



LE GOUVERNEMENT
DU GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG
Ministère de la Santé



Evaluation du Plan National de Prévention du Suicide du Luxembourg 2015-2019

Etude réalisée par Véronique Louazel
Evaluation de politiques publiques et conduite de projet

Mars 2020

Table des matières

1	Résumé	10
2	Contexte	15
3	Méthodologie	17
3.1	Evaluation globale du PNPS 2015-2019 :.....	17
3.2	Méthodes de recueil de données.....	21
4	Les résultats de l'évaluation	23
4.1	Questions d'évaluation.....	23
4.2	Principaux constats.....	23
4.2.1	Quelles données épidémiologiques au Luxembourg ?	24
4.2.2	Quels freins et leviers aux actions prévues ?	26
4.2.3	Constats portant sur la pertinence des actions.....	28
4.2.4	Constats portant sur l'efficacité des actions	29
4.2.5	Constats en réponse aux questions d'évaluation.....	31
4.3	Principales recommandations.....	33
5	Analyse thématique des données de santé mentale	34
5.1	GOUVERNANCE	34
5.1.1	La gouvernance des questions de santé mentale demande à s'organiser de manière interministérielle.....	34
5.1.2	Une mise en œuvre du plan difficile à coordonner avec les secteurs généralistes.....	36
5.2	MORTALITE – MORBIDITE	37
5.2.1	Etat des données épidémiologiques disponibles	37
5.2.2	Données sur les décès dus au suicide	38
5.2.3	Données sur les tentatives de suicide (avec ou sans hospitalisation)	40
5.2.4	Données sur les idées suicidaires	41
5.2.5	Données sur la dépressivité	42
5.2.6	Consommation de soins.....	44
5.2.7	Données hospitalières.....	45
5.2.8	Démographie médicale	47
5.3	FACTEURS DE RISQUE – FACTEURS DE PROTECTION	50
5.3.1	Une déstigmatisation comme facteur protecteur	50
5.3.2	Des facteurs de risque abordés de manière diluée	51
5.3.3	Des publics à risque à cibler	52
5.4	RECONNAISSANCE DES SIGNES D'ALERTE DE LA CRISE SUICIDAIRE.....	53
5.4.1	Près de 1000 professionnels formés au repérage de la crise suicidaire en 5 ans	53
5.4.2	Des médecins généralistes en première ligne.....	55

5.4.3	Deux campagnes grand public aux supports multiples.....	56
5.5	QUALITE DE L'ACCOMPAGNEMENT	57
5.5.1	Des services généralistes investis par une mission de prise en charge avec un besoin de compétences spécialisées	57
5.5.2	Un difficile accès aux soins spécialisés.....	58
6	Trois focus	60
6.1	Jeunesse, école et risque suicidaire	60
6.2	La santé en entreprise	65
6.3	Les personnes âgées	70
7	Résultats de mise en œuvre – Réalisation des actions	72
8	Conclusion	110
9	Bibliographie	111
10	Annexes	116

Comité de pilotage

BEJKO Dritan	Luxembourg Institute of Health – Projet RETRACE ¹
D’ALIMONTE Juliana	Direction de la Santé – Division de la médecine sociale
DE MUYSER Catherine	Direction de la Santé – Cellule de coordination des plans nationaux
D’ONGHIA Fränz	Centre d’Information et de Prévention – D’Ligue
DHUR Diane	Centre pour le développement socio-émotionnel
HEDO Paul	Centre Hospitalier du Luxembourg- Service de psychiatrie
PAPADOPOULOU Afroditi	Direction de la Santé – Division de la santé au travail
PIVOT Diane	Direction de la Santé – Service épidémiologie et statistiques
WEBER Guy	Direction de la Santé – Service épidémiologie et statistiques

Personnes rencontrées dans le cadre de l’évaluation

ALWERKI A’la	Direction de la Santé – Service épidémiologie et statistiques
BACHIM Sacha	Centre d’Information et de Prévention – D’Ligue
BEJKO Dritan	Luxembourg Institute of Health – Projet RETRACE
BIVER Cynthia	Centre National de Prévention des Addictions
BIVER Pierrette	Stëftung Hëllef Doheem
BÜCHEL David	Chambre des Salariés Luxembourg
BÜCKI Barbara	Centre d’Information et de Prévention – D’Ligue
CHAILLET Gilles	Psychiatre libéral
CLOOS Jean- Marc	Hôpitaux Robert SCHUMAN
D’ALIMONTE Juliana	Direction de la Santé – Division de la médecine sociale
DE REKENEIRE Nathalie	Direction de la Santé – Service épidémiologie et statistiques
D’ONGHIA Fränz	Centre d’Information et de Prévention – D’Ligue
DUVEAU Aurélie	Service de santé au travail multisectoriel
GAPENNE Catherine	Croix rouge- Service aides et soins
GOUDSMIT Elmer	Psychiatre libéral
VALENTIN Hajek	Direction de la santé - Division de la médecine curative
HAY Sébastien	SOS Détresse
HEDO Paul	Centre Hospitalier du Luxembourg- Service de psychiatrie
HEDO Sophie	Ligue Luxembourgeoise d’Hygiène Mentale, D’Ligue
HOFFMAN Martine	RBS- Center fir Altersfroen
JACOBY Marc	Service santé au travail - Arcelor Mittal
JENTGES Caroline	ALFORMEC
KEIPES Nathalie	Ministère de l’éducation nationale, de l’enfance et de la jeunesse, CEPAS
LAIR Marie-Lise	Cabinet Santé et Prospectives
LANG LAUX Francine	Groupe de Support Psychologique du CGDIS
LORCY Anne-Charlotte	Direction de la Santé – Service épidémiologie et statistiques
MARCONI Patrick	Addedsense

¹ Un glossaire est proposé page 9

MULLER Roland	Lycée technique des professions de santé
NEUMANN Carole	Centre pénitentiaire de Luxembourg- Service de médecine psychiatrique pénitentiaire
OBERTIN Stéphanie	AMMD
OLIVAREZ Jennifer	Assurance Dépendance
PAPADOPOULOU Afrodit	Direction de la Santé – Division de la santé au travail
PIRETTI Estelle	Centre hospitalier du Luxembourg - Urgences psychiatriques
POEKER Paul	Administration pénitentiaire – Institut de formation
SCHMITZ Brigitte	Direction de la Santé – Division de l’inspection sanitaire
SCHUH Christopher	CGDIS – Direction de la coordination opérationnelle
SCHWARTZ Marc	Centre Hospitalier Emile Mayrisch- Service de psychiatrie
SEIMETZ Elisabeth	Centre d’Information et de Prévention – D’Ligue
STEIN Marc	Police Grand-ducale
THIERY Xavier	CIPA Howald Servior
TURK Philippe	Ministère de la Santé – Réforme des urgences
WEBER Guy	Direction de la Santé – Service épidémiologie et statistiques
WIRTGEN Marielle	Lycée Technique des Professions de Santé
ZIADE Bechara Georges	Direction de la Santé – Division de la Santé scolaire

Groupe de Support Psychologique du CGDIS

HANNEN Mady
GOERGEN Marceline
LANG-LAUX Francine
MOLITOR Anne
SCHMIT Valérie
SIMON Josée

Groupes de travail

Groupe épidémiologie

BEJKO Dritan	Luxembourg Institute of Health – Projet RETRACE
BOCQUET Valery	Luxembourg Institute of Health – Etude EHES
BÜCHEL David	Chambre des Salariés Luxembourg
BÜCKI Barbara	Centre d’Information et de Prévention – D’Ligue
CATUNIDA Carolina	Université de Luxembourg – Etude HBSC
D’ALIMONTE Juliana	Direction de la Santé – Division de la médecine sociale
DE LANCHY Gaëtan	Luxembourg Institute of Socio-Economic Research – Etude SHARE
D’ONGHIA Fränz	Centre d’Information et de Prévention – D’Ligue
MARTINET Virginie	Luxembourg Institute of Health – Projet RETRACE
PERQUIN Magali	Luxembourg Institute of Health – Etude SHARE
PIVOT Diane	Direction de la Santé – Service épidémiologie et statistiques

Groupe Jeunesse école

BAMBERG Myriam	Ministère de l'éducation nationale, de l'enfance et de la jeunesse
COLBACH Claudine	Ministère de l'éducation nationale, de l'enfance et de la jeunesse, Enseignement secondaire
D'ALIMONTE Juliana	Direction de la Santé – Division de la médecine sociale
DIEDERICH Laurence	GSP
D'ONGHIA Fränz	Centre d'Information et de Prévention – D'Ligue
GONCALVEZ Paula	Ministère de l'éducation nationale, de l'enfance et de la jeunesse, Enseignement secondaire
GORGES WAGNER Barbara	Kanner Jugendtelefon
HANSEL Simone	Ministère de l'éducation nationale, de l'enfance et de la jeunesse, Internats
HUBSCH Thierry	Police judiciaire – Protection des mineurs
KEIPES Nathalie	Ministère de l'éducation nationale, de l'enfance et de la jeunesse CEPAS
LANG-LAUX Francine	Groupe de Support Psychologique du CGDIS
LENTZ David	Parquet de Luxembourg
PAULY-PITE Anne-Marie	Direction de la Santé - Division de la médecine scolaire
PETRY Pascale	Lycée Michel Lucius Luxembourg
ROLIN Hugues	CEPAS
SINNER Patrick	Police judiciaire – Protection des mineurs
ZIADE Bechara	Direction de la Santé – Division de la médecine scolaire

Groupe santé en entreprise

BLAISE Pierre	Service de Santé au Travail de l'Industrie
BÜCHEL David	Chambre des Salariés Luxembourg
FAVROT Philippe	Service Interentreprises de Santé au Travail -Fédération des Hôpitaux Luxembourgeois
LAMBERT Yvette	Service de Santé au Travail Multisectoriel
MAJERY Nicole	Service de Santé au Travail Multisectoriel
PAPADOPOULOU Afroditi	Direction de la Santé – Division de la santé au travail
JACOBY Marc	Service Santé au Travail - Arcelor Mittal
SCHNEIDER Marie-Paule	Service Santé au Travail des Chemins de Fer Luxembourgeois
THIRY Patrizia	Association pour la Santé au Travail du Secteur Financier

Remerciements

Cette évaluation est à la fois l'occasion d'interroger la pertinence de la politique de prévention du suicide mise en œuvre et de porter un regard critique et constructif sur les pratiques de chacun. Merci à toutes les personnes qui ont livré leur expérience au travers des entretiens et des groupes de travail. Merci à ceux qui ont permis de rassembler des données jusque-là éparses sur la santé mentale.

Nous adressons un remerciement particulier à l'équipe du Centre d'Information et de Prévention de La Ligue qui a accueilli l'évaluation comme une plus-value et le Comité de pilotage qui a suivi de près le déroulement de cette mission.

Avertissements

La politique de prévention du suicide demande un investissement sur le long terme et une mise en œuvre dans des secteurs multiples. Les données recueillies peuvent quelque fois être difficiles à mettre en lien avec la politique mise en œuvre, comme effets directs de cette politique mais l'évaluation s'est attachée à proposer une approche globale de la question de la santé mentale.

Le Plan National de Prévention du Suicide touche un sujet encore relativement tabou et surtout douloureux ; par conséquent, par respect pour les personnes concernées, aucune donnée n'a été directement recueillie auprès de l'entourage.

Acronymes

AFPL : Association des Familles et Proches de personnes atteintes de Psychose au Luxembourg

AMMD : Association des Médecins et Médecins Dentistes

ALFORMEC : Association Luxembourgeoise pour la Formation Médicale

ASF : Aides Socio-Familiales

CEPAS : Centre Psychosocial et d'Accompagnement Scolaires

CFL : Chemins de Fer Luxembourgeois

CGDIS : Corps Grand-Ducal Incendie et Secours

CHEM : Centre Hospitalier Emile Mayrisch

CIP : Centre d'Information et de Prévention

CNAPA : Centre National de Prévention des Addictions (anciennement CePT)

CNS : Caisse Nationale de Santé

ETP : Equivalent Temps Plein

GSP : Groupe de Support Psychologique

HBSC : Health Behaviour in School-aged Children

IFEN : Institut de Formation de l'Education Nationale

IGSS : Inspection Générale de la Sécurité Sociale

ITM : Inspection du Travail et des Mines

LIFE : Living Is For Everyone

LIH : Luxembourg Institut of Health

LISER : Luxembourg Institute of Socio-Economic Research

LTPS : Lycée Technique des Professions de Santé

OGBL : Confédération syndicale indépendante du Luxembourg

ONA : Office National de l'Accueil

PNPS : Plan National de Prévention du Suicide

RETRACE : Recueil d'informations sur les traumatismes et accidents

RGPD : Règlement Général sur la Protection des Données

RUD : Risque Urgence Dangerosité

SCRIPT : Service de Coordination de la Recherche et de l'Innovation Pédagogiques et Technologiques

SEPAS : Service Psychosocial et d'Accompagnement Scolaires

WHO : World Health Organization

1 RESUME

Considérée comme priorité de santé publique en 2012 au Luxembourg, la prévention du suicide se décline dans le **Plan National de Prévention du Suicide (PNPS 2015-2019)** en 33 actions mises en œuvre par le Centre d'Information et de Prévention (CIP)².

En 2018, le Gouvernement a souhaité procéder à l'évaluation de ce plan dans l'optique de tirer des enseignements des actions menées et d'améliorer les orientations. Cette évaluation a exploré 5 axes d'analyse :

- ✓ La gouvernance
- ✓ La mortalité et la morbidité
- ✓ Les facteurs de risques / les facteurs de protection
- ✓ La reconnaissance des signes d'alerte de la crise suicidaire
- ✓ La qualité de l'accompagnement

Elle a ainsi apporté des éléments de réponses aux 3 questions évaluatives formulées comme suit : Le PNPS permet-il de :

1. Progresser dans la prévention du suicide par une organisation de la gouvernance interministérielle, une baisse des facteurs de risque et une augmentation des facteurs de protection, une baisse de la mortalité due au suicide et des tentatives de suicide ?
2. Augmenter les compétences des professionnels, de l'entourage et des personnes concernées pour reconnaître les signes d'alerte et savoir orienter et demander de l'aide ?
3. Proposer des prestations de qualité pour l'accompagnement des personnes suicidaires et de leur entourage ?

Pour répondre aux questions, la **méthodologie** s'est basée sur un recueil de données multiples :



² Le CIP est un service de la Ligue, il a pour mission d'informer, de communiquer, de former à la santé mentale, de soutenir les familles, de favoriser la collaboration entre les structures d'aide et de développer des actions de prévention à haute valeur ajoutée.

Principaux résultats

La gouvernance

La santé mentale est une question transversale qui touche les différents milieux de vie, les différents âges de la vie ; **elle demande une gouvernance interministérielle et une coordination qui a fait défaut** pendant la durée du plan. Le comité de suivi et/ou organe de décision interministériel (prévu par le plan) n'a pas été créé compte tenu de l'absence de moyens dédiés à la coordination. Il n'existe pas d'orientation prioritaire sur ce sujet, alors que la gouvernance interministérielle permet de progresser :

- D'une part dans l'articulation des différents plans approuvés par le gouvernement présentant un impact sur les questions de santé mentale ;
- Et d'autre part dans l'implémentation intersectorielle des actions du PNPS.

Recommandations

- Une stratégie de santé mentale et un comité interministériel y afférent permettraient de coordonner les politiques et les actions de santé mentale, relatives aux facteurs de risques et aux facteurs de protection impliqués dans la prévention du suicide, portant ainsi **la santé mentale comme une orientation prioritaire**, dans une perspective de développement pérenne en adéquation avec les besoins observés.

La mortalité et la morbidité

Les données de mortalité montrent une tendance à la baisse, données à prendre avec précaution, compte tenu des petits chiffres observés au Luxembourg, avec un taux brut de mortalité due au suicide est de 11.1 pour 100 000 habitants en 2017, soit 66 décès par suicide pour la même année³.

Globalement, **la disponibilité des données épidémiologiques relatives à la santé mentale est en très nette progression** depuis quelques années, grâce aux différents registres, enquêtes et études mis en place. Pour les tentatives de suicide en particulier, un suivi pourra s'organiser à l'avenir grâce au registre des traumatismes et accidents mis en place dans les services d'urgence des hôpitaux.

Concernant la morbidité, les données disponibles sont alarmantes, **en particulier pour les jeunes et les personnes les plus âgées** et demanderaient une offre de service pour une prise en charge précoce des signes d'alerte :

- ✓ 15,2% des jeunes de 12 à 18 ans ont sérieusement pensé au suicide dans les 12 derniers mois, 28% se sont sentis tristes ou désespérés (données HBSC 2014),
- ✓ 10% des 50 ans et + ont eu des envies de mort au cours du dernier mois, 48% se sont sentis tristes ou déprimés (données SHARE 2013).

³ Direction de la santé. Statistiques des causes de décès pour l'année 2017. Luxembourg.

Recommandations

- **Les données épidémiologiques** relatives au suicide (tentatives et idées suicidaires) doivent être préservées dans les registres, enquêtes et études en cours et **mises au service des politiques**, afin d'adapter les ressources nécessaires aux besoins identifiés.
- Les filières de détection et de prise en charge doivent proposer **une offre à bas seuil** souple et réactive pour les populations les plus à risque : jeunes, personnes âgées, migrants et travailleurs des milieux professionnels sous tension.

Les facteurs de risques / les facteurs de protection

Les actions déclinées dans le PNPS prennent en compte les différents âges de la vie et milieux de vie, les facteurs de risque et facteurs de protection, couvrant les besoins des différents secteurs impliqués dans la prévention du suicide.

Grâce aux multiples supports développés en quelques années et aux offres proposées par le CIP, **une dynamique de déstigmatisation s'est engagée à destination du grand public, mais aussi de groupes cibles**, répondant à des besoins non couverts jusqu'alors (information et sensibilisation, orientation vers les services d'aide, repérage des signes d'alerte, mise en place de groupes de travail ciblés : santé en entreprise, personnes âgées, etc.).

Les secteurs de l'école et de l'entreprise restent deux champs pour lesquels un large travail reste à accomplir : le sujet du suicide y demeure tabou, les secteurs sont difficiles à appréhender compte tenu de leur ampleur (41 000 élèves et 500 000 travailleurs au Luxembourg). Les actions du PNPS apparaissent comme diluées, avec des objectifs difficiles à atteindre.

Des bonnes pratiques existent dans des écoles, des entreprises, des communes. Ces actions demandent à être reconnues pour une meilleure diffusion auprès d'un plus grand nombre.

Globalement, les facteurs de risque restent abordés de manière juxtaposée sans inscription dans une politique de développement d'environnements favorables à la santé mentale.

Recommandations

- Les bonnes pratiques existantes doivent être rendues visibles et généralisables afin de soutenir une dynamique de développement d'environnements de vie et de travail favorables à la santé mentale.
- Les secteurs de l'entreprise et de l'école ont besoin d'une politique globale centrée sur le développement d'un environnement de vie favorable à la santé mentale.
- Le CIP dit jouer un rôle de support ou d'expert pour les questions portant sur la prévention du suicide, pour accompagner les projets mis en œuvre par les acteurs des différents secteurs.

La reconnaissance des signes d'alerte de la crise suicidaire

Avec deux campagnes nationales de sensibilisation aux problèmes de santé mentale, organisées durant la durée du plan, trois sites internet créés, des affiches, des flyers, des guides, des ateliers, des conférences, des expositions, etc. **les informations existantes pour la population générale ont progressé en termes de visibilité et de disponibilité.** 63% des personnes interrogées se souviennent ainsi de la campagne Dépression, notamment grâce aux affiches envoyées dans les cabinets médicaux, hôpitaux, lycées, etc. Les hommes ont moins entendu parler de la campagne Dépression que les femmes. Les personnes inactives, dont les personnes de 65 ans et +, ont trouvé la campagne moins visible que les autres. Le sondage montre aussi que la presse, TV et radio sont des supports à développer pour toucher les plus de 55 ans.

976 professionnels de première ligne ont participé à la formation dédiée au repérage de la crise suicidaire mise en place par le CIP ; cette formation répond à un besoin qui n'était pas couvert et qui donne toute légitimité au CIP pour répondre aux demandes d'expertise des secteurs. Le secteur médico-social (hors médecins généralistes) est le plus représenté dans ces formations (85% des personnes formées), avec une sous-représentation des enseignants, des personnels soignants intervenant en soin somatique et des médecins généralistes.

Recommandations

- Les offres de sensibilisation et de formation doivent continuer à s'adresser au grand public et aux professionnels de première ligne. Les formations doivent cibler plus spécifiquement **le personnel enseignant et les professionnels de santé exerçant en libéral, ainsi que ceux exerçant dans le secteur du soin somatique**, avec des offres adaptées à leurs contraintes ou à leurs plans de formation. Elles doivent aussi concerner les proches : collègues, entourage des groupes à risque afin d'offrir un cadre bienveillant aux personnes en souffrance, de détecter les signes et d'orienter précocement vers les services d'aide.

La qualité de l'accompagnement

Au terme du plan, il apparaît que **la légitimité du CIP est acquise en tant que fonction support et/ou d'expertise avec la mise à disposition d'outils, de protocoles et d'apports ciblés.** Le CIP a notamment venu donné des outils spécialisés aux professionnels des secteurs généralistes, même si celui de la médecine générale reste difficile à impliquer.

L'évaluation met en évidence une problématique sérieuse qui est l'accès à la prise en charge pour les personnes en souffrance psychique : 89% des personnes interrogées déclarent qu'elles pourraient demander de l'aide si besoin. Mais globalement, **l'ensemble des acteurs rencontrés témoignent d'une prise en charge difficile, avec des services spécialisés souffrant d'un long délai d'attente ou de services d'urgence inadaptés aux besoins de prise en charge.** Sur ce point, il apparaît que le système reste hospitalo-centré alors que les besoins des personnes en souffrance psychique demandent une souplesse de prise en charge, impliquant les différents secteurs : hospitalier, extrahospitalier et ambulatoire. L'accès aux soins spécialisés apparaît globalement retardé ou non suivi. Les secteurs de prise en charge ont des missions complémentaires qu'il serait nécessaire de redéfinir et d'adapter aux

besoins, aux ressources disponibles et aux ressources nécessaires. Une stratégie de santé mentale permettrait une réflexion globale et une implémentation plus cohérente.

Recommandations

- La prévention du suicide est une mission qui doit s'organiser en appui aux services généralistes qui expriment un besoin d'expertise et d'aide à la thématisation de cette problématique.
- La stratégie de santé mentale doit définir les missions des différents secteurs : hospitalier, extrahospitalier et ambulatoire, ainsi que les missions non couvertes et les moyens à déployer afin de proposer une offre cohérente pour un accès facilité aux services de soins spécialisés.

2 CONTEXTE

Au Luxembourg, **le taux brut de mortalité due au suicide est de 11.1 pour 100 000 habitants en 2017, soit 66 décès par suicide pour la même année**⁴. Le suicide représente la deuxième cause de mortalité chez les 15-29 ans⁵.

D'après les estimations, les tentatives de suicide sont 20 fois plus nombreuses que les suicides. L'impact sur l'entourage, familles, proches, collègues, communauté scolaire, etc. est particulièrement important.

La prévention du suicide a été reconnue priorité de Santé publique en 2012 au Luxembourg. **En 2015, le Plan National de Prévention du Suicide (PNPS) est adopté par le Gouvernement, fixant 33 actions prioritaires à mettre en œuvre entre 2015 et 2019.**

L'objectif général du plan est de combattre les causes et les conséquences du suicide et de réduire les tentatives de suicide et les décès par suicide au Luxembourg. Basé sur les données de mortalité disponibles dans le pays, le PNPS a été élaboré à partir de données scientifiques documentées à l'étranger. Il est inspiré du modèle australien *Living Is For Everyone* (LIFE). Le but de ce modèle est de renforcer les individus, les familles et la communauté et d'augmenter les capacités de la communauté à répondre rapidement et de manière coordonnée à la détresse des personnes.

La mise en place du plan s'est appuyée sur un travail intersectoriel conséquent, avec des groupes de travail constitués d'experts nationaux :

- Un groupe de travail interministériel chargé de superviser les travaux d'élaboration ;
- Un groupe de travail « Prévention du suicide en milieu professionnel » ;
- Un groupe de travail « Prévention du suicide et 3^{ème} âge » ;
- Un groupe de travail « Prévention du suicide chez les jeunes » ;
- Un groupe de travail « Prévention du suicide et trauma » ;
- Un groupe de travail « Prévention du suicide et crise suicidaire » ;
- Un groupe de travail « Prévention du suicide et addictions ».

Les politiques et les experts ont travaillé de façon transversale, avec une approche à plusieurs entrées: facteurs de risque, facteurs de protection, conséquences du suicide pour l'entourage, les différents milieux de vie et les différents âges de la vie.

L'évaluation globale du plan a été commanditée par le Ministère de la santé en 2019 ; elle fait suite à une première évaluation de 4 actions mises en œuvre dans le cadre du PNPS, réalisée en 2018, dont les résultats sont intégrés au présent rapport :

⁴ Direction de la santé. Statistiques des causes de décès pour l'année 2017. Luxembourg.

⁵ L'OMS définit le suicide (à travers la classification ICD-10) par le groupe de codes X60 à X84 nommés spécifiquement « lésions auto-infligées ». Ces libellés identifient non pas les traumatismes, mais les procédés utilisés par les suicidés. Dans la classification ICD-10, on distingue les « lésions auto-infligées » (codes X60 à X84) des « événements dont l'intention n'est pas déterminée » (codes Y10 à Y34), qui eux regroupent les décès dus à des traumatismes dont l'intention n'est pas claire (accident, suicide, agression). Dans un souci d'une plus grande exhaustivité, depuis 1975, les données sur le suicide au Luxembourg sont généralement communiquées au niveau national en rassemblant à la fois les codes X60 à X84 (lésions auto-infligées) et les codes Y10 à Y34 (événements dont l'intention n'est pas déterminée), ce qui explique la différence entre les données nationales et les données comparées à d'autres pays.

- Action « Campagnes de sensibilisation » : La sensibilisation du grand public aux problèmes de santé mentale, avec la campagne de sensibilisation « La dépression : parlons-en » lancée fin 2017 et la campagne de sensibilisation « L'anxiété : parlons-en » lancée en avril 2019.
- Action « Etablissements scolaires » : La mise en place d'un protocole de postvention dans les établissements scolaires en cas de décès inopiné.
- Action « Groupe de Support Psychologique (GSP) » qui met en place une procédure de suivi des familles touchées par un suicide.
- Action « Formation » : La formation à l'intervention en cas de crise suicidaire pour les professionnels de première ligne.

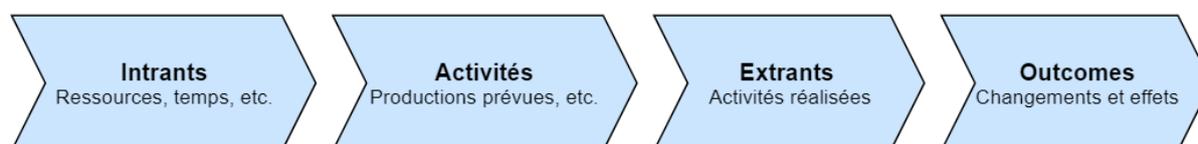
Le rapport s'articule autour de 4 parties :

- 1- Les résultats de l'évaluation.
- 2- L'analyse de données de santé mentale déclinée autour de 5 thématiques transversales :
 - La Gouvernance ;
 - La Mortalité et la Morbidité ;
 - Les Facteurs de risque et Facteurs de protection ;
 - Les Signes d'alerte ;
 - La Qualité de l'accompagnement et/ou de la prise en charge.
- 3- Un focus sur 3 thèmes, réalisé à partir des entretiens semi-directifs ou de réunions de travail spécifiques organisées avec des professionnels investis dans chaque secteur concerné :
 - Jeunesse, école et risque suicidaire ;
 - Santé en entreprise ;
 - Les personnes âgées.
- 4- Le détail de la mise en œuvre des 33 actions définies comme prioritaires.

3 METHODOLOGIE

3.1 EVALUATION GLOBALE DU PNPS 2015-2019 :

L'évaluation globale du plan fait le bilan de la mise en œuvre, depuis les ressources mobilisées jusqu'à l'analyse des changements :



L'évaluation est conduite *in itinere* : le recueil de données a démarré en 2018, en cours de plan. Des ajustements ont ainsi d'ores et déjà pu être mis en place en fonction des premières analyses. Une évaluation finale complète la démarche, permettant d'observer les conséquences du plan à court terme. L'objectif de l'évaluation est de regarder la performance opérationnelle, c'est-à-dire la production, la conformité et l'adaptation du programme d'actions, sachant que l'objectif est de proposer des recommandations d'amélioration pour définir la politique de prévention du suicide à venir.

L'évaluation mesure donc la pertinence, l'efficacité et la pérennité du plan. Compte tenu de la nature préventive du plan, avec une politique qui doit se décliner à moyen et à long terme, il ne peut y avoir, à ce stade, d'évaluation des impacts du plan.

L'évaluation s'attache à explorer les résultats avec les gestionnaires de projet, avec comme objectifs d'améliorer l'implémentation des actions mises en œuvre. En effet, l'évaluation faisait partie du processus d'amélioration de la mise en œuvre, que ce soit pendant le recueil de données ou lors de la mise en exergue des premiers résultats : exemple de l'enquête par questionnaire auprès des médecins qui, ayant pour objectif de vérifier la connaissance de la campagne de sensibilisation à la dépression, a été l'occasion de rappeler les supports disponibles ; exemple de l'adaptation du Guide de postvention à destination des établissements scolaires qui a été simplifié au cours de l'année 2020 suite à l'évaluation de l'action en 2018.

Questions évaluatives pour l'évaluation globale du PNPS 2015-2019 :

L'évaluation globale du PNPS a commencé au cours de l'année 2019. Les questions auxquelles l'évaluation doit répondre sont :

Le PNPS permet-il de :

4. Progresser dans la prévention du suicide par une organisation de la gouvernance interministérielle, une baisse des facteurs de risque et une augmentation des facteurs de protection, une baisse de la mortalité due au suicide et des tentatives de suicide ?
5. Augmenter les compétences des professionnels, de l'entourage et des personnes concernées pour reconnaître les signes d'alerte et savoir orienter et demander de l'aide ?
6. Proposer des prestations de qualité pour l'accompagnement des personnes suicidaires et de leur entourage ?

Logique d'évaluation globale

Pertinence des actions

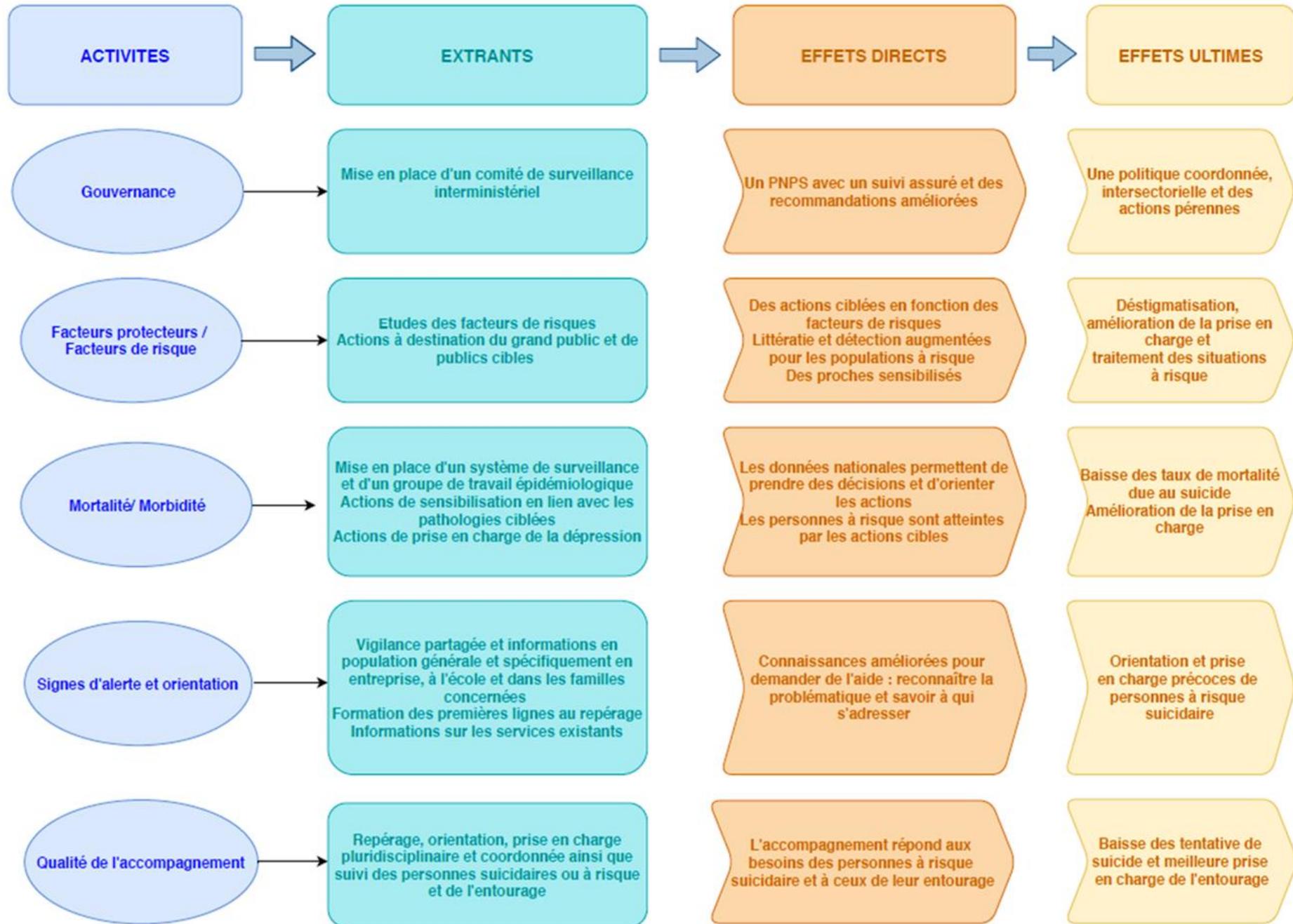
Les actions proposées et mises en œuvre doivent être pertinentes au regard des besoins liés à la prévention du suicide : prévention des facteurs de risque des comportements suicidaires, des facteurs de protection et du vécu des personnes concernées (dont la prise en charge de l'entourage).

