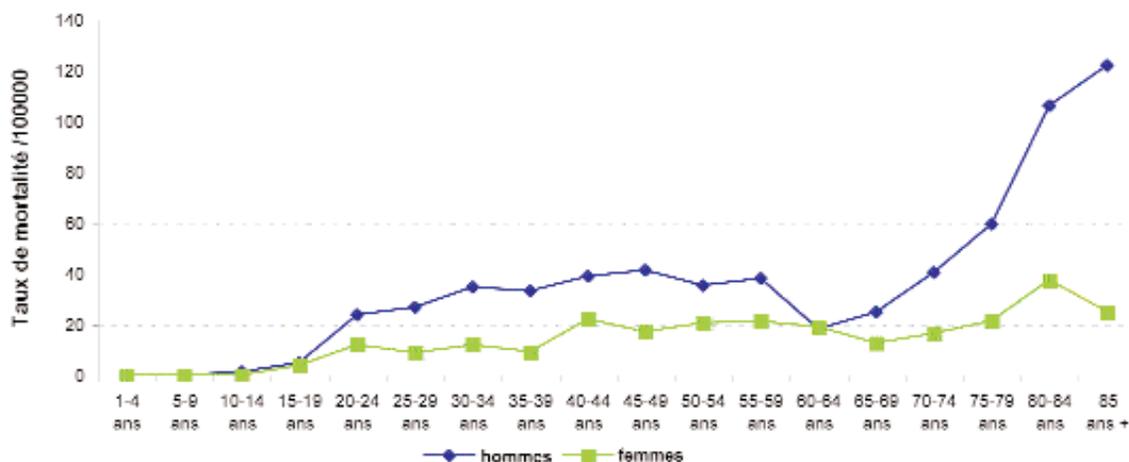
Les taux de mortalité par suicide augmentent avec l'âge, tant chez les hommes que chez les femmes.

Chez les hommes, on observe une augmentation dès l'âge de 20 ans avec un plateau entre 40 et 60 ans, suivi d'une augmentation très importante des taux à partir de 65 ans.

Chez les femmes, on note une augmentation du taux de suicide à 40 ans avec ensuite une stabilisation jusqu'à une augmentation légère entre 75 et 85 ans.

Cette augmentation des taux de suicide avec l'âge se rencontre dans tous les pays européens (5).

Figure 8 : Evolution des taux de mortalité par suicide en fonction de l'âge, Bruxelles 1998-2000



3_ Fréquence et taux de mortalité par commune

Les cartes ci-dessous présentent les ratios standardisés de mortalité (RSM) par suicide selon la commune de résidence. Les communes représentées en bleu foncé sont celles pour lesquelles ce taux est significativement supérieur à celui de l'ensemble de la région et les communes représentées en vert vif sont celles pour lesquelles ce taux est significativement inférieur au taux régional. Les communes représentées en gris ont un taux standardisé supérieur (bleu gris) ou inférieur (vert gris) au taux régional mais ces différences ne sont pas statistiquement significatives⁸.

Après standardisation pour l'âge, on observe des taux de suicide significativement supérieurs à la moyenne régionale pour la commune de Ganshoren et d'Anderlecht pour les hommes et les communes de Jette et Ixelles pour les femmes.

Les taux de suicide sont significativement inférieurs au taux régional pour les hommes dans les communes d'Auderghem et de Molenbeek-St-Jean.

Dans les communes où le taux de suicide est significativement plus élevé que dans l'ensemble de la région, cette augmentation concerne toutes les tranches d'âge.

Nous ne disposons pas d'éléments permettant d'interpréter les différences observées entre les communes bruxelloises. Les facteurs socio-économiques seront analysés plus loin. Des données qualitatives portant par exemple sur la qualité du tissu social, permettraient peut-être de mieux comprendre ces différences.

⁸ Soit parce que le taux standardisé est très proche du taux régional, soit parce que le petit nombre de suicides entraîne un manque de précision (intervalle de confiance très large, incluant 1). Voir " quelques repères méthodologiques ".

4_ Facteurs sociaux et démographiques

L'état civil

Les taux de suicide varient selon l'état civil. Le tableau ci-dessous montre les taux de mortalité par suicide pour les plus de 15 ans et les ratios standardisés de mortalité (RSM) après standardisation pour l'âge.

	Hommes		Femmes	
	Taux bruts / 100000	RSM (IC 95%)	Taux bruts / 100000	RSM (IC 95%)
Mariés	22,6	1,0	11,1	1,0
Célibataires	34,4	1,9 (1,6-2,2)	14,2	2,0 (1,4-2,5)
Séparés / divorcés	61,6	2,9 (2,1-3,7)	31,5	2,5 (1,7-3,2)
Veufs	132,9	3,2 (2,3-4,2)	22,7	1,1 (0,8-1,4)

Les veufs sont donc particulièrement vulnérables avec un taux de mortalité plus de 3 fois supérieur aux hommes mariés (après contrôle pour l'âge). Tant chez les hommes que chez les femmes, les personnes séparées ou divorcées ont un risque accru de suicide (2,5 à 3 fois plus élevé que les personnes mariées), de même que les célibataires (taux de mortalité 2 fois plus élevé que les personnes mariées).

La nationalité

Des études menées en Australie, aux Etats-Unis et au Canada montrent que la fréquence des comportements suicidaires dans un groupe d'immigrés donné est similaire à celui enregistré dans leur pays d'origine (6). Les facteurs culturels influencent considérablement les comportements suicidaires. Il est donc intéressant d'analyser l'impact de ces facteurs sur les taux de suicide.

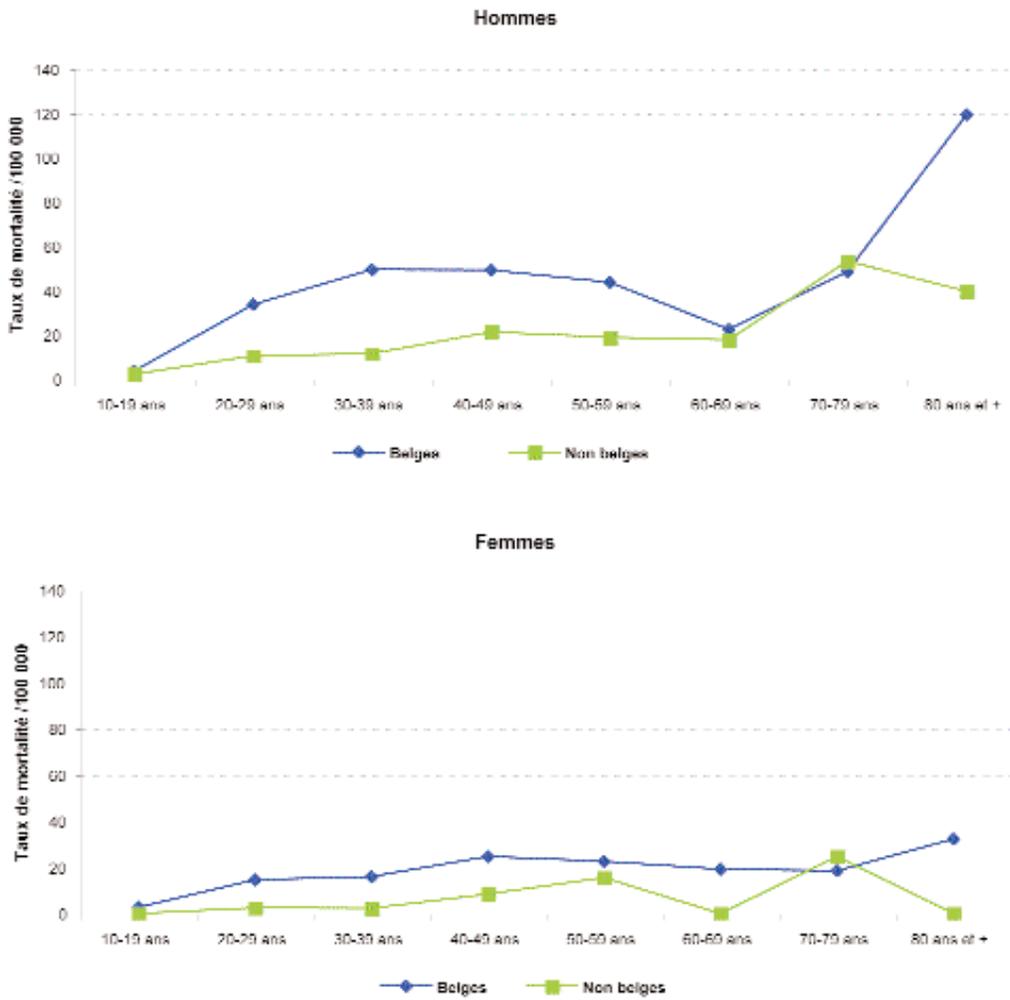
Les bulletins statistiques de décès ne nous donnent pas réellement d'information sur la culture d'origine des personnes décédées. Le seul indicateur culturel dont nous disposons est la nationalité. Pour des raisons méthodologiques, nous ne pouvons analyser les taux de suicide pour chaque nationalité ou groupe de nationalités représentées à Bruxelles. C'est pourquoi nous avons distingué les personnes de nationalité belges des non-belges tout en étant bien conscients que ce groupe rassemblait en réalité des personnes originaires de pays et de cultures très diverses.

Les taux de mortalité par suicide sont plus faibles chez les personnes de nationalité non belge que celles de nationalité belge, tant chez les hommes que chez les femmes. Après standardisation pour l'âge, le taux de suicide est 2,5 fois plus bas chez les hommes non belges que chez les hommes belges. La différence est plus marquée encore chez les femmes : après standardisation pour l'âge, le taux de suicide est 3,3 fois plus bas chez les femmes non belges que chez les femmes belges.

Les différences entre Belges et non Belges se marquent surtout avant la soixantaine (figure 9).

	Hommes		Femmes	
	Taux bruts / 100000	RSM (IC 95%)	Taux bruts / 100000	RSM (IC 95%)
Belges	33,8	1,0	16,4	1,0
Non Belges	12,8	0,4 (0,2-0,5)	4,5	0,3 (0,2 -0,5)

Figure 9 : Evolution des taux de mortalité par suicide en fonction de l'âge et la nationalité, Bruxelles 1998-2000



La part du suicide parmi l'ensemble des décès n'est pas statistiquement différente d'un groupe de nationalité à l'autre. Ceci est dû au fait que pour de nombreuses autres causes de décès, les taux de mortalité sont moindres pour les non Belges que pour les Belges. Cependant, si on ne considère que les hommes de 20 à 49 ans, on observe une différence significative entre les groupes de nationalités. Dans cette tranche d'âge, le suicide représente 19,6 % des décès chez les hommes belges, 14,4 % des décès chez les hommes originaires d'un autre pays européen, 9,6 % des décès des hommes turcs et maghrébins et 5,9 % des décès pour les autres nationalités ($p < 0,01$).

Le statut social

Certaines études mettent en évidence une fréquence plus élevée de suicide dans les populations socialement défavorisées, en particulier chez les hommes jeunes (7;8). D'autres études ne trouvent aucune association entre statut social et taux de suicide (5;9). Parmi les facteurs socio-économiques étudiés, le chômage est le facteur le plus souvent lié à un risque accru de suicide (10-12). Cette relation entre les facteurs socio-économiques et le suicide est complexe, ceux-ci jouant probablement un rôle plus ou moins important comme facteurs de stress, comme déterminants de souffrances ou de maladies psychiques prédisposant au suicide ou comme facteur de vulnérabilité accrue par l'influence sur l'estime de soi, l'intégration sociale, etc. Le statut social peut aussi avoir une influence sur l'accès aux soins et la qualité de la prise en charge après une tentative de suicide ou pour une pathologie prédisposante.

Pour Bruxelles, la mesure des inégalités sociales face au suicide est rendue très difficile par l'absence de données du statut social au niveau individuel pour chaque décès. En effet, les données concernant le statut socioprofessionnel et le niveau d'instruction sont très souvent manquantes (pour la période considérée, le niveau d'instruction est inconnu pour 63 % des décès). D'autres problèmes méthodologiques comme l'absence d'une définition précise et identique des catégories socioprofessionnelles telles que « chômeur » lors du remplissage du bulletin et pour les données de population ne nous permettent pas d'analyser l'impact de déterminants sociaux sur le risque de suicide⁹.

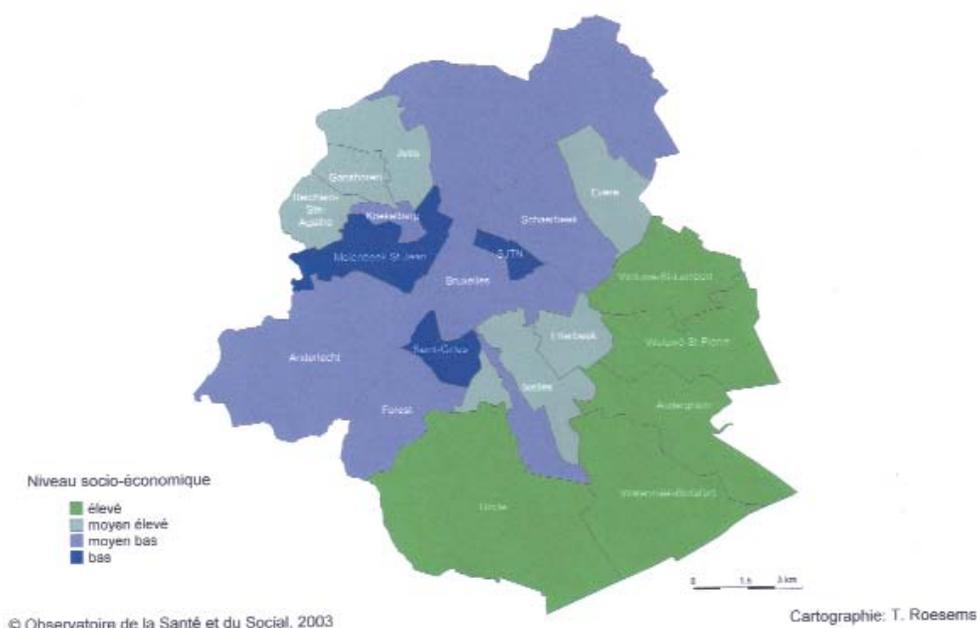
A défaut de données individuelles du statut social, nous avons tenté de mesurer les inégalités sociales face au suicide en utilisant une analyse de type « écologique », c'est-à-dire qu'on attribue à chaque personne le niveau socio-économique moyen de la commune dans laquelle il réside¹⁰. Les communes ont été catégorisées selon une méthode de clusters à partir de 3 variables socio-économiques : le revenu moyen par habitant, le taux de chômage et la proportion d'habitants ayant droit à un minimex (depuis le 1/10/2002 revenu d'intégration sociale), équivalent minimex ou revenu garanti aux personnes âgées.

Les 19 communes bruxelloises ont donc été classées en 4 catégories par niveau socio-économique (NSE) représentées sur la carte ci-dessous.

9 Dans les bulletins statistiques de décès la catégorie " chômeur " peut concerner aussi bien des demandeurs d'emploi indemnisés que non indemnisés, mais on ne peut pas exclure qu'une partie importante des personnes sans-emploi soient catégorisées parmi les " sans profession ". Cela ne nous permet donc pas de calculer un taux de suicide en utilisant comme dénominateur le nombre de chômeurs complets indemnisés ou d'autres catégories reprises dans les statistiques de l'emploi.

10 Cette méthode présente une série de limites et elle tend à sous-estimer, voire faire disparaître les inégalités sociales qui pourraient être mesurées si on utilisait des données individuelles.

Carte 3: Niveau socio-économique des communes Région de Bruxelles-Capitale



Après standardisation pour l'âge, on note que les communes les plus pauvres et les plus riches ont un taux de mortalité par suicide inférieur à celui de l'ensemble de la région, tandis que les communes à statut social intermédiaire ont un taux de mortalité supérieur à celui de la région¹¹.

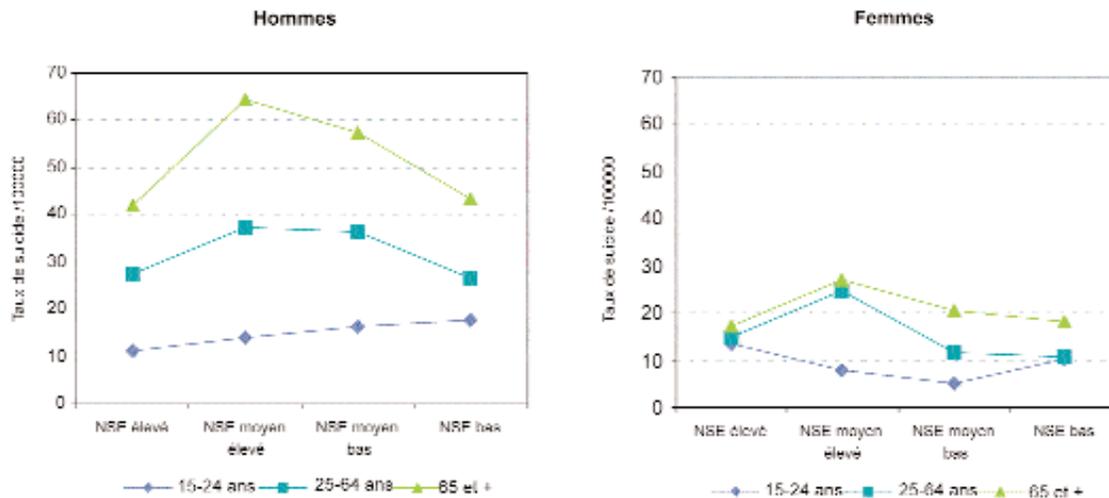
Etant donné la proportion plus élevée de décès de cause mal définie et de décès dus à une cause externe dont l'intention n'est pas déterminée dans les communes de niveau socio-économique bas, la sous-estimation du nombre de suicide dans ces communes est plus importante que dans les communes plus aisées (voir 1.2.3). Le tableau ci-dessous montre les taux de suicide selon la catégorie communale avant et après application de la correction de Jouglà (3).

	Hommes		Femmes	
	Taux brut	Taux corrigé	Taux brut	Taux corrigé
NSE élevé	22,6	24,3	13,8	14,9
NSE moyen élevé	31,0	33,8	20,4	22,2
NSE moyen bas	30,0	35,0	9,5	11,0
NSE bas	22,7	26,8	10,0	11,7

11 La différence par rapport à la moyenne régionale est statistiquement significative pour les communes de niveau socio-économique intermédiaire, pas pour les communes les plus aisées et les plus pauvres.

Les taux de suicide plus élevés dans les communes de niveau socio-économique intermédiaire se retrouvent tant pour les personnes d'âge moyen que pour les personnes âgées. Par contre, pour les hommes de moins de 25 ans les taux de suicide augmentent avec le niveau de pauvreté de la commune de résidence. C'est ce que montre la figure 10. Etant donné le petit nombre de sujets, les différences ne sont pas statistiquement significatives.

Figure 10 : Taux de suicide en fonction de la catégorie socio-économique de la commune, par tranche d'âge, Bruxelles 1998-2000



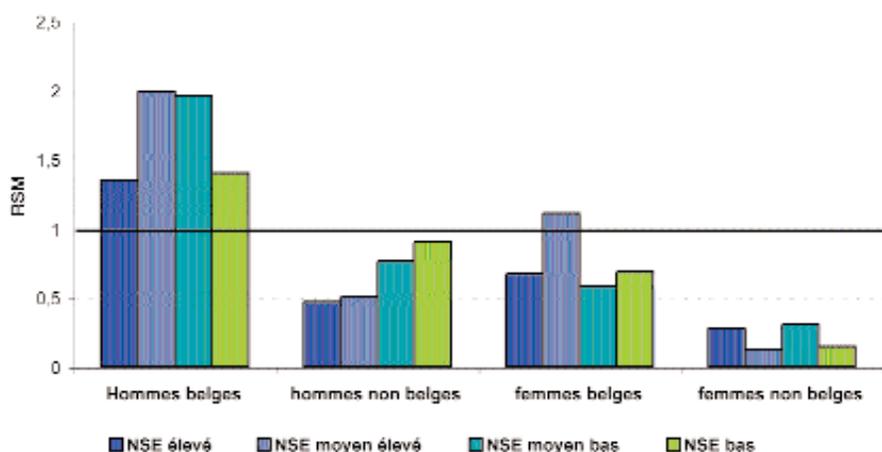
Comme on l'a vu plus haut, les personnes de nationalité non belge ont un taux de suicide inférieur à celui des Belges. Etant donné que la proportion de non Belges est plus importante dans les communes les plus pauvres, nous avons comparé les catégories communales en analysant séparément les Belges et les non Belges.

Le graphique ci-dessous montre les ratios standardisés de mortalité (RSM) pour les hommes et les femmes belges et non belges dans chaque catégorie de communes (le RSM = 1 correspond à l'ensemble de la région).

Les hommes de nationalité belge ont un taux de mortalité par suicide plus élevé que l'ensemble de la population bruxelloise avec des taux particulièrement élevés dans les communes à statut socio-économique intermédiaire. Les hommes de nationalité non belge ont un taux de mortalité inférieur à l'ensemble de la population, mais on note un gradient social négatif (les taux de mortalité augmentent lorsque le statut socio-économique diminue).

Pour les femmes belges, on note un taux de mortalité par suicide plus élevé dans les communes à statut socio-économique moyen élevé. Les femmes de nationalité non belges présentent les taux de suicide les plus bas, quel que soit le type de commune.

Figure 11 : Ratios standardisés de mortalité par suicide selon le sexe, la nationalité et la catégorie socio-économique de la commune de résidence



Certaines études ont montré que le taux de suicide était plus fortement associé au niveau de « fragmentation sociale¹²» qu'au niveau de pauvreté de la zone de résidence (13). Nous n'avons pas retrouvé de corrélation entre le taux de suicide et la proportion de personnes isolées pour les communes bruxelloises. Toutefois des analyses complémentaires devraient être menées pour tenter de mieux comprendre les caractéristiques propres aux communes de niveau socio-économique intermédiaire qui pourraient expliquer l'excès de suicides dans ces communes.

Le lieu de vie

Ne disposant pas de données fiables concernant la distribution de la population bruxelloise selon son milieu de vie, nous ne pouvons pas calculer l'association entre milieu de vie et risque de suicide (c'est-à-dire comparer les taux de mortalité de suicide entre différents milieux de vie). La seule information dont nous disposons est la proportion de suicides parmi l'ensemble des décès selon le milieu de vie.

De manière générale, avant 65 ans, on observe que la proportion de suicide parmi l'ensemble des décès est plus élevée chez les personnes vivant seules que chez celles qui vivent en famille.

C'est parmi les hommes vivant en prison que la part des suicides dans la mortalité totale est la plus élevée. Pour les 10 hommes, âgés de 18 à 44 ans, décédés alors qu'ils étaient en prison, 8 décès sont des suicides (80 %).

Selon des données récentes¹³, les taux de suicide dans les prisons belges sont 10 fois plus élevés que dans la population générale et ils ne font que croître depuis les années 50. Ces taux très élevés font des personnes incarcérées, un des sous-groupes de la population les plus exposés au risque de suicide.

¹² Le niveau de fragmentation sociale était évalué au travers de la proportion d'isolés et de célibataires vivant dans la zone et du niveau de mobilité (nombre de déménagements.)

¹³ Mark Vanderveken, "Décès par suicide dans les prisons belges : un indicateur de santé alarmant". Données en cours de publication

Proportion de décès par suicide par rapport aux autres causes de décès entre 18 et 44 ans en fonction du lieu de vie

Milieu de vie	Hommes		Femmes	
	n suicides	% décès	n suicides	% décès
Ménage privé	69	18%	37	14%
Isolé	91	24%	32	22%
Prison	10	80%	-	-

Pour les personnes vivant en institution, la part des décès dus au suicide est moindre que dans les autres milieux de vie, et ceci quel que soit l'âge.

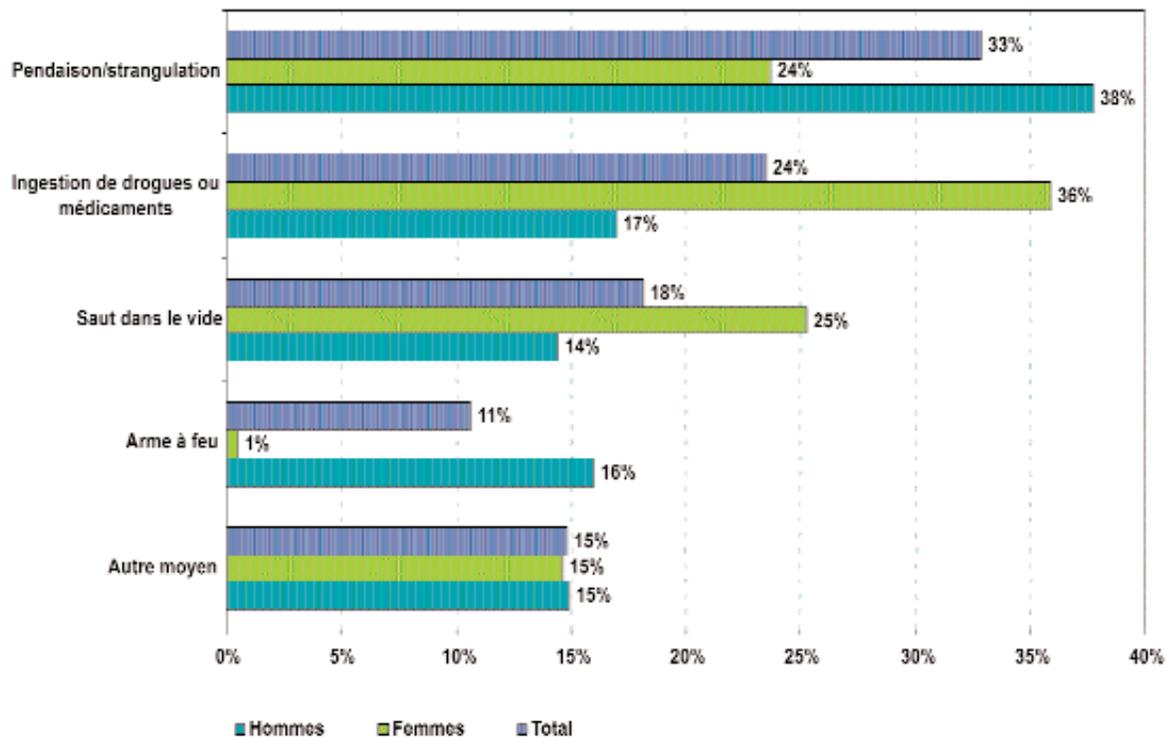
Pour les personnes âgées (75 ans et plus), la proportion de suicide parmi l'ensemble des décès n'est pas significativement plus élevée pour les personnes vivant seules (1,3 %) que pour celles vivant en famille (0,8 %). Par contre la proportion de suicide est significativement moindre parmi les personnes vivant en institution (0,4 %) (RR (institution versus famille) = 0,3 (0,2-0,6)). Ceci a également été constaté en Flandre (14). On ne peut cependant en déduire que les personnes vivant en institution ont une qualité de vie meilleure. Il est évident que ces personnes « bénéficient » d'un contrôle social plus important et sont le plus souvent moins autonomes que celles qui vivent seules ou en famille.

5_ Moyens utilisés

La pendaison ou strangulation est le moyen le plus souvent utilisé pour le suicide (un tiers des suicides). Ensuite, on trouve par ordre décroissant les suicides par ingestion de médicaments ou drogues, les sauts dans le vide et les suicides par arme à feu.

Ces proportions diffèrent selon le sexe. La différence la plus marquante porte sur les suicides par arme à feu qui ne se rencontrent pratiquement que chez les hommes. Pour la période allant de 1998 à 2000, on ne note qu'un suicide par arme à feu chez une femme. Les femmes choisissent le plus souvent d'ingérer des médicaments pour se suicider (36 % des suicides), les hommes utilisent la pendaison ou strangulation dans près de 40 % des cas.

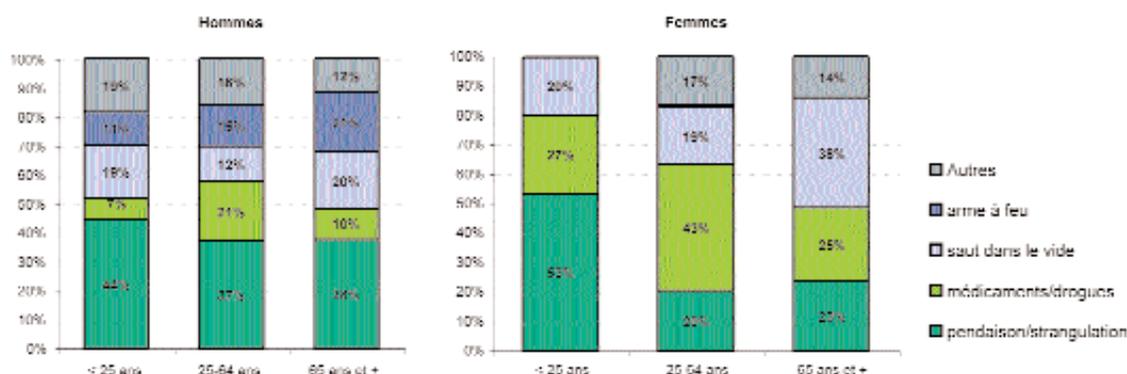
Figure 12 : Fréquence des moyens utilisés pour le suicide, Bruxelles 1998-2000



Les moyens utilisés pour le suicide diffèrent aussi selon l'âge. Chez les hommes, la pendaison est le moyen le plus souvent utilisé dans tous les groupes d'âge. La fréquence des suicides par arme à feu augmente avec l'âge. Les suicides par médicaments ou drogues sont plus fréquents chez les hommes d'âge moyen (figure 13).