Efficacité des actions

Les objectifs fixés par le plan doivent avoir été atteints en termes de publics cibles, d'effectifs, d'appropriation des outils et de satisfaction. Les actions doivent s'inscrire de manière durable dans l'agenda politique, avec une implication d'acteurs du secteur médico-social mais aussi du domaine des entreprises ou de l'éducation, ainsi que de leurs tutelles.

Les résultats de l'évaluation s'articulent autour de 5 thématiques transversales. Le schéma ci-après présente un cadre logique de lecture, indiquant le lien entre les thématiques, les activités réalisées (extrants) et les effets attendus du plan.

Figure 1. Cadre logique de l'évaluation



AXE GOUVERNANCE

- 1) La question de la prévention du suicide croise des thématiques multiples. L'intersectorialité doit pouvoir s'organiser pour offrir aux personnes vulnérables l'accompagnement adéquat.
- 2) Les actions doivent s'inscrire dans une vision de développement pérenne grâce à une politique prioritaire en matière de prévention et de promotion de la santé mentale.
- 3) Le PNPS a besoin d'une politique coordonnée afin de suivre les actions du plan, de les améliorer et de les adapter si nécessaire.

AXE MORTALITE / MORBIDITE

- 1) Des données épidémiologiques doivent être disponibles pour permettre d'orienter la politique globale de prévention et les actions afférentes.
- 2) Les actions cibles visant les personnes à risque doivent leur être visibles et adaptées.

AXE FACTEURS PROTECTEURS / FACTEURS DE RISQUE

- 1) Les actions doivent cibler prioritairement les facteurs de risque reconnus qui conduisent au passage à l'acte suicidaire.
- 2) Les connaissances et compétences de la population générale et de l'entourage des personnes à risque doivent être augmentées pour permettre une détection précoce et une orientation adéquate.

AXE SIGNES D'ALERTE ET ORIENTATION

- 1) Les professionnels de premières lignes, l'entourage des personnes à risque et la population générale dans son ensemble doivent, à leur niveau, pouvoir améliorer leur connaissance du risque suicidaire et des structures d'aide disponibles.

AXE QUALITE DE L'ACCOMPAGNEMENT/ DE LA PRISE EN CHARGE

- 1) L'accompagnement et la prise en charge sont organisés pour répondre aux besoins des personnes à risque suicidaire et à leur entourage.

3.2 METHODES DE RECUEIL DE DONNEES

Plusieurs types de recueil de données ont été réalisés : entretiens, sondage, analyse de base de données et rapports d'activités.

Entretiens auprès des gestionnaires de projet :

Plusieurs entretiens ont été réalisés avec les 4 psychologues du Centre d'Information et de Prévention, chargé de la mise en œuvre du PNPS, entretiens menés tout au long de l'évaluation en fonction des besoins.

Entretiens semi-directifs :

40 entretiens ont été réalisés, auprès de personnes concernées par la thématique.

- 10 entretiens semi-directifs avec les personnes impliquées dans la gouvernance des questions de santé mentale
- 30 entretiens avec des professionnels intervenant auprès de groupes cibles ou sur des thématiques en lien avec la santé mentale.

De nombreux secteurs d'activité ont été couverts :

- Secteur de la psychiatrie hospitalière, extrahospitalière et ambulatoire ;
- Secteur de la médecine générale : AMMD, ALFORMEC ;
- Services des urgences des hôpitaux ;
- Direction de la santé : division de la médecine sociale, médecine curative, médecine scolaire, service épidémiologie et statistiques ;
- Secteur Recherche : LIH, Université, LISER ;
- Secteur Groupes stigmatisés : migrants, détenus ;
- Secteur Addiction : CNAPA ;
- Secteur Personnes âgées : CIPA, Services de soins à domicile, RBS Center fir Altersfroen ;
- Secteur du travail et de l'entreprise : CSL, Services de santé au travail ;
- Secteur Ecole : CEPAS, Ministère de l'éducation nationale ;
- Formation des professionnels de santé : LTPS ;
- Secteur secours : Police, CGDIS, GSP.

Analyse des données de fréquentation des 3 sites internet :

Les données disponibles de fréquentation de trois sites Internet créés dans le cadre du plan ont été analysées : www.prevention-depression.lu, www.prevention-suicide.lu et www.prevention-panique.lu

Analyse documentaire :

Rapports d'activités, registres, études et enquêtes, données IGSS, etc.

Sondage en population générale (N=402) :

Un sondage auprès d'un échantillon de la population luxembourgeoise résidente a été réalisé, avec un retour de 402 questionnaires. Le questionnaire a été adressé en ligne à un panel représentatif par un institut de sondage en novembre 2019 (Cf. Annexe I page 116).

Le sondage porte sur la connaissance de la campagne Dépression et de la Campagne Anxiété ainsi que sur la capacité à demander de l'aide pour soi-même ou un proche en cas d'idées suicidaires.

Questionnaires aux médecins généralistes, aux médecins psychiatres et aux psychologues psychothérapeutes par courrier (N=84 : nombre de retours) :

Le questionnaire est disponible en annexe page 122. Il a été envoyé à 942 professionnels et retourné par courrier au CIP. Il comporte 14 questions.

Il permet de savoir si les médecins généralistes (N=622), les médecins psychiatres (N=128) et les psychologues psychothérapeutes (N=192) ont été touchés par la campagne Dépression (et par quels biais), si la campagne a modifié la fréquentation de leur cabinet en termes de prise en charge de la dépression et s'ils ont besoin d'outils de formation, d'information, de prise en charge et de diagnostic.

Analyse des questionnaires d'évaluation de la formation par les participants en 2017 (N=91) :

Les questionnaires d'évaluation réalisés systématiquement à chaque session de formation renseignent sur la satisfaction vis-à-vis de la formation au repérage de la crise suicidaire. Les questionnaires de l'année 2017 ont été analysés.

Analyse de la base de données des participants à la formation depuis 2015 (N=605⁶) :

La base de données renseigne sur le nombre de personnes formées depuis 2015 et l'institution pour laquelle ils travaillent. Il n'a pas toujours été possible d'identifier la fonction exercée par les participants : l'information était disponible pour 332 d'entre eux.

Sondage auprès des personnes formées au RUD depuis 2015 (N=33) :

Le sondage élaboré spécifiquement pour la présente évaluation a été envoyé par mail (N=229), *via* SurveyMonkey (Cf. Questionnaire page 124) pour les personnes dont l'adresse mail était disponible⁷. Il a permis d'évaluer l'appropriation des compétences acquises et l'application de l'outil dans la pratique professionnelle.

Groupe de discussion avec des membres du « Groupe Suicide » du GSP :

Pour connaître comment le GSP a construit, mis en place et appliqué une procédure de suivi auprès des familles endeuillées par un suicide, un groupe de discussion « semi-directif » a été proposé. 6 personnes du groupe Suicide du GSP ont participé.

Réunions de travail :

3 Groupes de travail réunissant les acteurs impliqués sur trois sujets spécifiques :

- Epidémiologie de la santé mentale
- Jeunesse, école et risque suicidaire
- Santé en entreprise

⁶ Si 976 personnes ont été formées au 31 décembre 2019, la base de données des participants n'est pas complète au moment de l'analyse.

⁷ Pour un groupe d'une même institution, une seule adresse mail est généralement renseignée.

4 LES RESULTATS DE L'ÉVALUATION

L'évaluation du Plan National de Prévention du Suicide (PNPS) s'intéresse à l'ensemble des 33 actions du plan mises en œuvre entre 2015 et 2019.

4.1 QUESTIONS D'ÉVALUATION

L'évaluation doit permettre de vérifier si le PNPS a permis de :

1. Progresser dans la prévention du suicide par une organisation de la gouvernance interministérielle, une baisse des facteurs de risque et une augmentation des facteurs de protection, une baisse de la mortalité due au suicide et des tentatives de suicide ?
2. Augmenter les compétences des professionnels, de l'entourage et des personnes concernées pour reconnaître les signes d'alerte et savoir orienter et demander de l'aide ?
3. Proposer des prestations de qualité pour l'accompagnement des personnes suicidaires et de leur entourage ?

4.2 PRINCIPAUX CONSTATS

Avec un taux brut de mortalité due au suicide est de 11.1 pour 100 000 habitants en 2017, soit 66 décès par suicide pour la même année⁸, **les données de mortalité montrent une tendance à la baisse** ces dernières années, données avec lesquelles il faut être prudent, compte tenu de la taille du pays.

Globalement, les données portant sur **les idées suicidaires et sur la dépressivité montrent une situation préoccupante, en particulier pour les jeunes et les personnes les plus âgées.**

⁸ Direction de la santé. Statistiques des causes de décès pour l'année 2017. Luxembourg.

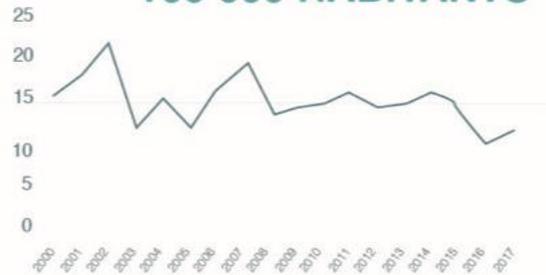
4.2.1 Quelles données épidémiologiques au Luxembourg ?

LES DÉCÈS DUS AU SUICIDE

NOMBRE DE DÉCÈS



EVOLUTION POUR 100 000 HABITANTS



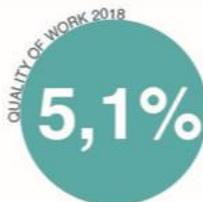
LES TENTATIVES DE SUICIDE



DÉCLARENT AVOIR FAIT UNE TENTATIVE DE SUICIDE
DANS LES 12 DERNIERS MOIS.

LES IDÉES SUICIDAIRES

DANS LES 12 DERNIERS MOIS :

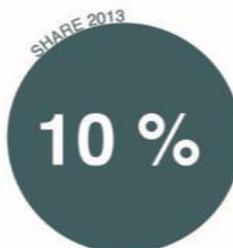
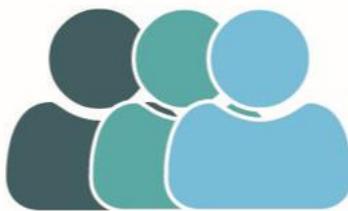


DES TRAVAILLEURS
ONT EU DES IDÉES SUICIDAIRES

DES 12-18 ANS
ONT SÉRIEUSEMENT
PENSÉ AU SUICIDE

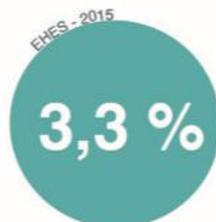
HBSC 2014
15,2%

AU COURS DU DERNIER MOIS :



DES 50 ANS ET +
ONT EU DES IDÉES SUICIDAIRES

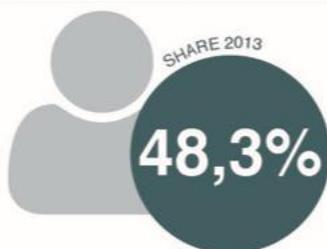
AU COURS DES DEUX DERNIÈRES SEMAINES :



DES 25-64 ANS
ONT EU DES IDÉES SUICIDAIRES

LA DÉPRESSIVITÉ

AU COURS DU DERNIER MOIS :

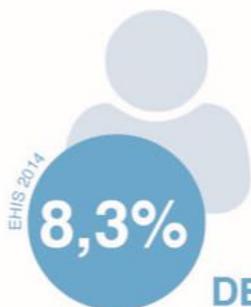


DES 50 ANS ET +
SE SONT SENTIS
TRISTES OU DÉPRIMÉS

DANS LES 12 DERNIERS MOIS :



DES 12-18 ANS SE SONT SENTIS
SI TRISTES OU SI DÉSESPÉRÉS
pendant au moins 2 semaines entières
de sorte qu'ils ont arrêté leurs
activités habituelles



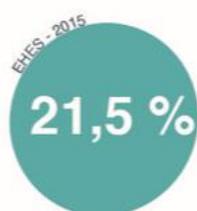
DES 15 ANS + ONT PRÉSENTÉ
DES SYMPTÔMES DÉPRESSIFS

AU COURS DES DEUX DERNIÈRES SEMAINES :

9,5% 
DES LUXEMBOURGEOIS SONT TOUCHÉS
PAR DES PROBLÈMES DE DÉPRESSION CHRONIQUE

7,1% 
DE LA POPULATION EUROPÉENNE SONT TOUCHÉS
PAR DES PROBLÈMES DE DÉPRESSION CHRONIQUE

LA DÉPRESSION CHRONIQUE TOUCHE 9.5% DES 15 ANS ET + EN 2014 
CONTRE 7.1% DANS L'UNION EUROPÉENNE 



DES 25 À 64 ANS
PRÉSENTENT DES
SYMPTÔMES DÉPRESSIFS AVEC :

15.5%
DE MANIÈRE
LÉGÈRE

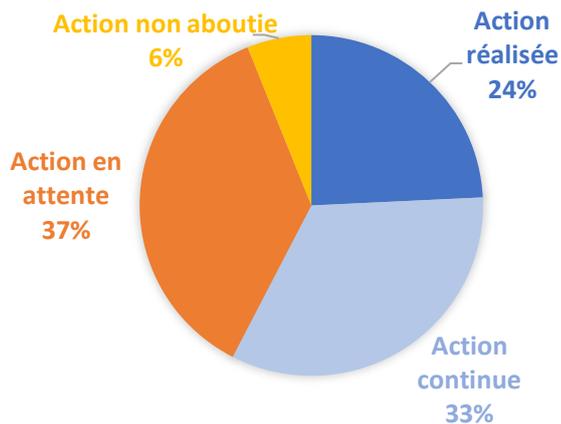
3.5%
MODÉRÉE

2.5%
SÉVÈRE

4.2.2 Quels freins et leviers aux actions prévues ?

Sur les 33 actions, plus de la moitié a été réalisée (aboutie ou en continu) : 19 contre 14 (en attente ou non abouties)

- 8 actions réalisées,
- 11 actions continues,
- 12 actions en attente
- 2 actions non abouties.



Action en attente	n=12
Action non aboutie	n=2
Action continue	n=11
Action réalisée	n=8

Tableau 1. Liste des actions classées par axe, détaillant leur réalisation

ACTIONS
Action 1 : Etudes bibliographiques sur le risque suicidaire en lien avec le type d'addiction
Action 2 : Autopsies psychologiques
Action 3 : Système d'enregistrement national des décès par suicide, des tentatives de suicide et mise en place d'un groupe de travail sur l'épidémiologie
Action 4 : Création d'un comité de surveillance interministériel
Action 5 : Programmes de promotion de la santé mentale en entreprise
Action 6 : Sensibilisation sur les comportements d'addiction dès le plus jeune âge
Action 7 : Augmentation du temps d'écoute de SOS Détresse
Action 8 : Connaissance des problématiques des groupes stigmatisés et orientation vers les services d'aide
Action 9 : Promotion des métiers de la santé mentale
Action 10 : Entraide sociale et soutien au projet de support de voisinage
Action 11 : Vigilance partagée en entreprise
Action 12 : Information et sensibilisation relatives aux addictions
Action 13 : Intégration d'une directive dans le code de déontologie de presse
Action 14 : Formations des journalistes pour une rédaction responsable et préventive

Action 15 : Journées de santé mentale en collaboration avec les communes
Action 16 : Campagnes de sensibilisation du grand public aux problèmes de santé mentale
Action 17 : Information sur les risques de la perte d'autonomie chez la personne âgée
Action 18 : Protocole de prise en charge pour enseignants : signes d'alerte et postvention
Action 19 : Coordination dans la prise en charge des personnes en souffrances psychiques
Action 20 : Rémunération pour les acteurs de terrain participant aux réunions interministérielles ou pluridisciplinaires
Action 21 : Evaluation du potentiel suicidaire d'une population à haut risque par le biais des dossiers informatiques
Action 22 : Guide de recommandations pour les familles en cas de crise suicidaire
Action 23 : Protocole d'annonce d'un décès par suicide et proposition de soutien
Action 24 : Dépliant listant les adresses utiles à l'intention des familles touchées
Action 25 : Suivi de l'entourage par le Groupe de Support Psychologique après un décès par suicide
Action 26 : Dépistage des situations familiales à risque pour les femmes enceintes et/ou avec nouveau-né et orientation
Action 27 : Protocole de prise en charge en entreprise en cas de crise suicidaire et postvention
Action 28 : Outils de dépistage, de diagnostic et de traitement de la dépression pour les professionnels de la santé
Action 29 : Formation des professionnels de première ligne à l'intervention en cas de crise suicidaire
Action 30 : Protocole de suivi post-hospitalier pour les personnes ayant fait une tentative de suicide
Action 31 : Intégration de cours sur le repérage de la crise suicidaire dans la formation initiale des professionnels de première ligne
Action 32 : Création d'un réseau d'experts sur la dépression
Action 33 : Elaboration d'un document de consensus et de bonnes pratiques pour le traitement de la dépression

Les actions réalisées sont celles qui ont donné lieu à l'édition de documents : guides, protocoles, dépliants, etc. à destination de professionnels, de l'entourage ou du grand public. Elles sont donc considérées comme terminées même si un travail de suivi, d'amélioration et d'appropriation a souvent été ou aurait été nécessaire, sans avoir été budgétisé (Action 18, Guide de postvention pour les établissements scolaires).

Les actions continues sont celles qui sont encore en cours, soit parce qu'elles sont pérennes (Action 25, Intervention du groupe de support psychologique à la suite d'un suicide dans une famille) ou reconductibles (Action 15, Semaine de santé mentale), soit parce qu'elles impliquent un groupe de travail et un large secteur d'implémentation (Action 11, Vigilance partagée en entreprise).

Les actions en attente sont :

- Les actions liées aux addictions dont les compétences sont partagées avec d'autres services ou inscrites dans des plans dédiés : CNAPA, Jugend an Drogen Hëllef, Plan d'action contre le mésusage d'alcool ;
- Les actions qui n'ont pas été développées en priorité compte tenu du manque de ressources humaines pour la mise en œuvre ;
- Les actions qui auraient eu besoin d'une gouvernance coordonnée et interministérielle ;
- Les actions qui concernent un secteur spécifique (formations initiales, femmes enceintes, groupes stigmatisés), qui comptent des acteurs impliqués sur leur thématique. Ces services n'ont pas eu de moyens spécifiquement attribués pour la mise en œuvre d'actions dans le cadre du PNPS et ne

réalisent pas d'actions spécifiques pour la prévention du suicide. Le CIP n'avait pas la légitimité pour prendre l'initiative de la mise en œuvre d'actions dans ces secteurs.

Les actions non abouties : l'une a été confrontée à une base légale non adaptée à la protection des données (Action 2, Réalisation d'autopsies psychologiques) malgré un important travail fourni en amont de sa réalisation et l'autre demande un travail commun avec le secteur exerçant en libéral (Action 28, Mise à disposition d'outils de dépistage, de diagnostic et de traitement de la dépression pour les médecins généralistes et les psychologues et psychothérapeutes), pour lequel il n'y a pas d'interlocuteur, d'autres choix ont été faits (Cf. page 102).

L'évaluation avait pour objectif d'interroger la pertinence et l'efficacité du PNPS.

4.2.3 Constats portant sur la pertinence des actions

Le PNPS a émergé d'un travail de concertation réalisé avec les acteurs de terrain. Il a été construit en adéquation avec à la fois l'état des connaissances de la science et les besoins identifiés par les acteurs. Compte tenu de ce mode de construction, **les objectifs fixés par le plan correspondent aux attentes et aux besoins des différents secteurs impliqués sur la thématique** de la prévention du suicide : facteurs de risque, facteurs de protection, conséquences du suicide pour l'entourage, les différents milieux de vie et les différents âges de la vie.

La question du suicide est liée au secteur de la santé aussi bien que celui des milieux de vie (travail, école, famille). Elle s'intéresse aux populations à risque ainsi qu'à des moments de la vie plus spécifiques qui peuvent être à risque. Dans cette perspective, la pertinence des actions renvoie à atteindre des objectifs qui impliquent des secteurs, services et acteurs multiples, dont certains sont généralistes et d'autres investis sur une thématique en particulier. Dans ce sens, le plan demande une concertation et une coordination d'un point de vue de la gouvernance et de la mise en œuvre. Sur ce point, **les actions demandaient un pilotage interministériel qui n'a pas pu se mettre en place empêchant une orientation commune des priorités et une capitalisation des moyens déployés dans chaque secteur**. Aucun moyen n'était alloué à cette fonction. L'implémentation multisectorielle demande également une coordination et une légitimité pour le service chargé de la mise en œuvre qui faisaient défauts. Les actions ont été mises en œuvre de façon juxtaposées, sans être inscrite dans une perspective de politique prioritaire, ce qui ne permet pas de mettre les moyens existants au service des objectifs fixés.

Conclusion portant sur la pertinence

La co-construction du plan organisée de manière intersectorielle par le Ministère et le CIP a été positive et permet une proposition d'actions pertinentes. La mise en œuvre demande une implémentation dans des domaines dans lesquels le CIP n'a pas toujours la légitimité et les moyens humains nécessaires. La thématique demanderait une orientation politique prioritaire pour que l'ensemble des secteurs puissent y contribuer dans un souci de capitalisation des moyens, de coordination des actions et de maximisation des résultats.

4.2.4 Constats portant sur l'efficacité des actions

Pour que les actions soient efficaces, il faut qu'elles aient atteint leurs objectifs, touché les populations ciblées et que ces populations aient pu s'approprier l'apport qui leur était destiné. Plusieurs questions se posent :

- Le CIP a-t-il rencontré des obstacles pour la mise en place de certaines actions ? Dans quels secteurs ?
- Le CIP a-t-il fait des propositions que les acteurs de terrain ont pu s'approprier ?
- Les populations cibles ont-elles été atteintes ? Les messages étaient-ils adaptés ?
- Les effets des actions mises en œuvre peuvent-elles perdurer après l'arrêt des actions ?
- Les actions ont-elles eu des effets sur l'acceptation de la thématique du suicide, sur le partenariat, sur la dynamique à l'œuvre autour de cette thématique ?

Au regard des 5 années écoulées, plusieurs points apparaissent comme positifs alors que d'autres restent problématiques pour rendre efficace les actions envisagées :

Points forts :

- **Des actions à destination du grand public ont été développées** : suicide, dépression et troubles anxieux ont été abordés via des sites internet dédiés et riches en contenus (Cf. Action 16), via deux campagnes de sensibilisation dont les supports multiples ont permis une bonne visibilité (Cf. Résultats sondage Annexe II page 119). Ces sujets n'avaient jamais été abordés à l'échelle du pays.
- **Le CIP est venu donner des outils spécialisés aux professionnels des secteurs généralistes** : protocole pour les écoles, pour les entreprises, pour l'annonce du décès, formations, flyers relatifs à la dépression dans les cabinets des médecins généralistes, etc. Ces supports sont soit l'occasion d'aborder un sujet qui restait tabou, soit le moyen de trouver des réponses dans les moments les plus délicats. Dans ce sens, **les professionnels de première ligne ont été nombreux à participer à la formation au repérage de la crise suicidaire** proposée par le CIP, formation qui répondait à un besoin de trouver des outils pratiques et d'échanger sur la question difficile du suicide (Cf. Annexe V sur la satisfaction des participants à la formation page 125).
- Le CIP a répondu à des carences du système avant la mise en place du plan : repérer comme acteur incontournable pour la prévention du suicide, il est devenu l'interlocuteur à privilégier pour les acteurs des secteurs généralistes (école, travailleurs, soins généraux) même s'il demande à être encore mieux connu. Au cœur de l'intersectorialité, **le CIP a favorisé la concertation autour de thématiques spécifiques** (Exemple : la perte d'autonomie chez la personne âgée) ou sur un territoire (Exemple : les communes pendant la Semaine de la santé mentale)

Points faibles :

- Certains secteurs généralistes sont vastes et difficiles à circonscrire. **Les actions portant sur le secteur de l'entreprise sont sans doute trop ambitieuses** pour que les objectifs puissent être atteints, secteur pour lequel le CIP peut jouer un rôle d'expert aux actions développées en interne.
- Certains secteurs sont difficiles à impliquer comme celui de la **médecine générale**, pour plusieurs raisons :

- Il n'existe pas d'interlocuteur en particulier ;
 - Le statut de libéral est un frein pour consacrer du temps aux groupes de travail ;
 - L'impact sur les pratiques est faible compte tenu des habitudes de travail, d'un intérêt variable pour les questions de santé mentale et de la courte durée des consultations qui empêchent de consacrer du temps à chacune des pathologies rencontrées en cabinet de médecine générale.
- **Certains secteurs, services ou institutions sont cloisonnés, avec peu de collaboration interne et externe, tant au niveau de la gouvernance qu'au niveau opérationnel.** Certains lycées, par exemple, souffrent du manque de concertation pour les élèves les plus à risque : la question de la prévention y est peu présente, elle n'est pas portée par le projet de l'établissement mais par des services ou des personnes isolées, sans lien avec l'ensemble des acteurs qui pourraient être impliqués.
 - Globalement, la question de la légitimité du CIP en tant que porteur de projet est soulevée pour les actions dont la mise en œuvre est liée à un autre service déjà investi dans ce champ d'activité. La légitimité du CIP est par contre acquise en tant que fonction de support ou d'expertise.
 - Compte tenu de ces freins et de la diversité des thématiques et facteurs liés à la question de la prévention du suicide, **les 33 actions du plan nécessitent des ressources humaines supérieures** à celles attribuées.

Conclusion portant sur l'efficacité :

Compte tenu de la diversité des champs à couvrir par la prévention du suicide, les actions les plus efficaces sont 1) celles qui s'intéressent à des domaines non couverts par ailleurs (comme la sensibilisation en population générale ou la formation au repérage de la crise suicidaire), c'est-à-dire des actions spécialisées « Prévention du suicide » pour lesquelles d'autres acteurs ne sont pas présents : le place du CIP y est légitime. Et 2) les actions pour lesquelles le CIP met à disposition son expertise : outils, protocoles, apports ciblés soit pour les secteurs généralistes qui prennent en charge tous types de problématiques, soit pour des secteurs spécialisés qui prennent en charge une population cible et dont les facteurs de risques sont à travailler (personnes âgées, personnes stigmatisées, etc.) : la place du CIP est alors une fonction support et expertise.

4.2.5 Constats en réponse aux questions d'évaluation

Le PNPS permet-il de progresser dans la prévention du suicide par une organisation de la gouvernance interministérielle ?

Les questions de santé mentale, dont la prévention du suicide, demandent une gouvernance interministérielle qui a fait défaut pendant la durée du plan. Le manque de comité de suivi et/ou d'un organe de décision interministériel n'a pas permis de progresser dans l'implémentation intersectorielle des actions à mettre en œuvre. L'ensemble des plans approuvés par le gouvernement peuvent avoir un impact sur la santé mentale et à ce jour **il n'existe pas d'orientation prioritaire et de coordination sur ce point.**

Le PNPS permet-il de progresser par une baisse de la mortalité due au suicide et des tentatives de suicide ?

Les données de mortalité montrent une tendance à la baisse, chiffres qu'il est nécessaire de suivre sur un plus long terme. Globalement, **la disponibilité des données épidémiologiques relatives à la santé mentale est en très nette progression** depuis quelques années, grâce aux différents registres, enquêtes et études mis en place. Pour les tentatives de suicide, un suivi pourra s'organiser à l'avenir grâce au registre des traumatismes et accidents mis en place dans les services d'urgence des hôpitaux. Les données de 2018 sont en cours de validation.

Le PNPS permet-il une baisse des facteurs de risque et une augmentation des facteurs de protection ?

Grâce aux multiples supports développés et aux offres proposées par le CIP, **une dynamique de déstigmatisation s'est engagée en population générale ou à destination de groupes cibles.** Aujourd'hui, des messages peuvent être ajustés pour poursuivre cette démarche, notamment dans les écoles et les entreprises qui souffrent encore d'une tabouisation de la question. La sensibilisation permet en effet qu'une demande d'aide précoce soit rendue possible.

Des bonnes pratiques existent, notamment grâce à des actions de proximité, mises en œuvre par les acteurs de terrain impliqués sur leur secteur thématique. Ces actions demandent à être valorisées et mises en commun pour une appropriation par un plus grand nombre.

Les facteurs de risque restent abordés de manière juxtaposée : chaque acteur ou service construit ses propres outils autour de thématiques comme la résilience, le bien-être, le harcèlement, l'addiction etc. sans pouvoir s'inscrire dans un cadre de référence.

Le PNPS permet-il d'augmenter les compétences des professionnels, de l'entourage et des personnes concernées pour reconnaître les signes d'alerte et savoir orienter ?

Les sessions de formation au repérage de la crise suicidaire ont permis de former 976 professionnels (au 31 décembre 2019), deux fois plus que ce qui était attendu, et d'augmenter ainsi les compétences des professionnels de première ligne. Le secteur médico-social (hors médecins généralistes) étant largement représenté (85% des personnes formées), les personnels des écoles et des soins généralistes ou somatiques, dont les professionnels de santé exerçant en libéral seraient à cibler à l'avenir.

Avec deux campagnes nationales de sensibilisation aux problèmes de santé mentale, organisées durant la durée du plan, **les informations disponibles pour la population générale ont progressé en termes de visibilité et de disponibilité.**

Le PNPS permet-il de proposer des prestations de qualité pour l'accompagnement des personnes suicidaires et de leur entourage ?

Concernant la demande d'aide et l'orientation des personnes en souffrance psychique, 89% des personnes interrogées déclarent qu'elles pourraient demander de l'aide si besoin. Mais globalement, **l'ensemble des acteurs rencontrés témoignent d'un accès aux soins difficile, avec des services spécialisés souffrant d'un long délai d'attente ou de services d'urgence inadaptés aux besoins de prise en charge.** Sur ce point, les besoins des personnes en souffrance psychique demandent une souplesse de prise en charge hospitalière, extrahospitalière et ambulatoire, ce qui demande une adéquation entre l'offre et les ressources disponibles et les besoins observés.



Figure 2. Schématisation des problèmes d'orientation des personnes en souffrance psychique

4.3 PRINCIPALES RECOMMANDATIONS

D'un point de vue de la gouvernance

- **Un comité interministériel relatif à la santé mentale** permettrait de coordonner les politiques et les actions qui touchent à la santé mentale, aux facteurs de risques et aux facteurs de protection pour la prévention du suicide, portant ainsi la santé mentale comme une priorité de santé publique.
- **Une stratégie de santé mentale** permettrait de recenser les ressources et actions existantes, de définir les populations couvertes et non couvertes et de se projeter dans une perspective de développement pérenne en adéquation avec les besoins observés.

Pour les questions de mortalité et de morbidité

- Les données épidémiologiques relatives au suicide (tentatives et idées suicidaires) doivent être préservées dans les registres, enquêtes et études en cours et mises au service des politiques, afin d'adapter les ressources nécessaires aux besoins identifiés dans une stratégie de santé mentale qui comprendra les services spécialisés aussi bien que les services généralistes.
- Les filières de détection et de prise en charge doivent proposer **une offre à bas seuil** souple et réactive pour les populations les plus à risque : jeunes, personnes âgées, migrants et travailleurs des milieux professionnels sous tension.

Concernant les facteurs de risques et les facteurs de protection

- **Les bonnes pratiques existantes doivent être rendues visibles et généralisables** afin de soutenir une dynamique de développement d'environnements de vie et de travail favorables à la santé mentale.

A propos des signes d'alerte

- **Les offres de sensibilisation et de formation doivent continuer à s'adresser au grand public et aux professionnels de première ligne.** Les formations doivent cibler à l'avenir le personnel enseignant, les acteurs de soins somatiques et les professions libérales. Elles doivent aussi concerner les proches : collègues, entourage des groupes à risque afin d'offrir un cadre bienveillant aux personnes en souffrance, de détecter les signes et d'orienter précocement vers les services d'aide.

La qualité de l'accompagnement et/ ou de la prise en charge

- La prévention du suicide est une mission qui doit s'organiser en appui aux services généralistes qui expriment un besoin d'expertise et d'aide à la thématisation de cette problématique.
- La stratégie de santé mentale doit définir les missions des différents secteurs : hospitalier, extrahospitalier et ambulatoire, ainsi que les missions non couvertes et les moyens à déployer afin de proposer une offre cohérente pour un accès facilité aux services de soins spécialisés.
- **Les formations des professionnels en santé mentale** doivent devenir une priorité pour pallier les carences observées et permettre un développement des secteurs en adéquation avec les besoins.

5 ANALYSE THEMATIQUE DES DONNEES DE SANTE MENTALE

5.1 GOUVERNANCE

Question d'évaluation : Le PNPS permet-il de progresser dans la prévention du suicide par une organisation de la gouvernance interministérielle ?

5.1.1 La gouvernance des questions de santé mentale demande à s'organiser de manière interministérielle

La prise en charge actuelle des questions de santé mentale au Luxembourg prend son origine dans la réforme de la psychiatrie engagée dans les années 2000. Les rapports Haefner (1992) puis Rössler (2005 et 2009), commandités par le Ministère de la Santé, ont défini les lignes directrices d'un système de gestion décentralisé, avec l'ouverture de services aigus dans les hôpitaux généraux et le développement de l'offre extrahospitalière ambulatoire.

Aujourd'hui, l'accord de coalition 2018-2023 prévoit un plan de santé mentale avec comme objectif de « poursuivre la décentralisation de la psychiatrie, l'amélioration de la collaboration entre les secteurs hospitalier et extrahospitalier, la définition d'actes relatifs à la psychothérapie et à la médecine psychosomatique, la diversification et l'augmentation des capacités d'accompagnement extrahospitalier et de logements encadrés ainsi que l'augmentation de la capacité et de la couverture nationale des ateliers thérapeutiques ».