Les mêmes tendances se retrouvent chez les femmes. Plus de la moitié des suicides avant 25 ans se font par pendaison ou strangulation. Dans la tranche d'âge 25-64 ans, le moyen le plus souvent utilisé est l'ingestion de médicaments (43 % des suicides). Au-delà de 65 ans, le moyen le plus utilisé est le saut dans le vide (37,5 % des suicides). (figure 13).

Figure 13 : Fréquence des moyens utilisés pour le suicide en fonction de l'âge, Bruxelles 1998-2000



Les moyens utilisés pour le suicide ne diffèrent pas significativement entre les personnes de nationalité belge et les autres.

On ne note pas d'évolution significative des moyens utilisés au cours de la période 1998-2000. Par contre, lorsque l'on compare ces données avec les données de mortalité de 1981 en Belgique, on note une très nette augmentation des suicides par saut dans le vide (qui représentaient moins de 5 % des suicides) et par ingestion de médicaments ou drogues (qui représentaient 13 % des suicides chez les hommes et 27 % chez les femmes) et une diminution des suicides par pendaison et par noyade. La proportion de suicide par arme à feu qui avait fortement augmenté au cours des années 70 (de 10 à 17 % des suicides chez les hommes) est restée stable (15).

6_ Analyse des causes associées

Pour la codification des causes de décès, l'OMS appelle cause associée les « autres états morbides importants ayant contribué au décès, mais sans rapport avec la maladie ou l'état morbide qui l'a provoqué » (2). Dans le cas des suicides, cette définition prête à confusion. En effet, on observe que la dépression représente 57 % des « causes associées » alors qu'elle est en rapport direct avec l'acte de suicide. De même l'intoxication aiguë par alcool ou médicaments psychotropes est probablement dans la majorité des cas un moyen facilitateur du passage à l'acte ou co-facteur du suicide (par exemple le mélange alcool / médicament sera codé le plus souvent par le médecin comme suicide au moyen de médicaments avec troubles mentaux liés à l'alcool comme cause associée). L'analyse des causes associées peut être intéressante si elle permet d'identifier des problèmes de santé qui sont associés avec le suicide.

Dans 27 % des décès par suicide, on retrouve une cause associée dans le certificat de décès¹⁴ (35,5 % pour les femmes et 24 % pour les hommes). On retrouve moins souvent une cause associée pour les plus jeunes (< 30 ans) et pour les hommes âgés.

14 Sur les bulletins statistiques de décès les médecins doivent indiquer d'une part la chaîne causale ayant entraîné le décès : cause initiale, cause(s) intermédiaire(s) et cause immédiate du décès et d'autre part les causes associées.

La proportion de certificats avec mention d'une cause associée est moindre pour les décès par suicide que pour les autres types de décès (27 % versus 45%). Ceci est lié entre autre à la proportion d'actes de décès remplis par des médecins impliqués dans le traitement du patient. Pour les décès par suicide, seuls 9 % des médecins qui ont signé l'acte de décès étaient impliqués dans le traitement du patient, cette proportion est de 58 % pour l'ensemble des décès. Cette faible proportion d'actes de décès signés par des médecins connaissant le patient ne permet pas vraiment d'analyser les causes associées au suicide de manière très approfondie.

Parmi les causes associées indiquées sur les certificats de décès par suicide, on note peu de différence entre hommes et femmes sinon une proportion plus élevée d'intoxication aiguë à l'alcool chez les hommes.

	Hommes N (% des causes associées)	Femmes N (% des causes associées)
Dépression	51 (57 %)	39 (58 %)
Alcoolisme	2 (2,2 %)	3 (4,5 %)
Toxicomanie (substances psychoactives)	2 (2,2 %)	1 (1,5 %)
Autres maladies	9 (10 %)	8 (12 %)
Intoxication aiguë à l'alcool	10 (11 %)	4 (6 %)
Intoxication aiguë aux substances psychotropes	4 (4,4 %)	3 (4,5 %)
Autres	12 (13,3 %)	9 (13,4 %)

Le type de cause associée varie en fonction de l'âge. Ainsi une maladie grave (cancer, maladie cardiaque, maladie dégénérative du système nerveux central, etc.) représente 30 % des causes associées chez les personnes de 70 ans et plus, 11 % entre 50 et 69 ans et 3 % entre 30 et 49 ans.

Inversement, une toxicomanie (alcoolisme ou toxicomanie liée à d'autres substances psychoactives) est mentionnée surtout pour les personnes entre 30 et 49 ans (11 % des causes associées).

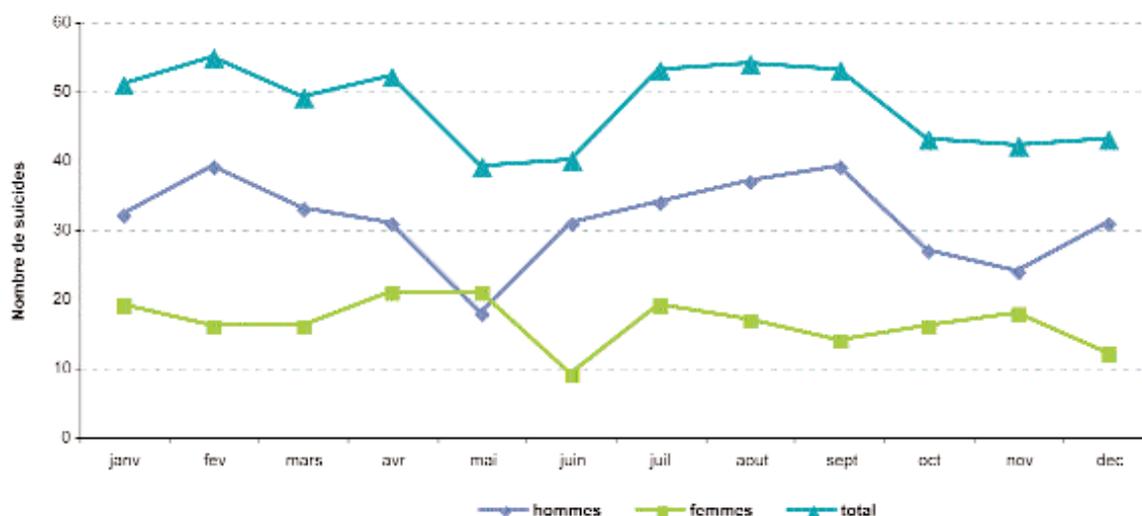
L'analyse des causes associées notifiées sur le bulletin statistique de décès sous-estime fortement les pathologies associées au suicide. Selon les études menées dans différents pays, on retrouve des troubles affectifs (dépression) dans 30 à 85 % des suicides et l'alcoolisme dans 15 à 56 % des suicides, ces deux facteurs étant souvent associés entre eux. La dépendance à d'autres substances est retrouvée dans 20 à 60 % des suicides et augmente ces dernières années, particulièrement chez les jeunes hommes (16;17).

7_ Répartition des suicides au cours de l'année

Des fluctuations saisonnières pour le suicide existent partout dans le monde. Elles s'expliquent probablement par des facteurs biologiques et sociologiques. Ces fluctuations ne sont cependant pas uniformes. Elles varient d'une région à l'autre et sont plus marquées dans les zones rurales. En Europe occidentale, on décrit en général une fréquence plus élevée au printemps et au début de l'été et une fréquence moindre en automne avec un minimum en décembre (18).

Au cours de la période 1998-2000, on observe à Bruxelles une fréquence plus élevée de suicides de janvier à avril et au cours des mois d'été. La fréquence est la plus faible en mai, juin et en automne. Ces tendances sont plus marquées pour les hommes.

Figure 14 : Evolution du nombre de suicides en fonction du mois



8_ Comparaison avec d'autres régions

Les taux de suicide varient fortement d'un pays à l'autre. Pour la période 1983-1993, le taux de suicide moyen en Europe était de 27,9/100 000 hommes et 8,9/100 000 femmes, avec des taux 22 fois plus élevés en Hongrie (taux le plus haut) qu'en Albanie (taux le plus bas).

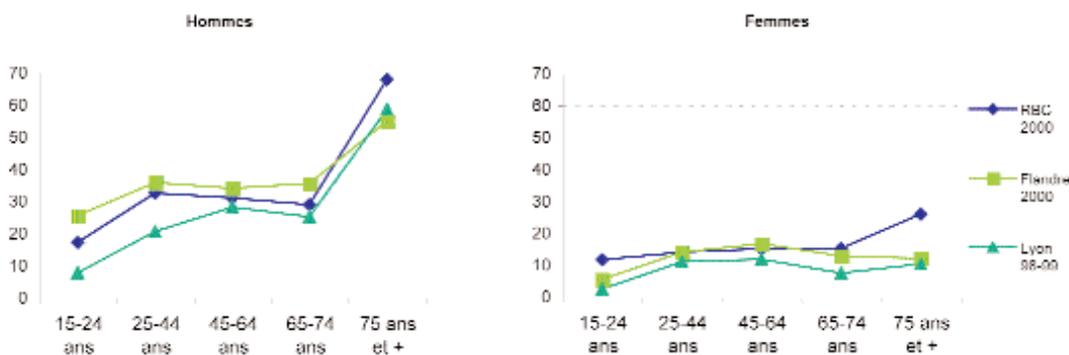
Une partie de ces différences s'explique par des différences au niveau de l'enregistrement et la certification des causes de décès. D'autres facteurs tels que les normes sociales, culturelles et religieuses en vigueur dans la société influencent également les taux de suicide rapportés. Il faut donc être particulièrement prudent lorsqu'on compare les taux de suicide entre régions et entre pays.

Les pratiques de certification et d'enregistrement des causes de décès sont identiques entre la Flandre et la Région de Bruxelles-Capitale. Ceci permet des comparaisons fiables. Pour l'année 2000, les taux de mortalité par suicide pour les hommes étaient de 26,1/100 000 en Région de Bruxelles-Capitale et 29,1/100 000 en Flandre. Pour les femmes, la Région de Bruxelles-Capitale a un taux de mortalité par suicide un peu plus élevé que la Flandre : 13,1 versus 11,1/100 000. Les taux de suicide en Flandre sont donc actuellement comparables aux taux bruxellois alors qu'auparavant ils étaient systématiquement inférieurs.

La comparaison des taux de mortalité par tranche d'âge (figure 15) montre que les taux de mortalité par suicide sont plus élevés à Bruxelles pour les personnes de plus de 75 ans tant pour les hommes que pour les femmes. Les différences observées pour les adolescentes doivent être interprétées avec précaution étant donné le petit nombre de décès observés dans cette tranche d'âge (19 suicides en Flandre, 7 à Bruxelles) (14).

Les pratiques d'enregistrement et de certification des décès sont également relativement proches entre la Belgique et la France. Les taux observés à Lyon (seule ville française pour laquelle nous avons pu obtenir des chiffres par tranches d'âge pour la même période) sont inférieurs aux taux bruxellois.

Figure 15 : Taux de mortalité par suicide en Région de Bruxelles-Capitale, en Flandre et à Lyon



Source : Flandre : Ministère de la Communauté flamande, Lyon : Observatoire régional de la santé Rhone-Alpes, RBC : Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles

En Europe, les taux de mortalité sont systématiquement plus élevés chez les hommes que chez les femmes. En général les pays européens du Nord et de l'Est ont un sex-ratio plus élevé que les pays du Sud et de l'Ouest (5).

Le rapport hommes/femmes mesuré à Bruxelles (2,3) est légèrement inférieur à la moyenne européenne (3,2).

En ce qui concerne les moyens utilisés, on observe à Bruxelles, et en Belgique en général, une proportion moindre de suicides par arme à feu qu'en France où ils représentent 30 % des suicides masculins et 9 % des suicides féminins (19).

Par rapport à la Flandre (données 1998), la proportion de suicide par arme à feu est similaire. On observe une proportion moindre de suicides par noyade (11% des suicides en Flandre, 3,5 % à Bruxelles) et par pendaison (52 % en Flandre, 33 % à Bruxelles) et une proportion plus importante de suicide par ingestion de substances médicamenteuses ou drogues (12 % en Flandre, 23,5 % à Bruxelles) ou par saut dans le vide (5 % en Flandre, 18 % à Bruxelles) (20).

2_Tentatives de suicide

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

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

L'expression « idéation suicidaire » renvoie à l'idée de mettre fin à ses jours, à un sentiment de lassitude à vivre, à la conviction que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue. L'intention de mourir n'est pas un critère obligatoire du comportement suicidaire non fatal (6).

Les tentatives de suicide sont un facteur de risque important pour un suicide ultérieur. Selon les résultats d'études longitudinales, 3 % des personnes ayant fait une tentative de suicide décèdent par suicide dans les 12 mois qui suivent. 40 % des personnes qui se suicident ont tenté au moins une fois de mettre fin à leurs jours précédemment (21;22) .

Les seules données dont nous disposons pour Bruxelles concernent les jeunes fréquentant l'enseignement secondaire. Lors d'une enquête menée en 1994, 8 % des jeunes déclaraient avoir tenté au moins une fois de se suicider, 2 % plusieurs fois. 34 % des jeunes de l'échantillon avaient déjà envisagé le suicide. Les filles étaient plus souvent préoccupées par le suicide que les garçons (23).

N'ayant aucune source d'information fiable concernant les tentatives de suicide à Bruxelles, nous présenterons ici quelques données provenant d'études menées en Flandre¹⁵ ou à l'étranger qui peuvent s'appliquer à la région bruxelloise.

Les difficultés à rassembler des données fiables sur le nombre de tentatives de suicide s'expliquent d'une part par la multiplicité des sources d'informations possibles (services d'urgences des hôpitaux, médecins généralistes, services de police ...) et d'autre part par le fait qu'une partie non négligeable des personnes qui tentent de mettre fin à leurs jours n'ont aucun contact avec le système de soins. Le réseau des médecins vigies rassemble les informations en provenance des généralistes. Ces données sous-estiment également le problème parce que les médecins généralistes ne sont pas toujours tenus au courant des tentatives de suicide de leurs patients et que les personnes qui n'ont pas de médecin traitant ne sont pas reprises dans l'enregistrement (24).

15 L'unité de recherche sur le suicide de l'Université de Gand développe des recherches sur la prévention du suicide basées sur les déterminants biologiques, psychologiques et sociaux des comportements suicidaires. Cette unité participe également à une étude multicentrique sous l'égide de l'OMS qui a pour objectif le monitoring épidémiologique des tentatives de suicide dans 16 pays européens et l'analyse de données qualitatives et quantitatives recueillies auprès de personnes ayant tenté de se suicider ([www.http://allserv.rug.ac.be/~cvheerin/](http://allserv.rug.ac.be/~cvheerin/))

Le réseau des médecins vigies ne peut malheureusement fournir aucune donnée fiable pour Bruxelles étant donné le petit nombre de médecins bruxellois qui y participent et la fréquence relativement faible des tentatives de suicide.

Selon des estimations réalisées pour la Flandre, il y a 14 tentatives de suicide pour un décès par suicide (1). Cette proportion diffère selon l'âge (100 à 200/1 chez les moins de 25 ans et 2 à 3/1 chez les plus de 65 ans) et le sexe (plus élevée chez les femmes que chez les hommes) (6). Pour Bruxelles on peut estimer de manière assez grossière le taux de tentative de suicide se situe entre 280 et 420/100 000, ce qui signifie qu'il y aurait entre 2700 et 4000 tentatives de suicide par an¹⁶.

Les taux de tentatives de suicide tendent à diminuer depuis les années 90 dans différents pays européens.

Le profil des personnes qui tentent de se suicider n'est pas superposable à celui des personnes qui décèdent suite à un suicide. Les tentatives de suicide sont plus fréquentes chez les jeunes que chez les personnes âgées. En général, les tentatives de suicide chez les personnes âgées sont plus graves tant médicalement que psychologiquement et la probabilité d'une issue fatale est beaucoup plus élevée (6). A l'inverse des taux de suicide, les taux de tentatives de suicide sont 2 à 3 fois plus élevés chez les femmes que chez les hommes, particulièrement chez les jeunes (6).

Les inégalités sociales sont plus marquées pour les tentatives de suicide que pour le suicide. Le risque d'attenter à ses jours est plus élevé chez les personnes en situation de précarité sociale et particulièrement chez les personnes sans emploi (6;25).

La dépendance à l'alcool ou aux drogues illicites est également un facteur de risque pour les tentatives de suicide. Le risque de tentative de suicide est multiplié par 27 chez les personnes alcooliques. La toxicomanie est également un facteur prédictif d'un suicide ultérieur chez les patients ayant tenté de se suicider (16;26).

Les tentatives de suicide sont 6 à 16 fois plus fréquentes chez les jeunes gays et lesbiennes que chez les jeunes hétérosexuels (27). Cette vulnérabilité accrue, même si elle est plus fréquente avant 20 ans, n'est pas l'apanage de la jeunesse. Elle ne concerne pas non plus l'ensemble des personnes homosexuelles. Le mal-être, la dépression et/ou les tentatives de suicide touchent plus souvent les jeunes homosexuels dont le niveau d'instruction et les revenus sont faibles, qui n'ont pas relation stable et/ou qui ont été confrontés au rejet familial ou à l'agressivité du fait de leur homosexualité (28).

Les moyens utilisés pour les tentatives de suicide sont surtout l'ingestion de médicaments ou d'autres substances (85 %). Le type de substances utilisées varie dans le temps et selon la volonté de mourir. Dans une étude menée en Angleterre, on a constaté une augmentation des tentatives de suicide par ingestion de paracétamol et d'anti-dépresseurs. En Belgique, selon le réseau de médecins vigies, les substances les plus utilisées sont les substances psychoactives et particulièrement les benzodiazépines (29;30). L'utilisation combinée de plusieurs substances, dont l'alcool, concerne près d'un cas sur deux.

¹⁶ En appliquant le rapport de 1 suicide pour 14 tentatives de suicide, on peut estimer à 2700 le nombre de tentatives à Bruxelles. Si on tient compte du rapport différent entre suicide et tentative de suicide selon l'âge (150 TS pour 1 suicide chez les moins de 25 ans, 14 TS pour 1 suicide chez les 25-64 ans et 2,5 TS pour 1 suicide chez les plus de 65 ans) et qu'on applique les taux de TS ainsi obtenus à la population au 1/1/2001, on peut estimer à 4012 le nombre de TS par an à Bruxelles.

3_Prévention du suicide : quelques pistes

3_1 Introduction

La prévention du suicide fait l'objet de nombreuses polémiques. La manière d'aborder cette question varie fortement selon les cultures et les disciplines (31-33). La vision des sociologues, des psychiatres ou des professionnels de santé publique diverge à propos de la nécessité de prévenir de manière spécifique le suicide ou sur les stratégies à mettre en place. A l'intérieur de chaque discipline, les débats sont également animés.

Ce débat est entretenu par la grande difficulté à évaluer de manière rigoureuse les stratégies de prévention. Les principales difficultés sont d'ordre méthodologique (de telles évaluations nécessitent des études longues, bien contrôlées et randomisées) mais elles sont aussi liées à l'extrême complexité du phénomène suicidaire dont les déterminants sont multidimensionnels (biologiques, psychologiques, sociaux, économiques et culturels) et les facteurs protecteurs mal connus. Des événements socio-économiques comme des guerres ou des fluctuations économiques importantes peuvent entraîner des fluctuations non négligeables des taux de suicide dont il faut tenir compte lorsqu'on évalue l'impact de stratégies préventives. Le fait qu'il n'existe pas réellement un continuum entre les comportements suicidaires non fatals et le suicide rend également l'évaluation des stratégies de prévention particulièrement ardue (34).

Si les points de vue des spécialistes sont relayés dans la littérature scientifique, on ne peut que regretter l'absence d'un débat public sur ces questions éminemment éthiques. En l'absence d'un tel débat, les choix éthiques et donc aussi les objectifs qui sous-tendent les politiques publiques actuellement menées dans ce domaine sont trop souvent inconscients voire incohérents (par exemple au travers des choix qui sont faits en matière de soutien et de financement des services).

Il ne nous appartient pas de prendre position dans ce débat. L'analyse des questions éthiques et philosophiques qui sous-tendent la décision de mener des politiques de prévention spécifiques du suicide et le choix des stratégies de prévention sortent également du cadre de ce dossier.

En étant bien conscient de l'aspect réducteur du contenu de ce chapitre, nous nous bornerons à présenter les différentes stratégies de prévention proposées dans le cadre des politiques de santé publique et à tenter de les replacer dans le contexte bruxellois.

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

Les sentiments des personnes qui attendent à leurs jours sont très souvent ambivalents et le désir de mort exprime de manière particulièrement drastique un désir de changement, de rupture avec la situation actuelle. Il s'agit aussi d'un acte impulsif. L'impulsion qui permet le passage à l'acte peut durer quelques minutes ou quelques heures (35). Il y a là aussi un espace possible pour la prévention.

L'attitude générale de la société face au suicide influence également le taux de suicide ou le seuil de passage à l'acte (5). C'est pourquoi une prise de conscience de cette attitude par l'ensemble des acteurs (médias, politiques, éducateurs, etc.) est indispensable pour mener des politiques de prévention cohérentes. L'OMS a d'ailleurs publié des recommandations pour que les médias soient partenaires de la prévention lorsqu'ils informent le public à propos de suicides¹⁷.

Il est important également de bien définir ce que l'on souhaite prévenir. Prévenir le suicide n'équivaut pas à prévenir les idées suicidaires, la dépression ou l'alcoolisme. Des interventions qui ont un impact positif en terme de prévention de ces problèmes peuvent n'avoir aucun impact en terme de réduction des suicides (31).

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

On peut aborder la prévention du suicide suivant plusieurs axes : d'une part selon la classification classique de prévention primaire, secondaire et tertiaire, et d'autre part selon le public concerné : l'approche universelle, qui concerne l'ensemble de la population, l'approche sélective qui concerne des sous-groupes particuliers et l'approche très ciblée orientée vers les personnes à haut risque (31;36).

Le lecteur trouvera avec les références une liste de sites Internet consacrés à la prévention du suicide (programmes nationaux, stratégies préventives, etc.).

3_2 La prévention primaire, approche universelle

La prévention primaire vise à éviter les problèmes de santé en agissant sur les facteurs qui déterminent ces problèmes. Dans le contexte du suicide, la prévention primaire peut porter sur les facteurs qui déterminent un risque accru de suicide et/ou sur les facteurs protecteurs.

La dépression et les toxicomanies sont fortement associés au risque de suicide. Des facteurs biologiques et génétiques et des pathologies psychiatriques comme la schizophrénie entraînent également des risques accrus de suicide. Les interventions orientées vers ces personnes à haut risque ont été classées dans la prévention secondaire.

¹⁷ "La prévention du suicide. Indications pour les professionnels des médias". Département de Santé mentale et Toxicomanie, Organisation Mondiale de la Santé, Genève 2002. Ce guide est disponible à l'Observatoire de la Santé et du Social.

Si de nombreuses études permettent d'identifier de mieux en mieux les facteurs associés à un risque accru, on connaît encore très peu les facteurs protecteurs. Parmi ceux-ci, on retrouve des facteurs familiaux (de bonnes relations familiales et un support solide de la part de la famille), des facteurs individuels (une bonne estime de soi, une confiance suffisante dans l'expérience et les solutions des autres, une facilité à communiquer et à rechercher aide et conseils auprès des autres), des facteurs sociaux (une bonne intégration sociale, la participation active à la vie sociale) et des facteurs culturels (l'adoption de valeurs et de traditions culturelles spécifiques, un sens à la vie).

Le suicide est le produit de plusieurs facteurs : le stress est un des 3 déterminants fondamentaux. Le stress peut engendrer une vulnérabilité à laquelle les individus peuvent répondre de manière adaptée ou non, par exemple par des comportements suicidaires. Les comportements suicidaires peuvent avoir des conséquences fatales ou non. La plupart des personnes stressées n'ont pas de comportements suicidaires et le plus souvent les comportements suicidaires n'ont pas d'issue fatale. Le suicide est donc le produit du stress, avec des difficultés à y répondre de manière adaptée et la létalité des comportements suicidaires. Les 3 sont nécessaires pour aboutir au suicide (31).

La prévention primaire pourra donc s'adresser aux facteurs de stress environnementaux ou psychologiques, à la manière dont les personnes peuvent faire face à ces facteurs de stress ou à la dangerosité des moyens accessibles pour mettre fin à ses jours.

De manière générale, la prévention primaire s'adressant à l'ensemble de la population, elle doit être sans risque, c'est-à-dire ne pas induire d'effets pervers préjudiciables pour la population, et abordable sur le plan économique.

Limitation des facteurs de stress

De nombreux événements ou conditions de vie peuvent générer un stress important qui peut augmenter sensiblement la vulnérabilité des personnes. De manière générale on ne peut guère intervenir pour éviter ces événements stressants comme la perte d'un proche, les ruptures sentimentales, etc.

Par contre des mesures de prévention peuvent être prises pour limiter le stress ou l'isolement sur les lieux de travail (lutte contre le harcèlement moral, amélioration des conditions de travail, etc.) ou dans les grands ensembles de logements.

De même l'amélioration des conditions de vie dans les prisons devrait être une priorité (voir prévention secondaire, stratégies orientées vers les groupes à haut risque).

Etant donné l'association qui existe entre le taux de non-emploi et le taux de suicide, certains ont préconisé une diminution du taux de chômage comme mesure de prévention du suicide (36). S'il est évident qu'une réduction de la proportion de personnes sans emploi améliorera le niveau de bien être de la population et la santé en général (et particulièrement à Bruxelles où le taux de chômage est élevé), il est fort probable que le rapport « coût/efficacité » de cette stratégie pour le problème précis du suicide sera beaucoup trop faible. La réduction du taux de chômage doit donc être un objectif général des politiques économiques et sociales mais ne peut pas être considéré en tant que tel comme une mesure de prévention du suicide.

Il en est de même pour les politiques socio-économiques visant à améliorer le bien-être général et la qualité de vie de la population. Leur pertinence dans le cadre spécifique de la prévention du suicide est purement spéculative¹⁸ (34).

Améliorer les capacités à faire face aux évènements stressants

- L'amélioration du support social¹⁹ est préconisée par l'OMS comme mesure de prévention du suicide. A Bruxelles, on note une proportion plus élevée de personnes avec un support social insatisfaisant que dans le reste du pays. Ainsi, 16 % de la population âgée de 15 ans et plus déclare ne pas pouvoir compter sur des voisins, de la famille ou des amis pour leur venir en aide en cas de besoin (37). Des mesures générales d'amélioration du lien social dans les quartiers commencent à se développer, certaines sont soutenues par les pouvoirs publics. L'impact de ces initiatives sur les comportements suicidaires est difficilement évaluable. Des mesures spécifiques, par exemple des services d'aide téléphoniques pour les personnes âgées ont montré leur efficacité (38).
- L'OMS préconise d'instaurer dans les écoles, en milieu de travail ou dans d'autres cadres communautaires des programmes éducatifs visant à renforcer les capacités à surmonter les difficultés et faire face au stress. Cette approche de promotion de la santé globale est appuyée par de nombreux intervenants en milieu scolaire (39-41). Vu les difficultés propres à l'évaluation de telles stratégies, il n'existe actuellement pas d'évidence que de tels programmes permettent réellement de réduire le nombre de suicide.

Réduire l'accessibilité des moyens létaux

Diverses études ont montré qu'une telle stratégie - par exemple en agissant sur la disponibilité de certains médicaments ou la toxicité des gaz d'échappements - pouvait diminuer le taux de suicide, malgré un léger glissement vers d'autres moyens de suicide. Ce type de stratégie a également ses détracteurs qui estiment que le risque de glissement vers des moyens plus létaux n'est pas exclu (par exemple en cas d'intervention visant à limiter l'accès à certains médicaments). Dans ce type de stratégie, il est bien entendu important de tenir compte du contexte culturel et environnemental qui joue un rôle important dans le choix des moyens utilisés.

Si une telle stratégie devait être développée pour Bruxelles, quels sont les moyens létaux sur lesquels on pourrait intervenir?

L'efficacité de l'intervention dépend d'une part de la proportion des suicides commis via ce moyen et les possibilités de réduire réellement les risques.

18 On a observé par exemple que des évènements comme les guerres, à priori préjudiciables pour la qualité de vie et la santé en général, s'accompagnent d'une diminution importante des taux de suicide.

19 On entend par support social " la disponibilité de personnes en qui l'individu a confiance et sur lesquelles il peut compter, et qui lui font sentir qu'il est apprécié et valorisé comme personne " (Mcdowell 1996)

Le tableau ci-dessous donne le nombre et le pourcentage de suicides selon le moyen utilisé et la distribution par groupes d'âge pour chaque moyen, pour les années 1998 à 2000.