Il est peu fait état des questions de prévention. **Les actions mises en place dans le PNPS montrent que la question du suicide traverse pourtant des secteurs multiples** : travail, école, santé somatique, vulnérabilité, groupes minoritaires ou stigmatisés, etc. et des principes qui fixent les lignes directrices d'une politique : équité, accessibilité, libre-choix, prévention et détection précoce, prise en charge coordonnée, etc.

La gouvernance des questions de santé mentale, si elle est sous l'égide du Ministère de la santé, est aussi portée par d'autres Ministères : Ministère de la Famille et de l'Intégration, Ministère de l'Education nationale, de l'Enfance et de la Jeunesse, Ministère du Travail, de l'Emploi, et l'Economie sociale et solidaire, Ministère de l'Egalité des chances. Elle est mise en œuvre par des acteurs impliqués dans leurs champs de compétences.

Pour la prévention du suicide, l'enjeu est donc :

- **D'avoir une action concertée pour agir sur les différents leviers de prévention primaire** : milieux de vie favorables, développement des compétences individuelles, maillage sectoriel de professionnels et bénévoles de premières lignes, repérage précoce des problématiques psychologiques, etc.
- De coordonner les parcours pour un **meilleur recours aux soins** et des actions de prise en charge ajustées aux besoins,
- De **mettre en commun les ressources engagées** pour un système efficace pour les patients, pertinent pour les professionnels et efficient pour les contribuables.

Alors que la prévention du suicide demande à porter une attention dans toutes les politiques engagées, un cloisonnement est observé au niveau de la gouvernance. La politique de santé mentale n'est pas, à ce jour, le fruit d'une concertation interministérielle⁹.

L'évaluation du PNPS montre :

- **L'absence de concertation interministérielle pour suivre le plan** et proposer des améliorations au cours de la mise en œuvre. En l'absence d'action concertée, le plan n'a pas permis d'agir de façon intersectorielle sur les différents leviers de prévention primaire.
- Il n'existe pas de cadre légal permettant de placer la prévention au sommet des institutions afin d'impulser une dynamique de prévention à tous les niveaux d'un secteur : politique de prévention de la santé mentale dans les écoles, reconnaissance des risques psychosociaux dans le milieu du travail.
- Un **manque de concertation pour l'ensemble des plans et actions ayant un impact sur la santé mentale** : Jugendpakt, Stratégie et plan d'action Addiction, Plan d'action national de mise en œuvre de la convention de l'ONU relative aux droits des personnes handicapées, Actions de santé au travail, Actions dans les écoles, Actions en direction des personnes âgées, Accueil des demandeurs de protection internationale, Plan d'Action Luxembourgeois contre le Mésusage d'Alcool (PALMA), Plan National Cancer, etc. dû notamment à l'absence de ressources humaines spécifiquement attribuées à la fonction de coordination. Les moyens engagés par les différentes stratégies ne sont pas capitalisés.
- Au moment de la rédaction du plan, étaient absents les responsables des Ministères garants d'impulser les actions de leur secteur et les financeurs permettant une dotation adéquate des services chargés de la mise en œuvre. Par conséquent, les actions du PNPS impliquant le secteur de la prise en charge médicale (recours aux soins et suivi) n'ont pas pu aboutir très concrètement.
- Les actions du plan ne s'inscrivent pas dans un **plan de financement et d'implémentation pérenne** sur les missions de monitoring, de coordination et de suivi.
- La construction du PNPS s'est organisée autour de 33 actions prioritaires donnant au CIP la responsabilité de leur mise en œuvre, alors qu'une approche plus détaillée par objectifs permettrait une implication des différents secteurs et une complémentarité des missions de chacun, autour de la thématique de la prévention du suicide.

Recommandation

La transversalité des actions engagées dans le PNPS, comme celles relatives aux autres plans en cours, ayant un impact sur les questions de santé mentale sous-entend de définir l'engagement de chacun.

Il s'agit d'organiser :

- Une pérennisation des actions engagées par une volonté de santé publique,
- Une coordination au niveau des différents Ministères engagés, avec des ressources humaines y afférents.
- Une responsabilité ministérielle qui nécessite de planifier le temps nécessaire à la coordination interne entre services concernés,
- Une évaluation du budget pour chaque Ministère concerné. Le financement doit être pluri ministériel pour que les services puissent exercer leurs fonctions dans tous les secteurs qui ont besoin de leurs compétences, avec les ressources de mise en œuvre nécessaires.

⁹ Au Ministère de la Santé, un service récent a pour mission la coordination des plans en cours en son sein. Cette coordination est une première étape vers un décloisonnement des thématiques de santé.

- Une implication d'experts techniques au moment de la rédaction des plans et un lien opérationnel avec les responsables ministériels dont le mandat permet la prise de décision pour l'affectation de financement et/ou la définition des missions des services conventionnés dont ils ont la charge.
- La Plate-Forme de la psychiatrie est à ce jour un organe consultatif qui pourrait être activé dans la perspective de la rédaction d'une stratégie de santé mentale, si les financeurs sont intégrés à la réflexion sur les axes à développer.
- Une stratégie de santé mentale organisée sous forme d'objectifs, impliquant les différents Ministères et les acteurs référents dans leur secteur, parmi lequel le CIP avec un rôle d'expert pour la prévention du suicide.

5.1.2 Une mise en œuvre du plan difficile à coordonner avec les secteurs généralistes

La question de la prévention du suicide étant principalement portée par la Division de la médecine sociale de la Direction de la santé et le Centre d'Information et de Prévention, il est observé deux types d'implémentation :

- Des actions portées par le CIP, qui souvent mettent en lien des partenaires d'un territoire (Cf. Semaine de la santé mentale) ou d'une thématique (Cf. Guide de postvention avec les acteurs du secteur jeunesse). Le CIP a l'avantage de son indépendance pour faire progresser la mise en œuvre mais l'inconvénient de manquer de légitimité politique pour agir sur des axes de développement pérenne.
- Des actions existantes, déconnectées du Plan, mises en œuvre par des services qui ont une mission proche de la thématique : SEPAS, Services de santé au travail, CNAPA, etc.

Au moment de la rédaction du plan, les moyens du CIP ont été centrés sur des actions prioritaires à mettre en œuvre. Or, **le travail de concertation, d'amélioration et de suivi n'a pas été suffisamment prévu pour organiser une synergie avec les actions existantes**. Le CIP s'est pourtant attaché à organiser les concertations nécessaires sur chaque thématique mais sans autre directive ou cadre d'application que les actions du plan.

Le CIP a interpellé des acteurs comme les communes, les structures d'accueil pour personnes âgées, etc., que ce soit par les formations, les actions en direction du grand public ou les actions ciblées sur un public en particulier. Globalement, **la mise en réseau s'est organisée** autour de thème particulier (le risque chez la personne âgée par exemple) ou autour de territoire (une commune par exemple). En abordant le sujet de la prévention du suicide, les actions du CIP ont permis une ouverture plus large aux questions de santé mentale dans les services généralistes.

Ces services généralistes (comme les services de soins à domicile, les services d'urgence, la médecine scolaire, acteurs de la jeunesse, du vieillissement ou du handicap, etc.) ont une action importante en matière de santé mentale mais sans avoir les outils et/ou les ressources pour une mise en œuvre donnant priorité aux questions de santé mentale. Le secteur de l'entreprise est également un domaine qui montre des signes d'alerte avec des travailleurs en souffrance (Cf. Focus Santé en entreprise), avec des besoins de concertation, de construction d'outils, etc.

Recommandation

Il devient essentiel de **prendre une direction concertée pour unir les efforts des professionnels**. Au niveau de la mise en œuvre, la transversalité des questions de santé mentale nécessite :

- **Un leader portant la question de la santé mentale** dans les secteurs généralistes : école, entreprise, soins à domicile, hébergement d'urgence, foyer de l'enfance, populations vulnérables (demandeurs de protection internationale, détenus, personnes avec handicap, etc.), afin de développer et coordonner les actions de santé ;
- Des acteurs de terrain travaillant de manière coordonnée auprès des usagers.
- **Des compétences psychiatriques et psychologiques au service des secteurs généralistes**, avec une estimation des besoins de spécialistes avant tout projet d'implantation ;
- **Des compétences sur la prévention du suicide disponibles au sein du CIP, force de propositions et au service des services généralistes.**

5.2 MORTALITE – MORBIDITE

Question d'évaluation : Le PNPS permet-il de progresser par une baisse de la mortalité et des tentatives de suicide ?

5.2.1 Etat des données épidémiologiques disponibles

Le PNPS prévoit une action clé sur les données épidémiologiques :

3	1) Renforcement du système d'enregistrement national des décès par suicide et 2) développement du système d'enregistrement national des tentatives de suicide et 3) mise en place d'un Groupe de Travail sur l'épidémiologie des comportements suicidaires, dont l'objet serait de définir des indicateurs et d'analyser annuellement les tendances épidémiologiques nationales et internationales.
---	---

Le groupe de travail sur l'épidémiologie des comportements suicidaires a été mis en place en janvier 2020, dans le cadre de l'évaluation, à l'occasion du recueil de données. La plus-value de ce groupe pourrait être de faire progresser chaque service sur les indicateurs de santé mentale nécessaires. Des objectifs communs sont encore à définir.

Les données épidémiologiques nationales sur la santé mentale et sur le suicide en particulier sont éparpillées. Ce rapport a été l'occasion de les rassembler dans un document commun. Un tableau est disponible en annexe page 130, il décrit :

- L'objet de chaque registre, enquête ou étude,
- La population de référence,
- Les années disponibles et la fréquence.

Globalement, **les panels montrent une bonne couverture de la population générale** mais l'arrêt éventuel d'une étude ou la suppression de questions relatives aux tentatives de suicide peut rapidement mettre en péril une collecte ciblée, si aucune autre donnée n'est disponible. Par exemple, l'étude HBSC est la seule qui cible spécifiquement les adolescents et l'étude SHARE les personnes âgées. Il est donc important d'avoir des données de surveillance régulières qui ne seront pas disponibles par un autre biais.

Relativement récentes, sauf pour les statistiques des causes de décès, les études se sont mises en place un peu avant 2010. Aujourd'hui, le pays dispose de données régulières ce qui n'était pas le cas il y a

encore 10 ans. Une photographie et un suivi de l'état de santé psychologique de la population sont désormais possibles (Cf. Fiches épidémiologiques page 24)

5.2.2 Données sur les décès dus au suicide

Les données relatives aux statistiques des causes de mortalité, disponibles à N+2, montrent des décès dus au suicide en baisse malgré l'augmentation de la population mais il faut être très prudent : les chiffres concernent de petits effectifs et sont variables. Une analyse sur plusieurs années est nécessaire pour affirmer une tendance à la baisse.

Tableau 2. Nombre de décès dus au suicide (Source : Statistiques des causes de décès. Luxembourg)

ANNEE	Nombre de décès dus au suicide
2014	85
2015	81
2016	61
2017	66
2018	58

Pour pallier les irrégularités dues aux petits nombres, il est habituel de regrouper les données sur 3 ans, soit une baisse pour les 3 années 2015-2017, au démarrage du PNPS :

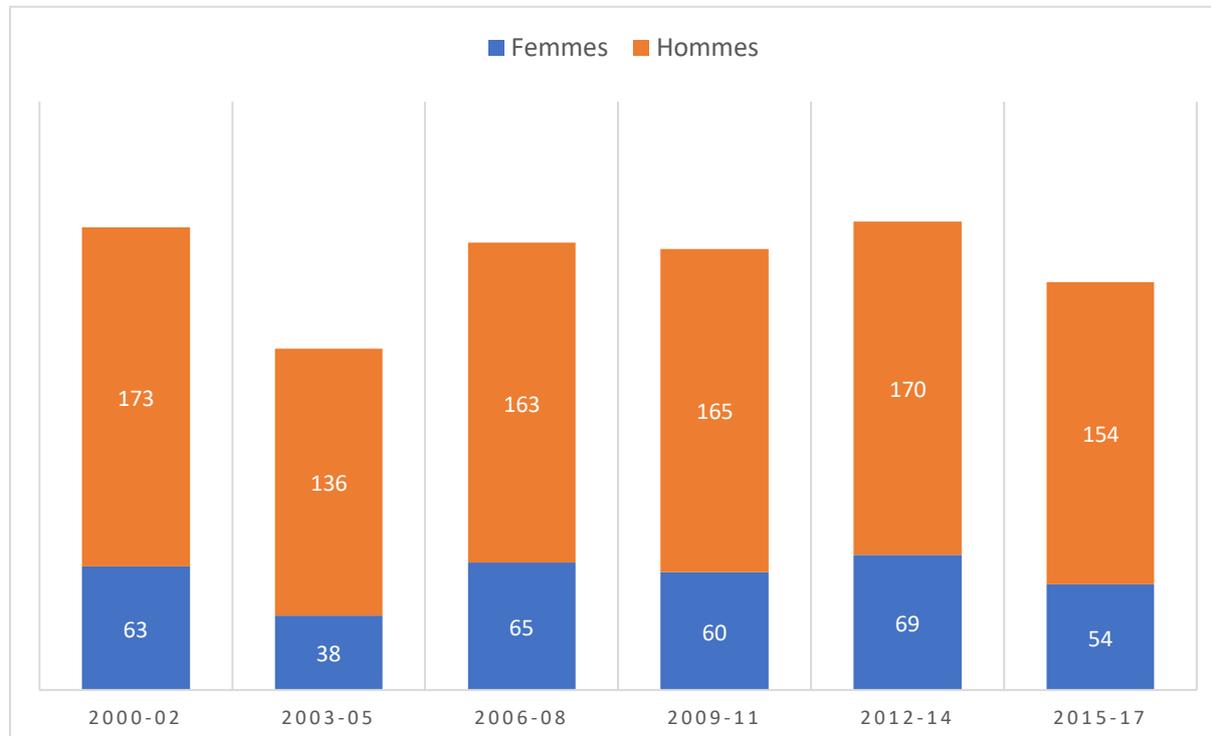


Figure 3. Nombre de suicides enregistrés au Luxembourg par période de 3 ans entre 2000 et 2017, selon le sexe (N=1310). (Source: Statistiques des causes de décès. Luxembourg)

De même, le suivi du nombre de décès par suicide pour 100 000 habitants, permettant de tenir compte de l'évolution démographique, montre une tendance à la baisse sur les 10 dernières années. Les données suivantes prennent en compte les diagnostics utilisés par la Direction de la santé pour les statistiques de décès dus au suicide : suicide et violence intentionnelle contre soi-même (X60-X84) et mortalité de cause violente pour laquelle l'intention n'est pas identifiée (Y10-Y34). Les données sont donc différentes des données de l'OMS qui ne prend en considération que les diagnostics X60-X84 :

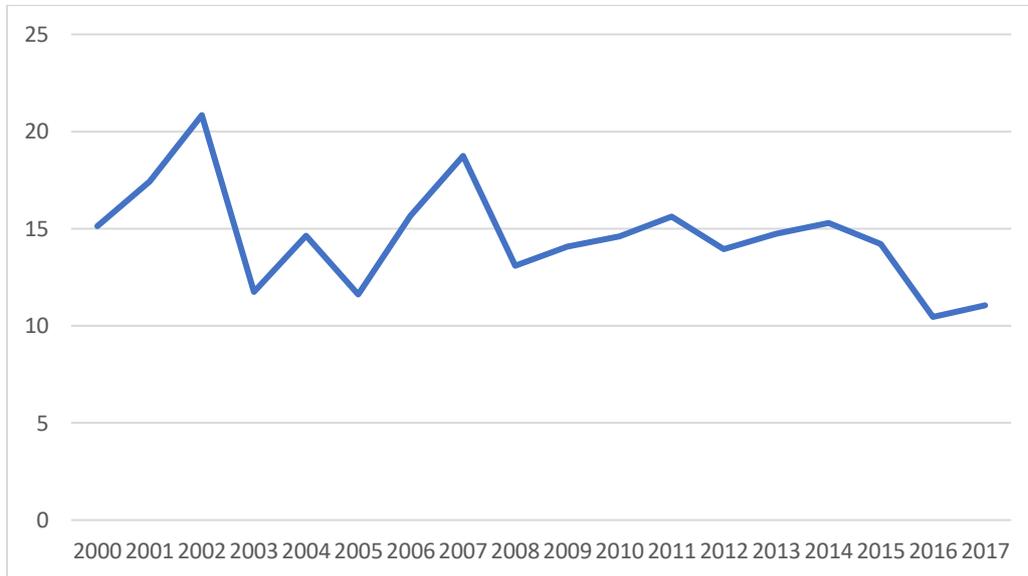


Figure 4. Evolution du nombre de suicide pour 100 000 habitants entre 2000 et 2017 (Sources : Statistiques des causes de décès (Direction de la Santé) et Etat de la population (Le portail des statistiques). Luxembourg)

Si l'on considère les données de l'OMS, le Luxembourg se place légèrement au-dessous de la moyenne des pays européens avec un taux à 13.5 suicides pour 100 000 habitants contre 15.4 pour la moyenne de la région OMS-Europe pour l'année la plus récente.

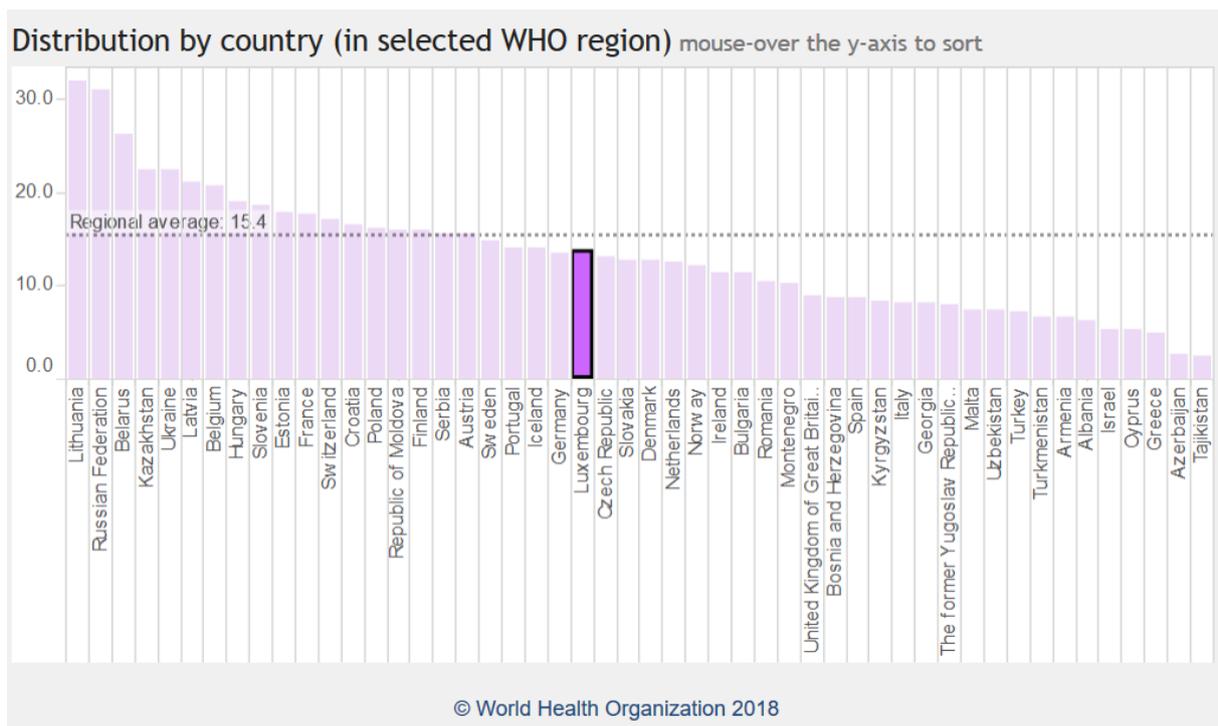


Figure 5. Distribution par pays du taux de suicide pour 100 000 habitants (Source : OMS)

5.2.3 Données sur les tentatives de suicide (avec ou sans hospitalisation)

Les données sur les tentatives de suicide sont récentes : 2006 pour les données sur les adolescents (HBSC) et 2013/14 pour les données SHARE (chez les 50 ans et +) et chez les travailleurs (Quality of work). Depuis 2019, une étude adressée en ligne aux 16-29 ans (Youth Survey Luxembourg) explore tous les 4 ans la situation des jeunes, dont la tristesse, la planification et les tentatives de suicide. L'étude EHIS 2019 aura des données en population générale sur les tentatives de suicide grâce à un ajout de questions spécifiques sur le sujet par rapport au recueil précédent (données disponibles fin 2020), grâce au travail de collaboration avec les instituts de recherche soutenu par le CIP (Action 3 du plan).

Autre source : Le projet RETRACE est un registre qui permet la surveillance des traumatismes et accidents avec lésions enregistrés dans les services d'urgence. Il fonctionne depuis 2013 sur le modèle de la base de données européenne, ([Injury Data Base-Network \(IDB-Network\)](#)), permet aussi de repérer parmi tous les traumatismes enregistrés les cas de traumatismes auto-infligés intentionnellement recensés par les services d'urgence de tous les hôpitaux du pays. **L'adaptation en 2018 des données RETRACE pour collecter des informations détaillées sur les traumatismes auto-infligés a permis le développement du système d'enregistrement national des tentatives de suicide.** Ce système repose actuellement sur la méthodologie préconisée par l'Organisation Mondiale de la Santé ([Practice manual for establishing and maintaining surveillance systems for suicide attempts and self-harm](#)) ainsi que sur l'expérience acquise par les pays ayant un tel système en place ([Irish National Registry of Deliberate Self Harm](#)).

Pour les données épidémiologiques portant sur les tentatives de suicide, peu de chiffres sont disponibles, il est nécessaire d'être vigilant pour maintenir une surveillance en population générale sur les enquêtes existantes.

Pour la population des adolescents : L'enquête HBSC 2014 rapporte que 7.7% des 12-18 ans déclarent avoir fait une tentative de suicide dans les 12 derniers mois, mais l'enquête 2018 ne dispose pas de telles données, à cause d'un refus du comité d'éthique de passation du questionnaire dans les conditions habituelles (soit avec un consentement implicite des parents contre un consentement explicite demandé par le comité d'éthique).

Pour les travailleurs, l'échantillon de l'enquête Quality of work ne permet pas une analyse des données de tentatives de suicide, les chiffres étant trop petits.

Questions posées pour aborder les « Tentatives de suicide »

HBSC : Combien de fois as-tu réellement fait une tentative de suicide au cours des 12 derniers mois ?

Modalités de réponse : Jamais ; 1 fois ; 2-3 fois ; 4-5 fois ; 6 fois ou plus

EHIS : Au cours de votre vie, avez-vous fait une tentative de suicide

Modalités de réponse : OUI / NON (si oui, combien de fois cela est-il arrivé ?)

Quality of work : Et une fois de plus, toujours par rapport aux derniers 12 mois : avez-vous entrepris une tentative de suicide ?

Modalités de réponse : OUI / NON

5.2.4 Données sur les idées suicidaires

Certaines données portent sur les 12 derniers mois (HBSC et Quality of Work), d'autres sur le dernier mois (SHARE) ou sur les deux dernières semaines (EHES).

Dans les 12 derniers mois :

- 5.1% des travailleurs ont eu des idées suicidaires (Quality of work 2018)¹⁰
- 15.2% des 12-18 ans ont sérieusement pensé au suicide (HBSC 2014)

Au cours du dernier mois :

- 10% des 50 ans et + ont des envies de mort (SHARE 2013)

Au cours des deux dernières semaines précédant l'enquête :

- 3.3% des 25-64 ans ont des idées suicidaires (EHES, 2015)

On peut noter qu'il y a peu de différence entre les idées suicidaires des travailleurs au cours des 12 derniers mois et les idées suicidaires des adultes de 25 à 64 ans au cours des deux dernières semaines.

Les idées suicidaires ne sont pas abordées de manière uniforme et comparable dans les différentes enquêtes mais la perspective d'avoir un suivi longitudinal est essentielle à maintenir.

Questions posées pour aborder les « Idées suicidaires »

HBSC : Au cours des 12 derniers mois, as-tu pensé sérieusement à une tentative de suicide ?

Modalités de réponse : OUI / NON

¹⁰ Enquête Quality of work. <https://www.csl.lu/fr/publications-newsletters/newsletters/better-work/all>

Depuis 2014, l'enquête Quality of work Index sur la qualité de travail au Luxembourg interroge les travailleurs sur la présence d'idées suicidaires. Combien sont concernés par les idées suicidaires ? Quels sont les indicateurs de qualité de travail et de santé associés aux idées suicidaires ?

Les résultats montrent que jusqu'en 2017, environ 3% des travailleurs avaient eu des idées suicidaires dans l'année qui précédait, mais qu'en 2018, ce taux atteignait 5,1%. Les idées suicidaires touchent autant les hommes que les femmes, autant les résidents que les frontaliers. Les travailleurs ayant eu des idées suicidaires sont plus nombreux que les autres à déclarer être exposés à du harcèlement moral, des exigences

émotionnelles, de l'urgence au travail et de la pression concurrentielle sur le lieu de travail. Ils sont moins satisfaits de leur rémunération, des possibilités de formation continue, de la sécurité de leur emploi et de la coopération entre collègues. Ils sont plus exposés à des conflits entre vie professionnelle et vie privée et à un risque de burnout. En outre, leur niveau de bien-être est sensiblement inférieur, leurs symptômes physiques plus nombreux et plus fréquents, et la durée de leur sommeil est de plus de 40 minutes inférieure à celle des travailleurs n'ayant pas rapporté d'idées suicidaires. Enfin, les personnes ayant eu des idées suicidaires rapportent un nombre de jours d'absence au travail plus élevé que les autres.

SHARE : Au cours du dernier mois, vous est-il arrivé de penser que vous préféreriez ne plus être en vie?

Modalités de réponse : OUI / NON

Quality of work : Lorsque vous pensez aux 12 mois passés, vous est-il arrivé de vous sentir si mal que vous avez évoqué l'éventualité de mettre fin à vos jours ?

Modalités de réponse : OUI / NON

5.2.5 Données sur la dépressivité

L'estimation de la dépression, de la dépressivité ou de la tristesse utilise des outils différents en fonction des enquêtes et rend les données difficilement comparables. Mais le recueil réalisé montre une situation alarmante, entre 1 personne sur 2 et 1 personne sur 5 montre des signes de dépressivité, en fonction de l'âge et selon les études :

Ce sont les personnes âgées de 50 ans et + qui présentent la plus grande prévalence avec 48,3% des personnes interrogées qui se sont senties tristes ou déprimées au cours du dernier mois (SHARE, 2013).

Quant aux adolescents, 28% des élèves enquêtés se sont sentis si tristes ou si désespérés pendant au moins deux semaines entières de sorte qu'ils ont arrêté leurs activités habituelles au cours des 12 derniers mois (HBSC, 2014)¹¹.

Les personnes âgées de 25 à 64 ans (N=1499) présentent des symptômes dépressifs pour 21.5% d'entre elles : 15.5% de manière légère, 3.5% modérée et 2.5% sévère¹². Il apparaît dans cette étude, comme dans d'autres, que le fait d'être issu d'une immigration de 2^{ème} génération est un facteur de risque comparativement aux non immigrants (OR : 1.58, 95% CI : 1.04, 2.41), indépendamment des caractéristiques socio-économiques et comportementales. Un haut support social, une perception d'être en bonne santé et une alimentation saine sont autant de facteurs protecteurs de symptômes dépressifs.

En 2014, 8,3% des personnes âgées de 15 ans et plus ont présenté des symptômes dépressifs au cours des 2 dernières semaines précédant l'enquête EHIS. Dans la moitié des cas, il s'agissait de symptômes dépressifs majeurs (4.4%) (N=4004) (EHIS, 2014). A titre de comparaison, la prévalence moyenne européenne est de 6,7% pour les symptômes dépressifs¹³. Les fréquences sont plus élevées chez les femmes les plus jeunes (14,1% des femmes âgées de 15 à 24 ans).

Cette même enquête montre que la dépression chronique touche 9.5% des 15 ans et plus en 2014 contre 7.1% dans l'Union européenne.

¹¹ Heinz et al. Suicide prevention: Using number of health complaints as an indirect alternative for screening suicidal adolescents. *Journal of affective disorders* 260 (2020) 61-66.

¹² Ruiz-Castell et al. Depression Burden in Luxembourg: Individual Risk Factors, Geographic Variations and the Role of Migration, 2013-2015 European Health Examination Survey. 2017. <https://orbilu.uni.lu/handle/10993/31517>

¹³ Ministère de la santé Luxembourg et Luxembourg Institut of Health. European Health Interview Survey (EHIS) – Etat de santé et bien-être. Janvier 2018

Questions « Dépressivité »

HBSC : Au cours des 12 derniers mois, est-ce que tu t'es senti si triste ou si désespéré pendant au moins deux semaines entières de sorte que tu as arrêté tes activités habituelles ?

Modalités de réponse : OUI / NON

EHES (PHQ-9) :

Au cours des deux dernières semaines, selon quelle fréquence avez-vous été gêné(e) par les problèmes suivants ?

Modalités de réponse : Jamais, Plusieurs jours, Plus de la moitié du temps, Presque tous les jours

- Peu d'intérêt ou de plaisir à faire les choses
- Être triste, déprimé(e) ou désespéré(e)
- Difficulté à s'endormir ou à rester endormi(e) ou dormir trop
- Se sentir fatigué(e) ou manquer d'énergie
- Avoir peu d'appétit ou manger trop
- Avoir une mauvaise opinion de soi-même ou avoir le sentiment d'être nul(le) ou d'avoir déçu sa famille ou s'être déçu(e) soi-même
- Avoir du mal à se concentrer, par exemple pour lire le journal ou regarder la télévision
- Bouger ou parler si lentement que les autres auraient pu le remarquer ou au contraire être si agité(e) que vous avez du mal à tenir en place par rapport à d'habitude
- Penser qu'il vaudrait mieux mourir ou envisager vous faire du mal d'une manière ou d'une autre

EHIS : PHQ-8 (mêmes questions que le PHQ-9 ci-dessus, sans la dernière question)

SHARE : Au cours du dernier mois, vous est-il arrivé de vous sentir triste au déprimé ?

Modalités de réponse : OUI / NON

Au cours du dernier mois, quel intérêt portez-vous à ce qui vous entoure ?

Modalités de réponse : Moins d'intérêt que d'habitude – Pas de changement par rapport à d'habitude

Quality of work

Au cours des deux dernières semaines :

Modalités de réponse : Tout le temps, La plupart du temps, Plus de la moitié du temps, Moins de la moitié du temps, De temps en temps, Jamais

- Je me suis senti(e) bien et de bonne humeur
- Je me suis senti(e) calme et tranquille
- Je me suis senti(e) plein(e) d'énergie et vigoureux(se)
- Je me suis réveillé(e) en me sentant frais(che) et reposé(e)
- Ma vie quotidienne a été remplie de choses intéressantes

5.2.6 Consommation de soins

La consommation de psychotropes permet de suivre le comportement de consommation, dont les consommations à risque de substances psychoactives. Comparativement aux pays de l'OCDE, le **Luxembourg se situe en dessous de la moyenne mais avec un taux qui a beaucoup augmenté dans les 15 dernières années.**

Graphique 10.9. Consommation d'antidépresseurs, 2000 et 2017 (ou année la plus proche)

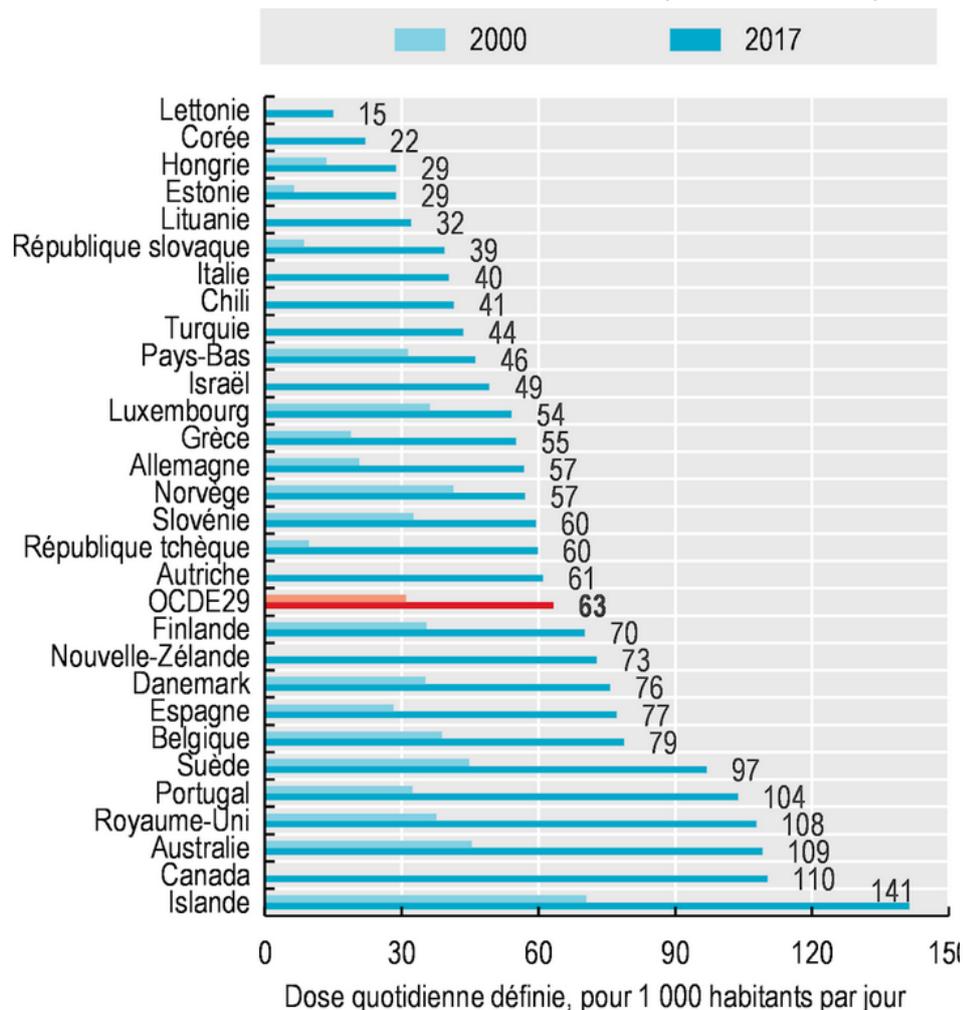


Figure 6. Consommation d'antidépresseurs, 2000 et 2017 (ou année la plus proche). Les données correspondent à la catégorie N06A-antidépresseurs (Source : Statistiques de l'OCDE).