Moyens utilisés	Nombre de suicide (%)	Distribution par groupe d'âge		
		< 25 ans	25-64 ans	>= 65 ans
Pendaison, strangulation	189 (32,9 %)	10,6 %	62,4 %	27,0 %
Saut dans le vide	104 (18,1 %)	7,7 %	51,0 %	41,3 %
Autres médicaments	80 (13,9 %)	5,1 %	74,4 %	20,5 %
Arme à feu	61 (10,6 %)	5,0 %	62,3 %	33,0 %
<i>Armes de poing</i>	12 (2,1 %)			
<i>Fusil ou carabine</i>	9 (1,6 %)			
<i>Arme autre ou non spécifiée</i>	40 (6,9 %)			
Médicaments sédatifs, hypnotiques, anti-épileptiques, antiparkinsonniens	47 (8,2 %)	2,1 %	76,6 %	21,3 %
Noyade et submersion	20 (3,5 %)	-	70,0 %	30,0 %
Passage sous un objet en mouvement	18 (3,1 %)	16,7 %	83,3 %	-
Feu, fumée	8 (1,4 %)	12,5 %	87,5 %	-
Narcotiques, hallucinogènes	8 (1,4 %)	12,5 %	87,5 %	-
Gaz	6 (1,1 %)	-	100,0 %	-
Produits chimiques	3 (0,5 %)	-	66,7 %	33,3 %
Pesticides	2 (0,4 %)	-	-	100,0 %
Objet tranchant	2 (0,4 %)	-	50,0 %	50,0 %
Collision avec véhicule à moteur	1 (0,2 %)	-	100,0 %	-

La pendaison est le moyen le plus souvent utilisé. Les moyens d'intervention sont très limités puisque plus de 77 % de ces suicides par pendaison se déroulent à domicile. On note cependant 6 suicides par pendaison en prison, là où des mesures préventives pourraient éventuellement être prises.

Le saut dans le vide vient en seconde position. 53 % de ces suicides se passent à domicile. On n'a pas beaucoup d'information sur les caractéristiques précises des lieux. Certains de ces suicides pourraient peut-être être évités par des mesures de protection au niveau des hauts immeubles. Un inventaire des lieux où se produisent ces suicides pourrait être réalisé à Bruxelles et des mesures de protections envisagées quand c'est possible.

Les intoxications par médicaments non psychotropes représentent 14 % des suicides et concernent surtout des personnes d'âge moyen. Nous ne disposons pas d'informations précises sur le type de médicament utilisé mais la gamme peut être fort large. Des actions préventives portant sur la disponibilité de grandes doses de médicaments potentiellement létaux pourraient éventuellement être menées via les médecins de famille. L'exemple de l'impact de la limitation des quantités de paracétamol sur les taux de suicide permet d'entrevoir des pistes à ce niveau.

Les mesures préconisées par l'OMS sont le suivi strict des ordonnances, la réduction des quantités pouvant être prescrites, l'emballage en plaquettes cloquées, la prescription éventuelle sous forme de suppositoire (6).

L'intoxication par des médicaments psychotropes représente 8 % des suicides. Ces médicaments sont très largement utilisés par la population. Lors de la dernière enquête de santé en 2001, 15 % de la population bruxelloise disait avoir consommé un médicament psychotrope au cours des 2 dernières semaines et on note une tendance à la hausse entre 1997 et 2001 (42). Une limitation de la prescription de ces médicaments pourrait participer à la prévention des suicides, particulièrement chez les personnes d'âge moyen. Des données plus précises sur les molécules exactes qui sont utilisées permettraient peut-être de mieux suivre l'évolution des suicides en fonction des taux de prescription et l'impact des mesures qui pourraient être prises.

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

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

Les mesures de prévention existant déjà pour les suicides provoqués par les gaz (diminution des taux de CO dans les gaz d'échappement et de ville) expliquent la très nette diminution des suicides de ce type.

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

Sensibiliser et informer le grand public

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

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

3_3 La prévention secondaire, approche sélective

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

Le problème est que la prédiction du suicide est quasiment impossible²⁰. Les facteurs qui sont significativement associés au suicide sont largement répandus dans la population (idées suicidaires, dépression, alcoolisme ou toxicomanie, etc.) et les suicides sont (heureusement) des événements rares, ce qui explique que les facteurs prédictifs identifient peu de suicides et beaucoup de non-suicides (32). Cela signifie qu'il faut identifier et puis intervenir sur beaucoup de personnes dont très peu se suicideront.

L'efficacité de la prévention secondaire est aussi très liée à l'efficacité de la prise en charge des personnes « dépistées ». L'évaluation des stratégies de prévention secondaire est difficile parce qu'elle nécessite un long temps de suivi et un nombre considérable de sujets.

Il semble cependant que lorsque les troubles de l'humeur, la dépendance à l'alcool et les toxicomanies en général, les troubles psychiatriques comme la schizophrénie sont diagnostiqués plus précocement et pris en charge efficacement, on peut réellement réduire les taux de suicide parmi ces personnes à risque (6).

L'attitude générale de la société par rapport à la santé mentale joue aussi un rôle important et les actions visant à diminuer la stigmatisation et les tabous participent à la prévention parce qu'ils rendent plus aisée une demande d'aide ou de soutien.

Voici quelques exemples de stratégies de prévention secondaire:

- **L'amélioration de la formation des médecins généralistes**²¹. On constate qu'une proportion non négligeable des personnes qui se suicident (50 % dans certaines études) ont eu un contact avec un médecin généraliste dans le mois qui précède le décès. Si celui-ci dispose de plus de connaissances et d'outils pour identifier ces patients, les soutenir ou les orienter vers les services adéquats, on peut espérer réduire le nombre de passage à l'acte. L'efficacité de ce type d'intervention est controversée (32;36). Il est indispensable que cette formation s'accompagne d'une mise en réseau efficace de la première ligne de soins avec les services de santé mentale. Une journée consacrée à la problématique de la souffrance du lien social et la médecine générale, organisée à Bruxelles en 2001 a bien mis en évidence la spécificité de l'approche de la médecine générale en santé mentale et la complexité de cette mise en réseau²².

- **Les programmes de sensibilisation et de formation du personnel éducatif et de santé scolaire**²³ visant à mieux repérer les adolescents qui risquent de se suicider et les diriger vers les services de santé mentale compétents.

20 Dans une étude menée aux Etats-Unis, on a tenté de prédire le suicide dans un groupe de 1906 personnes hospitalisées souffrant de troubles affectifs en tenant compte de facteurs comme les antécédents de tentatives de suicide, les idées suicidaires, la dépression, les antécédents familiaux, etc. Cela n'a permis d'identifier aucune des 46 personnes qui se sont suicidées par la suite (Goldstein 1991).

21 L'OMS a rédigé un guide pour les intervenants de première ligne. "La prévention du suicide, indications pour les médecins généralistes". OMS, Genève 2001 et "La prévention du suicide, indications pour les professions de santé primaire". OMS, Genève 2002. Ces guides sont disponibles sur demande à l'Observatoire de la Santé et du Social.

22 "Souffrance du lien social. Généraliste et santé mentale". Journée de réflexion organisée par le Centre de Sociologie de la Santé, ULB et le Centre de diffusion de la culture sanitaire, Bruxelles le 21 septembre 2001.

23 L'OMS a rédigé un guide pour le milieu scolaire. "La prévention du suicide, indications pour le personnel enseignant et le milieu scolaire". OMS, Genève 2002. Ce guide est disponible sur demande à l'Observatoire de la Santé et du Social.

L'évaluation de tels programmes largement utilisés dans les écoles aux Etats-Unis, ne montre pas d'impact sur les taux de suicide et même dans certains cas des effets pervers liés à une moindre réorientation des élèves vers les services spécialisés (6;31;43). Comme pour les praticiens de première ligne, ce type de stratégie préventive nécessite une mise en réseau efficace des services médicaux scolaires avec les services de santé mentale. Les mêmes considérations pourraient être faites pour les services de médecine du travail.

- Une sensibilisation et une formation du personnel non médical : travailleurs sociaux, éducateurs, aide-familiales, personnel des maisons de repos, écoutant des services d'aide par téléphone, gardiens de prisons, policiers, etc. L'impact de telles interventions dépendra bien entendu également de la possibilité pour ces personnes d'orienter efficacement les personnes qui manifestent des risques suicidaires vers les professionnels compétents.

- Améliorer la collaboration entre services de santé mentale et les services sociaux et médicaux de première ligne. L'augmentation de l'offre en soins de santé mentale ne permet pas de réduire les taux de suicide (36). Il vaut mieux développer les connaissances et les outils du personnel existant (31). Par contre, une meilleure intégration des services de santé mentale dans l'ensemble des services sociaux et de santé permettrait qu'ils participent plus efficacement à la prévention du suicide. Cela signifie qu'il faudrait renforcer les liens entre d'une part la médecine générale, les services d'urgence des hôpitaux, les services préventifs et les services sociaux et d'autre part les services de santé mentale pour que les personnes à haut risque identifiées par les premiers puissent être prises en charge par ces services spécialisés.

- Les centres de prévention du suicide sont conçus pour servir de centre de crise où l'on offre une aide immédiate par téléphone. A Bruxelles, il existe deux centres de prévention du suicide qui assurent une aide téléphonique pour les personnes en crise suicidaire ou les proches. Cette écoute est assurée par des bénévoles formés et encadrés. Ces deux centres assument aussi des missions d'information et de sensibilisation du grand public et de formation de personnes relais dans les écoles, les entreprises, les services publics, etc. Ces centres assurent également un rôle de rassemblement des connaissances en matière de prévention du suicide. L'intégration de missions complémentaires comme l'écoute téléphonique, la sensibilisation et l'information du grand public et la formation est un facteur de cohérence des stratégies de prévention. Actuellement, ces centres ne semblent pas suffisamment soutenus pour pouvoir assurer au mieux ces missions complémentaires.

Les interventions orientées vers les groupes de personnes présentant des risques accrus de suicide²⁴ peuvent également être classées parmi les stratégies de prévention secondaire. Ces personnes devraient faire l'objet d'un soutien particulier tant par des professionnels de la santé que par des associations formelles ou informelles (par exemple des groupes d'entraide) qui devraient être encouragées :

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

La dépression est trop souvent méconnue, en particulier chez les adolescents et les personnes âgées. Mieux identifier les personnes qui souffrent de dépression au niveau des services de première ligne (médecine générale, services d'urgence) et développer le réseau de prise en charge (collaboration entre la médecine générale, les services de santé mentale, les groupes d'entraide) devrait permettre de réduire le risque de suicide.

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

Le risque de suicide étant considérablement augmenté chez les personnes toxicomanes (alcool ou autre) présentant des désordres affectifs, ces personnes devraient être particulièrement entourées : traitement efficace de la dépression, soutien lors des ruptures affectives (fréquentes au cours de la toxicomanie) (16). Un soutien des familles est également nécessaire.

- Développer une politique globale de prévention dans les prisons.

Les risques élevés de suicide en prison, qui ne font que s'accroître ces dernières années, font de la prévention en milieu carcéral une priorité. Il est indispensable de mener une réflexion globale portant à la fois sur les conditions de vie (surpopulation), les liens avec la famille, l'accompagnement spécifique de personnes toxicomanes, l'accès aux soins, etc. Certains pays comme la France, l'Angleterre ou les Etats-Unis ont clairement défini des objectifs de réduction des suicides en prison (44-46). L'OMS a rédigé un guide pour le personnel pénitentiaire²⁵.

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

- De manière générale, **l'accès à une écoute bienveillante pour tous devrait être favorisé.** Ceci est particulièrement important pour les personnes qui sont fragilisées par une séparation ou un deuil, par des traumatismes divers (abus sexuels, maltraitance) ou pour les jeunes gays ou lesbiennes les plus fragilisés psychologiquement; ces personnes devraient avoir accès à une écoute attentive et à un accompagnement par des pairs ou par des professionnels.

24 Au vu des chiffres cités plus haut, l'identification de personnes "à risque" sur base de l'âge, et en particulier cibler les jeunes comme public à risque, ne semble pas pertinent. Les groupes identifiés comme à plus haut risque comprennent des personnes de tout âge, même si les prisonniers sont surtout des hommes jeunes et les personnes veuves ou souffrant de maladies graves surtout des personnes âgées.

25 "La prévention du suicide. Indications pour le personnel pénitentiaire" – Département de Santé Mentale et Toxicomanies, Organisation Mondiale de la Santé, Genève 2002. Ce guide est disponible à l'Observatoire de la Santé et du Social

- **Améliorer l'aide et le soutien aux personnes malades ou handicapées par le développement des soins à domicile, des soins palliatifs et de l'accompagnement de la fin de vie.** En effet, une partie des suicides des personnes âgées est liée à des problèmes de santé graves (cancers) ou chroniques (comme les déficiences visuelles), particulièrement chez les hommes (47).

3_4 La prévention tertiaire, approche ciblée

La prévention tertiaire porte sur la prise en charge des personnes qui ont tenté de se suicider, elle concerne beaucoup moins de personnes (très ciblée) et intervient tardivement (31). Les traitements psychiatriques médicamenteux ou psychothérapeutiques sortent du cadre de ce dossier.

- **Améliorer la prise en charge des personnes après une tentative de suicide.** Les services d'urgence des hôpitaux sont particulièrement concernés puisqu'une partie non négligeable des patients qui font une tentative de suicide se présentent dans ces services. La possibilité de faire systématiquement appel à un professionnel de santé mentale dans les services de garde des hôpitaux bruxellois pour amorcer la prise en charge devrait être évaluée. Des collaborations entre services d'urgence des hôpitaux et centres de prévention du suicide pourraient également se développer, entre autre pour améliorer l'écoute et l'orientation éventuelle après la crise suicidaire. Le Centre de Prévention du Suicide francophone assure également l'accompagnement des personnes suicidaires en vue d'assurer le relais vers un traitement et/ou une thérapie à long terme. Le médecin généraliste peut également jouer un rôle important, en particulier pour l'écoute et l'accompagnement après des tentatives de suicide peu graves sur le plan physique. Ces tentatives sont souvent banalisées parce qu'elles ne nécessitent aucune intervention médicale mais elles présentent cependant un risque de récurrence et elles sont une opportunité pour identifier des problèmes comme une dépression, une dépendance à l'alcool ou à d'autres substances, des troubles psychiatriques sous-jacents etc.

- **Une attention particulière devrait être apportée aux tentatives de suicide avec consommation d'alcool et la prise d'alcool ne devrait pas empêcher la recherche d'une dépression.** Il en va de même pour les tentatives de suicide qui s'accompagnent d'une prise de drogue illicite. On a montré que les patients qui ont tenté de se suicider et qui se présentent aux services d'urgences avec un taux d'alcool élevé sont moins souvent pris en charge que ceux qui n'ont pas pris d'alcool. Le diagnostic de dépression est moins souvent posé. La prise d'alcool lors d'une tentative de suicide peut être un signe de dépendance à l'alcool et la tentative de suicide peut être une occasion de la mettre en évidence et d'en parler. En effet, la co-morbidité toxicomanie/troubles affectifs est particulièrement létale et la dépendance à l'alcool ou d'autres drogues est un facteur prédictif d'un suicide ultérieur chez les patients ayant tenté de se suicider (16;26).

- **Soutenir les parents et les proches après un suicide.** Dans une étude menée en 2001 par le *Centrum ter Preventie van Zelfmoord*, les proches de personnes suicidées ont été interrogés à propos de l'aide qu'ils ont reçue et celle qu'ils auraient souhaité recevoir à court et moyen terme (48). Parmi ces aides, les groupes d'entraide jouent un rôle important et devraient être soutenus. A Bruxelles, plusieurs associations ont mis en place de tels groupes tant en français qu'en néerlandais (voir coordonnées en annexe). Les personnes endeuillées souhaiteraient également recevoir plus de soutien de la part du médecin traitant et du professionnel qui a soigné la personne décédée. Les professionnels de santé se disent mal préparés pour accompagner les personnes qui viennent de perdre un proche par suicide et des efforts en terme de formation sont donc nécessaires.

4_Conclusions

L'Organisation Mondiale de la Santé a fait de la diminution du nombre de suicides et de tentatives de suicide un objectif prioritaire pour les politiques de santé.

Cependant, par sa nature et les liens étroits qu'il entretient avec les questions existentielles et éthiques, le phénomène du suicide ne peut être appréhendé selon un schéma simpliste qui se bornerait à évaluer quantitativement le phénomène, à identifier les "facteurs de risque" et à proposer des interventions préventives qui visent à agir sur ces facteurs ou à identifier les personnes "à risque" afin de les "soigner" précocement.

« Le suicide et les tentatives de suicide sont des phénomènes complexes qui découlent, de manière très individuelle, de l'interaction de facteurs biologiques, psychologiques, psychiatriques et sociaux.» (6).

Cette complexité implique que les approches préventives doivent être multiples et concerner différentes dimensions. L'approche multidisciplinaire est indispensable et pourtant rarement rencontrée.

Pour mener des politiques efficaces, il est indispensable que des objectifs clairs soient formulés. La définition de ces objectifs devrait faire l'objet d'un large débat où les questions éthiques et de choix des priorités de santé publique ne pourront être écartées. Les objectifs ainsi définis devraient pouvoir faire l'objet d'évaluations, elles aussi multidisciplinaires.

La question du suicide concerne le tissu social dans son ensemble. Il apparaît donc indispensable que cette question puisse être débattue avec les citoyens, les décideurs, les professionnels et les bénévoles qui interviennent actuellement pour prévenir le suicide ou accompagnent les personnes suicidaires ou leur entourage. L'objectif de ce dossier est d'apporter quelques éléments pour alimenter ce débat en Région de Bruxelles-Capitale.

La lutte contre le suicide doit s'inscrire dans un cadre de collaboration intersectorielle et elle ne peut donc pas être confiée au seul secteur de la santé mentale.

Tous les projets et services centrés sur l'écoute, les services de soins et d'aide à domicile, les médecins généralistes, les groupes d'entraide, les services préventifs en milieu scolaire ou au travail, les services d'urgence des hôpitaux, les services de santé mentale, les services de police, etc. sont autant de partenaires indispensables pour mener des politiques cohérentes.

La complexité institutionnelle de la région rend ce défi d'autant plus grand qu'il faut également l'inscrire dans une collaboration entre les différents niveaux de compétences (communautaires, régionaux, fédéral).

En guise de recommandations, il nous semble prioritaire :

- d'ouvrir un large débat donnant la parole aux personnes directement concernées, aux intervenants de différents secteurs et différentes disciplines, à la population générale et aux responsables politiques. De cet échange devraient pouvoir émerger des objectifs et des stratégies cohérentes en terme de prévention pour la Région de Bruxelles-Capitale
- de renforcer la mise en réseau des différents intervenants
- de développer avec les acteurs concernés une réflexion globale autour de problématiques trop souvent négligées et dont l'impact sur le suicide est évident: l'alcoolisme, la santé en prison et l'accessibilité à des soins de qualité pour les personnes qui souffrent de maladies mentales.

5_Références

- (1) Moens G., Capet F., Aelvoet W., Van Oyen H., Drieskens S., Van Casteren V. De recente evolutie van suïcidaal gedrag in Vlaanderen. Tijdschrift voor Geneeskunde 55[2], 96-103. 1999.
- (2) Organisation Mondiale de la Santé. Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes. Dixième révision. Volume 1. Genève: Organisation Mondiale de la Santé, 1993.
- (3) Jougla E., Péquignot F., Chappert J-L., Rossollin F., Le Toullec A., Pavillon G. La qualité des données de mortalité sur le suicide. Revue d'épidémiologie et de santé publique 50, 49-62. 2002.
- (4) World Health Organisation. Prevention and special programmes / Suicide rates. http://www.who.int/mental_health, 2003.
- (5) Schmidtke A. Perspective: suicide in Europe. Suicide and Life Threatening Behaviour 27[1], 127-137. 1997.
- (6) Krug E.G., Dahlberg L.L., Mercy J.A., Zwi A., Lozano-Ascencio R. Rapport mondial sur la violence et la santé. Organisation mondiale de la Santé, Genève, 2002.
- (7) McLoone P., Boddy F.A. Deprivation and Mortality in Scotland, 1981 and 1991. British Medical Journal 309, 1465-1479. 1994.
- (8) Hawton K, Harriss L, Hodder K, Simkin S, Gunnell D. The influence of the economic and social environment on deliberate self-harm and suicide: an ecological and person-based study. Psychol.Med 31[5], 827-836. 2001.
- (9) Hawton K, Arensman E., Wasserman D., Hulten A., Bille-Brahe U., Bjerke T. et al. Relation between attempted suicide and suicide rates among young people in Europe. Journal of Epidemiol Community Health [52], 191-194. 1998.
- (10) Kposowa AJ. Unemployment and suicide: a cohort analysis of social factors predicting suicide in the US National Longitudinal Mortality Study. Psychol.Med 31, 127-138. 2001.

- (11) Weyerer S, Wiedenmann A. Economic factors and the rates of suicide in Germany between 1881 and 1989. *Psychol.Rep.* 76[3 Pt 2], 1331-1341. 1995.
- (12) Lewis G., Sloggett A. Suicide, deprivation and unemployment: record linkage study. *British Medical Journal* 317[7168], 1283-1286. 1998.
- (13) Whitley E, Gunnell D, Dorling D., Smith GD. Ecological study of social fragmentation, poverty, and suicide. *British Medical Journal* 319, 1034-1037. 2003.
- (14) Cloots H., Hooft P., Smets H. *Gezondheidsindicatoren 2000*. Vlaamse Gemeenschap, Administratie gezondheidszorg. 2002.
- (15) Moens GF, Loysch MJ, Honggokoesoemo S, van de Voorde H. Recent trends in methods of suicide. *Acta Psychiatr Scand* 79[3], 207-215. 1989.
- (16) Murphy G.E. Psychiatric aspects of suicidal behaviour: Substance abuse. In: Hawton K, van Heeringen C. *International handbook of suicide and attempted suicide*. 2003.
- (17) Ramstedt M. Alcohol and suicide in 14 european countries. *Addiction* 96[suppl 1], S59-S75. 2001.
- (18) Ajdacic-gross V., Wang J., Bopp M., Eich D., Rössler W., Guttwiller F. Are seasonalities in suicide dependant on suicide methods? A reappraisal. *Soc Sci Med* 57[7], 1173-1181. 2003.
- (19) Badeyan G., Parayre C., Mouquet M.C., Tellier S., Dragos S., Ellenberg E. Suicides et tentatives de suicide en France: une tentative de cadrage statistique. *Drees Etudes et Résultats* 109, 1-8. 2002.
- (20) Aelvoet W., Cloots H., Fortuin M., Hooft P., Vanoverloop J. *Gezondheidsindicatoren 1998*. Vlaamse Gemeenschap, Administratie gezondheidszorg, 2000.
- (21) van Heeringen C. Zelfmoord: concept en aanpak. *Neuron* 2[8], 263-267. 1997.
- (22) van Heeringen K. Epidemiological aspects of attempted suicide-a case-control study in Gent, Belgium. *Crisis* 15[3], 116-122. 1994.
- (23) De Clercq M. Enquête de santé mentale des jeunes de l' enseignement secondaire en Région de Bruxelles-Capitale. 1996.
- (24) Bossuyt N. Incidentie van suicide en suïcidepogingen 2000-2001. *Senti-Bull* 1. 2003.
- (25) van Heeringen C., Jannes C. The association between employment status and attempted suicide : a case-control study in Gent. *Archives of Public Health* [51], 303-316. 1993.
- (26) Suokas J, Lonnqvist J. Suicide attempts in which alcohol is involved: a special group in general hospital emergency rooms. *Acta Psychiatr Scand* 91, 36-40. 2003.
- (27) Dorais M. Les jeunes gays et le suicide. in *Vulnérabilité des jeunes gays et lesbiennes et risque de suicide. Etat de la question et piste de prévention- Synthèse de la journée d'étude organisée le 17 juillet 2001*.
- (28) Adam P. Dépression, tentative de suicide et prise de risque parmi les lecteurs de la presse gay française. in *Vulnérabilité des jeunes gays et lesbiennes et risque de suicide. Etat de la question et piste de prévention- Synthèse de la journée d'étude organisée le 17 juillet 2001*.
- (29) Van Casteren V., Vander Veken J., Tafforeau J., Van Oyen H. Zelfmoord en zelfmoordpogingen in België, 1990-1991. *Huisarts Nu*, mei 1993.

- (30) Van Casteren V. Surveillance van zelfmoord en zelfmoordpogingen door een netwerk van huisartsenpeilpraktijken in België. Vergelijking van de periode 1993-1995 met 1990-1992. Tijdschrift voor Geneeskunde 55[2], 83-87. 1999.
- (31) Cantor C.H., Baume P.J.M. Suicide prevention: a public health approach. Australian and New Zealand Journal of Mental Health Nursing [8], 45-50. 1999.
- (32) Wilkinson G. Controversies in management : better treatment of mental illness is more appropriate aim. British Medical Journal 309, 860-861. 1994.
- (33) Warsop A. Preventing suicide (letter). British Medical Journal 309, 1304. 1994.
- (34) De Leo D. Why are we not getting any closer to preventing suicide? Br J Psychiatry 181, 372-374. 2002.
- (35) World Health Organisation. Multisite intervention study on suicidal behaviours - SUPRE-MISS. 2002.
- (36) Lewis G, Hawton K, Jones P. Strategies for preventing suicide. Br J Psychiatry 171, 351-354. 1997.
- (37) Buziarsist J., Demarest S., Gisle L., Tafforeau J., Van der Heyden J., Van Oyen H. Enquête de santé par interview - Belgique 2001. Livre 6 Santé et société. Institut Scientifique de la Santé Publique, 2002.
- (38) De Leo D, Carollo G, Dello BM. Lower suicide rates associated with a Tele-Help/Tele-Check service for the elderly at home. Am J Psychiatry 152[4], 632-634. 1995.
- (39) Leva C., Schul V., Coupienne V. La prévention du suicide en milieu scolaire. Réflexions et perspectives d'actions. Education Santé [181], 2-4. 2003.
- (40) Cherbonnier A. Les tentatives de suicide à l'adolescence. Pistes pour la prévention. Bruxelles Santé [spécial], 81-85. 2001.
- (41) Cherbonnier A., Kinna F. Suicides et tentatives de suicide à l'adolescence. Bruxelles Santé [29], 10-17. 2003.
- (42) Buziarsist J., Demarest S., Gisle L., Tafforeau J., Van der Heyden J., Van Oyen H. Enquête de santé par interview - Belgique 2001. Livre 2 Etat de santé. Institut Scientifique de la Santé Publique, 2002.
- (43) Lester D. The effectiveness of suicide prevention centers: a review. Suicide Life Threat Behav 27[3], 304-310. 1997.
- (44) Department of Health. National suicide prevention strategy for England. 2002.
- (45) National Strategy for Suicide Prevention. National strategy for suicide prevention indicators. <http://www.nsspi.org>, 2003.
- (46) Direction Générale de la Santé. Suicide. <http://www.sante.gouv.fr> 2003.
- (47) Waern M., Rubenowitz E., Runeson B., Skoog I., Wilhelmson K., Allebeck P. Burden of illness and suicide in elderly people: case-control study. British Medical Journal 324, 1355-1358. 2002.
- (48) Andriessen K., Delhaise T., Forceville G. De quelles(s) aide(s) / assistance(s) les proches d'une personne suicidée ont-ils besoin? Une recherche exploratoire. Centrum ter Preventie van Zelfmoord, 2001.

Voici aussi quelques sites abordant la prévention du suicide, en particulier les programmes nationaux ou régionaux de prévention

- <http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/losp/63suicide.pdf> (France)
- <http://www.doh.gov.uk/mentalhealth> (Angleterre)
- <http://www.mss.gouv.qc.ca> (Québec)
- <http://www.helsetilsynet.no/trykksak/ik-2539/selmeng.htm>
ou www.med.uio.no/ipsy/ssff/engelsk/menuprevention/Mehlum.htm (Norvège)
- <http://www.health.gov.au/nyps/index.htm> (Australie)
- http://www.who.int/mental_health
- <http://www.gezondheidsconferentie.be>
- <http://www.siec.ca>
- <http://allserv.rug.ac.be/~cvheerin/current.htm>
- <http://www.mentalhealth.org/suicideprevention/fivews.asp>
- <http://www.med.uio.no/iasp>
- <http://www.nsspi.org/review.asp>
- <http://cebmh.warne.ox.ac.uk/csr/links.html>

Adresses et références utiles

Les informations sur les associations concernent uniquement les activités en lien avec le thème du suicide.

PREVENTION GENERALE

CENTRE DE PREVENTION DU SUICIDE

Place du Châtelain 46, 1050 Bruxelles

Tel : 0800/32. 123 (24h/24) - 02/640.51.56 (secrétariat)

Fax : 02/640.65.92

E-mail: cps@preventionsuicide.be

Site : <http://www.preventionsuicide.be/>

- Accueil téléphonique pour les personnes suicidaires et l'entourage.
- Prise en charge des suicidants en vue d'assurer le relais vers un traitement et/ou une thérapie à long terme.
- Projets de prévention et de promotion de la santé.
- Bibliothèque.

TELE-ACCUEIL BRUXELLES

BP 12 - 1000 Bruxelles

Tél : 107 (24h/24) - 02/538 49 21 (secrétariat)

Fax : 02/537 41 85

E-mail : teleaccueil.brussels@skynet.be

Site : www.tele-accueil.be

Ecoute téléphonique ouverte à toute personne qui vit une situation de crise ou une difficulté sur le plan moral, social ou psychologique.

LIGUE BELGE DE LA DÉPRESSION

Rue de la Vinaudrée 30, 1370 Jodoigne

Tel : 070/23.33.24

Fax : 010/81.31.88

E-mail : lig.depr@yucom.be

Site : <http://www.ligue-depression.org>

La Ligue est un lieu d'échange et d'information permanent sur la dépression; elle s'adresse à toute personne, dépressive ou non, vivant ou non dans l'entourage d'une personne dépressive.

Permanences : vendredi et lundi de 10h à 13h30.

SOS SOLITUDE

C/o Espace social Télé-Service

Boulevard de l'Abattoir 27-28, 1000 Bruxelles

Tel : 02/ 548.98.08

Fax : 02/502.49.39

E-mail : espacesocial@tele-service.be

Site : www.guidesocial.com/tele-service

Ecoute téléphonique et entretien en face à face pour toute personne souffrant de solitude.