La consommation de psychotropes peut être mise en lien avec les consultations et thérapies en psychiatrie (données IGSS 2017) remboursées par la Caisse Nationale de santé¹⁴. Près de 132 000 consultations ont eu lieu pour l'année 2017, réparties comme suit par âge et par sexe¹⁵ :

¹⁴ Ont été considérées, les consultations des psychiatres, psychiatres juvéniles et neuropsychiatres (C9, C10), les consultations majorées et les actes techniques de la psychiatrie de ces mêmes professionnels (C32, C33 et 1N51, 1N81), et les actes techniques de la psychiatrie des médecins généralistes (1N51, 1N60, 1N81)

¹⁵ Sachant qu'il ne s'agit pas du nombre de patients mais du nombre de consultations

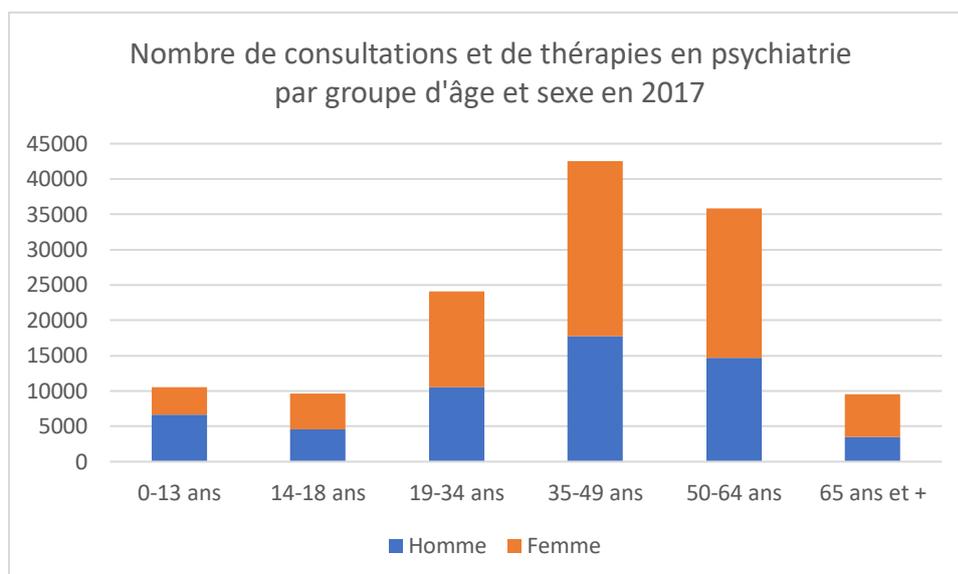


Figure 7. Nombre de consultations et de thérapies en psychiatrie par groupe d'âge et de sexe en 2017. (Source : Données de remboursement 2017. Demande spécifique faite à l'IGGS Luxembourg).

Comparativement à la démographie pour chaque tranche d'âge¹⁶ :

- **Pour les 0-13 ans : 11.8 consultations de psychiatrie pour 100 résidents du même âge**
- Pour les 14-18 ans : 29.6 consultations de psychiatrie pour 100 résidents
- Pour les 19-34 ans : 18.2 consultations de psychiatrie pour 100 résidents
- Pour les 35-49 ans : 31.1 consultations de psychiatrie pour 100 résidents
- Pour les 50-64 ans : 31.2 consultations de psychiatrie pour 100 résidents
- **Pour les plus de 65 ans : 11.4 consultations de psychiatrie pour 100 résidents**

Nous observons moins de consultations de psychiatrie pour les sujets les plus jeunes et pour les plus âgés. Concernant les + de 65 ans, d'après le sondage réalisé en population générale (Cf. Résultats page 119), il est fort probable que les consultations s'organisent chez le médecin traitant, en tant que consultation générale.

5.2.7 Données hospitalières

A ce jour, il n'existe pas de données sur l'activité hospitalière en psychiatrie¹⁷. Les dernières données sont celles publiées en 2017 dans la dernière carte sanitaire¹⁸. **Les données montrent que les diagnostics de sortie les plus fréquents entre 2011 et 2015 étaient « Les troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool », avec une moyenne de 1415 séjours par an**, avec une tendance à la baisse depuis 2006, et « Les épisodes dépressifs » avec une moyenne de 976 séjours par an sur la même période auxquels peuvent être ajoutés « Le trouble dépressif récurrent » qui compte 247 séjours par an en moyenne.

¹⁶ Il s'agit du nombre de consultations c'est-à-dire qu'un même patient peut avoir consulté plusieurs fois

¹⁷ Depuis 2017, la carte sanitaire n'a pas été réactualisée à cause de la mise en place de la documentation hospitalière dans les services hospitaliers. Cette documentation permettra d'avoir des données détaillées à partir de l'année 2019, grâce à l'enregistrement de l'activité des hôpitaux. Pour la psychiatrie aigüe et de réhabilitation, les données seront enregistrées pour les séjours stationnaires à partir de janvier 2020.

¹⁸ <https://statistiques.public.lu/fr/actualites/conditions-sociales/sante-secu/2018/06/20180604/index.html>

Evolution des diagnostics de sortie les plus fréquents, 2006-2015

(nombre de séjours – Classement réalisé sur la moyenne 2011-2015 des séjours)

Code ICD 10 et Libellé	Moy. 2006-10	2011	2012	2013	2014	2015	Moy. 2011-15	Evol. 2006/10	Evol. 2011/15
F10 Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool	1 704,2	1 519	1 506	1 380	1 375	1 296	1 415,2	-2,0%	▼ -14,7%
F32 Episodes dépressifs	1 140,6	916	1 032	966	1 036	929	975,8	-12,9%	▼ +1,4%
F43 Réactions à un facteur de stress sévère, et troubles de l'adaptation	280,0	442	454	394	462	454	441,2	+37,5%	▲ +2,7%
F20 Schizophrénie	479,0	425	396	360	371	359	382,2	-2,9%	▼ -15,5%
F33 Trouble dépressif récurrent	252,8	213	246	242	272	263	247,2	-30,4%	▼ +23,5%
F00 * Démence de la maladie d'Alzheimer	172,2	182	177	193	200	221	194,6	+8,0%	▲ +21,4%
F01 Démence vasculaire	143,2	161	141	152	186	193	166,6	+1,4%	▲ +19,9%
F60 Troubles spécifiques de la personnalité	145,4	185	175	145	174	143	164,4	+17,7%	▲ -22,7%
F11 Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'opiacés	282,0	154	141	145	172	162	154,8	-30,4%	▼ +5,2%
F19 Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de drogues multiples et troubles liés à l'utilisation d'autres substances psycho-actives	181,6	176	154	153	157	134	154,8	-3,0%	▼ -23,9%
F31 Trouble affectif bipolaire	100,8	96	97	118	84	90	97,0	-9,1%	▼ -6,3%
F03 Démence, sans précision	43,4	59	56	66	99	201	96,2	+2,3%	▲ +240,7%
F92 Troubles mixtes des conduites et troubles émotionnels	43,2	97	67	112	64	104	88,8	+420,0%	▲ +7,2%
F41 Autres troubles anxieux	57,6	83	69	62	95	80	77,8	+12,7%	▲ -3,6%
F13 Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de sédatifs ou d'hypnotiques	79,8	75	86	65	68	55	69,8	-29,2%	▼ -26,7%
F90 Troubles hyperkinétiques	57,8	28	37	46	100	104	63,0	-14,5%	▼ +271,4%
F91 Troubles des conduites	35,4	36	51	98	70	52	61,4	-18,9%	▼ +44,4%
F25 Troubles schizo-affectifs	60,8	53	62	68	56	59	59,6	+26,9%	▲ +11,3%
F50 Troubles de l'alimentation	40,6	103	41	37	47	42	54,0	-31,7%	▼ -59,2%
F23 Troubles psychotiques aigus et transitoires	44,4	49	48	65	45	51	51,6	-26,8%	▼ +4,1%
Total des séjours		5 052	5 036	4 867	5 133	4 992			
% du total des séjours du Chapitre 5		90,7%	89,8%	90,0%	90,1%	88,4%			

Figure 8. Evolution des diagnostics de sortie les plus fréquents, 2006-2015 (Source : Carte sanitaire 2017).

L'étude sur le fonctionnement des services d'urgence remis par Marie-Lise Lair début 2019 constate que **la prise en charge des personnes atteintes de troubles psychiatriques mérite d'être optimisée**. Il est demandé de réfléchir à l'organisation d'une filière spécifique pour les patients avec troubles psychiatriques avec le service de psychiatrie en vue d'une meilleure gestion des situations de crise dans des délais appropriés. L'étude recommande :

- D'organiser une filière de prise en charge spécifique avec un **centre de crise** permettant d'accéder à un professionnel de santé mentale dans les 30 minutes ;
- De **former les équipes médico-soignantes des services d'urgence** à l'accueil d'un patient avec troubles psychiatriques ;
- De **renforcer les offres de service des réseaux extrahospitaliers de psychiatrie** afin de pouvoir orienter les patients.

La réforme des services d'urgence est actuellement en cours. Un set de 25 indicateurs généraux est prévu à partir de 2020 pour un monitoring dans les services d'urgence. 3 indicateurs concernent la psychiatrie :

- Nombre de patients admis au service d'urgence pour tentative de suicide ;
- Pourcentage de patients non hospitalisés avec pour diagnostic principal une affection psychiatrique et sortis du service d'urgence avec une proposition documentée de prise en charge ambulatoire ;
- Pourcentage de patients hospitalisés d'emblée à la suite de leur passage au service d'urgence avec pour diagnostic principal une affection psychiatrique.

5.2.8 Démographie médicale

Les données épidémiologiques liées à la santé mentale permettent de faire un lien avec les besoins en professionnels de santé mentale, de mettre en perspective les populations cibles avec les prises en charge à développer.

A ce jour, **une carence nationale est observée dans les professions de santé mentale en général**¹⁹. Ce qui signifie qu'un développement de l'offre spécifique de repérage et de prise en charge pour ces populations cibles entraînerait une révision des besoins nécessaires et donc de la formation initiale et du recrutement.

Le rapport sur les professions médicales conclut que le Luxembourg souffre d'une pénurie d'infirmiers psychiatriques formés au Luxembourg (avec moins de 10 étudiants formés annuellement, voire des promotions annulées en cas d'inscriptions inférieures à 5 candidats). Cette profession est couramment remplacée par des infirmiers en soins généraux sans expertise dans le champ psychiatrique. Ajoutée aux problèmes de recrutement des médecins psychiatres, **la démographie médicale en psychiatrie est défavorable à un système de prise en charge de qualité en santé mentale.**

Ce constat de manque de professionnels spécialisés en santé mentale est confirmé par les services de soins à domicile qui emploient des professionnels de soins généraux mais prennent en charge nombre de patients avec des pathologies psychiatriques (avec ou sans suivi par un médecin psychiatre), notamment depuis la réforme de la psychiatrie. De plus, la grande majorité des infirmiers psychiatriques travaillent à l'hôpital (74%), reflet d'une réforme de la psychiatrie en panne depuis les années 2000.

Il s'avère que dans le pays, le nombre d'infirmiers généraux est relativement correct comparativement aux autres pays mais que le nombre de médecins est relativement bas :

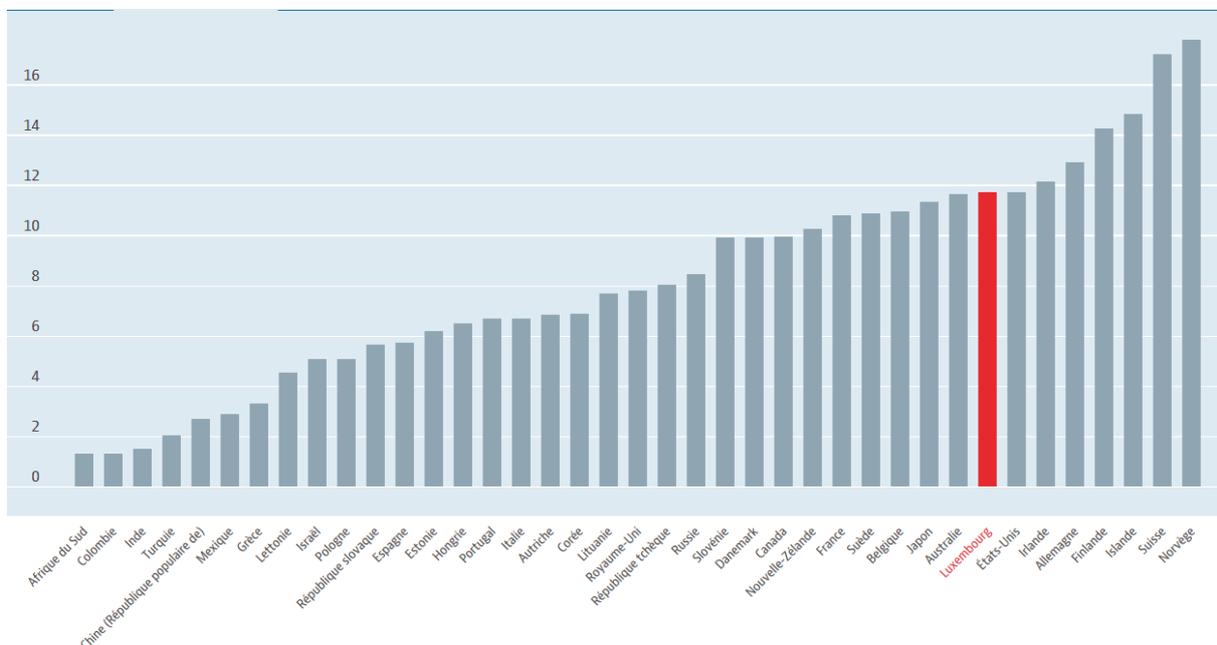


Figure 9. Nombre d'infirmiers, pour 1000 habitants en 2017 (Source OCDE)

¹⁹ Lair M-L. Etat des lieux des professions médicales et des professions de santé. 2019. <https://sante.public.lu/fr/actualites/2019/10/conference-de-presse-etude-professionnels-de-sante1/index.html>

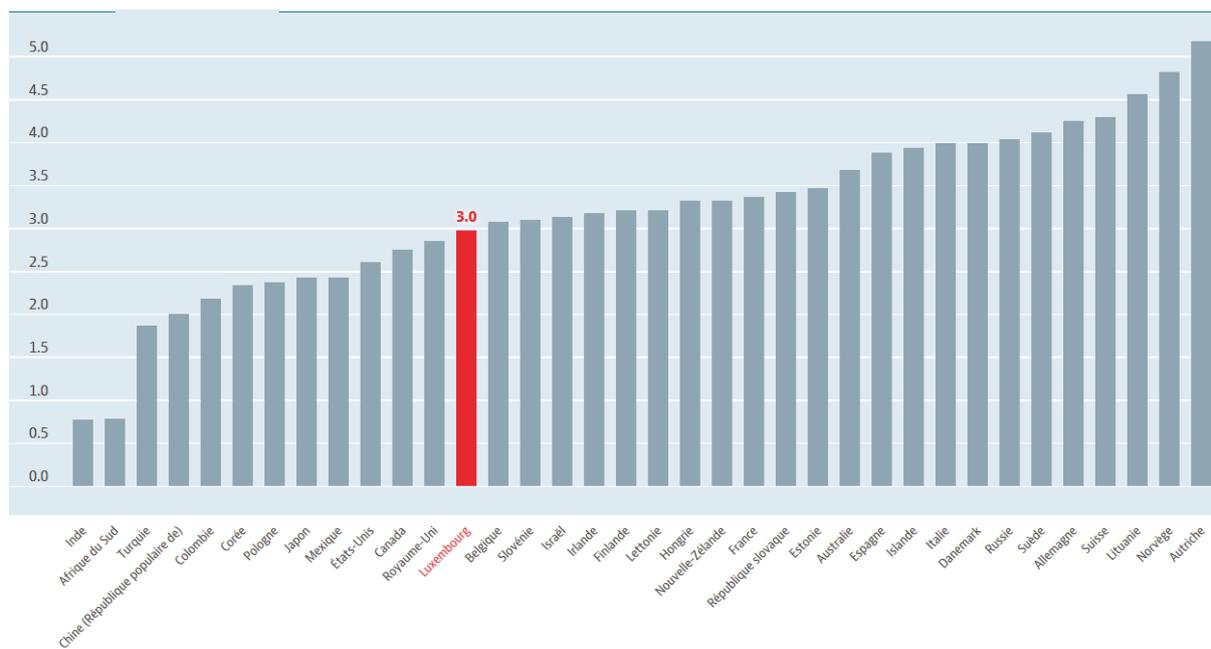


Figure 90. Nombre de médecins pour 1000 habitants en 2018. (Source : OCDE)

D'après la Direction de la santé, le Luxembourg compte 1101 médecins généralistes et 490 médecins spécialistes exerçant auprès des patients et ayant une facturation annuelle à la CNS en 2017¹⁸.

Concernant les professionnels de santé mentale, le pays compte 36 neuropsychiatres, 74 psychiatres et 11 pédopsychiatres, soit une spécialité médicale regroupant 121 médecins spécialistes.

Les infirmiers psychiatriques sont au nombre de 246 (dont 49 occupent un poste administratif), soit 197 infirmiers exerçant auprès de patients²⁰.

Aux professions de médecins psychiatres et d'infirmiers psychiatriques s'ajoutent les psychologues, les travailleurs sociaux et autres professions qui interviennent dans le champ de la psychiatrie hospitalière, extrahospitalière, ainsi que dans le champ de la santé mentale en générale (école...) mais leur démographie n'est pas répertoriée.

Evaluation des besoins en professionnels de santé mentale

Compte tenu des perspectives du gouvernement, deux documents permettent de montrer que les besoins en personnel de santé mentale sont cruciaux pour la mise en œuvre de la politique de santé :

D'après l'accord de coalition ²¹, les besoins en personnel de santé mentale concernent l'implémentation de plusieurs axes (sans estimation des besoins en termes de formation et de recrutement) :

- Le Plan d'action contre le mésusage d'alcool adopté en 2019.
- Le Plan national de santé mentale à venir :

²⁰ Lair M-L. Etat des lieux des professions médicales et des professions de santé. 2019. <https://sante.public.lu/fr/actualites/2019/10/conference-de-presse-etude-professionnels-de-sante1/index.html>

²¹ <https://gouvernement.lu/fr/publications/accord-coalition/2018-2023.html>

- Avec la poursuite de la décentralisation de la psychiatrie²².
- Le virage ambulatoire avec entre autres le développement de structures extrahospitalières adaptées.
- Le renforcement des compétences des professionnels de santé des soins à domicile dans le cadre du plan gérontologique.
- L'ouverture de nouveaux lieux de consommation dans le cadre de la lutte contre la toxicomanie et des addictions.
- La création de maisons de soins pour des personnes sans abri vieillissantes avec addictions et multimorbidité.

D'après le règlement grand-ducal du 25 janvier 2019 déterminant les exigences et les normes auxquelles doivent répondre les services hospitaliers d'urgence des hôpitaux et le service hospitalier national pédiatrique : concernant les patients avec troubles psychiatriques, les services d'urgence doivent proposer un entretien psychiatrique par un psychologue, un infirmier psychiatrique ou encore un psychiatre. Cette norme est en cours d'organisation dans les 4 hôpitaux généraux.

Recommandation

La disponibilité des données épidémiologiques étant en progression, il est nécessaire d'avoir comme perspective de les mettre au service des politiques à mettre en œuvre. En effet, en fonction des facteurs de risque identifiés et des populations cibles, les stratégies peuvent être orientées au plus près des besoins et définir ainsi les moyens nécessaires aux services chargés de la mise en œuvre d'actions.

Le déploiement des plans et leur pérennité nécessitent une programmation de l'utilisation des effectifs de personnel de santé mentale en place et à prévoir. Un état des lieux des ressources semble nécessaire pour évaluer les besoins en personnel dans une perspective d'amélioration. **Les besoins en soins psychiatriques ou psychothérapeutiques apparaissent à nouveau de manière transversale, avec des postes à budgéter dans les services non spécialistes.**

²² Extrait de l'accord de coalition :

Un plan national de santé mentale sera établi. Ce plan devra avoir comme objectifs la poursuite de la décentralisation de la psychiatrie, l'amélioration de la collaboration entre les secteurs hospitalier et extrahospitalier, la définition d'actes relatifs à la psychothérapie et à la médecine psychosomatique, la diversification et l'augmentation des capacités d'accompagnement extra-hospitalier et de logements encadrés ainsi que l'augmentation de la capacité et de la couverture nationale des ateliers thérapeutiques. Dans ce contexte, une convention avec le Ministère ayant l'éducation dans ses attributions créera la possibilité d'une offre pédagogique adaptée pour le secteur hospitalier de la psychiatrie juvénile.

5.3 FACTEURS DE RISQUE – FACTEURS DE PROTECTION

Question d'évaluation : Le PNPS permet-il une baisse des facteurs de risques et une augmentation des facteurs de protection ?

5.3.1 Une déstigmatisation comme facteur protecteur

Depuis quelques années, les questions de santé mentale s'invitent progressivement dans la vie des résidents luxembourgeois. **Plusieurs actions du plan ont été tournées vers le grand public.** Les articles de presse se sont multipliés (Exemple : En quelques jours, 7 journaux ont publié un article sur la dépression au moment du lancement de la campagne en novembre 2017). Les supports ont été diversifiés : affiches, flyers, ateliers, stands, expositions, conférences, etc. Pendant les entretiens menés au cours de l'évaluation, les professionnels disent que « Le suicide est devenu un sujet ».

Le plan a permis de proposer des outils concrets pour la déstigmatisation, une déstigmatisation enclenchée depuis les années 2000 avec la réforme de la psychiatrie. Une étape supplémentaire a été franchie, avec une sensibilisation du grand public et des professionnels de première ligne, notamment avec les campagnes, les actions de communication et les formations.

Parallèlement au PNPS, comme avancé dans le chapitre précédent, des études et enquêtes ont permis la production de données de santé mentale mais celles-ci sont encore peu visibles pour le grand public. En effet, les données épidémiologiques sont nécessaires aux décideurs, aux professionnels pour améliorer leurs pratiques mais aussi aux citoyens pour prendre conscience de la problématique, participer à sa déstigmatisation et améliorer la détection précoce. L'observatoire de la santé est d'ailleurs prévu dans ce sens, dans la proposition du projet de loi en cours de procédure.

En dehors du PNPS, plusieurs plans ou documents cadre abordent des facteurs de risque :

- La pathologie : comme la prise en charge psychologique nécessaire en cas de cancer (Plan cancer 2014-2018) ;
- La souffrance psychologique (dépression et burnout) : chez les aidants informels par exemple en cas de prise en charge d'un proche souffrant de démence (Plan Démences 2013) ;
- La pauvreté : avec le soutien aux familles monoparentales (déclaration gouvernementale 2018-2023) ;
- Le handicap dans le Plan d'action national de mise en œuvre de la convention de l'ONU relative aux droits des personnes handicapées (2019-2024) dont la santé est un des 8 sujets prioritaires ;
- Les périodes de transition : l'accompagnement des personnes vers la retraite (déclaration gouvernementale 2018-2023), la transition des jeunes vers l'âge adulte (Jugendpakt 2017-2020) ;
- Le chômage : l'accompagnement des demandeurs d'emploi (déclaration gouvernementale 2018-2023) ;
- Les conditions de travail : l'obligation pour l'employeur d'améliorer la protection physique et psychique des salariés par l'employeur (Règlement Grand-Ducal du 22/12/2006) ;
- Les besoins spécifiques en matière de vie sexuelle et affective (Programme national : promotion de la santé affective et sexuelle).

Une nouvelle fois, la transversalité des questions de santé mentale, via les facteurs de risque n'est pas gouvernée de façon coordonnée, ce qui empêche une capitalisation des moyens.

Recommandation

La déstigmatisation des problèmes de santé mentale est le travail de tous en favorisant la prise en compte des facteurs de risque et des facteurs protecteurs dans toutes les politiques. La promotion de la santé mentale doit être questionnée pour chaque action engagée. **Il est recommandé de coordonner les actions des différents plans d'action ayant un impact sur la santé mentale.**

5.3.2 Des facteurs de risque abordés de manière diluée

Le PNPS approche largement les facteurs de risque : pour exemple le travail sur la prévention de la perte d'autonomie chez la personne âgée ou les actions en lien avec la dépression. Seules les addictions n'ont pas été abordées, compte tenu de raisons évoquées précédemment.

Mais de manière générale, l'approche des facteurs de risque reste diluée parce qu'elle touche des secteurs vastes, variés, avec des acteurs impliqués sur leur propre thématique : dans les entreprises, dans les écoles ou dans le secteur de la formation professionnelle, où il est question de bien-être, de risques psychosociaux, de résilience ou de lutte contre le harcèlement. Globalement, ce sont les compétences des individus qui sont ciblées plus qu'une réflexion sur les conditions à déployer pour générer des environnements favorables à la santé mentale : conditions de vie ou conditions de travail. En effet, la démarche est différente lorsqu'il s'agit de travailler collectivement sur un environnement favorable ou des conditions de travail protectrices. Dans ce sens, **il a été fait mention de bonnes pratiques, notamment dans certaines écoles ou certaines entreprises mais elles restent invisibles, développées uniquement en interne.** De plus, certaines entreprises montrent des signes alarmants de souffrance au travail parmi leurs salariés, d'après les services de santé au travail, qu'il convient d'aider en travaillant sur des conditions de travail favorables à la santé mentale.

Concernant les facteurs de protection, l'approche n'est pas évidente. Outre les actions de sensibilisation et de déstigmatisation citées dans le paragraphe précédent, les facteurs de protection sont abordés dans le PNPS *via* la promotion de la santé, avec des programmes en entreprise et des projets de support de voisinage (destinés aux personnes âgées). Pour ces actions, le CIP a su engager une dynamique de réseau qui demande à être poursuivie. Il s'agit de développer des compétences psychosociales et du support social auprès des populations les plus à risque, travail qui ne peut être mené que sur le long terme et avec la création d'une dynamique de réseau intersectoriel.

Recommandation

Afin d'aider les différents secteurs à mettre en place des pratiques positives en termes de prévention des risques ou de soutien aux facteurs protecteurs pour la santé mentale, il convient de rendre visibles les bonnes pratiques existantes, c'est-à-dire mobiliser des ressources pour réaliser un travail de capitalisation et de retours d'expérience, pour diffuser ces bonnes pratiques et les enseignements issus de la capitalisation et suivre et veiller au développement de ces bonnes pratiques (Cf. Gouvernance).

A plus long terme, une gouvernance orientée vers la promotion de la santé mentale permettrait de soutenir des conditions de travail favorables à la santé mentale dans les entreprises les plus à risque.

Le travail sur les facteurs protecteurs demande à soutenir sur le long terme, les dynamiques de mise en réseau impulsée par le CIP.

5.3.3 Des publics à risque à cibler

Grâce au recueil de données réalisé au cours de l'évaluation, des groupes cibles ont été identifiés :

- **La population des jeunes,**
- **La population des personnes âgées,**
- **Les personnes migrantes,**
- **Les salariés des secteurs sous pression** (tels que le secteur financier ou le secteur des soins).

D'après les acteurs de terrain, ces groupes demandent une attention particulière et nécessitent une adaptation des outils que le CIP a développés : outils de sensibilisation, de repérage, d'orientation et de suivi. Pour la prise en charge, le secteur des soins n'offre pas de filière spécifique de bas seuil pour ces différents groupes montrant des signes de souffrance. Les offres sont principalement organisées en psychiatrie aiguë, ce qui exclut une orientation précoce des situations les moins graves. En effet, les personnes de plus de 55 ans montrent une bonne capacité à demander de l'aide d'après le sondage en population générale, en se tournant prioritairement vers leur médecin traitant alors que les personnes âgées de 16 à 34 ans vont s'orienter vers un proche. De plus, le sondage montre que l'hôpital n'est pas le lieu où les personnes interrogées demandent de l'aide en priorité (8% seulement) alors que les psychologues et psychiatres seraient sollicités pour 47% des personnes interrogées.

Le sondage montre également que les outils et messages développés au cours des différentes actions du plan doivent être adaptés pour deux publics :

- Les hommes, de manière générale, qui ont moins tendance à demander de l'aide
- Et les personnes de nationalité portugaise.

En effet, le sondage montre que 85% des hommes demanderaient de l'aide en cas d'idées suicidaires (pour un proche ou pour eux-mêmes) contre 93% des femmes (avec une différence significative). Pourtant, il est observé qu'ils demandent de plus en plus d'aide puisque leur présence a doublé entre 2017 et 2018 auprès du numéro d'aide SOS détresse, cette donnée pouvant être considérée comme un début de changement de pratique.

A cette même question, les personnes portugaises répondent positivement à 79% (contre 92% en moyenne pour l'ensemble de la population luxembourgeoise). Une attention doit être redoublée compte tenu des dernières données enregistrées par le GSP pour l'année 2019 : 13 décès par suicide (sur 41) sont des personnes de nationalité portugaise. Les personnes de nationalité portugaise représentent 16% de la population totale²³, ils doivent être concernés par des actions ciblées. Plusieurs études montrent que les immigrés de la deuxième génération sont plus à risque de montrer des signes de dépression que les autres. Dans ce sens, les autopsies psychologiques qui devaient être réalisées (Cf. Action N°2 page 76) auraient pu apporter des éclairages sur la spécificité luxembourgeoise en matière d'immigration.

De plus, deux périodes plus à risque ont été peu explorées par les actions du plan :

- La prévention de la récurrence en cas de tentative de suicide,
- La perte d'emploi ou le fait d'être sans emploi.

Pour ce premier point, une collaboration a été engagée avec l'équipe du projet Vigilans (Cf. Action N°30 page 116) mais d'autres pistes pourraient être explorées, notamment avec le suivi des patients

²³ <https://statistiques.public.lu/catalogue-publications/regards/2018/PDF-06-2018.pdf>

qui sont passés par les services d'urgence ou chez un médecin généraliste. Comme d'autres actions du plan, aborder la question du suivi des patients demande à réfléchir à la collaboration avec les professionnels qui exercent en libéral et à la question du financement, pour que le système mis en place puisse être pérenne.

Pour les demandeurs d'emploi, avec presque 16 000 chômeurs, le taux de chômage au Luxembourg reste relativement faible (5.5% en février 2020). En tout début de plan, le taux était plus élevé (pouvant aller jusqu'à 7% en janvier 2015). Ce groupe cible, ou les professionnels qui leur viennent en aide, demanderaient à être consultés en vue de prochaines actions à mettre en place.

Recommandation

Des actions cibles doivent être organisées à destination des hommes, des personnes de nationalité portugaise, des demandeurs d'emploi et des personnes qui ont déjà fait une tentative de suicide. Les actions de proximité et/ou impliquant des personnes proches des personnes en souffrance sont à privilégier : collègues, enseignants, médecins traitants, etc.

L'offre de sensibilisation, de repérage, de prise en charge et de suivi doit s'organiser avec des **filières bas seuil pour les jeunes, les personnes âgées, les personnes migrantes et les salariés des secteurs sous pression**.

5.4 RECONNAISSANCE DES SIGNES D'ALERTE DE LA CRISE SUICIDAIRE

Question d'évaluation : Le PNPS permet-il d'augmenter les compétences des professionnels, de l'entourage et des personnes concernées pour reconnaître les signes d'alerte et savoir orienter et demander de l'aide ?

5.4.1 Près de 1000 professionnels formés au repérage de la crise suicidaire en 5 ans

Le PNPS a permis la mise en place d'actions de formation /sensibilisation à destination du grand public (Campagnes de sensibilisation), des professionnels (Formations au repérage de la crise suicidaire) et de publics cibles. Le plan a permis une nette amélioration de la sensibilisation à la question spécifique du suicide.

Le travail sur les signes d'alerte, par une meilleure détection et une connaissance du réseau de soutien disponible, a été largement diffusé grâce aux formations. 976 professionnels ont été formés au repérage de la crise suicidaire en 5 ans (Cf Action N°29), soit deux fois plus que l'objectif fixé par le plan, sans compter les professionnels formés à la dépression, aux troubles anxieux, aux situations de traumatismes et à l'hygiène de vie du soignant, non comptabilisés dans cette évaluation. 85% des personnes formés proviennent du milieu médico-social, ce format étant pertinent pour les salariés de ces secteurs. Le succès des formations est notamment dû à la qualité du contenu et des intervenants (Cf. Annexe V page 125 : Satisfaction des participants à la formation) ; ce type de formation, organisée sur 2 jours, alternant théorie et outils pratiques, a fait ses preuves depuis longtemps dans plusieurs pays et répond aux besoins des professionnels du secteur médico-social.

Mais l'évaluation de l'action portant sur la formation montre que 4 types de professionnels sont globalement absents de cette formation :

- Les médecins généralistes
- Les thérapeutes exerçant en libéral
- Le personnel des écoles
- Les professionnels qui interviennent à domicile (pour les personnes âgées ou les personnes dépendantes).

Le CIP a dû adapter le format du 2 jours de formation qui n'était pas pertinent pour un certain nombre de professionnels, pourtant concernés par le sujet : un format court d'1h30 pour les médecins généralistes, des formats « Workshop » pour les entreprises, une sensibilisation de 2h pour tout le personnel d'un CIPA, des formes « Conférences » pour de plus grandes assemblées. Le CIP a également répondu à des demandes non prévues comme dans les lycées qui souhaitaient former l'ensemble de leur corps enseignant suite au décès par suicide d'un ou plusieurs élèves (ateliers de 4 heures). Les directeurs d'établissements scolaires montrent en effet un besoin d'aide quand l'urgence se présente, une intervention en prévention primaire apparaissant comme plus difficile.

En dehors des actions du plan, parallèlement et progressivement, les services de santé au travail ont aussi développé, une offre de sensibilisation et de formation sur la prévention des risques psychosociaux. En effet, en réponse à un besoin grandissant des travailleurs en souffrance dans le contexte du travail, certains services ont construit des réponses adaptées : consultation psychologique, modules de formation, dont les exemples mériteraient d'être largement diffusés auprès d'un plus grand nombre. Une nouvelle fois, les bonnes pratiques sont peu visibles. De la même façon, le CNAPA a construit, entre autres, deux modules de formation : l'un développé pour l'enseignement fondamental (disponible à partir de 2020) et l'autre pour l'enseignement secondaire. Ces modules se déclinent sur plusieurs années autour de thèmes portant sur le bien-être, la gestion des émotions, la gestion de la consommation (de sucre, d'écran, et de toute forme de dépendance), sur ses propres ressources et le management de soi.

Recommandation

Compte tenu de l'absence de certains professionnels aux formations, **il est pertinent de cibler prioritairement le personnel des écoles, les personnels des soins généralistes dont les infirmiers somatiques (école, prison, urgences), et les professionnels de santé exerçant en libéral et de proposer une sensibilisation aux professionnels des services de soins à domicile ou de CIPA.** L'ajustement de la formation aux médecins généralistes, par le biais d'ateliers de courte durée, est une formule adaptée, à poursuivre, sachant qu'une compensation financière, en cas de fermeture du cabinet pour se former aux questions de santé mentale, devrait être étudiée, afin de former un plus grand nombre de médecins.

A plus long terme, il serait intéressant de toucher l'entourage de personnes à risque (avec pathologies psychiatriques par exemple), aucune formation hors champ professionnel n'étant proposée dans le plan. Ce type de proposition peut être mise en lien avec la formation aux premiers secours en santé mentale, qui est un projet en cours, porté par le CIP, présenté par après. Le concept de ce programme est de toucher un plus grand nombre et, par conséquent, les personnes à proximité de sujets plus vulnérables.

5.4.2 Des médecins généralistes en première ligne

Le sondage en population générale appuie le fait que **le médecin généraliste est un professionnel clé en termes de détection et prise en charge des problèmes de santé mentale** : surtout pour les personnes âgées de plus de 55 ans qui, à 85%, déclarent demander de l'aide, et prioritairement à leur médecin traitant (pour 68% d'entre elles) si elles sont confrontées à des idées suicidaires pour elles ou un proche.

Globalement, les personnes se tournent à :

- 63% vers un proche²⁴,
- 54% vers le médecin traitant,
- 47% vers un psychologue ou un psychiatre,
- 28% vers un numéro d'aide téléphonique,
- 25% vers un centre de consultation,
- 9% vers un collègue,
- 8% vers l'hôpital,
- 4% vers un religieux (dont 7 personnes sur 16 ont entre 55 et 64 ans).

Les médecins généralistes rencontrés pendant l'évaluation témoignent qu'ils reçoivent chaque jour des patients présentant des troubles de santé mentale : troubles anxieux, dépression, burnout. De la même façon, les médecins du travail insistent sur le rôle spécifique que prend leur accompagnement des questions de souffrance psychique, avec l'estimation suivante : les $\frac{3}{4}$ de leurs consultations sont consacrées à des problèmes de santé mentale (hors examens périodiques), dont une grande partie de tableaux cliniques psychosomatiques.

Concernant les pathologies psychiques, les médecins généralistes sont favorables à 69% à la publication de guidelines nationales mais ils sont moins nombreux à estimer avoir besoin d'une formation en santé mentale (26%) ou une formation au repérage de la crise suicidaire (32.5%)²⁵.

Concernant leur appropriation des outils des campagnes de sensibilisation : les médecins généralistes, médecins psychiatres et psychothérapeutes qui ont répondu au sondage (N=84) ont pour la majorité mis les flyers édités pour la campagne Dépression à disposition de leur patientèle (81%). Un peu plus de la moitié a disposé une affiche dans son cabinet (53%), sachant que la campagne Dépression a marqué les esprits par les affiches : 30% des répondants se souviennent de ce support envoyé dans les cabinets médicaux, hôpitaux, lycées, etc.

Les sites internet « Dépression » et « Prévention du suicide », créés par le CIP sont globalement beaucoup mieux connus des psychologues psychothérapeutes (73%) que des médecins généralistes : moins d'un tiers connaît le site « Dépression » (30%) et moins d'un quart le site « Prévention du suicide » (24%). Le détail des données sur les sites créés est disponible page 87.

²⁴ Plusieurs réponses étant possibles, le total est supérieur à 100%

²⁵ En dehors des actions du plan, c'est l'ALFORMEC qui organise la majeure partie des formations des médecins, dont certaines concernent la santé mentale. L'ALFORMEC propose une ou deux thématiques sur des questions de santé mentale chaque année, avec une soixantaine de médecins présents (2014 : Alcool, prise en charge des angoisses ; 2015 : psychotropes, cannabis, psychothérapie en médecine générale, nouvelles thérapeutiques contre l'alcoolisme ; 2016 : pas de données ; 2017 : TCC ; 2018 : pas de données ; 2019 : le repérage de la crise suicidaire ; 2020 : le burnout et sa prise en charge).

Recommandation

La demande d'aide, l'accès aux soins vers les services ambulatoires (dont les cabinets des médecins généralistes), la coordination des soins et le suivi des patients représentent un sujet complexe qui doit être abordé à part entière dans le cadre d'une stratégie de santé mentale.

5.4.3 Deux campagnes grand public aux supports multiples

Le détail des éléments mis en œuvre est décrit page 8, avec deux campagnes qui ont multiplié les supports et les événements autour d'un premier thème qui était « La dépression : parlons-en » (campagne lancée en novembre 2017) puis d'un second qui était « L'anxiété : parlons-en » (campagne lancée en avril 2019). Dans le plan, une campagne de sensibilisation par an était prévue, objectif trop ambitieux au regard des messages, outils et supports à élaborer et des actions de communication engagées.

Plus couvrante en termes de territoires, de supports, de mode de communication et de temps de diffusion, **la campagne Dépression a été mieux repérée que la campagne Anxiété** (63% contre 35% des personnes interrogées se souviennent de la campagne). En effet, 2 fois plus de moyens financiers ont été investis dans la campagne Dépression, la rendant aussi plus visible.

Dans le sondage en population générale, il apparaît que la campagne est moins visible pour les inactifs (dont les personnes âgées) et pour les hommes en général (qui ont moins entendu parler de la campagne que les femmes). Presse, TV et radio sont des supports à développer pour toucher les plus de 55 ans.

La campagne « L'anxiété : parlons-en » a principalement été visible via internet (et réseaux sociaux), ce qui corrobore les résultats de l'analyse de fréquentation du site internet www.prevention-panique.lu : les pages consultées sont principalement liées au lancement et aux résultats du concours photo.

Les personnes interrogées lors du sondage notent que **la déprime, la dépression ou la tristesse sont les premiers signes qu'elles repèrent en tant que signes d'alerte à la crise suicidaire**. La dépression, sujet de la première campagne de sensibilisation se rapproche par conséquent de la perception du grand public : si des connaissances sont à améliorer *via* une campagne nationale, la dépression était un sujet adapté afin d'augmenter la littératie d'une population d'ores et déjà sensible à ce signe de mal-être. D'autant que dans le sondage, 92% des personnes sont d'accord pour dire que la campagne est utile pour se faire aider.

Pour les professionnels, les campagnes apparaissent comme un moyen efficace d'engager le dialogue : les médecins généralistes témoignent d'échanges facilités, notamment avec les proches de personnes concernées.

Recommandation

Dans le cadre des campagnes de sensibilisation à destination du grand public, des outils spécifiques mériteraient d'être développés pour sensibiliser les hommes, les personnes inactives et les personnes de nationalité portugaise : 3 populations qui semblent moins sensibilisées.

Le thème de la dépression peut être renouvelé au regard de l'intérêt de la thématique : forte prévalence, signes d'alerte identifiés par la population et important facteur de risque de suicide.

5.5 QUALITE DE L'ACCOMPAGNEMENT

Question d'évaluation : le PNPS permet-il de proposer des prestations de qualité pour l'accompagnement des personnes suicidaires et de leur entourage ?

5.5.1 Des services généralistes investis par une mission de prise en charge avec un besoin de compétences spécialisées

A côté des services spécialisés, **les services généralistes** (soins à domicile, foyers du Ministère de la famille, personnels des établissements scolaires, médecine générale, médecine somatique, santé au travail, etc.) sont investis dans la prise en charge et l'accompagnement des publics cibles avec des troubles psychiques ou un risque de fragilité psychique. Ils **témoignent d'un besoin de compétences psychiatriques à leur côté**. Les professionnels de la santé mentale sont souvent absents des services en question, notamment pour les psychiatres et pédopsychiatres. Les patients sont alors orientés *via* un parcours classique d'orientation avec un long délai d'attente pour être reçu par un spécialiste.

Un des secteurs généralistes rarement évoqué est le secteur du travail, où les manifestations de mal être se font de plus en plus présentes (selon les données de l'étude Quality of Work, les données des services de santé au travail et le recueil auprès des médecins généralistes et médecins psychiatres). Le secteur est vaste, difficile à appréhender même s'il est d'ores et déjà investi par des médecins et des psychologues qui connaissent les enjeux et mettent en place des pratiques de détection et de soutien. Un besoin de parcours adapté vers des services spécialisés est ressenti.

Les médecins généralistes ont certes la possibilité de proposer une psychothérapie de soutien selon la nomenclature de la CNS²⁶ mais de manière générale, le fonctionnement des cabinets généralistes (et leur formation) n'est pas propice à la prise en charge psychothérapeutique. L'orientation vers les services spécialisés est une question récurrente.

Concernant les idées suicidaires, des services généralistes estiment avoir besoin d'expertise en prévention du suicide et d'aide pour la thématisation de cette question : sensibilisation des collaborateurs, procédures à mettre en place, facteurs protecteurs, etc.

Recommandation

Les spécialistes de la psychologie ou de la psychiatrie, dont les spécialistes de la prévention du suicide, doivent pouvoir venir en appui des services généralistes. Les projets d'implémentation de structures d'accompagnement et de soutien doivent prendre en compte le recrutement ou la prestation de professionnels spécialisés pour répondre aux besoins de détection et de prise en charge des populations vulnérables ou à risque qu'ils accueillent.

²⁶ Avec une tarification à 36.80 euros pour une durée de 15 minutes minimum et un accord du contrôle médical pour plus de 6 séances par an

5.5.2 Un difficile accès aux soins spécialisés

Quel que soit le secteur, **le problème crucial qui demeure est l'accès aux soins**. Comment soutenir la prévention et une détection précoce si l'orientation vers les services adaptés pose problème ? Il est nécessaire d'avoir des dispositifs souples et multiples qui permettent une adaptation aux besoins : depuis la pathologie légère à la crise suicidaire avérée. L'accès aux soins est un axe qui a été peu développé pendant le PNPS mais qui doit être privilégié à l'avenir dans un souci de donner une réponse lorsque l'orientation devient nécessaire.

Le médecin généraliste, s'il est central dans le dispositif, ne peut pas toujours offrir l'accompagnement thérapeutique nécessaire, par manque de temps et/ou de compétences. Il a un rôle pivot pour orienter un patient, orientation délicate vers les services spécialisés.

Le délai d'attente est trop long pour un rendez-vous dans un centre de consultation en santé mentale comme chez un médecin psychiatre. Les médecins psychiatres reçoivent plusieurs appels par semaine de médecins généralistes qui ont besoin d'une prise en charge rapide impossible à honorer.

La psychothérapie, quant à elle apparaît souvent trop coûteuse pour un certain nombre de patients et l'orientation vers les thérapeutes n'est pas toujours aisée. Le remboursement des psychothérapies annoncé pourrait faciliter la prise en charge d'un plus grand nombre et libérer des créneaux dans les centres de consultations gratuits et chez les médecins psychiatres dont les consultations psychothérapeutiques sont remboursées.

Les médecins du travail sont aussi beaucoup sollicités. Leur recrutement est un enjeu des prochaines années compte tenu des départs à la retraite et du nombre grandissant de travailleurs au Luxembourg. En plus des examens périodiques obligatoires, ils sont très investis dans la problématique des risques psychosociaux mais font face à une demande croissante et à des salariés qui craignent que la confidentialité ne soit pas préservée vis-à-vis de leur employeur.

L'orientation vers les urgences est utilisée en dernier recours alors que ces services ne sont pas toujours adaptés pour les patients avec des idées noires, les patients instables ou les personnes âgées déprimées. En effet, le personnel des services d'urgence, comme des services somatiques n'a pas de formation spécifique pour les questions de santé mentale, ni sur le repérage de la crise suicidaire. Il n'est pas rare d'entendre que des psychiatres sont appelés dans les services somatiques, auprès de patients pour lesquels le personnel soignant a une suspicion de crise suicidaire, mais sans que la question de la suicidalité n'ait été abordée par manque de formation et d'aisance avec cette question. Le centre de crise prévu dans le cadre de la réforme des urgences est un concept en cours de mise en œuvre. D'après l'évaluation, il devrait permettre d'accueillir les « semi-urgences » : des patients avec des idées noires aussi bien qu'un patient qui a fait une tentative de suicide, avec des accueils souples : quelques heures, une nuit, suivis de visites à domicile, d'un accueil de jour, etc.

Un nœud reste sensible en amont et/ou en aval des hospitalisations : évaluer, coordonner, protéger, éviter les récurrences et l'aggravation des symptômes, etc. La vision proposée reste hospitalo-centrée, alors qu'il y a une complémentarité entre les secteurs ambulatoire, hospitalier, et extrahospitalier conventionné, voire extrahospitalier hospitalier (en cours de développement depuis la dernière loi hospitalière).

D'après des travaux de Marie-Lise Lair sur les professions de santé et sur les services d'urgence, le secteur extrahospitalier a peu progressé depuis sa mise en place. Peu de dotation en personnel supplémentaire a été attribuée, empêchant un déploiement véritable d'un secteur qui pourrait permettre une plus grande offre de prise en charge « hors des hôpitaux ». Leur budget reste pauvre et

reconduit d'année en année sans lien avec des objectifs de déploiement au profit des patients, sans lien non plus avec la démographie du secteur et son évolution. Ainsi, aujourd'hui, le virage ambulatoire annoncé dans la loi hospitalière mérite d'être examiné pour les questions de santé mentale.

A la croisée des prises en charge se trouve la coordination. Indispensable, cette fonction n'est pourtant pas valorisée et se trouve être chronophage, surtout pour les professionnels libéraux. Chacun assume un peu ce rôle, sans qu'il soit vraiment attribué par manque de reconnaissance véritable, sauf pour les médecins généralistes qui peuvent codifier un acte comme « coordination pour pathologies lourdes » en tant que médecin référent mais seulement pour les patients avec une pathologie chronique grave dont les affections psychiatriques de longue durée font partie²⁷.

Le déficit de coordination est surtout criant dans le suivi post hospitalier (sauf lorsque les services de soins à domicile doivent intervenir et que la prise en charge est organisée avant la sortie).

Recommandation

Les différents secteurs ambulatoire, hospitalier et extrahospitalier conventionné sont complémentaires mais au regard des délais d'attente particulièrement longs pour accéder à un spécialiste, **leurs missions demandent à être redéfinies (dont la mission de coordination) ainsi que les ressources nécessaires à leur fonctionnement**. L'extrahospitalier est particulièrement concerné avec le développement prévu dans l'accord de coalition : préciser les missions de chaque secteur, les ressources disponibles et les ressources nécessaires en terme qualitatif et quantitatif. Quelle responsabilité ? Quelles missions ? Quels objectifs ? Quelles ressources disponibles ? Quelles ressources nécessaires ?

Sachant que les professionnels de la santé mentale font actuellement défaut, une étape cruciale est celle de redorer l'image des professions de santé et de santé mentale en particulier, puis de former des professionnels compétents afin que l'offre ambulatoire (dont extrahospitalière) puisse se développer.

²⁷ Tarification à 108.70 euros, une seule fois par 6 mois

6 TROIS FOCUS

Trois focus ont été choisis dans le cadre de l'évaluation du PNPS :

- Jeunesse, école et crise suicidaire
- La santé en entreprise
- Les personnes âgées.

Les deux premiers focus permettent de faire la synthèse de réunions de travail organisées avec deux groupes existants. Une réunion spécifique a été organisée sur la prise en charge de la souffrance psychique des personnes âgées pour faire un état des lieux commun et amorcer des propositions qui demanderaient à être travaillées plus amplement avec les secteurs concernés.

La troisième thématique est apparue comme une préoccupation récurrente des acteurs interviewés, avec un public cible pour lequel des actions prioritaires doivent pouvoir émerger pour répondre à un besoin caractéristique.

Un 4^{ème} focus est prévu ultérieurement sur l'accès aux soins, problématique centrale dans les parcours de prise en charge des patients.

6.1 JEUNESSE, ECOLE ET RISQUE SUICIDAIRE

Avec 41 000 élèves et 37 lycées publics, la question des jeunes mérite une attention particulière, non seulement parce qu'ils manifestent des signes de mal-être mais aussi parce qu'ils représentent les adultes, les travailleurs, les parents de demain. Avec quels outils s'agit-il de les équiper pour protéger au mieux leur santé globale, dont leur santé mentale ?

Parmi les 66 personnes décédées par suicide en 2017, 10 ont moins de 30 ans. Les données HBSC 2014 rapportent que :

- 7,7% des 12-18 ans déclarent avoir fait une tentative de suicide dans les 12 derniers mois,
- 15.2% ont sérieusement pensé au suicide sur cette même période,
- 28% montrent des signes de dépressivité.

D'après le sondage réalisé en population générale dans le cadre de l'évaluation (N=402), 91% des 16-24 ans demanderaient de l'aide s'ils étaient confrontés à des idées suicidaires pour eux-mêmes ou pour un proche. 79% demanderaient de l'aide à un proche alors que seulement 18% s'adresseraient au médecin généraliste.

D'après les acteurs institutionnels et les acteurs de terrain réunis en janvier 2020 dans le cadre de l'évaluation, le suicide reste un sujet tabou quand il s'agit des jeunes. La santé mentale souffre de préjugés qui ne favorisent pas la qualité de l'accompagnement des jeunes. Par méconnaissance ou par peur, la question reste taboue dans les instances de direction des établissements comme chez les enseignants. C'est la sensibilisation, voire la formation qui permet de développer une vigilance partagée dans une communauté.

Lors de l'état des lieux réalisé auprès du secteur jeunesse, plusieurs points apparaissent comme problématiques sur la question de l'accompagnement des jeunes et de leur santé mentale :

La gouvernance

Au niveau ministériel, les différents plans, qu'ils soient sous l'égide des Ministères de la Santé, de la Famille ou de l'Education Nationale, montrent un manque de coordination afin que les actions relatives à la santé mentale puissent être cohérentes.

Il apparaît que pour les acteurs interrogés, la question du bien-être est transversale et permettrait une approche de la santé mentale dans toutes les politiques quelle que soit la thématique d'approche : vie sexuelle et affective, addictions, cancer, alcool **La stratégie proposée par les acteurs de terrain est de faire un focus sur la santé mentale pour une concertation organisée de manière interministérielle.** La priorité donnée à la prévention permet alors de travailler à la fois sur des environnements favorables et le développement des compétences, encadré par une stratégie globale concertée.

Pour exemple, la nouvelle loi portant sur l'enseignement secondaire (avec le Plan de développement de l'établissement scolaire) propose un cadre de développement des compétences des élèves, sans que le lien soit fait avec le PNPS ou les politiques de santé mentale.

Outre les facteurs de risque individuels, demandant des dispositifs de détection et de prise en charge à destination des jeunes les plus à risque, **les acteurs de terrain s'interrogent sur des facteurs de risque collectifs liés à l'environnement et notamment au système scolaire luxembourgeois.** Les études portant sur le **système scolaire luxembourgeois montrent qu'un changement global doit s'opérer**, « *intégré dans un modèle sociétal bien défini et une vision à long terme qui permettent de remplacer progressivement certains mécanismes inefficaces par des mécanismes nouveaux fondés sur des expériences étrangères efficaces ou, idéalement, évaluées dans le cadre d'expériences-pilote au Luxembourg* »²⁸. Globalement, malgré des mesures successives, le fonctionnement global actuel et la culture de l'apprentissage restent ancrés sur un modèle qui a du mal à se remettre en question.

Malgré tout, à l'échelle des établissements scolaires, des initiatives ont lieu, impulsées par une personne, une équipe, une structure. Très positives pour certaines, ayant fait leur preuve dans un établissement en particulier, elles demanderaient à être plus visibles, voire valorisées, évaluées et généralisées. Mais **les pratiques mises en place sont souvent invisibles pour les autres établissements** ; elles ne sont pas partagées et les projets restent internes à un établissement, malgré une plateforme d'échange mise en place par le Ministère de l'Education Nationale²⁹.

Le Plan de développement de l'établissement scolaire (PDS) 2017-2020 est mis en place dans le but d'instaurer une dynamique de développement continu et de renforcer les pratiques innovantes. Le PDS pour les lycées comporte 7 domaines de référence, permettant à chaque établissement de présenter son offre scolaire et parascolaire, de la documenter et l'analyser, de définir des objectifs et un plan d'action pour chacune des priorités retenues :

- L'organisation de l'appui scolaire
- L'encadrement des enfants à besoins spécifiques/particuliers
- L'assistance psycho-sociale des élèves
- L'orientation des élèves
- La coopération avec les parents d'élèves
- L'intégration des technologies de l'information et de communication

²⁸ Martin R. et al. La place de l'école dans la société luxembourgeoise de demain. 2008

²⁹ <https://portal.education.lu/developpementscolaire/Accueil-Lyc%C3%A9es>

- L'offre périscolaire.

Dans le PDS à l'intention des lycées, l'assistance psycho-sociale est un domaine qui doit être documenté. Les lycées ont l'occasion de se fixer des priorités pour 3 années, avec des objectifs de développement. Le Service de Coordination de la Recherche et de l'Innovation Pédagogiques et Technologiques (SCRIPT) a mis à disposition des outils d'aide à la conduite et au suivi de projet.

Concernant la prévention en général et la prévention du suicide en particulier, le PDS offre la possibilité d'inclure un chapitre spécifique (le libre choix est donné aux établissements de compléter la trame proposée pour le PDS) mais **le sujet n'apparaît pas comme prioritaire à ce jour, dans les documents disponibles en ligne**. La thématique pourrait faire partie intégrante du projet Ecole mais cet objectif demanderait à être accompagné pour devenir plus concret en termes d'actions à mettre en œuvre.

La collaboration

Dans les lycées, les SEPAS ont une mission de prise en charge psychologique et sociale, d'orientation et de prévention généraliste. Concernant la prévention, ils travaillent en complément d'acteurs externes, spécialistes de thèmes spécifiques (comme Solidarité jeunes avec le projet Impuls sur la question des addictions qui propose outre les consultations individuelles, des interventions auprès de groupes de jeunes interpellés pour leur consommation abusive d'alcool ou de substances psychoactives et des interventions auprès des professionnels).

Au niveau national, le CEPAS est un service de ressources en lien direct avec les SEPAS. Il dispose notamment d'un groupe spécifique : Groupe d'Accompagnement Psychologique (GAP) qui peut être contacté en cas d'événement dramatique ou traumatisant dans un établissement scolaire. En général, en cas de suicide d'un élève, le Groupe de Support Psychologique du CGDIS (lié aux services de secours) intervient dans un premier temps. Il passe le relai au GAP qui contacte l'établissement : en fonction des ressources internes au lycée (si les membres de leur SEPAS sont eux-mêmes formés par exemple), le GAP intervient dans le lycée ou non.

Les SEPAS travaillent avec l'équipe enseignante (qui est souvent le lanceur d'alerte si un élève va mal) et la médecine scolaire.

D'après les acteurs rencontrés, dans certains établissements, **la communication n'est pas fluide entre l'équipe du SEPAS, la médecine scolaire et l'équipe pédagogique**. Prenant comme motif la protection des données, il n'est pas rare que des informations très importantes soient confinées à un seul service, qu'il s'agisse d'informations sur une situation de mal-être, alarmante, à risque ou une situation dans laquelle il y a eu un acte dramatique (violence, tentative de suicide, suicide). Or, chacun peut disposer de signes d'alerte et avoir besoin d'adapter son cadre d'exercice en fonction des éléments transmis. Certes, il est indispensable de maintenir le lien de confiance qui unit un élève à un adulte de référence, de préserver l'alliance thérapeutique qui s'installe entre un élève et un thérapeute ou un soignant. Cette question n'est pas simple mais elle nécessite d'être travaillée pour une plus grande protection, détection et qualité de prise en charge.

Dans la même perspective, les enseignants sont nombreux à orienter des élèves vers les services de soutien. Ils demandent un retour sans que les détails de la situation ne leur soient donnés. *« Il y a une demande des enseignants d'être vus comme des collaborateurs pour améliorer la santé mentale des jeunes »*. Pour adapter leur mode de relation et le cadre de leur travail, ils ont besoin de savoir si un suivi a pu s'organiser ? S'il est encore actif ? Si l'élève va mieux ou moins bien ? S'il y a des recommandations particulières à prendre en compte ?

Leur place comme acteurs de première ligne est primordiale pour la détection des signes d'alerte. Une communauté scolaire se mobilise souvent après un évènement dramatique, alors que la formation ou la sensibilisation au repérage des signes de mal-être et de la crise suicidaire peut intervenir en amont. De plus, l'équipe pédagogique est également un acteur clé d'un système scolaire qui montre ses limites (stress scolaire, brimades, climat scolaire en tension, etc.), elle doit être intégrée aux réflexions portant sur une réforme du système (formation, place des apprentissages, bien-être et estime de soi...).

La prise en charge de publics fragiles

Les mineurs, réfugiés et migrants, demandeurs de protection internationale ou non, nécessitent une prise en charge coordonnée et une évaluation urgente de leur situation. Une grande détresse est observée par les acteurs de terrain avec un risque pour la santé mentale de ces individus et pour la paix sociale, « *La situation est explosive* ».

En 2018, 2 206 personnes ont introduit une demande de protection internationale au Luxembourg.

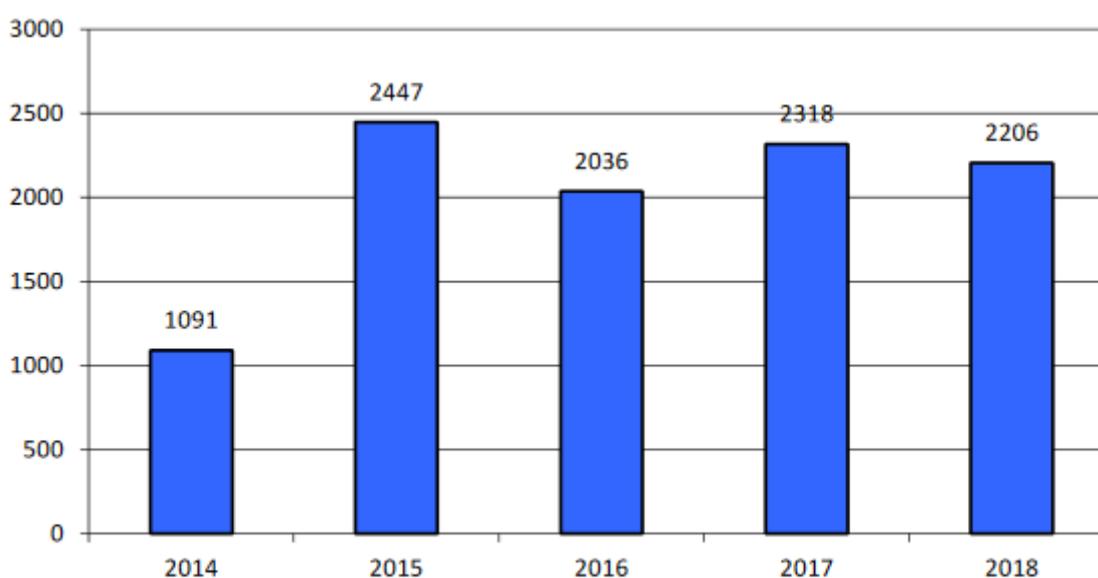


Figure 11. Nombre de demandeurs de protection internationale au Luxembourg entre 2014 et 2018 (Source: Direction de l'immigration).

La même année, 36 mineurs non accompagnés ont introduit une demande de protection internationale (50 en 2017)³⁰. Dans un contexte d'intérêt supérieur de l'enfant, un organe collégial étudie le dossier du mineur.

Les professionnels interrogés observent une absence de coordination des instances et des acteurs impliqués, avec des questions qui restent sans réponse comme :

- L'intégration dans les écoles au niveau scolaire adéquat et la réponse spécifique à leurs besoins,
- L'orientation difficile vers des spécialistes parlant leur langue et/ou le rôle complexe des interprètes dont la neutralité est souvent questionnée de par leur proximité avec les familles,
- Les suites données au screening pour les situations complexes et l'orientation concertée pour une prise en charge de qualité,

³⁰ Ministère des affaires étrangères et européennes. <https://maee.gouvernement.lu/dam-assets/directions/d8/publications/statistiques-en-mati%C3%A8re-d-asyle/20190131-Bilan-2018-Asile-Immigr-Accueil-presse.pdf>

- La petite délinquance qui se développe.

Les élèves qui arrivent d'un autre pays ou d'un autre établissement présentent un risque plus grand de mal-être, voire de passage à l'acte suicidaire. Certains établissements ont mis en place des bonnes pratiques pour soutenir ces élèves pendant le temps de leur adaptation : éducateur référent, régent référent, transmission des éléments du contexte à l'équipe enseignante qui accueille le jeune, point régulier avec le jeune et les différents intervenants, contact avec la famille, secret partagé entre professionnels.

Globalement, les jeunes demandent une attention toute particulière au regard des deux indicateurs qu'il était prévu de suivre au cours du PNPS :

- Le taux de risque de pauvreté
- Le taux de décrocheurs scolaires

Le taux de risque de pauvreté augmente progressivement, avec une proportion de 18.3 % des individus qui ont un revenu en dessous de 60% du revenu médian (seuil de pauvreté) contre 11.9 % en 2003, les moins de 25 ans étant les plus nombreux³¹.

Pour **les décrocheurs scolaires**, le Ministère de l'Education Nationale a pris ce problème au sérieux, avec un taux de décrocheurs avoisinant 17% dans la première étude réalisée en 2003. En 2016, le taux est de 12.4% alors qu'il s'était stabilisé autour de 9% il y a 10 ans³².

Aucune action spécifique du plan n'est en rapport avec ces indicateurs mais ils appuient l'idée que les différents Ministères doivent travailler de concert sur les facteurs de risque, dont la pauvreté et l'accès à la formation.

Recommandation spécifique à la jeunesse

L'approche des questions de santé mentale dans les établissements scolaires demande un cadre de mise en œuvre, afin que chaque acteur, en fonction de son rôle, de ses compétences et de son appétence pour le sujet, puisse s'inscrire dans une démarche dynamique. **C'est au niveau de la gouvernance nationale que le sujet doit devenir prioritaire pour guider une modification profonde du système éducatif, un soutien aux initiatives, aux projets mais aussi une adaptation du cadre d'apprentissage avec des temps consacrés au développement des compétences : gestion des émotions, empathie, mobilisation des ressources, etc.**

Concernant la concertation, il s'agit d'engager une réflexion collective sur le sujet : Quelles informations peuvent ou doivent être partagées ? Avec qui ? Pour quelles recommandations : examen de santé, suivi psychologique, rencontre avec les parents, adaptation du cadre d'apprentissage scolaire ? Quelle implication du jeune concerné dans cette démarche de mise en réseau de l'aide à apporter ?

Les enseignants jouent un rôle central dans la détection des signes et dans le lien de confiance qui permet aux jeunes de demander de l'aide. La formation et le travail d'équipe doivent leur permettre de développer des compétences dans ce domaine. Ils doivent aussi être intégrés à une réflexion plus large portant sur le climat scolaire et l'évolution des pratiques.

³¹

https://statistiques.public.lu/stat/TableViewer/tableViewHTML.aspx?ReportId=12957&IF_Language=fr&MainTheme=3&FldrName=1&RFPPath=29

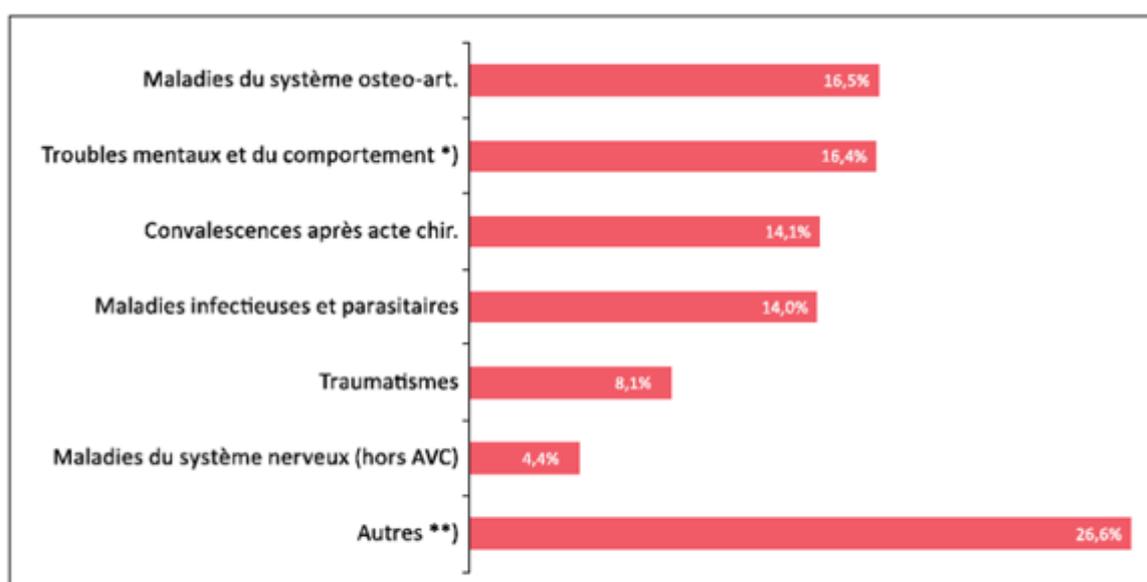
³² <http://www.men.public.lu/fr/actualites/grands-dossiers/enseignement-secondaire/dcrochage/index.html>

6.2 LA SANTE EN ENTREPRISE

Quelques données épidémiologiques

Avec plus de 500 000 travailleurs occupant un emploi sur le territoire luxembourgeois (résidents et frontaliers), le milieu professionnel est un lieu concerné par les problèmes de santé mentale, de mal-être voire de risque suicidaire, qu'il en soit une des causes ou le lieu de son expression.