PREVENTION SPECIFIQUE

ECOUTE ENFANTS

Rue Martine Bourtonbourt 2, 5000 Namur

Tel : 103 (24h/24) - 081/72.95.70 (coordinatrice)

Ecoute téléphonique des enfants et des jeunes. Ecoute-Enfants répond aussi à toute personne adulte qui, de près ou de loin, est en contact avec les jeunes et qui s'interroge sur l'enfance et l'adolescence.

HELP LINE

Rue Saint-Georges 102/20, 1050 Bruxelles

Tel : 02/648.40.14 (24h/24) - 02/647.67.80 (secrétariat)

Permanence téléphonique pour personnes anglophones. Le service est confronté à des demandes d'ordre pratique mais aussi à des personnes en détresse.

INFOR-DROGUES

Rue du Marteau 19, 1000 Bruxelles

Tel : 02/227.52.52 (24h/24) - 02/227.52.60 (secrétariat)

Fax : 02/219.27.25

E-mail : courrier@infordrogues.be

Site : www.infor-drogues.be

- Ecoute téléphonique de toxicomanes et de leurs proches.
- Consultations et entretiens sur place pour les toxicomanes et leurs proches.
- Information en matière de toxicomanie.

INFORMATIONS UND BERATUNGSSTELLE FÜR DEUTSCHSPRACHIGE-IBS

Tel : 02/768.21.21

Fax : 02/767.98.90

Permanence téléphonique pour personnes germanophones. Le service est confronté à des demandes d'ordre pratique mais aussi à des personnes en détresse.

Permanence : du lundi au vendredi de 10h30 à 13h et de 20h à 7h.

MEDET-FOON

Tel : 070/22.33.55

Ecoute téléphonique pour personnes d'origine marocaine ou turque qui sont dans une situation de détresse. Les langues utilisées par le service sont l'arabe, le berbère, le turc et le néerlandais.

Créé par " Steunpunt Allochtone Meisjes en Vrouwen "

Permanences : lundi, mardi, jeudi et vendredi de 9h à 13h. Le mercredi de 19h à 21h30.

PASADO

Centre Chapelle-aux-Cahmps

Clos Chapelle-aux-Champs 30, 1200 Bruxelles

Tel : 02/764.31.20

Fax : 02/764.39.55

Site : www.passado.be

Lieu d'accueil pour les paroles de jeunes via le site ou sur place le mercredi après-midi.

SOS JEUNES-QUARTIER LIBRE

Rue Mercelis 27, 1050 Bruxelles

Tel : 02/512.90.20 (24h/24h - à partir de 22h le CASU prend les appels et renvoi au service si urgence)

Fax : 02/502.22.60

E-mail: contact@sosjeunes.be

- Ecoute téléphonique.

- Permanence d'accueil, accompagnement et suivi du jeune.

TELQUELS

Rue Marché au Charbon 81, 1000 Bruxelles

Tel : 02/512.45.87

Fax : 02/511.31.48

E-mail : info@telsquels.be

Site : www.telsquels.be

TELEGAL

BP 1969 - 1000 Bruxelles 1

Tel : 02/502.00.70 (tous les jours de 20h à minuit)

Ecoute téléphonique de gays et lesbiennes dans l'anonymat.

- Permanence d'accueil, accompagnement et suivi par des assistants sociaux sensibilisés à la problématique du suicide.

SOUTIEN AUX PROCHES D'UNE PERSONNE SUICIDEE

CENTRE DE PREVENTION DU SUICIDE

Place du Châtelain 46, 1050 BRUXELLES

Tel : 02/650.08.69 , 02/640.51.56

Fax : 02/640.65.92

E-mail: cps@preventionsuicide.be

Site : <http://www.preventionsuicide.be/>

L'AUTRE TEMPS :

Groupe de parole encadré par un professionnel de l'écoute formé à l'accompagnement du deuil.

Intervention individuelle pour les personnes touchées par le suicide d'un proche.

FONDATION SERGE ET LES AUTRES

Rue du Pacifique 4, 1180 Bruxelles
Tel : 02/345.89.09 - GSM : 0477/27.65.03
Fax : 02/345.89.09

Cette fondation travaille au sein de l'asbl "Parents désenfantés", elle prend en charge l'accompagnement des parents dont un enfant s'est suicidé.

- Ecoute téléphonique.
- Rencontres individuelles.
- 4 réunions par an avec tous les parents qui le désirent.

INFOR-DROGUES

Rue du Marteau 19, 1000 Bruxelles
Tel : 02/227.52.52 (24h/24) - 02/227.52.60 (secrétariat)
Fax : 02/219.27.25
E-mail : courrier@infordrogues.be
Site : www.infor-drogues.be
Prise en charge individuelle des proches de toxicomanes suicidés

SERVICE D'ACCUEIL D'AIDE AUX VICTIMES

- Rue des Quatre Bras 13, 1000 Bruxelles
Tel 508.74.05
Fax : 02/519.83.78
E-mail : michael.gemenne@just.fgov.be
- Rue de la Régence 63, 1000 Bruxelles
Tel : 519.89.05
Fax : 02/519.83.78
E-mail : christel.andreis@just.fgov.be
Lorsqu'un dossier pénal est ouvert, le service peut aider les proches d'une personne suicidée. Il les informe sur le déroulement de l'instruction et sur toutes les démarches à effectuer.

RELAIS D'INFORMATIONS UTILES

CENTRE DE DOCUMENTATION ET DE COORDINATION SOCIALES – CDCS

Avenue Louise 183, 1050 Bruxelles
Tel : 02/511.08.00
Fax : 02/512.25.44
E-mail : info.cdcs.@cdcs.irisnet.be
Site : www.cdcs.irisnet.be
Le CDCS est un centre d'information et de ressources documentaires qui permet une vision globale du tissu socio-sanitaire et des réseaux sociaux de développement bruxellois. A ce titre, il offre notamment :
- Une banque de données reprenant les associations et institutions bruxelloises travaillant dans le domaine psycho-médico-social.
- Une pressothèque sur ces mêmes domaines.

FONDATION JULIE RENSON

Rue du Lombardie 35, 1060 Bruxelles
Tel : 02 538 94 76
Fax : 02 534 38 64
E-mail : info@julierenon.be
Site : www.julierenon.be
- Le service INFO SANTÉ MENTALE offre des informations détaillées sur les initiatives les plus diverses du domaine de la santé mentale en Belgique.

- THESEAS, outil informatique de consultation d'une base de données en santé mentale destiné aux professionnels du secteur.

LIGUE BRUXELLOISE POUR LA SANTE MENTALE

Rue du Président 53, 1050 Bruxelles

Tel : 02/511.55.43

Fax : 02/511.52.76

E-mail : lbfsm@skynet.be

- La Ligue représente les services de santé mentale bruxellois
- Elle peut fournir tous renseignements dans le domaine de la santé mentale par téléphone ou sur place.

PLATE-FORME DE CONCERTATION POUR LA SANTE MENTALE EN REGION DE BRUXELLES-CAPITALE

Quai du Commerce 7, 1000 Bruxelles

Tel : 02/289.09.60

Fax : 02/512.38.18

E-mail : PFSM.OPGG@beon.be

La Plate-forme possède un répertoire des structures de santé mentale bruxelloises (uncommunautaires et bicommunautaires).

SERVICE PROMOTION DE LA SANTE

Union nationale des Mutualités socialistes

Rue Saint-Jean 32-38, 1000 Bruxelles

Tél.: 02/515.05.85 - 515.05.04

Fax.: 02/515.06.11

www.self-help.be se veut un site d'information sur les groupes d'entraide et d'associations de Self-Help en Communauté française de Belgique.

Ce site représente un espace d'information où les patients, les personnes handicapées, les familles touchées par un problème grave ou difficile à gérer peuvent se renseigner sur l'existence d'associations de soutien, de groupes de parole et de Self-Help.

FORMATIONS

CEFEC- CENTRE DE FORMATION A L'ECOUTE

TELE-ACCUEIL BRUXELLES

Boulevard de Waterloo 99, 1000 Bruxelles

Tel : 02/538 49 21

Fax : 02/537 41 85

E-mail : teleaccueil.brussels@skynet.be

Site : www.tele-accueil.be

2 types de formations sont proposées

- Programme multi-disciplinaire pour professionnels ou bénévoles d'horizons différents.
- Programme mono-institutionnel pour toute équipe de professionnels ou de bénévoles.

CENTRE DE PREVENTION DU SUICIDE

Place du Châtelain 46, 1050 BRUXELLES

TEL : 0800/32. 123 (24h/24) - 02/640.51.56 (secrétariat)

Fax : 02/640.65.92

E-mail : cps@preventionsuicide.be

Site : <http://www.preventionsuicide.be>

Formations données au sein du Centre pour les candidats répondants bénévoles et à l'extérieur (police, assistants sociaux, écoles....).

Toutes les associations mentionnées ci-dessus sont francophones ou bilingues. Pour compléter cet inventaire des associations travaillant à Bruxelles, vous trouverez ci-dessous les adresses des associations et services néerlandophones à Bruxelles.

ALGEMENE PREVENTIE

CENTRUM TER PREVENTIE VAN ZELFMOORD

Arteveldestraat 142, 1000 Brussel

De zelfmoordlijn: 02/649.95.55 (24u/24u - gratis oproepnummer)

Tel: 02/649.62.05 (secretariaat : elke werkdag van 14u tot 17u)

E-mail: cpz@zelfmoordpreventie.be (enkel voor aanvraag van informatie en vragen i.v.m. het vormingsaanbod).

Website: www.zelfmoordpreventie.be

24 uur op 24 kunnen mensen in crisis/mensen die suïcidaal zijn of in een andere psychologische noodtoestand anoniem hun verhaal doen bij de telefonische beantwoorders. Ook mensen die in hun omgeving met suïcidaal gedrag worden geconfronteerd kunnen bij de Zelfmoordlijn terecht.

TELE-ONTHAAL BRUSSEL

Postbus 1869, 1000 Brussel

Tele-Onthaal: 106 (24u/24u - gratis oproepnummer)

Tel: 02/511.86.63 (secretariaat: elke werkdag van 9u tot 17u)

E-mail: brussel@tele-onthaal.be

Website : www.tele-onthaal.be

-Telefonische opvang van mensen in psychische of psycho-sociale nood.

-Hulp via een on line gesprek op het internet (permanentie: zie uurrooster op hun website)

SPECIFIEKE PREVENTIE

DE HALLEN

Grétrystraat 1, 1000 Brussel

Tel: 02/227.02.00 (algemeen onthaal)- 02/227.02.01 (crisishulp minderjarigen)

Fax: 02/227.02.10

E-mail: dehallen@vgc.be

Website: dehallen.vgc.be

Naast algemene laagdrempelige hulpverlening biedt "De Hallen" crisishulp aan minderjarigen (CRIM): ambulante crisishulp aan 12- tot 18-jarigen. Afspraken met SOS Jeunes in geval van residentiële opvang.

Permanentie: elke werkdag van 9u tot 19u, dinsdag van 12.30u tot 19u. GSM permanentie van 19u tot 22u via telefoonnummer; daarna automatische opvolging door een andere dienst.

Men kan ook schrijven, faxen, e-mailen of interactief gaan.

DRUGLIJN

Hangt af van de Vereniging voor Alcohol en andere Drugproblemen -VAD.

Druglijn: 078/15.10.20

www.druglijn.be

Secretariaat:

E.Tollenaerstraat 15, 1020 Brussel

druglijn@druglijn.be (enkel voor administratieve doeleinden)

Telefoonendienst voor mensen met vragen en/of problemen rond alcohol, drugs en medicatie.

Ook voor vragen en problemen rond gokken, roken en internetverslaving kan men er terecht.

Schriftelijk te bereiken op bovenstaand adres.

Permanentie: elke werkdag van 12u tot 21u en zaterdag van 15u tot 21u.

KINDER- EN JONGERENTELEFOON VLAANDEREN

Postbus 50, 2800 Mechelen

Kinder- en Jongerentelefoon: 078/15.14.13 (elke avond tussen 16u en 20u, behalve op zon- en feestdagen).

E-mail: **brievenbus@kjt.org**

Website : www.kjt.org

Secretariaat:

Hallepoortlaan 27, 1060 Brussel

02/534.37.43

E-mail: info@kjt.org

Website : www.kjt.org

Een lijn voor kinderen en jongeren die een probleem willen bespreken, over een bepaald onderwerp informatie willen, die een gesprek willen voeren over hun belevingen of die hun mening willen vertellen... Dit kan telefonisch of per brief (post of e-mail).

In project: on line gesprek (najaar 2004).

HOLEBIFOON

Tel: 09/238.26.26 - 09/238.35.26 (doven en slechthorenden)

www.holebifoon.be

Secretariaat:

Kammerstraat 22, 9000 Gent

Tel: 09/223.69.29

www.holebifederatie.be

Het verstrekken van psycho-sociale opvang en informatie aan homo's, lesbiennes, biseksuelen en iedereen die van dichtbij of veraf met homoseksualiteit te maken heeft.

Permanentie: elke dag (behalve op feestdagen) van 18u tot 22u, op woensdag van 14u tot 22u.

JUSTITIEEL WELZIJNSWERK BRUSSEL

Groot Eiland 84, 1000 Brussel

Tel: 02/502.66.00 (algemeen nr)

Team: Esmeralda Vijverman (contactpersoon – GSM: 0478/21.59.72), Veronique De Muylder, Katleen Alen)

De dienst staat in voor de psychosociale begeleiding van iedereen die dreigt in aanraking te komen met het strafrecht, die in aanraking komt met het strafrecht en die in aanraking geweest is met het strafrecht en van familieleden en kennissen van deze personen.

Maakt deel uit van de deelwerking Groot Eiland van CAW Archipel.

MEDET-FOON

070/22.33.55

Hulplijn voor Marokkaanse en Turkse alloctonen in nood opgericht op initiatief van het Steunpunt Alloctone meisjes en vrouwen. De dienst verleent hulp in het Arabisch, Berbers en het Nederlands.

Permanentie: maandag; dinsdag, donderdag en vrijdag van 9u tot 13u. Woensdag van 19u tot 21u30.

HULP AAN NABESTAANDEN

CENTRUM TER PREVENTIE VAN ZELFMOORD

Arteveldestraat 142, 1000 Brussel

De zelfmoordlijn: 02/649.95.55 (24u/24u - gratis oproepnummer)

Tel: 02/649.62.05 (secretariaat :elke werkdag van 14u tot 17u)

E-mail: cpz@zelfmoordpreventie.be (enkel voor aanvraag van informatie en vragen i.v.m. het vormingsaanbod).

Website: www.zelfmoordpreventie.be

Nabestaanden van zelfdoding kunnen bij de Zelfmoordlijn terecht.