En 2018, 16,4% des jours de maladie des salariés résidents sont liés à des troubles mentaux et du comportement (majoritairement des diagnostics de dépression). C'est la 2^{ème} cause d'arrêt de travail (en nombre de jours) après les maladies du système ostéo-articulaire.



*) Les dépressions constituent la majorité des diagnostics associés aux absences reprises sous cette catégorie.

***) Cette catégorie comporte les absences regroupées sous l'appellation « Autres maladies » qui représentent 10,7% de l'ensemble des jours de maladie ainsi que 11 autres raisons médicales qui en représentent 1,3% chacune en moyenne.

Figure 12. Répartition du nombre de jours de maladie des salariés résidents en 2018, selon la raison médicale (Source : Rapport d'activités IGSS 2018)

Le secteur bancaire est particulièrement touché par les absences pour troubles mentaux avec 24% des jours d'arrêt maladie, contre 10% dans le secteur de la construction. Le service de santé au travail du secteur financier relève dans son rapport d'activités que les problèmes psychologiques ne cessent de s'accroître, avec des suivis de burnout qui ont augmenté de 107 à 160 personnes et un nombre de visites psychosociales qui sont passées à 1 076 visites en 2016 contre 470 en 2015.

Les troubles mentaux et du comportement sont aussi la principale cause des arrêts longue maladie: 24.6% des jours maladie pour les arrêts longue maladie en 2016.

D'après l'enquête Quality of Work réalisée par la Chambre des Salariés du Luxembourg et l'Université, en 2018, 5,1% des travailleurs ont présenté des idées suicidaires dans les 12 derniers mois, un chiffre en augmentation par rapport aux années précédentes³³.

³³ Figure extraite de la Newsletter réalisée par la CSL en collaboration avec le CIP dans le cadre de l'Action N°3. <https://www.csl.lu/bibliotheque/newsletters/f893c2a88f.pdf>

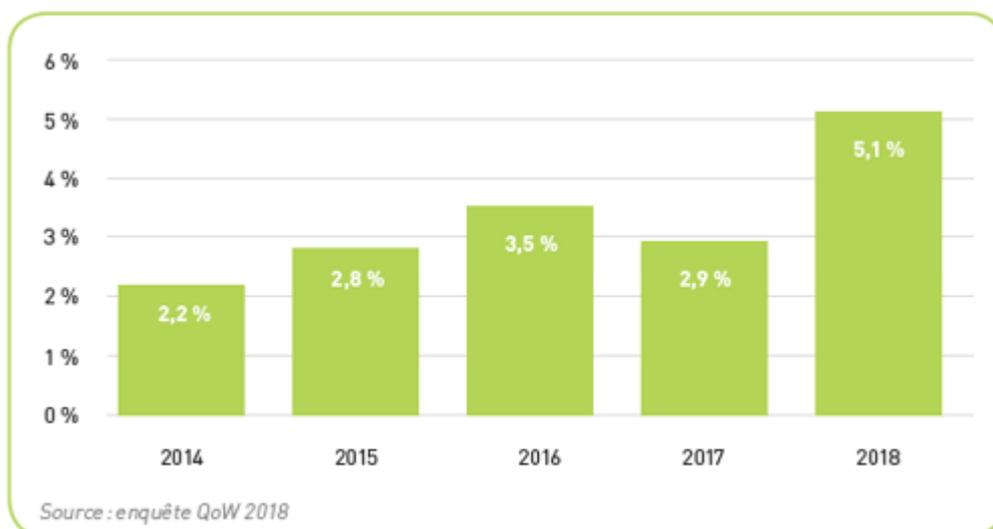


Figure 13. Evolution entre 2014 et 2018 de la proportion des travailleurs ayant des idées suicidaires au cours des 12 derniers mois

Le PNPS consacre 3 actions en lien avec le milieu professionnel, autour de :

- La lutte contre la stigmatisation des maladies mentales ;
- La promotion de la vigilance partagée ;
- La prise en charge de la crise suicidaire.

Action 5

Développement et mise à disposition de programmes de promotion de la santé mentale en entreprise dans le but de lutter contre la stigmatisation des maladies mentales.

Information à la reconnaissance des troubles dépressifs, du stress chronique, du harcèlement, des troubles anxieux, des troubles de l'addiction et de l'intervention en cas de crise suicidaire en élaborant et distribuant du matériel de sensibilisation à l'ensemble des entreprises avec pour informations essentielles les possibilités d'aide et d'entraide.

Action 11

Promotion de la **vigilance partagée** (à l'instar des risques d'accident de travail traditionnels) rapportée aux maladies psychiques en entreprise, afin de responsabiliser l'ensemble des salariés.

Développement de supports/formation pour la promotion de la vigilance partagée en entreprise rapportée aux maladies psychiques.

Action 27

Élaboration et mise à disposition des institutions (entreprises, administrations, etc.) de **protocoles de prise en charge** (on the job et off the job) en cas de crise suicidaire d'un salarié et élaboration et mise à disposition de **protocole de postvention suicidaire** (L/D/F/GB/P).

Un groupe de travail « Santé en entreprise » s'est mis en place regroupant les services de santé au travail, la Chambre des Salariés du Luxembourg (CSL), la division de la santé au travail de la Direction de la santé, l'OGBL, l'Inspection du Travail et des Mines (ITM) et le CIP. Leur travail a porté sur :

- Un état des lieux des activités proposées par chaque service en termes de prévention du suicide ;

- La construction d'un protocole de prise en charge des traumatismes en entreprise (dont les suicides) (en cours de finalisation) ;
- La rédaction d'un projet de cours de premiers secours en santé mentale en population générale.

Constats relevés lors de l'évaluation :

Les rapports d'activité des différents services de santé au travail montrent que **la question des risques psychosociaux (RPS) s'impose comme un problème majeur dans la plupart des secteurs d'activité**. Les médecins généralistes et les médecins psychiatres en cabinet font le même constat : les consultations pour raison de problèmes de santé psychique liés au travail sont en augmentation. Le risque principal encouru par les travailleurs, d'après la plupart des services de santé au travail, est moins celui des charges lourdes, des environnements sonores ou des produits dangereux que celui du stress au travail. Plusieurs services de santé au travail ont donc largement fait progresser cette question dans les entreprises. **Au gré de l'évolution des besoins des travailleurs, certains services de santé au travail ont adapté leurs ressources humaines (comme l'embauche de psychologues), leurs brochures et les offres de formation et de soutien**. Rares sont les services de santé au travail qui n'ont pas encore pris la pleine mesure de cette question.

Pourtant au niveau national, **cette question de la prévention en général et de la prévention des RPS dans les entreprises reste peu investie**. Il n'existe aucun cadre légal qui permette une reconnaissance des RPS, une sensibilisation et le développement de différents types de soutien aux entreprises et aux travailleurs. La médecine du travail se sent ignorée alors qu'une approche centrée sur le bien-être et la santé des salariés permettrait de favoriser une approche préventive dans le milieu du travail.

De plus, il est très difficile de sensibiliser les petites entreprises, ou certains secteurs d'activité pour un développement de conditions de travail favorables à la santé mentale : soit ils ne se sentent pas concernés et n'ont pas les ressources humaines nécessaires, soit ils ont peur que leurs pratiques soient mises en cause. Les services de santé au travail reconnaissent qu'ils sont loin de proposer des pratiques suffisantes parce que les actions qui fonctionnent demandent d'investir dans des supports multiples, dans des campagnes de sensibilisation, dans des actions de proximité qui demandent du temps.

Dans les entreprises, le soutien d'un salarié se fait globalement *via* deux vecteurs : à la demande des services des ressources humaines (quand un dysfonctionnement est observé ou une demande d'aide exprimée par un salarié) et grâce à la visite des services de santé au travail dans les entreprises lors de conférences ou de formations leur permettant de se faire connaître. **C'est le rapport de visibilité et de proximité qui soutient la demande d'aide**. Le message transmis dans l'entreprise est que le service est neutre et que les informations ne seront pas transmises à l'employeur. Mais globalement, le travailleur trouve souvent seul le chemin d'un service de consultation à la médecine du travail.

Quelques services de santé au travail proposent une intervention et un soutien en cas de crise suicidaire mais la plupart exprime un **besoin de relai externe rapide et global**, avec une prise en charge coordonnée et thérapeutique sur le moyen terme.

Les formations à la prévention des RPS sont de plus en plus proposées, principalement aux managers, ainsi que des **projets spécifiques de changement de posture managériale**. Globalement, les propositions de formations des services de santé au travail mettent l'accent sur la formation managériale en général pour combler un déficit d'informations et de formation sur les troubles mentaux. En complément, le médecin du travail propose une aide pour la réintégration et l'accompagnement d'un travailleur qui a eu un arrêt maladie de longue durée. Mais cet

accompagnement est complexe, à cause d'un manque de compréhension des pathologies mentales et de la difficulté à adapter les conditions de travail.

Certains services de santé au travail se limitent (d'après leur rapport d'activité) aux obligations légales, leur secteur pouvant être moins concerné ou moins ouvert aux questions psychologiques. **Les questions psychiques restent taboues, particulièrement pour les problèmes de risque suicidaire et d'addiction à l'alcool.** Sur cette dernière question, la prise en charge s'organise soit quand le salarié formule une demande d'aide, soit quand il ne peut plus assurer la mission qui lui est confiée. Les services de prévention, comme **le CNAPA fort de son expérience dans la prévention des addictions n'a malheureusement pas les ressources humaines pour investir le large champ du milieu professionnel.**

La question des moyens des services de santé au travail se pose, avec une concentration des ressources sur les examens d'embauche. Dans ce sens, les visites obligatoires peuvent être mises en question compte tenu du faible contingent de médecins du travail : à quel moment les salariés ont-ils le plus besoin d'un rendez-vous avec le médecin du travail ? A l'embauche ou après quelques années en poste ? En effet, **le secteur manque de ressources en médecins du travail, avec un médecin pour 6000 salariés actuellement et une moyenne d'âge à 52 ans en 2018 qui fait craindre une aggravation de la carence en médecins du travail.** Cette question reste d'autant plus entière que près d'un quart des rendez-vous d'examens ne sont pas honorés, obligeant le service à refixer des rendez-vous.

Au-delà de la prise en charge en interne, au moment de la détection de problèmes de santé mentale, voire d'idées suicidaires, **l'orientation vers un médecin spécialiste reste problématique.** Les services d'urgence des hôpitaux sont sollicités en cas de crise suicidaire aiguë mais l'orientation des situations moins aiguës et la coordination de la prise en charge en cas d'hospitalisation n'est pas fluide. Quel médecin psychiatre peut rapidement prendre en charge un patient et quelle prise en charge peut s'organiser de façon coordonnée ? Ce sont les deux questions récurrentes des médecins du travail confrontés aux problèmes de santé mentale, d'autant que les médecins généralistes et les médecins psychiatres sont peu familiers des problématiques de l'entreprise. Il n'est pas rare que leurs recommandations après un arrêt de travail de longue durée soient incompatibles avec le travail dans l'entreprise. Médecin du travail et médecins libéraux évoluent dans deux champs qui se connaissent mal, empêchant une coordination qui serait bénéfique pour le travailleur.

Bonnes pratiques

Les pratiques qui donnent des résultats sont celles qui offrent une bonne VISIBILITE, un service de PROXIMITE et une NEUTRALITE dans son mode d'action. Ainsi, une personne de confiance est souvent un point d'appui essentiel pour qu'une personne entame une démarche de demande d'aide. Quelques bonnes pratiques ont été notées pendant le recueil de données :

- Les unités de prévention les plus facilement accessibles sont externes à la ligne hiérarchique et aux services DRH.
- Des groupes de type « sentinelles » ou « Crisis intervention team », formés à l'écoute permettent de proposer un soutien aux collègues dans les entreprises et d'orienter vers les services compétents le cas échéant.
- Des consultations chez un psychologue (3 ou 4 séances) sont prises en charge par l'entreprise de façon anonyme.
- Un questionnaire RPS informatisé est à disposition des entreprises pour évaluer le niveau de stress pour les grandes catégories de personnel (managers, employés, femmes, hommes, temps complet, temps partiel, etc.), il permet d'avoir une image du niveau de stress et de mettre en place les actions nécessaires.

- Des formations de 2 jours pour les managers ou les chefs d'équipe permettent de faire entrer des pratiques bienveillantes dans les équipes autour de l'idée d'un leadership sain.
- L'ASTF est un des services de santé au travail très concerné par les problématiques de santé mentale. En 2017, une augmentation de 20% des consultations psychosociales offertes aux travailleurs est observée ; le service propose désormais une offre de coaching pour accompagner la personne à améliorer sa situation professionnelle et personnelle tant d'un point de vue de la performance que du bien-être au travail. Les formations et sensibilisations en entreprises sont un autre moyen de permettre une reconnaissance des signes d'alerte et une prise en charge la plus précoce possible des problématiques des RPS : 98 formations sur la gestion du capital humain ont été mises en place en 2017 : prévention de l'épuisement professionnel, gestion du stress, etc.

Recommandation

La santé mentale est une question transversale aux politiques publiques qui doit être traitée de façon interministérielle pour le secteur du travail. **Le milieu du travail a besoin d'une véritable politique de santé mentale, avec une reconnaissance de la problématique des RPS.**

Des informations sur la santé mentale et sur l'aide disponible auprès des services de santé au travail doivent faire l'objet de campagnes de sensibilisation récurrentes. Le code du travail pourrait spécifier que le médecin du travail peut être sollicité à tout moment par le salarié et dans le respect du secret professionnel afin d'encadrer une pratique qui rencontre des freins.

Les moyens mis en œuvre doivent s'intéresser aux conditions de travail, aux pratiques managériales et à des actions de proximité. Il ne s'agit pas de renforcer les capacités des travailleurs à vivre des conditions de travail défavorables.

D'un point de vue des soins, la prise en charge par la Caisse Nationale de Santé des séances de psychothérapies sera certainement bénéfique pour les travailleurs en détresse. Mais la collaboration avec les médecins traitants et médecins psychiatres demande à être améliorée, soit par des outils de coordination soit par une reconnaissance du temps de travail nécessaire pour les médecins traitants prenant en charge les pathologies psychiques et la coordination qu'elles nécessitent (Cf. Chapitre Qualité de l'accompagnement ou de la prise en charge). Dans ce sens, les moyens mis dans les visites médicales à l'embauche peuvent être interrogées afin d'organiser un autre système de détection des risques et de soutien.

6.3 LES PERSONNES AGEES

Alors que la thématique des « personnes âgées » n’a pas donné lieu à un groupe de travail spécifique pendant l’évaluation, il est apparu nécessaire de faire un focus sur cette population³⁴. En effet, celle-ci montre de besoins spécifiques récurrents au cours du recueil de données.

Une action du plan porte spécifiquement sur les risques de la perte d’autonomie chez la personne âgée (Action 17). Un guide documenté destiné aux professionnels et à l’entourage a été réalisé. Mais d’autres actions centrées sur le grand public ont concerné cette population, principalement l’action 10 portant sur le support de voisinage :

- Action 3 : Données épidémiologiques de l’étude SHARE
- Action 10 : Soutien de projet de support de voisinage
- Action 15 : Organisation de journées de santé mentale dont 1 journée consacrée aux personnes âgées, dans une des 5 communes engagées en 2018
- Action 16 : Sensibilisation du grand public
- Action 22 : Guide de recommandations en cas de crise suicidaire d’un membre de la famille
- Action 24 : Dépliant listant les adresses utiles
- Action 29 : Formation des professionnels de première ligne à l’intervention en cas de crise suicidaire.

Avec plus de 120 000 personnes, le Luxembourg compte 20% de sa population âgée de plus de 60 ans³⁵.

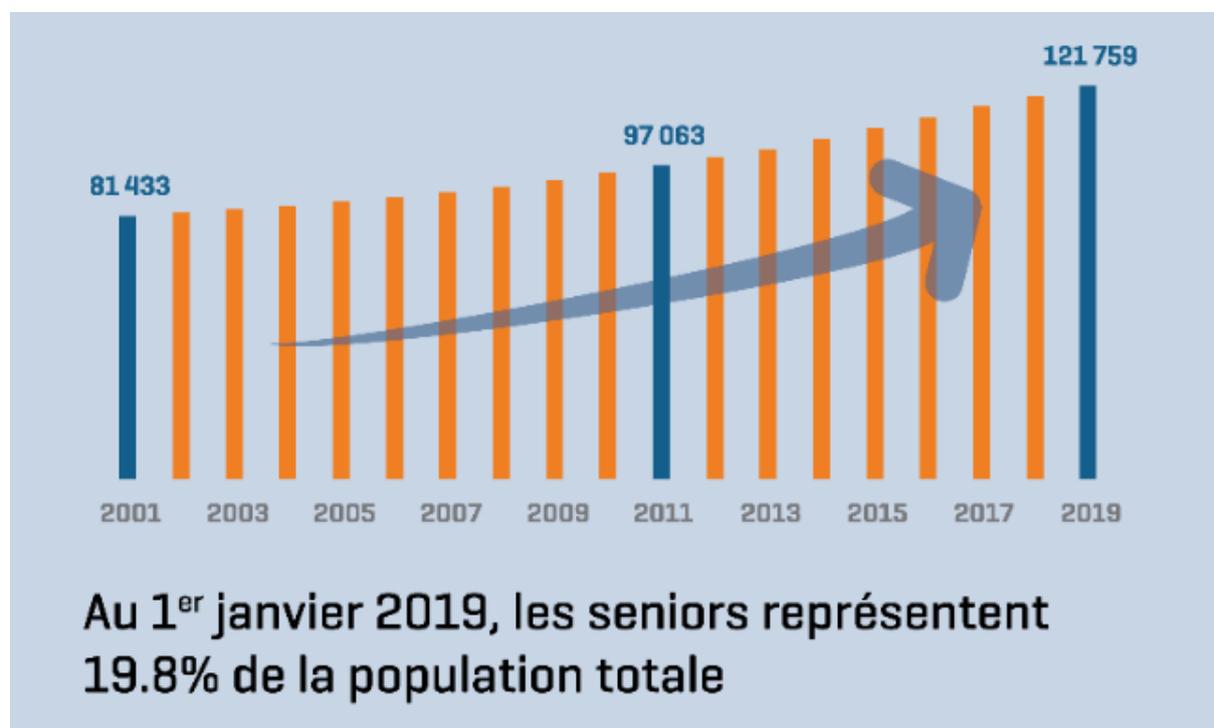


Figure 14. Evolution du nombre de personnes âgées de plus de 60 ans au Luxembourg entre 2001 et 2019 (Source: Données STATEC 2019)

³⁴ Un groupe spécifique de réflexion existe depuis 2018 (créé dans le cadre de l’action N°15). Certains de ses membres ont été interviewés individuellement pour l’évaluation.

³⁵ <https://statistiques.public.lu/catalogue-publications/regards/2019/PDF-19-2019.pdf>

L'isolement est un des facteurs de risque. Or :

- 20% des 60 ans et + sont veufs ou veuves ;
- 5% de l'ensemble des 60 ans et + se sentent tout le temps ou la plupart du temps seuls, soit environ 6 000 personnes.

Le choix du CIP de concentrer son action portant sur le support de voisinage sur les personnes âgées est pertinent compte tenu de ces éléments. Mais parmi les professionnels formés au repérage de la crise suicidaire, les personnels des services de soins à domicile, des maisons de retraite (hormis l'entreprise Servior) et les médecins généralistes sont peu représentés. Pourtant, le médecin généraliste a un rôle central auprès des personnes âgées : 92,6% des personnes âgées de 75 ans et + ont eu contact avec leur généraliste au cours des 12 derniers mois (Données EHIS)³⁶ contre 75,8% des 15-24 ans.

Le sondage en population générale montre que les deux campagnes de sensibilisation organisées par le CIP ont peu touché les personnes de 65 ans et + : 44% ont souvenir de la campagne Dépression contre 73% des 16-34 ans. Les moyens efficaces pour les toucher sont la presse, la TV et la radio.

Dans les entretiens menés auprès d'acteurs divers, il apparaît plusieurs points faibles :

- La prévention reste peu investie par les services de soins généraux, avec une prise en charge prioritairement orientée vers les actes de soins qui sont reconnus et pris en charge.
- Les soins et activités entourant une personne vieillissante (non hébergée en centre) demandent à être coordonnés. Cette tâche revient à l'entourage mais aussi au médecin traitant qui a du mal à assumer cette fonction compte tenu de ses contraintes de temps.
- En cas de souffrance psychique, l'orientation vers un service psychologique est nécessaire mais difficile : le délai d'attente est long, comme pour le reste de la population et la spécificité de l'accompagnement des personnes vieillissantes demande aussi une orientation au plus près de leurs besoins. L'orientation doit être rapide et précoce pour éviter que des troubles dépressifs plus sévères ne s'installent. Une filière spécifique serait préférable.
- En cas d'idées noires, les services d'urgences sont inadaptés aux personnes âgées qui ont besoin d'un cadre sécurisant. En cas d'hospitalisation somatique, si la personne a besoin de soins à la sortie, les services s'organisent avant la sortie de l'hôpital (avec un infirmier de liaison pour certains services). Mais en cas de déprime, idées noires ou dépression, le suivi n'est pas organisé. De plus, les services de soins généraux qui peuvent être amenés à intervenir n'ont pas toujours le personnel formé à la prise en charge des problématiques psychiques.
- Tout comme le secteur de l'entreprise, ce champ est difficile à investir compte tenu de son ampleur. La question de la vigilance partagée peut alors prendre toute sa dimension. Les soins de premiers secours en santé mentale peuvent alors être une piste à explorer.

Recommandation

L'offre de sensibilisation, de repérage, de prise en charge et de suivi doit s'organiser avec des filières bas seuil pour les personnes âgées.

³⁶ <https://statistiques.public.lu/fr/actualites/conditions-sociales/sante-secu/2018/03/20180314/utilisationaccessibilite.pdf>

7 RESULTATS DE MISE EN ŒUVRE – REALISATION DES ACTIONS

Les 33 actions sont reprises dans ce chapitre, en tant qu'action non réalisée, non aboutie, continue ou réalisée. Les indicateurs prévus lors de la rédaction du plan ont été collectés. Pour ceux qui ne sont pas disponibles, la mention Non Disponible est appliquée (ND). Si l'action a été modifiée ou n'a pas été réalisée, la mention Non Applicable est indiquée (NA).

Pour les indicateurs disponibles, il y est fait mention à côté de chaque indicateur, les indicateurs sont détaillés pour ceux qui sont disponibles. Si l'action n'a pas été réalisée, l'indicateur de réalisation y afférent est juxtaposé à la mention NON. Si l'action a été réalisée (ou continue ou non aboutie), la mention OUI est attribuée à l'indicateur de réalisation.

Action non réalisée	n=12
Action non aboutie	n=2
Action continue	n=11
Action réalisée	n=8

Action 1 : Conduite d'études bibliographiques visant à mieux comprendre le risque suicidaire en fonction du type d'addictions et à faire connaître les conclusions de ces études. De manière générale, il est recommandable d'encourager les recherches épidémiologiques nationales en relation avec les addictions.

Indicateurs de réalisations

- Conduite d'études bibliographiques pour une meilleure compréhension du risque suicidaire en fonction du type d'addictions NON
- Mode de diffusion des résultats (Conseil scientifique, Portail santé, revues scientifiques, AMMD, conférences...) NA

Indicateur de résultats

- Adaptations réalisées au PNPS en fonction des résultats des études bibliographiques réalisées NA

Le CIP n'a pas réalisé d'études bibliographiques permettant une meilleure compréhension du risque suicidaire en fonction du type d'addiction. L'Action 1, comme toutes celles qui concernent les addictions, n'a pas été réalisée, pour plusieurs raisons :

- Un Plan d'action luxembourgeois de réduction du mésusage de l'alcool 2020-2024³⁷ a été adopté début 2020, il était en phase d'élaboration depuis quelques années. Mener des actions sur ce thème n'était ni pertinent, ni efficient, compte tenu de la présence de professionnels engagés sur cette thématique dans d'autres services.

³⁷ <http://sante.public.lu/fr/publications/p/plan-national-alcool-2020-2024/index.html>

- Une stratégie et plan d'actions gouvernementaux 2015-2019 en matière de lutte contre les drogues d'acquisition illicite et les addictions associées³⁸ existe sous forme de plan pluriannuel, mis en œuvre depuis 2000.
- Un service dédié, le Centre National de Prévention des Addictions (CNAPA) a pour mission depuis 1994 le développement et la promotion d'un mode de vie sain, en particulier par la prévention de comportements susceptibles d'engendrer les formes les plus diverses de toxicomanies et autres dépendances³⁹. Ce service, pourtant associé à la rédaction du plan, n'a pas eu de ressources supplémentaires pour la mise en œuvre d'actions spécifiques liées au PNPS. Les actions mises en place par le CNAPA sont indépendantes des ressources et de la coordination du PNPS, même si une collaboration s'est créée en 2019 pour la mise en place d'une formation commune (Cf. Action 12).

Le CIP a privilégié des actions portant sur des secteurs hors du champ des addictions.

Action 2 : Réalisation d'études scientifiques, notamment à travers des autopsies psychologiques afin de mieux comprendre les facteurs de risque des personnes suicidaires et suicidées.

Indicateurs de réalisations

- Réalisation d'études scientifiques afin de mieux comprendre les facteurs de risque des personnes suicidaires et suicidées NON
- Mode de diffusion des résultats (Conseil scientifique, Portail santé, revues scientifiques, AMMD, conférences...) NA

Indicateur de résultats

- Utilisation des résultats des études pour l'amélioration des outils pédagogiques de repérage du risque suicidaire NA (Actions n°27, n°29, n°31)
- Utilisation des résultats pour l'amélioration d'un système proactif d'évaluation suicidaire NA (Action n°21)

Cette action a demandé un important temps d'élaboration à l'équipe du CIP : un an a été consacré au protocole de recherche et aux liens nécessaires avec des partenaires étrangers. Or, l'action a été interrompue au moment de finaliser le protocole, compte tenu de réserves sur l'exploitation de données sensibles et du Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD).

Action 3 : 1) Renforcement du système d'enregistrement national des décès par suicide et 2) développement du système d'enregistrement national des tentatives de suicide et 3) mise en place du Groupe de Travail sur l'épidémiologie des comportements suicidaires, dont l'objet serait de définir des indicateurs et d'analyser annuellement les tendances épidémiologiques nationales et internationales.

Indicateurs de réalisations

- Mise en place d'un groupe de travail sur l'épidémiologie des comportements suicidaires NON

³⁸ <http://sante.public.lu/fr/publications/s/strategie-plan-drogues-2015-2019/strategie-plan-drogues-2015-2019.pdf>

³⁹ <http://cept.lu/fr/a-propos/>

- Propositions d'amélioration de l'information médicale déclarée par le médecin déclarant le décès OUI
- Propositions pour la mise en place d'un système national d'enregistrement des tentatives de suicide OUI

Indicateur de résultats

- Propositions d'amélioration des indicateurs de suivi OUI
- Publication d'un rapport sur les tentatives de suicide et décès par suicide en fin de Plan NON

L'épidémiologie de la santé mentale a évolué passant d'un système où seuls les décès par suicide étaient enregistrés, à un système de surveillance qui commence à s'organiser. Sans création véritable d'un groupe de travail comme prévu dans l'action 3, l'équipe du CIP a travaillé individuellement avec les équipes en charge des études, enquêtes ou registres, principalement : la Direction de la santé pour la plupart des études et registres, dont le registre des décès, ainsi que le Luxembourg Institute of Health (LIH) pour le système de surveillance des traumatismes et accidents et l'Université de Luxembourg pour l'étude Health Behaviour in School-aged Children (HBSC). Le CIP a également collaboré avec la Chambre des Salariés du Luxembourg (CSL) en charge de l'enquête Quality of Work, avec un article commun⁴⁰ et avec le LIH pour l'European Health Examination Survey (EHES) sur les questions relatives aux idées suicidaires et tentatives de suicide et aux facteurs de risque associés. Le CIP a proposé d'intégrer pour la prochaine vague de l'enquête des questions relatives à la suicidalité permettant un recueil pertinent.

Le projet RETRACE qui enregistre les accidents avec lésions, admis dans les services d'urgence des hôpitaux du pays, a permis de faire un focus sur les admissions de 2018 pour tentatives de suicide. Tous les hôpitaux généraux, disposant d'un service d'urgence, participent à ce système de surveillance et permettent ainsi, sur le modèle irlandais, une utilisation à des fins de surveillance des tentatives de suicide (admisses dans un service d'urgence). Pour les données RETRACE, les données sont en cours de validation, elles ne peuvent donc pas être présentées dans ce présent rapport.

Ces différentes collaborations ont donné lieu à des réunions régulières, publications⁴¹ et à une conférence pour le projet RETRACE.

La progression dans la quantité et la qualité des données épidémiologiques disponibles est positive. Une des améliorations à apporter porterait sur le fait de rendre ces données utiles à la fois aux décideurs politiques, et disponibles pour les professionnels, voire pour le grand public. Aujourd'hui les objectifs de recherche sont ceux qui soutiennent le plus la publication des données.

⁴⁰ <https://www.csl.lu/bibliotheque/newsletters/f893c2a88f.pdf>

⁴¹ Publications de l'Université de Luxembourg :

- <https://orbilu.uni.lu/handle/10993/40120>
- <https://orbilu.uni.lu/handle/10993/42776>
- <https://orbilu.uni.lu/handle/10993/37806>
- <https://orbilu.uni.lu/handle/10993/41262>
- <https://orbilu.uni.lu/handle/10993/41261>
- <https://orbilu.uni.lu/handle/10993/41858>

Action 4 : Gouvernance du PNPSL et création d'un comité de surveillance interministériel de prévention du suicide, dont l'objet serait d'assurer le suivi du PNPSL et de définir les politiques nationales au travers de recommandations visant son amélioration et sa pérennisation.

Indicateurs de réalisations

- Création d'un comité interministériel de surveillance des comportements suicidaires et définition des modalités de travail NON
- Supervision du PNPSL par le comité NA
- Elaboration de recommandations d'amélioration NA

Indicateur de résultats

- Modifications argumentées du PNPS à moyen et à long terme NA

La mise en place des plans de santé est récente au Luxembourg (dans les premières années 2010, hormis la Stratégie et le plan d'actions en matière de lutte contre les drogues d'acquisition illicite et les addictions associées). La construction d'un plan puis sa mise en œuvre demande une coordination qui s'organise au sein de la Direction de la santé, chaque plan fonctionnant de façon indépendante jusqu'à récemment. Aujourd'hui, via une récente cellule de coordination, des actions ainsi que des outils peuvent être communs entre les différents plans pilotés par la Direction de la Santé.

Le PNPS apparaît aujourd'hui comme étant mis en œuvre en parallèle d'une politique de santé. Les questions de santé mentale n'étant pas transversales ou coordonnées entre les différents plans, la mise en œuvre n'a pas pu s'intégrer aux actions développées par ailleurs.

De la même façon, la coordination politique ne s'est pas organisée entre Ministères, en charge de thématiques transversales comme les actions à destination de la jeunesse, des travailleurs, des demandeurs de protection internationale, etc., pour coordonner la question de la santé mentale dans toutes les politiques (Cf. Gouvernance page 34).

La mise en œuvre du PNPS, entièrement réalisée par le CIP, a été suivie par la Division de la médecine sociale mais sans comité de surveillance interministériel, ce qui n'a pas permis de coordonner les actions qui mobilisaient des champs d'action plus large que le secteur de la santé, ni de faire des recommandations d'amélioration en cours de plan.

Action 5 : Développement et mise à disposition de programmes de promotion de la santé mentale en entreprise dans le but de lutter contre la stigmatisation des maladies mentales. Information à la reconnaissance des troubles dépressifs, du stress chronique, du harcèlement, des troubles anxieux, des troubles de l'addiction et de l'intervention en cas de crise suicidaire en élaborant et distribuant du matériel de sensibilisation à l'ensemble des entreprises avec pour informations essentielles les possibilités d'aide et d'entraide.

Indicateurs de réalisations

- Réalisation et validation de programmes de promotion de la santé mentale dans les entreprises NON
- Réalisation et validation d'information à la reconnaissance des troubles dépressifs, du stress chronique, du harcèlement, des troubles anxieux, des troubles de l'addiction et de l'intervention en cas de crise suicidaire : OUI pour la crise suicidaire ou événement traumatisant (support spécifique entreprises). Supports grand public disponibles pour l'entreprise sur dépression et anxiété

- Réalisation et validation d'information sur les possibilités d'aide et d'entraide : OUI communication sur le Guide réseau d'aide et adresses utiles
- Modalités de mise en place des programmes (formations, flyers, site internet : forme et nombre) :
 - o Flyers, affiches et workshops en entreprise dans le cadre de la campagne dépression (Cf Action 16)
 - o Stand au Forum de la sécurité et la santé au travail
 - o Communication sur les métiers de santé mentale « Et si j'en parlais à un psy ? »

Indicateur de résultats

- Nombre de salariés concernés chaque année par la mise en place de programmes de promotion de la santé mentale, reconnaissance des troubles et possibilités d'aide ND

Trois actions du PNPS concernent les entreprises (Actions 5, 11 et 27). Un groupe Santé en entreprise s'est constitué regroupant la Chambre des Salariés du Luxembourg (CSL), les différents services de santé au travail, la division de la santé au travail de la Direction de la santé, l'OGBL (Confédération syndicale indépendante du Luxembourg), l'Inspection du Travail et des Mines (ITM) et le CIP. Leur travail a porté sur :

- Un état des lieux des activités proposées par chaque service en termes de prévention du suicide (souvent en lien avec la prévention des risques psychosociaux en général),
- La construction d'un protocole de prise en charge des événements traumatisants en entreprise (dont les suicides) qui est en cours de finalisation, reprenant les points essentiels des décisions à prendre dans ce type d'évènement,
- La rédaction d'un projet de cours de premiers secours en santé mentale en population générale. Ce projet s'organise comme les cours de premiers secours mais spécifiquement sur la santé mentale avec une information sur les maladies psychiques, la déstigmatisation, l'apprentissage de techniques pour parler à quelqu'un qui est en crise et l'orientation vers les professionnels adéquats. Inspirées du module de formation construit en Australie et maintenant mises en place dans de nombreux pays, les sessions s'organisent sur 2 jours, soit 12h de formation. Un autre modèle est également à l'étude : utiliser 2h restantes aux cours de premiers secours classiques pour faire une sensibilisation aux secours en santé mentale. Actuellement, par règlement Grand-ducal, 14h sont formalisées sur les 16h dispensées, 2h étaient initialement consacrées à un examen final qui n'a plus lieu. Certains instructeurs de cours classiques, dépendants du CGDIS pourraient alors suivre une formation leur permettant de dispenser ces deux heures spécifiquement consacrées à la santé mentale. Cette proposition permet un premier contact avec la thématique, une large couverture nationale et peut susciter une motivation pour participer à la formation de 2 jours. L'objectif du CIP est de proposer 12 formations en 2020, 60 en 2021, avec un développement permettant de former 6 000 personnes sur les 5 ans à venir, soit 1% de la population.

Le milieu professionnel est un vaste domaine, que les questions de prévention ont du mal à investir. Les cours de premiers secours sont un vecteur qui pourrait permettre de toucher un plus grand nombre et désamorcer certaines problématiques liées au travail.

Investie par les équipes des services de santé en entreprise, la prévention passe par ces équipes qui connaissent bien les spécificités du travail. Au nombre de 9 services, répartis en fonction des secteurs d'activité, leurs offres vont d'un ensemble de supports d'informations, de formations sur les Risques Psychosociaux (RPS), à des consultations psychologiques et d'accompagnement personnalisé. L'évaluation du Plan a été l'occasion de faire un focus spécifique sur les questions de santé mentale en entreprise (Cf. Focus Santé en entreprise page 65), les actions des services y sont citées de manière

globale mais le nombre de travailleurs concernés par la mise en place des programmes liés à la santé mentale n'est pas disponible.

Parallèlement au travail des services de santé au travail, les campagnes menées par le CIP sur la dépression puis sur les troubles anxieux ont permis de mettre du matériel de communication à disposition des services de santé au travail, et des entreprises : flyers et affiches notamment. Les campagnes à destination du grand public (Action 16) touchent aussi les travailleurs via les supports développés : site internet, réseaux sociaux, etc.

Résultats non attendus dans le PNPS : Le groupe de travail Santé en entreprise qui s'est mis en place est actif, il permet un échange des bonnes pratiques, un recueil des besoins du secteur et la construction d'outils adaptés au milieu du travail.

Action 6 : Développement d'une action de sensibilisation sur les comportements d'addiction dès le plus jeune âge suite aux résultats des données sur les études bibliographiques (Action 1)

Indicateurs de réalisations

- Mise en place de programmes éducatifs sur les comportements addictifs NON
- Nombre d'enfants ou adolescents ayant bénéficié de programmes éducatifs sur les comportements d'addiction NA

Indicateur d'impact

- Pourcentage d'élèves qui ont consommé au moins 10 fois de l'alcool dans les 30 derniers jours (HBSC 2014) : 4% des 11-12 ans, 14% des 13-14 ans, 44% des 15-16 ans et 68% des 17-18 ans⁴²
- Pourcentage d'élèves qui ont consommé au moins une fois du cannabis au cours des 30 derniers jours (HBSC 2014) : 11% des 15-16 ans et 15% des 17-18 ans⁴³
- Pourcentage d'élèves qui ont consommé une autre drogue que le cannabis au moins une fois dans leur vie (HBSC) ND

Dans le prolongement de la non-réalisation de l'action 1, cette action n'a pas été prioritaire pour le CIP. Le CNAPA a cette mission de sensibilisation, principalement à l'intention du grand public (via des documents d'information), des lycéens et des professionnels des lycées (via des formations et des actions de sensibilisation notamment) mais sans qu'aucune ressource n'ait été attribuée via le PNPS. Un projet en cours est de développer des modules de formation pour les écoles de l'enseignement fondamental, déclinables sur plusieurs années par les enseignants, autour de la question du bien-être, de la gestion des émotions, de la gestion de sa consommation (sucre, TV, GSM) en lien avec ses propres ressources et le risque d'addictions.

⁴² <https://orbilu.uni.lu/bitstream/10993/36403/2/6%20Factsheet%20Alcool.pdf>

⁴³ http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/303438/HSBC-No.7-Growing-up-unequal-Full-Report.pdf?ua=1

Action 7 : Augmentation progressive du temps d'écoute de SOS détresse

Indicateurs de réalisations

- Temps d'écoute proposé à SOS Détresse : 5 664 heures en 2018⁴⁴
- Réalisation d'une campagne d'information sur la hotline : OUI deux fois par an avec des affiches dans les bus
- Nombre d'appels enregistrés chaque année de fonctionnement :
 - o 2015 : 3182
 - o 2016 : 4003
 - o 2017 : 4484
 - o 2018 : 4278
- Nombre de mails traités chaque année de fonctionnement
 - o 2015 : 551
 - o 2016 : 699
 - o 2017 : 643
 - o 2018 : 654
- Nature des demandes d'aide en 2018⁴⁵ :
 - o Problèmes psychiques : 2 579
 - o Problèmes relationnels : 2 260
 - o Risque suicidaire : 94

Au début du plan, un ½ poste de psychologue a été créé afin de former, encadrer et superviser de nouveaux écoutants bénévoles pour l'ouverture d'une plage d'écoute supplémentaire. Le projet était de doubler la plage d'écoute la plus utile (de 17h à 22h) et non d'offrir une écoute 24h/24, la plage horaire de nuit étant peu utilisée.

SOS détresse travaille avec une cinquantaine de bénévoles actifs, dont une dizaine spécifiquement formée à la messagerie en ligne. L'équipe de bénévoles est encadrée par 3.5 ETP de psychologues.

Le PNPS prévoyait également le versement de 15 000 euros par le Ministère de Famille, somme qui n'a pas été versée au service SOS détresse à ce jour.

Dans le sondage réalisé auprès de la population générale, il apparaît que 28% des personnes interrogées se tourneraient vers un numéro d'aide en cas d'idées suicidaires pour un proche ou elle-même, service qui s'avère pertinent dans le cadre de la prévention du suicide.

De plus, l'analyse de la fréquentation du site Internet Prévention Suicide montre qu'en 2019, la page portant sur les numéros d'aide a été ouverte 2 000 fois (sur les 85 900 pages ouvertes) (Cf. Fréquentation des sites internet page 87).

⁴⁴ 16hX365 = 5840 heures/an (-44 permanences de 4h non couvertes) = 5664 heures en 2018, données du rapport d'activités 2018

⁴⁵ Un appel peut concerner plusieurs types de demandes d'aide

Action 8 : Développement d'actions visant à 1) promouvoir la connaissance des problématiques des groupes stigmatisés et 2) améliorer l'orientation vers les services d'aide, notamment pour les populations à risque de stigmatisation dû à : l'identité sexuelle (enfants et adultes intersexes et trans'), un trouble psychique, une orientation sexuelle (homosexuels), une privation de liberté (détenus), un parcours migratoire, etc.

Indicateurs de réalisations

- ✓ Réalisation d'actions de promotion de la connaissance des problématiques des groupes stigmatisés : NON
- ✓ Réalisation d'actions visant à améliorer l'orientation de groupes cibles stigmatisés vers les services d'aide (homosexuels, inter sexes et transsexuels, migrants, détenus) : OUI
- ✓ Type d'actions mises en place : Participation au groupe de travail LGBTI relatif au cadre législatif et proposition de formations sur le repérage de la crise suicidaire chez les personnes déficientes intellectuelles

Indicateurs de résultats

- ✓ Satisfaction des populations visées quant à l'information donnée sur leurs problématiques et sur les services d'aide : NA

Cette action n'a pas été totalement réalisée. Du temps de travail a été consacré au plan LGBTI et de nombreux professionnels travaillant avec les personnes migrantes ont été formés au repérage de la crise suicidaire (et donc à l'orientation vers les services d'aide). Mais pour les populations stigmatisées en général, les compétences sont réparties entre plusieurs services dont :

- Le Ministère de la Famille qui a coordonné, avec les associations de soutien et les services d'aide, la rédaction du Plan d'action national pour la promotion des droits des personnes lesbiennes, gays, bisexuelles, transgenres et intersexes (LGBTI)⁴⁶, adopté en 2018 par le Gouvernement.
- La prison avec le service psychiatrique exerçant en interne et les services externes.
- Les services impliqués auprès des migrants, des réfugiés et des demandeurs de protection internationale, dont l'Office National de l'Accueil (ONA) qui est chargé d'organiser l'accueil des demandeurs de protection internationale et de gérer les structures d'hébergement.

Cette liste n'est pas exhaustive, elle témoigne de la présence de services impliqués mais sans que leurs actions ne soient ni coordonnées ni mutualisées ni valorisées sur la prise en considération des questions de santé mentale dont la prévention du suicide (Cf Gouvernance).

Globalement, il serait intéressant que le CIP apparaisse comme un centre de ressources « Prévention suicide » ou un service d'appui pour les services en charge des publics vulnérables. En effet, il est préférable de venir en appui aux services, en fonction des besoins, grâce à la mise à disposition d'outils de sensibilisation, de formations, d'orientation, etc.

⁴⁶ https://mfamigr.gouvernement.lu/dam-assets/campagnes/personnes_intersexes/PAN-LGBTI-web-update.pdf

Action 9 : Promotion des métiers de la santé mentale auprès du grand public (psychiatre, psychologue, psychothérapeute, infirmier psychiatrique, etc.) pour une meilleure connaissance de leur champ d'action, pour améliorer l'accessibilité des soins et déstigmatiser la maladie mentale.

Indicateurs de réalisations

- ✓ Type d'information mise en place pour une meilleure connaissance des métiers de la santé mentale : Réalisation d'un document « Et si j'en parlais à un psy ? », disponible sous forme de dépliants, d'informations en ligne et de vidéo.

Indicateurs d'impact

- ✓ Nombre de consultations et de thérapies réalisées par les psychiatres en exercice sur le territoire national pour une année : 132 000 consultations⁴⁷ (Détail page 45)

Un dépliant a été réalisé, version papier et électronique⁴⁸, ce dernier étant disponible sur les différents sites gérés par le CIP⁴⁹. Le document « Et si j'en parlais à un psy ? » a été présenté publiquement, l'information a notamment été transmise via les réseaux sociaux et la presse⁵⁰. Une vidéo vient en appui de ce travail d'information⁵¹, disponible sur les réseaux sociaux.

L'indicateur relatif aux consultations et thérapies réalisées par des psychiatres en exercice peut être suivi par l'IGSS. Cet indicateur a un intérêt pour suivre l'évolution de la consommation de soins psychiatriques, sachant qu'il pourra être associé au remboursement des psychothérapies à venir et donner ainsi une image complète du suivi psychothérapeutique de santé mentale en ambulatoire.

Action 10 : Information et sensibilisation de la population à l'importance de l'entraide sociale et initiation, voire soutien des projets de support de voisinage

Indicateurs de réalisations

- ✓ Nombre de projets de support de voisinage initiés et soutenus : 3 projets autour de la lutte contre l'isolement des personnes âgées
- ✓ Modalités de mise en place des projets : Appui sur un Groupe de travail d'experts sur les personnes âgées, sur l'organisation de la semaine de la santé mentale et sur l'action 17 portant sur la prévention de la perte d'autonomie chez la personne âgée.

Concernant l'entraide sociale, le choix du CIP a été de se concentrer sur la thématique des personnes âgées sous l'angle de la lutte contre l'isolement (lien avec l'action 17 portant sur la prévention de la perte d'autonomie chez la personne âgée). Un groupe de travail avec des experts nationaux sur les personnes âgées a été créé dans le cadre de la semaine de la santé mentale organisée en 2018 (Cf. Action 15). Ce groupe est resté investi autour d'un projet pilote de lutte contre l'isolement, avec des

⁴⁷ Ont été considérées, les consultations des psychiatres, psychiatres juvéniles et neuropsychiatres (C9, C10), les consultations majorées et les actes techniques de la psychiatrie de ces mêmes professionnels (C32, C33 et 1N51, 1N81), et les actes techniques de la psychiatrie des médecins généralistes (1N51, 1N60, 1N81)

⁴⁸ <http://www.prevention-depression.lu/et-si-jen-parlais-a-un-psy/>
<https://www.prevention-suicide.lu/psychologue-psychiatre-psychotherapeute-quelle-difference/>
<https://www.prevention-panique.lu/qui-peut-maider/>

⁴⁹ http://www.prevention-depression.lu/wp-content/uploads/Web_brochure_metiers-de-sante.pdf

⁵⁰ <https://5minutes.rtl.lu/actu/luxembourg/a/1456837.html>

⁵¹ <https://www.facebook.com/prevention.luxembourg/videos/vb.132603094207424/118488236099443/?type=2&theater>

bénévoles formés pour entretenir un échange positif avec des personnes résidant en maison de retraite et les aider à sortir de l'isolement. En parallèle, un projet sur l'identification des ressources des personnes âgées est en cours, Projet Erasmus + coordonné par RBS-Center fir Altersfroen), afin d'aider l'entourage et les professionnels à garder un lien avec les centres d'intérêt de la personne vieillissante et ses ressources.

Plusieurs ateliers intergénérationnels ont également vu le jour, autour d'un jeu de cartes permettant d'engager des récits de vie entre personnes de générations différentes. Le jeu a été traduit en 4 langues pour être facilement utilisé au Luxembourg⁵². Les retours d'expériences sont très positifs, les échanges qui se sont engagés étant très libres et émouvants entre adolescents de lycée et personnes âgées hébergées en maison de retraite.

Action 11 : Promotion de la vigilance partagée (à l'instar des risques d'accident du travail traditionnels) rapportée aux maladies psychiques en entreprise, afin de responsabiliser l'ensemble des salariés

Indicateurs de réalisations

- ✓ Développement de supports/formation pour la promotion de la vigilance partagée en entreprise rapportée aux maladies psychiques NON
- ✓ Type de supports développés (formations, flyers, type de campagne...) et nombre NA
- ✓ Nombre et type d'entreprises et professionnels partenaires NA

Après avoir fait un état des lieux des actions offertes en entreprise par les acteurs du monde professionnel (Cf Action 5), la proposition du CIP s'est orientée vers les cours de premiers secours en santé mentale, comme explicités précédemment. Une dizaine d'instructeurs est formée en février 2020 par l'équipe australienne qui a construit ce module de formation, dans la perspective de proposer les premières formations cette année. Cette formation sera proposée aux entreprises ainsi qu'aux communes, sur le modèle des soins de premiers secours. Cette formation croise plusieurs objectifs du plan : la déstigmatisation des problèmes de santé mentale, le repérage des signes d'alerte, l'orientation vers les services adéquats mais aussi la vigilance partagée pour un maillage plus étroit sur le territoire des personnes à même de venir en aide. A ce jour, aux termes du plan, aucune perspective de développement de cette proposition n'a pu être consolidée.

Action 12 : Développement et amélioration de l'information et de la sensibilisation relatives aux addictions, et notamment sur les effets des nouvelles drogues

Indicateurs de réalisations

- ✓ Développement d'outils d'information et de sensibilisation sur les addictions et notamment sur les effets des nouvelles drogues NON
- ✓ Mode de diffusion des outils (presse, radio, TV, conférence, etc.) et nombre NA
- ✓ Type de public visé NA

Comme pour les actions précédentes, relatives aux addictions, les compétences relèvent de services autres.

⁵² <https://www.rbs.lu/icc/Internet-fr/nav/b30/broker.jsp?uCon=de62e0b4-e2d0-a416-bc65-0afcb2c45101&uTem=aaaaaaaa-aaaa-aaaa-aaaa-000000000002&uMen=0cc70739-e54f-0421-e18c-66132700266c>

Action 13 : Élaboration d'une directive à intégrer dans le code de déontologie de presse existant, dont le but est d'encourager à la rédaction responsable et préventive de reportages autour de la thématique du suicide

Indicateurs de réalisations

- ✓ Elaboration d'une directive à intégrer dans le code de bonne conduite de déontologie de presse existant pour la rédaction responsable et préventive de reportages autour de la thématique du suicide NON

Indicateurs de résultats

- ✓ Nombre de reportages réalisés autour de la thématique du suicide en accord avec la directive NA

Le travail de concertation qui a été amorcé avec les représentants de la presse (Cf Action 14) n'a pas été suffisant pour construire une directive que les journalistes puissent s'approprier. Un travail de collaboration devra être mis en place au préalable pour la réalisation de cette action, collaboration qui n'a pas été prioritaire parmi celles engagée par le CIP.

Action 14 : Élaboration et offre de formations à l'attention des journalistes sur la thématique du suicide et de sa prévention, afin d'encourager à la rédaction responsable et préventive de reportages autour de la thématique du suicide

Indicateurs de réalisations

- ✓ Elaboration de formations à l'attention des journalistes sur la thématique du suicide NON
- ✓ Nombre de journées de formations réalisées NA
- ✓ Nombre de journalistes ayant bénéficié de la formation NA

Indicateur de résultats

- ✓ Satisfaction des journalistes vis-à-vis de la formation reçue autour de la thématique du suicide NA

Des premiers échanges avec le président sortant du conseil de la presse ont eu lieu pour intégrer la thématique dans la formation des journalistes mais par manque de ressources internes au CIP, le président actuel n'a pas été contacté et la formation aux journalistes n'a pas pu se mettre en place.

Action 15 : Réalisation et promotion des journées de santé mentale en collaboration avec les communes dans le but d'informer la population sur les maladies mentales.

Indicateurs de réalisations

- ✓ Nombre de journées « santé mentale » organisées dans les communes : Une semaine « santé mentale » en 2018, une semaine prévue en 2020, sans comptabiliser les journées thématiques intégrées aux actions afférentes (ex : Journées sur la prévention de la perte d'autonomie chez la personne âgée)
- ✓ Type d'organisation de ces journées : La semaine de santé mentale de 2018 a eu lieu dans 5 communes, impliquant des services et acteurs de la commune. 50 activités différentes ont été organisées sur l'ensemble de la semaine
- ✓ Fréquentation de ces journées : fréquentation estimée entre 2 000 et 3 000 personnes présentes (donnée approximative)

La Semaine de la santé mentale, concordant avec la journée mondiale de la santé mentale, organisée en octobre 2018, s'adressait au grand public aussi bien qu'aux professionnels de santé autour de nombreuses activités, conférences, évènements⁵³. Les acteurs ont été nombreux à se mobiliser avec un groupe de travail organisateur par commune. En effet, l'évènement a été organisé au cœur de 5 communes, qui ont à nouveau répondu présentes pour l'organisation d'une nouvelle semaine en 2020, auxquelles s'ajoutent 5 communes supplémentaires. Au total, 10 communes vont accueillir différents évènements à l'automne 2020.

En 2018, la semaine était organisée autour de journées thématiques : enfants/ familles, adolescents, personnes âgées avec comme fil rouge la prévention de la dépression (thème de la campagne lancée en 2017, Action 16). Les activités se sont construites avec les partenaires locaux (entre 8 et 10 par commune) : services psychosociaux, centre national de l'audiovisuel, CEPAS, psychologues libéraux, etc. et un référent de la commune pour deux d'entre elles (la présence d'un référent commun a été reconnu facilitant pour la coordination des évènements). Les activités étaient variées⁵⁴ : exposition photo, concert, workshop, conférence, formation, film, lecture sur des thèmes liés à la prévention de la dépression (empathie, estime de soi, la crise suicidaire, les médias numériques, la danse thérapeutique, le théâtre, l'hypnothérapie, la perte d'autonomie, etc.)

Résultats non attendus : Certains participants aux groupes de travail organisateurs de la semaine ont appris à se connaître, créant un réseau qui n'existait pas initialement entre eux.

Action 16⁵⁵ : Information et sensibilisation à l'attention du grand public sur les problèmes de santé mentale, et plus particulièrement : les états de stress post-traumatique, les troubles de l'humeur, le stress chronique et le harcèlement, les troubles de l'angoisse, la crise suicidaire, etc.

Indicateurs de réalisations

- ✓ Développement d'outils d'information et de sensibilisation sur les problèmes de santé mentale à l'attention du grand public : OUI
- ✓ Type de diffusion des outils : presse, radio, TV, conférences, etc. avec des interviews, des articles, des flyers. Création de 2 sites internet consacrés aux deux campagnes réalisées (Dépression et Anxiété).
- ✓ Type de thèmes abordés, public visé : la dépression (novembre 2017) et l'anxiété (avril 2019).

Indicateur de résultats

- ✓ Satisfaction du public visé quant aux outils développés d'information et de sensibilisation aux problèmes de santé mentale : 63% d'un échantillon représentatif de la population résidente a connaissance de la campagne dépression, 35% a connaissance de la campagne Anxiété (Cf Résultats du sondage page 119)

L'objectif est d'augmenter la littératie⁵⁶ de la population et donc d'accroître sa capacité à demander de l'aide et de diminuer la stigmatisation des personnes concernées.

⁵³ <http://www.llhm.lu/?p=627>

⁵⁴ <https://aaa.public.lu/dam-assets/fr/publication/Programme-Semaine-de-la-Sante-Mentale-web.pdf>

⁵⁵ Lors de l'évaluation, un focus a été fait sur cette action spécifique (évaluation action pilote dès 2018), ce qui explique le détail des indicateurs recueillis

⁵⁶ On entend par ce terme la motivation et les compétences des individus à accéder, comprendre, évaluer et utiliser l'information en vue de prendre des décisions concernant leur santé.

Le premier thème retenu pour la campagne est pertinent compte tenu de la prévalence de la pathologie dépressive, des facteurs de risque⁵⁷ et de l'absence de campagne similaire au Luxembourg.

Cette action a été coordonnée par une psychologue de CIP, sur un temps de 30h/semaine, sachant que ce poste a aussi une mission spécifique auprès des groupes stigmatisés et des actions ciblées en entreprises, en plus de l'animation de formations « Dépression ». En 2018, la priorité de son poste a été donnée à la finalisation de la campagne Dépression avant de prévoir la campagne Troubles anxieux en 2019.

Les actions mises en œuvre pour la sensibilisation du grand public à la dépression ont permis la création de plusieurs types de support, le projet étant d'utiliser le même type de supports pour les campagnes des années à venir (troubles anxieux, psychoses).

Les supports développés et/ou utilisés lors de la campagne Dépression (Nov. 2017 – Nov. 2018) :

- **Un site internet en 4 langues** a été créé ainsi qu'un compte Facebook, avec des publications régulières de « posts »⁵⁸. Le contenu a été construit à partir de la coopération avec la European Alliance Against Depression, avec un accord pour l'utilisation de leurs textes. Le coût de l'adhésion est de 6 000 euros par an, ce qui n'était pas prévu dans le PNPS.
- **Des affiches et flyers** utilisant des visuels de tableaux réalisés par des patients de la Ligue d'hygiène mentale. Le choix a été d'avoir un visuel positif. Les tableaux ont été achetés aux patients qui les ont créés. 1 600 envois contenant au moins 2 affiches et 20 flyers (soit 3 200 affiches et 32 000 flyers) ont été adressés aux médecins généralistes, psychiatres, pharmacies, ministères, cliniques, psychothérapeutes, lycées, laboratoires, services de santé au travail, administrations, administrations de l'Etat, institutions européennes, consulats, administrations communales et structures extrahospitalières.
- **La presse** : radio, télévision, journaux, web magazine avec le lancement de la campagne Dépression par la Ministre de la Santé le 28 novembre 2017. Une action plus ciblée sur RTL a permis le passage d'une bannière tous les jours sur 3 semaines non consécutives. Les messages se sont inspirés des sources de l'European Alliance Against Depression.
- **Des cartes postales** sur des présentoirs dans les cafés, restaurants et lieux publics (20 000) et des cartons suspendus dans les transports en commun (3 000).
- **5 « Road Show »** ont été organisés, tenus par l'équipe du CIP et des psychologues de la Ligue :
 - o 5 jours pendant la Foire de Printemps, en avril 2017. 15 personnes touchées par jour environ (soit une estimation de 75 personnes au total environ). Un quizz a été proposé à cette occasion (avec des lots). 1 000 flyers et stylos distribués. L'association de patients AFPL (Association de familles et proches de personnes atteintes de psychose) était aussi présente sur le stand.

⁵⁷ Conférence de consensus organisée par la Fédération française de psychiatrie. La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge. Octobre 2000. Paris

⁵⁸ Exemple : Post du 10 septembre sur le site pour la journée mondiale de prévention du suicide et sur Facebook (post payant). Sur ce type d'évènement, l'information est relayée via les réseaux sociaux (250 likes et 180 shares, soit 8 fois plus qu'une journée standard) et via la presse : un article de deux pages en Une et une reprise dans la revue de presse d'une radio nationale.

- 1 jour au Forum de la santé et sécurité au travail avec une estimation 80 personnes touchées dans la journée, distribution de flyers, en partenariat avec les services de médecine et santé au travail. Cette journée est qualifiée de positive par l'équipe de mise en œuvre, les personnes présentes ayant une mission préventive identifiée dans leur entreprise.
- 1 jour dans la galerie commerciale La Belle Etoile.
- 1 jour à la gare de Luxembourg Ville.
- 1 jour à la conférence Santé sous le leadership du Ministère de la Santé, au Kirchberg.
- **Des actions dans les communes** lors de la « Semaine de la Santé Mentale » en octobre 2018, avec des débats, films, ateliers, etc. (Action 15)

Plusieurs formats de communication ont été organisés, adaptés à la demande de différents commanditaires (école, entreprise, etc.). L'objectif est de dé-stigmatiser les problèmes de dépression, avec une présentation des symptômes et d'éviter les attitudes de type « ça va aller, ressaisis-toi » :

- A la journée Santé et Sécurité des Chemins de Fer Luxembourgeois, avec environ 150 personnes touchées, autour d'ateliers de 30 minutes et la projection du film de l'OMS « Black Dog ».
- Auprès du personnel des internats des lycées du Luxembourg avec un atelier de 5 heures sur la dépression.
- Plusieurs Workshops de 1h à 1h30 maximum, parfois avec un temps de discussion inclus (Spuerkees, ALEBA, Parlement Européen, etc.).
- 3 Ateliers à la Ville de Luxembourg, lors de la semaine Santé sécurité au travail.
- Lors d'un symposium organisé par un lycéen sur la dépression. 300 élèves étaient présents, avec la présence d'un moniteur de boxe et d'une diététicienne dont les messages étaient complémentaires. Aucune autre communication n'a été faite dans les écoles autour de cette offre par manque de disponibilité du personnel du CIP.

Les supports développés et/ou utilisés lors de la campagne Anxiété (Avril 2019 – Nov. 2019) :

Les supports utilisés pour la campagne Troubles anxieux ont été les mêmes que pour la dépression (flyers, affiches, stands, site internet...) auxquels s'est ajouté un concours photos qui a attiré plus de 300 photographes amateurs. Les photographies choisies ont servi de supports aux outils de la campagne. Avec d'autres photos sélectionnées, une exposition a été rendue disponible. Le concours photo était, en soi, le premier outil de sensibilisation au sujet, avant même le lancement de la campagne.

- **Un site internet** en 2 langues, français et allemand, www.prevention-panique.lu et www.angststoerungen.lu, dont le contenu est issu du livre « J'ai peur » de Dr Charles Pull et Mme Marie Claire Pull-Erpelding,
- **Des affiches et flyers**⁵⁹ envoyés dans les cabinets des médecins, les hôpitaux, les services de santé... 18 000 dépliantes en allemand/français et 6 500 en portugais/anglais, 1 600 affiches,
- Un **concours photo** « Ta vision de l'anxiété » : 311 photos reçues,
- L'exposition de 17 photos choisies à la gare de Luxembourg et vote en ligne (+900 votants),
- Remise des prix du concours photo,

⁵⁹ <https://www.prevention-panique.lu/materiel-de-campagne/>

- **La presse** : conférence de presse, communiqué de presse, reportages radio, TV, journaux ⁶⁰,
- Exposition photos dans le centre commercial La Belle étoile,
- Un atelier dans un lycée,
- **Stands** à la ville de Luxembourg à la journée du sport, à la journée Santé sécurité CFL, dans le centre commercial Le City concorde, à la matinée santé de la ville de Dudelange, à la foire seniors Bertrange et aux journées organisées par le CIP (journée Prévention suicide, journée prévention du suicide chez la personne âgée),
- 3 Ateliers à la Ville de Luxembourg, lors de la semaine Santé sécurité au travail,
- Représentations d'une **performance artistique** dans des lieux publics, avec un acteur et une danseuse (Auchan au Kirchberg et Centre-ville).

Le nombre de participants ou personnes impliquées dans l'ensemble de ces manifestations n'a pas été comptabilisé.

Les sites internet

Le site « Prévention du Suicide »

Le site est disponible en 2 langues, français et allemand. Il a été créé dès le début du plan, en 2015. La fréquentation du site « Prévention du suicide » a augmenté de manière exponentielle, avec 38 621 utilisateurs en 2019.

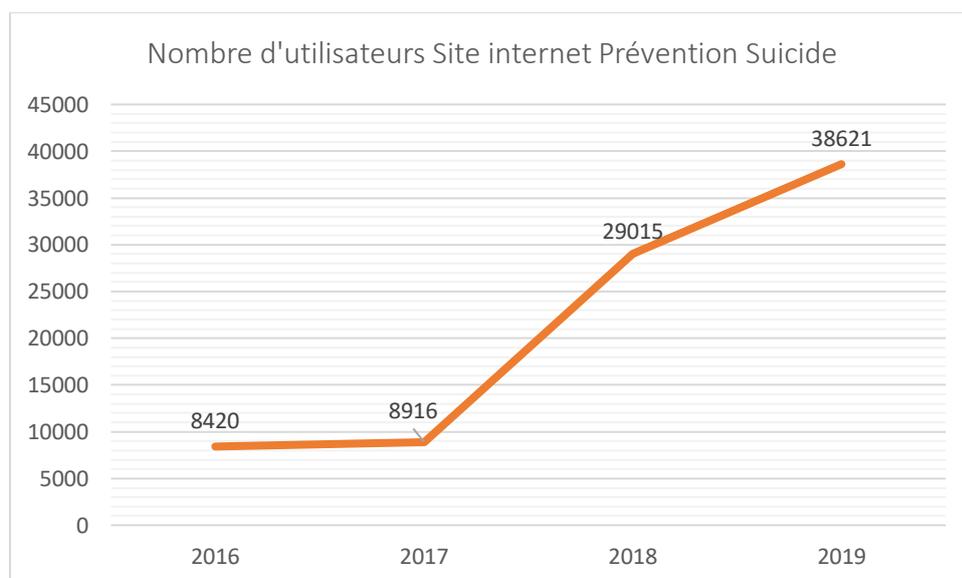


Figure 15. Nombre d'utilisateurs du site internet Prévention du suicide sur les 4 dernières années (Source Addedsense)

Les ¾ des utilisateurs du site ne vivent pas au Luxembourg. La venue sur le site via les réseaux sociaux est passée de 2% à 14% entre 2017 et 2018.

⁶⁰<https://www.rtl.lu/tele/de-journal-vun-der-tele/v/3182149.html?fbclid=IwAR1tKdz3WY8vAosVEX1piVpqYSN6p7IZXR6Fg9KDbER1alen3Yg8ARjd96U>

Tableau 3. Fréquentation du site Prévention du suicide

Site Prévention du Suicide	
Ouverture en mars 2015	
Fréquentation en 2018	Fréquentation en 2019
29 015 utilisateurs	38 621 utilisateurs
66 000 pages ouvertes	85 880 pages vues
Moyenne de 80 personnes par jour	Moyenne de 106 personnes par jour
LANGUE DES UTILISATEURS	
Langue française : 66%	Langue française : 63%
Langue allemande : 14.5%	Langue allemande : 22%
Langue anglaise : 9%	Langue anglaise : 9%
ADRESSE DE CONNEXION	
Luxembourg pour 33% des utilisateurs ⁶¹ (n=29 015) <ul style="list-style-type: none"> - 30% utilisent la langue allemande - 25% la langue française - 19% la langue anglaise - 4.4% la langue portugaise⁶² 	Luxembourg pour 25% des utilisateurs (N=9 361)
PAGES OUVERTES	
<ul style="list-style-type: none"> • Entourage : 31% (dont 70% comment réagir) • Page d'accueil : 23% • Personne en détresse : 9% (dont 83% "Tu penses au suicide") • Où trouver de l'aide : 8% 	<ul style="list-style-type: none"> • Entourage : 16% • Page d'accueil : 23% • Personne en détresse : 18% (dont 80% « Tu penses au suicide ») • Où trouver de l'aide : 11%

L'entrée sur le site se fait principalement par une recherche qui concerne l'entourage (20 270 pages ouvertes dont 14 300 « Comment réagir ? »⁶³).