GESPREKSGROEP VOOR NABESTAANDEN NA ZELFDODING BRUSSEL

Bart Van Hoof

p/a CCGZ De Vest

Papenvest 78, 1000 BRUSSEL

Tel: 02/511.06.60

Fax: 02/512.02.87

E-mail: devest@belgacom.net

Door zorgzame aandacht kan via de groep de eigen kracht weer aangeboord worden zodat het verlies een plaats kan krijgen in het leven. Naast het eigen verhaal van de nabestaande kunnen ook vragen en gevoelens die leven ter bespreking worden voorgelegd. Het betreft een 'open groep' met maandelijkse samenkomsten. Een kennis-makingsgesprek vooraf is wenselijk.

Deze groep staat open voor wie een familielid, partner of goede vriend(in) verloor door zelfdoding.

JUSTITIEEL WELZIJSWERK BRUSSEL

Groot Eiland 84, 1000 Brussel

Tel: 02/502.66.00 (algemeen nr)

Team: Esmeralda Vijverman (contactpersoon – GSM: 0478/21.59.72), Veronique De Muylder, Katleen Alen)

De dienst staat in voor de psychosociale begeleiding van de nabestaanden van personen die met het strafrecht in aanraking zijn gekomen.

Maakt deel uit van de deelwerking Groot Eiland van het CAW Archipel.

NABIJ-ZIJN

P/a De heer Guy VANDER LINDEN

Handelskaai 35, 1000 BRUSSEL

Tel: 02/523.12.33

Deze contactgroep organiseert samenkomsten voor rouwenden en nabestaanden en verleent steun en advies aan personen die een verlies door zelfdoding hebben ondergaan.

SLACHTOFFERHULP BRUSSEL HALLE-VILVOORDE

P/a CAW Archipel – Groot Eiland

Groot Eiland 84, 1000 BRUSSEL

Tel: 02/514.40.25

Fax: 02/512.67.38

E-mail: grooteiland.slh@archipel.be

Hulp- en dienstverlening aan nabestaanden van zelfdoding of hun omgeving (artsen, ...).

Permanentie: elke werkdag van 9u tot 17u en op afspraak. Men kan ook geholpen worden na deze uren (mits afspraak).

Toegankelijk voor volwassenen, maar ook voor jongeren en kinderen.

SLACHTOFFERONTHAAL

- Quatre Brasstraat 13, 1000 Brussel

Tel: 02/508.71.11

Fax: 02/519.83.78

E-mail: ella.smets@just.fgov.be

- Regentschapsstraat 63, 1000 Brussel

Tel: 02/508.71.11

Fax: 02/519.83.78

Wanneer een gerechtelijk dossier werd geopend, mag de dienst de nabestaanden van een persoon die zelfmoord pleegde, helpen. Hij informeert hen over het verloop van het onderzoek en over de stappen die moeten ondernomen worden.

NUTTIGE VERWIJZADRESSEN

CENTRUM VOOR GEESTELIJKE GEZONDHEIDSZORG VOOR HET BRUSSELS HOOFDSTEDELIJK GEWEST - CGGZ BRUSSEL

Vanderlindenstraat 17, 1030 BRUSSEL

Tel: 02/247.61.50

Fax: 02/245.96.42

E-mail: cggz.brussel@skynet.be

Website voorzien voor eind 2003.

Hulpverlening bij psychische en sociale moeilijkheden of problemen.

Het CGGZ Brussel bestaat uit 7 verschillende deelwerkingen.

De dienst beschikt over de adressen van de Nederlandstalige centra voor geestelijke gezondheidszorg in het Brussels Gewest met hun specifieke eigenschappen.

TREFPUNT ZELFHULP

Departement Sociologie E. Van Evenstraat 2C, 3000 Leuven

Tel. 016/23.65.07

Fax: 016/32.30.52

E-mail: trefpunt.zelfhulp@soc.kuleuven.ac.be -

Website: www.zelfhulp.be

Deze vereniging verspreidt uitgebreide informatie en documentatie rond zelfhulp, lotgenotencontact, ervaringsdeskundigheid en aanverwante terreinen. Zo verschaft ze specifieke informatie over zelfhulpgroepen (een contactadres, de werkwijze van de groep,...).

Permanentie: elke werkdag van 9u tot 17u.

Men kan ook schrijven, faxen, of e-mailen.

VORMING

CENTRUM TER PREVENTIE VAN ZELFMOORD

Arteveldestraat 142, 1000 Brussel

Tel: 02/649.62.05 (secretariaat :elke werkdag van 14u tot 17u)

E-mail: cpz@zelfmoordpreventie.be (enkel voor aanvraag van informatie en vragen i.v.m. het vormingsaanbod).

Website: www.zelfmoordpreventie.be

Vormingsaanbod in suïcidepreventie dat reeds jaren aangeboden wordt aan specifieke beroepsgroepen (leerkrachten, verpleegkundigen, brandweer- en politiediensten, penitentiaire beambten,...).

PROJECT ZELFMOORDPREVENTIE INFORMATIE EN BIJSCHOLING

Contactpersoon: Karl Andriessen
P/a Universitaire Dienst Geestelijke Gezondheidszorg
UDGG-CGGZ Brussel
Triomflaan 74, 1160 Brussel
Tel: 02/640.93.02
Fax: 02/646.11.23
E-mail : udgg@belgacom.net

- Vier praktijkgerichte bijscholingspakketten werden ontwikkeld voor professionelen die in contact komen met suicidale personen en/of hun omgeving: huisartsen, politie, ziekenhuizen, jeugdhulpverlening en scholen.
- Tweedaagse bijscholing bedoeld voor de 1^{ste} lijn (wordt 2 maal per jaar ingericht).

TELE-ONTHAAL BRUSSEL

Postbus 1869, 1000 Brussel
Tele-Onthaal: 106 (24u/24u - gratis oproepnummer)
Tel: 02/511.86.63 (secretariaat: werkdagen van 9u tot 17u)
E-mail: brussel@tele-onthaal.be
Website : www.tele-onthaal.be
Externe trainingen op vraag van groepen rond crisisopvang,

WERKGROEP VERDER

P/a CGG Passant
Beertsestraat 21, 1500 Halle
Tel: 02/361.21.48
E-mail: www.werkgroepverder@skynet.be
Website: www.werkgroepverder.be

De Werkgroep coördineert, organiseert en steunt initiatieven voor nabestaanden na zelfdoding en ijvert voor de sensibilisatie en de verbetering van de opvang van de nabestaanden.

Enkele realisaties: de WegWijzer (gratis brochure met alle zelfhulp- en gespreksgroepen rond nabestaanden van zelfdoding), Charter "Rechten van de Nabestaanden", Vlaamse Dag van de Nabestaanden.

Quelques repères méthodologiques

Taux de mortalité

C'est le rapport, pour une période donnée, du nombre de décès dans une population donnée à l'effectif de cette population en milieu de période. Il s'exprime en nombre de décès pour 100 000 habitants et par année.

En pratique, le taux de mortalité pour une période donnée, est calculé en divisant le nombre de décès recensés dans la population étudiée durant la période étudiée, par le nombre de personnes dans la population correspondante, ce nombre étant calculé en effectuant la moyenne du nombre de personnes en début et en fin d'année. Les sources sont, pour le numérateur: fichier des décès, constitué à partir des certificats de décès, et pour le dénominateur les effectifs de population fournis par l'Institut National de Statistique

Taux de mortalité par âge

C'est le rapport, pour une période donnée, du nombre de décès dans un groupe d'âge donné à la population de ce groupe en milieu de période.

Standardisation

La standardisation est une méthode qui consiste à corriger les taux pour permettre les comparaisons entre des populations dont la pyramide des âges est différente. La plupart des méthodes de standardisation utilisent une moyenne pondérée de taux spécifique par catégorie d'une variable donnée (ici, nous ne parlerons que de l'âge, mais on peut standardiser de la même façon pour une série d'autres caractéristiques comme le sexe par exemple).

Après avoir appliqué une méthode de standardisation, on obtient des **taux de mortalité standardisés** selon l'âge (on dit aussi ajustés). Ce sont des taux de mortalité qui tiennent compte de la structure par âge de la population. Quand on compare des taux ajustés pour l'âge, les différences observées entre les taux ne peuvent être dues à des différences de structures par âge des populations. On peut standardiser également pour d'autres caractéristiques comme le sexe par exemple. Par opposition, on parle de taux brut pour les taux non standardisés.

Standardisation directe

Dans la standardisation directe, les taux standardisés (ajustés) sont calculés en appliquant les taux dans chaque catégorie d'âge de la population à une population unique de référence. La population de référence peut être choisie comme l'ensemble des deux populations comparées ou comme une population extérieure.

Dans ce dossier, nous avons utilisé une méthode de standardisation directe pour comparer les taux de mortalité dans le temps (figures 1 et 2).

Standardisation indirecte

Dans la standardisation indirecte, on utilise les taux dans une population de référence pour calculer le nombre de décès qui auraient été prévus dans la population étudiée si elle avait eu les mêmes taux de mortalité par âge que la population de référence. Ceci permet ensuite de calculer le rapport (ou ratio) standardisé de mortalité (RSM).

Dans ce dossier, nous avons utilisé une méthode de standardisation indirecte pour comparer les taux de mortalité entre les communes, les catégories d'état civil, de nationalité et les catégories de communes.

Rapport (ou ratio) standardisé de mortalité (RSM)

C'est le ratio du nombre de décès observé sur le nombre prévu, calculé selon la méthode indirecte de standardisation. Un RSM supérieur à 1,0 dans une population étudiée indique que, compte tenu de l'âge, le taux de mortalité est plus élevé dans la population étudiée que dans la population de référence. La population de référence est indiquée par un RSM de 1,0.

Précision statistique d'une mesure

Lorsqu'un taux ou un autre paramètre de population est estimé en utilisant un échantillon tiré au hasard, l'estimation obtenue peut présenter des fluctuations aléatoires autour de la vraie valeur recherchée. Une mesure est précise lorsqu'elle est peu affectée par des variations dues au hasard. La précision d'une mesure épidémiologique dépend du nombre de cas et de la taille de la population étudiée. C'est pourquoi l'interprétation des différences observées entre des populations assez restreintes avec un nombre limité de suicide (par exemple entre communes) doit être très prudente.

Intervalle de confiance à 95%

C'est un intervalle autour de l'estimation obtenue, qui, dans 95% des cas contiendra la vraie valeur du paramètre recherché. Le manque de précision statistique se traduit par des intervalles de confiance très larges.

Signification statistique

C'est une méthode qui évalue le rôle des fluctuations aléatoires dans les résultats obtenus. Plus précisément, elle évalue la probabilité, appelée "valeur de p", que le résultat obtenu survienne uniquement par le fait du hasard. Si cette probabilité est très faible, on dira qu'il est très peu probable que le résultat obtenu soit le fait des fluctuations aléatoires. En général, on utilise le seuil de 5% pour dire que le résultat est significatif ou non. Autrement dit, une valeur de p inférieure à 5% est considérée comme significative et donc, on considère que le résultat n'est pas dû au hasard. Lorsque le résultat n'est pas significatif, on l'indique par l'abréviation NS.

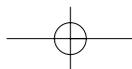
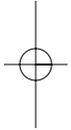
Mesure d'association

En épidémiologie, une mesure d'association est un rapport de deux mesures de fréquence. Elle quantifie l'intensité de la force qui lie deux facteurs.

Le risque relatif et le sex-ratio sont des mesures d'associations utilisées dans ce dossier.

Abréviations

- CO : monoxyde de carbone
- IC 95% : intervalle de confiance à 95 % (voir quelques repères méthodologiques)
- INS : Institut National de Statistiques
- NS : Non significatif (voir quelques repères méthodologiques)
- NSE : niveau socio-économique
- OMS : Organisation Mondiale de la Santé
- PV : procès-verbal
- RBC : Région de Bruxelles-Capitale
- RR : risque relatif (voir quelques repères méthodologiques)
- RSM : Ratio standardisé de mortalité (voir quelques repères méthodologiques)
- TS : tentative de suicide



Modèle III C

010204111104753354

VOLET C

DECES D'UNE PERSONNE AGEE D'UN AN OU PLUS

(Volet à remplir et à mettre sous enveloppe scellée par le médecin)

1. Type de décès

- cause naturelle
- accident de la circulation
- autre accident
- suicide
- homicide
- sous investigation
- n'a pu être déterminé

2. Si le décès n'est pas dû à une cause naturelle, décrivez les circonstances

.....

.....

.....

Réservé

.....

3. En cas d'accident

3.1 Lieu de l'accident

- voie publique
- domicile
- autres, précisez
- lieu de travail (ou école pour enfants)
- ne sait pas

3.2 Date et heure de l'accident (JJMMAAAA)

• date (JJMMAAAA) / /

• heure (HHMM) h m

4. Cause du décès (1)

Délai (2)

I. Maladie ou affection morbide ayant directement provoqué le décès

Enchaînement des phénomènes morbides qui ont conduit à la cause immédiate de décès citée en a). L'affection morbide à l'origine de l'enchaînement est indiquée en dernier lieu "cause initiale"

- a)
conséquence de :
- b)
conséquence de :
- c)
conséquence de :
- d)

II. Causes associées

Autres états morbides importants ayant contribué au décès, mais sans rapport avec la maladie ou avec l'état morbide qui l'a provoqué.

- e)
- f)
- g)

(1) Il ne s'agit pas ici du mode de décès, par exemple: défaillance cardiaque, syncope, etc..., mais de la maladie ou traumatisme ou de la complication qui a entraîné la mort. Prière de ne faire figurer qu'une cause par ligne.
(2) Délai approximatif entre le début du processus morbide et le décès (précisez s'il y a lieu en minutes, heures, semaines ou mois, ...)

Réservé

a) b) c) d)

e) f) g)

5. Si la personne décédée est une femme, a-t-elle eu, dans l'année précédant son décès:

5.1 une grossesse

- oui non ne sait pas

5.2 un accouchement

- oui non ne sait pas

6. Autopsie/examens complémentaires

- oui, en cours non
- oui, prévue ne sait pas

7. Le médecin signataire était-il impliqué dans le traitement du décédé ?

- oui non

No. dossier médical

Identification du médecin

• No. INAMI

• date (JJMMAAAA)

/ /

nom, prénom
signature
cachet

**Ce dossier est une publication
de l'Observatoire de la Santé
et du Social.**

**Les dossiers portent toujours sur les domaines
de la santé et/ou de la pauvreté en Région de
Bruxelles-Capitale. Le contenu est élaboré par
l'Observatoire et/ou des partenaires extérieurs.
Chaque dossier peut être obtenu sur simple
demande à l'adresse ci-dessous. Le dossier peut
être copié, moyennant mention de la source**

**Ce document est également disponible
en néerlandais**

**Dit document is ook beschikbaar in het
Nederlands onder de titel :
"Zelfmoord in het Brussels Hoofdstedelijk
Gewest, situatie 1998-2000"**

Pour plus d'informations:

**Observatoire de la Santé et du Social
de Bruxelles-Capitale
Commission Communautaire commune
183 avenue Louise - 1050 Bruxelles
Tel: 02 - 552 01 55/89 Fax: 02 - 502 59 05
observat@ccc.irisnet.be www.observatbru.be**