Les mots clés utilisés sur un moteur de recherche et qui ont permis d'accéder au site en 2018 montrent que les utilisateurs s'interrogent sur le mode opératoire :

⁶¹ Cette donnée permet de préciser quelle est la langue usuelle des utilisateurs (d'après leur adresse de connexion). Il ne s'agit pas de la langue du site.

⁶² Les données manquantes pour un total de 100% sont dues aux petits chiffres dont l'origine est difficile à prendre en compte.

⁶³ Les effectifs supérieurs à 390 pages ouvertes ont été traités

Entourage : 20 270 (dont 14 300 « Comment réagir »)

Page d'accueil : 15 182

Personne en détresse : 5 892 (dont 4 873 « Tu penses au suicide »)

Où trouver de l'aide : 5 305

- Dont 2 020 services d'urgence
- 1 324 services de consultations
- 1 037 : aide par téléphone

Professionnels : 3 912 (dont 1 500 pour les formations)

- Comment se suicider : 2 483 clics (pour 59 333 personnes qui ont tapé ces mots clés sur leur moteur de recherche) ;
- Suicide : 727 ;
- Prévention suicide Luxembourg : 580 ;
- Comprendre le suicide ou le processus de la crise suicidaire : 436 ;
- Comment aider : 285 ;
- Se suicider : 268.

Seules les données de 2018 sont détaillées ci-après pour décrire les utilisateurs du site, les données de 2019 étant quasiment identiques :

Les utilisateurs sont à 70% des femmes (N=12 285).

Plus de la moitié a moins de 35 ans (N=11 524) :

- Moins de 35 ans : 51.8% ;
- Entre 35 et 55 ans : 33.4% ;
- Plus de 55 ans : 14.8%.

Les utilisateurs du site qui passent par Facebook sont globalement plus âgés (N=1 092) que l'ensemble des utilisateurs :

- Moins de 35 ans : 20.5% ;
- Entre 35 et 55 ans : 42.7% ;
- Plus de 55 ans : 36.7%.

Le site www.prevention-depression.lu

Le site consacré à la dépression⁶⁴ a été ouvert en novembre 2017, il est disponible en 4 langues : français, allemand, anglais et portugais. Les pics de fréquentation peuvent dépasser les 300 visiteurs par jour, comme en février 2018 lors du lancement médiatique du site ou en octobre 2018 lors de la Semaine de la santé mentale.

⁶⁴ <http://www.prevention-depression.lu/>

Tableau 4. Fréquentation du site Prévention de la dépression

Site Prévention de la Dépression	
Ouverture en novembre 2017	
Fréquentation en 2018	Fréquentation en 2019
23 300 utilisateurs	28 869 utilisateurs
68 500 pages ouvertes	70 711 pages ouvertes
Moyenne de 65 personnes par jour	Moyenne de 79 personnes par jour
LANGUE DES UTILISATEURS	
Langue française : 43% ⁶⁵ .	Langue française : 51%
Langue allemande : 32%	Langue allemande : 18%
Langue anglaise : 16% ⁶⁶	Langue anglaise : 18%
Langue portugaise : NA	Langue portugaise : 2%
ADRESSE DE CONNEXION	
Luxembourg pour 57% des utilisateurs (n=13 600) ⁶⁷ :	Luxembourg pour 37% des utilisateurs (n=10 715)
<ul style="list-style-type: none"> - 42% utilisent la langue allemande - 22% la langue française - 14.6% la langue anglaise - 1.4% la langue portugaise 	
PAGES OUVERTES	
<ul style="list-style-type: none"> • Tests : 9 790⁶⁸ (dont 54% en allemand) • Page d'accueil : 9 209 • Semaine santé mentale : 8 968 • Obtenir de l'aide : 8 177⁶⁹ • Données générales dépression : 7 844 	<ul style="list-style-type: none"> • Données générales dépression : 16 820 • Obtenir de l'aide : 15 563 • Page d'accueil : 6 280 • Test : 5 141 • Professionnels, le risque de suicide : 3 220

En 2018, les recherches réalisées par les utilisateurs sur le site concernent majoritairement la page d'autotest « Faites l'autotest de l'humeur ». La recherche d'informations sur la Semaine de la santé mentale organisée en octobre a aussi permis une forte fréquentation du site, alors que la fréquence des pages ouvertes montre un fort intérêt sur « Comment obtenir de l'aide ? ». Comparativement, en 2019, l'orientation s'est principalement faite par les pages sur la dépression et la page « Comment obtenir de l'aide ? »

La fréquentation montre un maximum le 4 décembre 2019 avec 170 utilisateurs et un minimum le 29 juin avec 35 utilisateurs.

⁶⁵ Les données manquantes sont dues aux petits chiffres difficiles à prendre en compte.

⁶⁶ Le site commence tout juste à être visité en langue portugaise (1% des visites en 2018), cette langue n'étant ajoutée que depuis le mois de novembre 2018

⁶⁷ Les utilisateurs du site qui ne vivent pas au Luxembourg vivent majoritairement en France, le site y étant très bien référencé

⁶⁸ Dont les 2/3 aboutissent à un test réalisé (n=6 839)

⁶⁹ Pour 2019 : Service d'urgence : 5 307 ; Consultations : 7 111 ; Groupe d'entraide : 1 528 ; Aide par téléphone : 1 617

Entre novembre 2017 et septembre 2018, 5 344 tests ont été réalisés, dont les résultats ne peuvent pas être rapportés à la population générale (Prévalence des symptômes dépressifs de 21.5% ⁷⁰). Il est fort probable que l'échantillon de personnes qui réalise le test sur le site ne soit pas représentatif de la population.

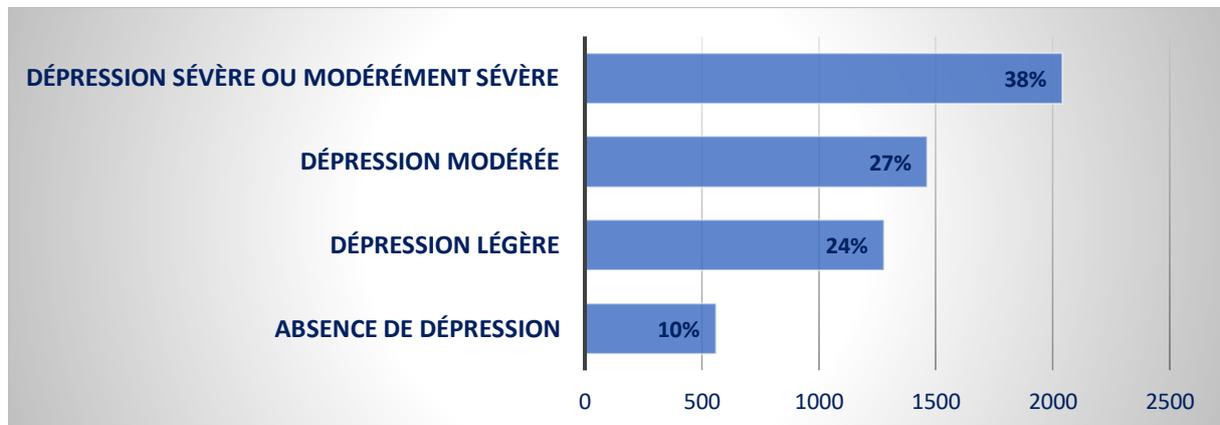


Figure 16. Résultat des autotests Dépression Nov.2017-Sept.2018 (N=5344)

En 2019, 4 374 tests ont été réalisés. Le test est la porte d'entrée principale du site, il permet d'avoir des informations puisqu'à l'issue du test, les personnes reçoivent des conseils de prise en charge adaptés à leurs résultats.

La langue des utilisateurs est principalement le français. En effet, les adresses de connexion montrent que les français (hors Luxembourg) sont très nombreux à venir visiter le site. Prenant en compte ces éléments, le CIP a ajouté des adresses utiles dans les pays limitrophes afin d'orienter les personnes, non résidentes, qui cherchent des informations.

Les utilisateurs de 2018 sont à 75% des femmes (N=9 407).

Ils sont un peu plus âgés que les utilisateurs du site « Prévention du suicide » :

- Moins de 35 ans : 40,4%
- Entre 35 et 55 ans : 37,5%
- Plus de 55 ans : 22,1%

Et comme ci avant, les utilisateurs qui passent par Facebook sont un peu âgés (N=2 333) :

- Moins de 35 ans : 24%
- Entre 35 et 55 ans : 44%
- Plus de 55 ans : 33%

Le Site www.prevention-panique.lu

Ce site a été ouvert en avril 2019.

⁷⁰ 15.5% légers, 3.5% modérés, et 2.5% modérément sévères ou sévères in Depression burden in luxembourg: Individual risk factors, geographic variations and the role of migration, 2013-2015 European Health Examination Survey.

Avec 9 276 utilisateurs après quelques mois d'ouverture (et 39 422 pages ouvertes), la fréquentation est principalement observée au moment du lancement et des résultats du concours photo.

Les utilisateurs sont plus nombreux à utiliser la langue allemande, sachant que le site est en deux langues : allemand et français. Presque 1/3 des utilisateurs cherchent des informations alors que leur langue d'usage n'est ni l'allemand, ni le français :

- Langue allemande : 36%
- Langue française : 34%
- Langue anglaise : 23%
- Langue portugaise : 1%

71% ont une connexion au Luxembourg (n= 6 622), ce qui est 2 et 3 fois plus que pour les deux autres sites. Le concours photo ayant attiré un grand nombre de visites, il est probable que l'entrée sur le site se fasse peu par des recherches de type organique (recherche par mots clés sur un moteur de recherche) mais plutôt par un lien avec le concours photo.

Type de pages ouvertes :

- Accueil 7 809
- Concours : 8 192
- Données générales sur les troubles anxieux : 6 247
- Trouver de l'aide/ aider un proche... : 4 751
- Traitements : 1 530

Action 17 : Information et sensibilisation des professionnels de la santé et du grand public sur les risques de la perte d'autonomie chez la personne âgée (mise en retraite, perte du permis de conduire, mise en institution, etc.)

Indicateurs de réalisations

- ✓ Réalisation d'outils de sensibilisation des professionnels de santé sur les risques de la perte d'autonomie chez la personne âgée : OUI
- ✓ Réalisation d'outils de sensibilisation du grand public sur les risques de la perte d'autonomie chez la personne âgée : OUI
- ✓ Type de diffusion des outils : brochure imprimée et disponible en ligne (allemand/français), journées thématiques, conférence de presse.

Indicateur de résultats

- ✓ Satisfaction des professionnels de la santé vis-à-vis du type d'outils de sensibilisation développés sur les risques de la perte d'autonomie chez la personne âgée : la brochure a été présentée au personnel d'un établissement pour personnes âgées qui l'a évalué positivement, répondant à leurs propres besoins liés à leur métier, ainsi qu'aux besoins de connaissance des personnes âgées et de leur entourage.

Une brochure⁷¹ a été éditée « Oui à la vie mais pas comme ça », conjointement réalisée avec Center fir Alterfroen, Servior et la commune d'Hesperange. Publiée en allemand et en français, cette brochure complète d'une quarantaine de pages s'adresse aussi bien aux professionnels de santé qu'aux

⁷¹ https://www.prevention-suicide.lu/wp-content/uploads/FR_suizid-im-alter_web.pdf

personnes âgées et à leur entourage. Elle aborde les signes avant-coureurs du risque suicidaire, la prévention et l'aide pouvant être apportée, ainsi que quelques points de repères pour la fin de vie (deuil, dispositions légales) et les adresses utiles. Il est prévu qu'une version digitalisée puisse être remise aux étudiants en fin de cursus infirmiers, psychologues, aides-soignants...

Une conférence a été organisée sur la question des aidants naturels et une conférence de presse conjointe (Ministère de la Santé et Ministère de la Famille) pour sensibiliser à la prévention de la perte d'autonomie chez la personne âgée.

Deux jours ont été organisés à Hesperange fin novembre 2019 consacrés à la prévention du suicide⁷² : conférence, ateliers, projection du film « Livre d'heures » de Suzan Noesen.

Action 18 : Création et mise à disposition d'un protocole de prise en charge pour enseignants lorsque ceux-ci constatent un signal d'alarme de risque suicidaire et de dépression auprès d'un élève (comportement en classe, dissertation, témoignage, stigmatisation d'un élève, etc.) et création et mise à disposition d'un protocole de postvention suicidaire pour les établissements scolaires

Indicateurs de réalisations

- ✓ Elaboration d'un protocole de prise en charge pour enseignants en cas de signes d'alerte de risque suicidaire constaté chez un élève OUI
- ✓ Validation du protocole OUI
- ✓ Forme de mise à disposition du protocole : envoi à tous les établissements scolaires et les internats et présentation au collège des directeurs

Indicateurs de résultats

- ✓ Satisfaction d'un panel d'enseignants quant à la mise à disposition, au contenu et à l'aide apportée par le protocole ND

L'action initialement prévue a été un peu modifiée : il n'y a pas eu de protocole de prise en charge en cas de signal d'alarme. Le guide rédigé est un protocole de prise en charge en cas de décès inopiné ou de suicide. Il a été élaboré pour les établissements scolaires⁷³ et réalisé par un groupe de travail multidisciplinaire (Suicide en milieu scolaire). Il s'est inspiré des guides réalisés aux Etats Unis, en Australie ou au Canada.

Le guide produit a été présenté au collège des directeurs d'établissements. Deux exemplaires ont été adressés à chaque établissement. Il est aussi disponible en ligne :

<http://sante.public.lu/fr/publications/g/guide-pratique-postvention-etablissements-scolaires/guide-pratique-postvention-etablissements-scolaires.pdf>

Le guide recommande la mise en place d'une équipe de postvention, reconnue pour l'organisation des différentes étapes d'accompagnement de l'école, suite à un décès.

⁷² <https://www.prevention-suicide.lu/2599/>

⁷³ <https://www.prevention-suicide.lu/le-professionnel/guides-pratiques-suicide/>

Pour l'approche des signes d'alerte et le protocole de prise en charge, un ajout sur les signes d'alerte est prévu dans le guide. Parallèlement, les formations (Action 29) proposées par le CIP sur le repérage de la crise suicidaire répondent à cet objectif.

Le guide de postvention a été évalué en 2018. Il s'avère que les directeurs d'établissements se sont peu appropriés cet outil pour plusieurs raisons : Nombreux changements de poste à la direction des établissements à la rentrée 2018 au moment de la diffusion du guide, document peu synthétique, présence du GSP dans les établissements en cas de décès et mission reconnue. Le guide s'avère utile au moment où un décès se produit mais il est peu investi en amont. Le CIP a alors ajusté sa proposition début 2020 en rendant disponible une version plus courte, en présentant le guide au collège des directeurs sous forme d'ateliers pratiques de 2h (2 groupes de 20 personnes ont suivi ces ateliers) et en adressant à nouveau le guide aux établissements.

A l'avenir, les professionnels des établissements scolaires présents aux formations Repérage de la crise suicidaire pourraient recevoir le guide de postvention.

Plusieurs lycées ont été touchés par des suicides d'élèves en 2019. Suite à ces événements tragiques, les établissements ont organisé des formations du personnel (Cf. Action 29 relative aux formations).

Action 19 : Promotion du travail de coordination dans la prise en charge des personnes en souffrances psychiques (Cf. case management)

Indicateurs de réalisations

- ✓ Rédaction d'un profil de mission de coordinateur ou case-manager pour la prise en charge des personnes en souffrance psychique OUI
- ✓ Identification des services ou professionnels assurant ou pouvant assurer la fonction de coordination OUI

Indicateur de résultats

- ✓ Satisfaction des services et professionnels dont les prises en charge de patients ou d'usagers bénéficient d'un case-management NA

Une enquête auprès des acteurs impliqués dans la prise en charge des personnes en souffrance psychique a été réalisée sur la question de la coordination. Ce travail a été présenté à la Journée Prévention du suicide en octobre 2019. Pour le moment, cette mission reste inexistante pour la plupart des patients ou partagée par les différents services, principalement extrahospitaliers. La coordination s'organise souvent ponctuellement entre les services, sans que cette mission soit réellement reconnue. En effet, pour qu'elle puisse s'exercer, il est nécessaire que des professionnels aient cette mission dans les attributions de leurs fonctions et donc un financement y afférent.

Ce défaut de coordination pose des problèmes en termes de suivi de prise en charge, comme abordé dans la partie sur la Qualité de l'accompagnement page 57.

Action 20 : Création de mandats et de procédures financières (grille de rémunération dans les nomenclatures) permettant de faire participer les acteurs de terrain à des réunions interministérielles ou pluridisciplinaires. Honorer les professionnels qui souhaitent travailler dans une approche pluridisciplinaire.

Indicateurs de réalisations

- ✓ Rédaction de procédures financières pour la rémunération des acteurs de terrain participant aux réunions de travail pluridisciplinaires OUI
- ✓ Type de moyens financiers négociés : enveloppe Direction de la santé

Dans le cadre du Plan Cancer, un jeton de présence a été mis en place pour les membres du comité de pilotage (nommés par le Ministre) et pour les membres des groupes de travail (validés par le contrôleur financier). Le montant porte sur 20 euros par réunion pour les agents de l'Etat et sur 100 euros par réunion pour les externes. Actuellement, la procédure demande d'anticiper la validation des professionnels participants ; pour le PNPS les jetons de présence n'ont pas pu être utilisés.

Action 21 : Mise en place d'un projet pilote sur un système proactif d'évaluation suicidaire, par le biais des dossiers informatiques permettant d'agir en amont (possibilités d'avertissement) sur le potentiel suicidaire d'une population à haut risque selon un algorithme de différents facteurs de risque versus de protection.

Indicateurs de réalisations

- Identification des facteurs de risque NON
- Construction de l'algorithme NON
- Test de faisabilité et validation NA
- Mise en place d'un projet pilote sur un système proactif d'évaluation suicidaire dans les services utilisant un dossier électronique pour leurs usagers NON
- Nombre d'usagers pour lesquels le système d'évaluation a été utilisé NA
- Définition d'un outil d'évaluation du projet en vue d'une pérennisation ou généralisation NA

Indicateur de résultats

- Nombre d'avertissements donnés par rapport au nombre d'usagers reçus NA
- Nombre de patients détectés par le système proactif pour lesquels une procédure de prise en charge a été mise en place NA

Indicateurs d'impact

- Proportion de la population ayant été admise dans un des services d'urgence des hôpitaux au cours de l'année, pour cause de tentative de suicide⁷⁴ : Estimation en cours via le projet RETRACE.

L'action prévoyait de réaliser une étude pilote avec un service d'aide à domicile. Ce travail ne s'est pas engagé. En effet, plusieurs obstacles apparaissent :

⁷⁴ Cet indicateur fait partie des principaux indicateurs de suivi du Plan (Indicateur Core). Il est défini en annexe.

- D'un service à l'autre, les dossiers patients sont différents, avec des données recueillies propres à chaque service, sauf pour ce qui relève de l'assurance dépendance, correspondant à une donnée standardisée. Un algorithme serait alors propre à chaque service avec des données supplémentaires à encoder, ce qui représente un premier obstacle.
- De plus, les services des soins à domicile sont plutôt frileux face à une telle proposition. Ils investissent dans la formation de leurs collaborateurs pour une relation soignant-soigné de qualité. Ils s'accordent sur le besoin de formation sur le repérage de la crise suicidaire, formation trop peu suivie par leurs collaborateurs. Mais le développement d'un algorithme soulève la question d'un risque de perdre l'intelligence soignante.
- D'autres projets seraient prioritaires et mieux accueillis par les professionnels en charge des populations présentant un risque suicidaire, compte tenu des carences qu'ils ont observées dans leur secteur d'activité : repérage, formation, screening, orientation, coordination, prise en charge thérapeutique facilitée, etc.

Action 22 : Élaboration et mise à disposition des familles concernées d'un guide de recommandations en cas de crise suicidaire d'un membre de la famille.

Indicateurs de réalisations

- ✓ Elaboration d'un guide de recommandations en cas de crise suicidaire à l'attention des familles concernées OUI
- ✓ Nombre de guides diffusés NA

Le guide a été réalisé, dans une version longue. Il a actuellement besoin d'être raccourci avant d'être diffusé. Il est prévu une diffusion aux associations, aux urgences, aux institutions, etc.

Action 23 : Amélioration de l'accompagnement des familles ou des proches par l'élaboration d'un protocole visant à annoncer le décès par suicide et proposer systématiquement un soutien aux endeuillés (Cf. action 25)

Indicateurs de réalisations

- ✓ Elaboration d'un protocole visant à annoncer un décès par suicide à la famille OUI
- ✓ Validation du protocole ND
- ✓ Forme de la mise à disposition du protocole : envoi en octobre 2017 à la Police, aux pompes funèbres, au GSP, à Omega 90⁷⁵

Indicateurs de résultats

- ✓ Satisfaction des services ayant en charge l'annonce d'un décès par suicide vis-à-vis du protocole ND

Une brochure en allemand a été éditée et diffusée auprès des services de Police, des pompes funèbres, du GSP, d'OMEGA 90. Un seul envoi a été réalisé en Octobre 2017.

⁷⁵ Service d'accompagnement et de consultation pour les personnes en deuil et Service de formation en soins palliatifs.

Comme plusieurs actions de ce type « élaboration d'un guide », elles sont jugées terminées à partir de l'édition et de l'envoi du guide mais un travail de suivi serait nécessaire pour d'autres envois, pour adapter le guide si besoin, pour travailler la thématique avec les acteurs impliqués au moment de l'annonce du décès. Seul le groupe suicide du GSP a bénéficié de ce travail grâce à l'action 25.

Action 24 : Proposition systématique (par la police, le médecin sur place, etc.) aux familles touchées par le suicide ou une tentative de suicide, d'un dépliant listant les adresses utiles en cas de besoin.

Indicateurs de réalisations

- ✓ Elaboration d'un dépliant listant les adresses utiles pour une prise en charge en cas de suicide ou tentative de suicide dans la famille OUI
- ✓ Type de professionnels procédant à la distribution du dépliant : GSP essentiellement
- ✓ Nombre de dépliants diffusés ND

Un dépliant listant les adresses utiles a été édité. Il a été adressé aux services de police et au GSP. Il est très utilisé par le GSP qui a demandé plusieurs rééditions du dépliant. La Police nationale mentionne qu'elle dispose de nombreux dépliants adaptés aux thématiques des secours : orienter la personne psychotique, la personne victime de violences conjugales, les victimes de la route, etc. Mais à cause d'un nombre de flyers trop importants, les policiers ne les utilisent pas. Par contre, ils disposent d'une liste regroupant les coordonnées des associations les plus importantes pour guider les personnes vers les services compétents. Une collaboration des services de Police avec des assistants sociaux serait pertinente pour la prise en charge sociale et l'orientation d'une grande partie de victimes.

Action 25 : Mise en place d'une procédure proactive de suivi de l'entourage en cas d'intervention du GSP à la suite d'un suicide dans la famille, dans l'entourage (privé et/ou professionnel) (appel des personnes de l'entourage après un certain temps pour voir comment ils vont)

Indicateurs de réalisations

- ✓ Développement et validation d'une procédure de suivi de l'entourage en cas de suicide dans la famille OUI
- ✓ Nombre de personnes de l'entourage qui demandent une prise en charge :
 - 2018 : 26 interventions suite à un suicide et 22 familles recontactées, 2 visites à domicile
 - 2019 : 41 interventions par le GSP et 32 familles rappelées 6 semaines après sans visite à domicile
- ✓ Nombre de personnes de l'entourage qui montrent des signes d'alerte (dépression, anxiété, etc.) et qui ne demandent pas de prise en charge ND
- ✓ Evaluation du projet pilote OUI

Le plan prévoit la mise en place d'une procédure proactive de suivi de l'entourage en cas d'intervention du GSP à la suite d'un suicide dans la famille. Le GSP intervient au moment de l'annonce du décès. Comme prévu initialement, un membre du GSP rappelle l'entourage 6 semaines après le décès pour prendre des nouvelles et orienter les familles vers un service d'aide si nécessaire.

Mise en œuvre d'une procédure de suivi de l'entourage

Le GSP est une équipe d'une cinquantaine de bénévoles qui appartient au CGDIS, avec une subvention du Ministère de l'intérieur. Le GSP intervient en même temps que les secours au moment de l'annonce du décès à la famille.

Il y a une équipe « Ecole » (6 personnes), qui intervient pour tout décès d'un élève. Cette équipe a reçu une formation complémentaire. L'intervention a lieu auprès des élèves et de l'équipe pédagogique, en collaboration avec le SEPAS et est régie par un règlement grand-ducal.

Il y a un groupe « Suicide » composé d'une douzaine de personnes formées au repérage de la crise suicidaire. Ce groupe a travaillé avec une équipe de superviseurs à la spécificité de leur mission.

La plupart du temps, le GSP est appelé par le SAMU. A chaque appel reçu, le GSP s'est rendu sur les lieux. **En cas d'appel par les secours, le GSP s'est toujours rendu dans la famille**

En mettant en parallèle les données du registre des décès et les interventions réalisées par le GSP, on observe que le GSP intervient pour moins de la moitié des suicides :

Tableau 5. Nombre de décès dus au suicide et interventions du GSP en cas de suicide entre 2014 et 2019

Année	Nombre de décès dus au suicide	Interventions du GSP en cas de suicide
2014	85	Non disponible
2015	81	18 familles visitées
2016	61	26 familles visitées
2017	66	25 familles visitées
2018	58	26 familles visitées ⁷⁶
2019	Non disponible	41 familles visitées ⁷⁷

La procédure de suivi de l'entourage a été développée par le GSP et en particulier par le Groupe Suicide du GSP⁷⁸. 3 personnes du groupe « Suicide » sont identifiées pour réaliser ce 2^{ème} contact. L'une d'elles appelle la famille 6 semaines après le décès. Cette procédure du 2^{ème} contact a été mise en place en novembre 2017.

⁷⁶ 9% des personnes qui se sont suicidées sont des femmes, 91% des hommes. Moyenne d'âge 50 ans, min : 17 ; max : 89 ans. Pour 7 cas (sur les 24 pour lesquels l'information est disponible), il y a déjà eu une ou plusieurs tentatives de suicide auparavant.

⁷⁷ 22% des personnes qui se sont suicidées sont des femmes. Moyenne d'âge 42 ans, min : 15 ; max : 83 ans. Sur les 41 personnes décédées : 17 sont luxembourgeoises, 13 sont portugaises. Pour 7 personnes, une tentative de suicide a été enregistrée précédemment.

⁷⁸ Les bénévoles du groupe « Suicide » ont un parcours similaire aux autres membres du GSP :

- Deux ans de formation
- 3 supervisions dans l'année

Avec en complément :

- Une formation repérage de la crise suicidaire de 2 jours
- Une supervision supplémentaire
- Un temps d'élaboration du projet pilote avec un investissement de la part de l'équipe

Les trois personnes qui font le 2^{ème} contact ont eu 3 jours d'élaboration (supervision, réflexion) avec une équipe allemande.

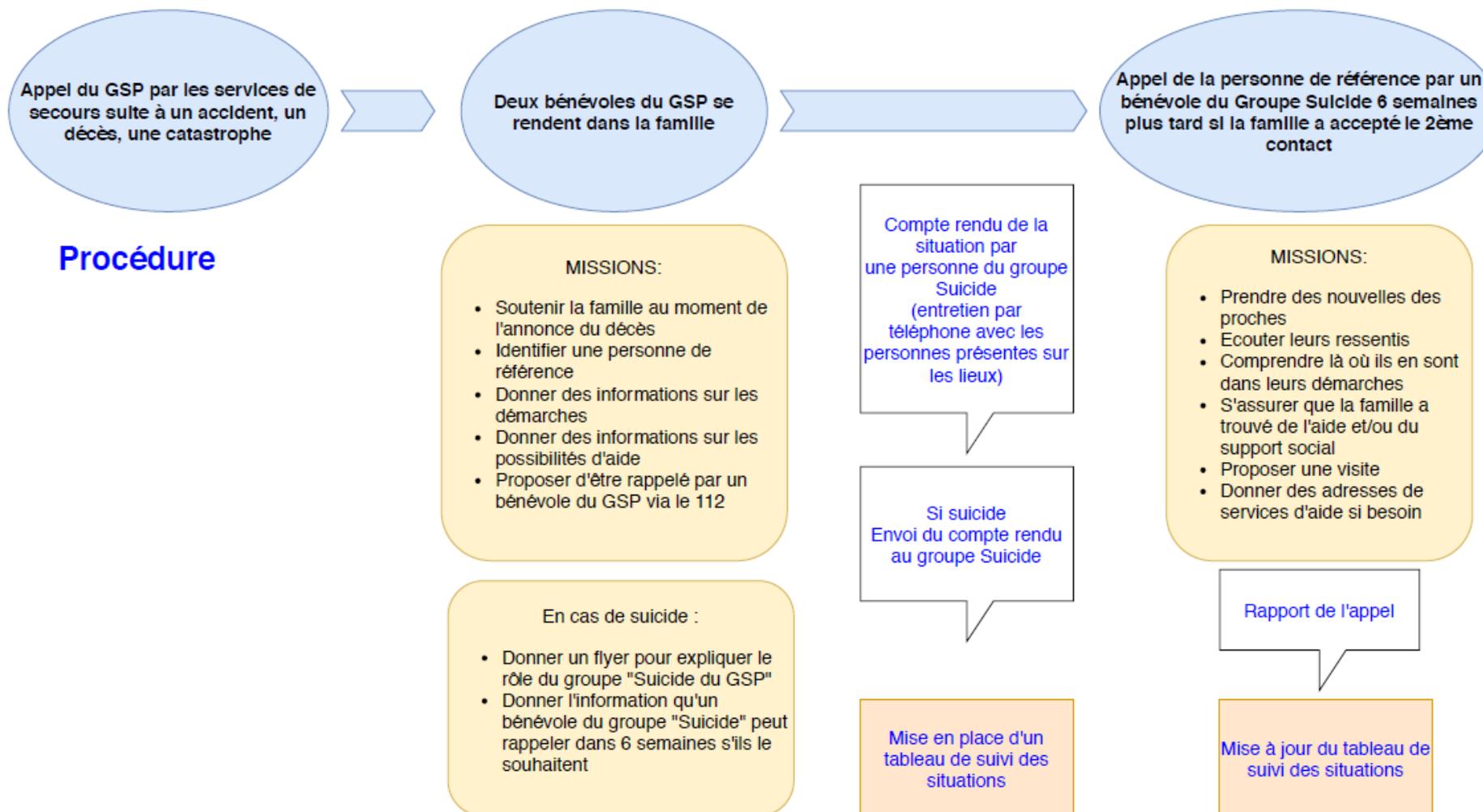


Figure 17. Schéma de la procédure mise en place par le GSP en cas de suicide

La famille est contactée via une personne de référence identifiée par le GSP au moment de l'annonce du décès. Il s'agit de :

- Quelqu'un qui est sur les lieux ;
- La personne la plus stable de tous dans ce moment de chaos ;
- Une personne présente dans la vie de la famille ou un membre de la famille ;
- Une personne qui parle une des 3 langues du pays (si possible).

La procédure apparaît comme très claire pour les bénévoles. Ils ont conscience qu'ils doivent atteindre les personnes qui vont mal.

Sur le terrain, le GSP n'est pas toujours présent au moment de l'annonce du décès, même si ce chiffre est stable, avec environ 25 familles visitées par an entre 2016 et 2018 ; ce chiffre est beaucoup plus important en 2019 avec 41 familles visitées.

Trois raisons expliquant l'absence du GSP au moment de l'annonce sont mentionnées lors des entretiens :

- Certains policiers n'ont pas l'habitude de faire appel au GSP, surtout dans le Nord du pays, ils maintiennent la pratique d'annoncer seuls le décès à la famille.
- S'il y a un doute sur le suicide (risque d'homicide par exemple), le parquet est saisi et le corps est emmené au Laboratoire National de Santé (LNS). Le GSP n'est pas sollicité.
- Le délai d'intervention du GSP peut sembler trop long à la Police qui va se rendre dans la famille. La Police peut alors prendre la décision de faire l'annonce à la famille avant l'arrivée du GSP.

Par contre, la police a tendance à impliquer le GSP systématiquement quand la situation est compliquée, quand une personne est isolée ou qu'il y a des enfants concernés. « *Après avoir fait les formalités, la police peut laisser la famille dans de bonnes mains*⁷⁹ ».

Cette première visite est souvent suivie d'un accompagnement complémentaire de la famille pour se rendre au Laboratoire National de Santé ou aux pompes funèbres, etc. en fonction des besoins de la famille.

Pour l'année 2018, 26 interventions pour un décès par suicide ont été réalisées par le GSP, 22 familles ont été rappelées après 6 semaines et 2 visites à domicile ont été organisées :

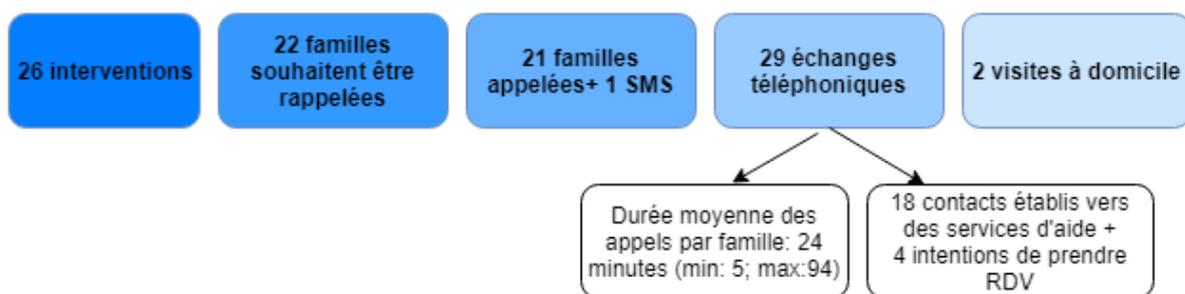


Figure 18. Déroulé du suivi du GSP pour l'année 2018

⁷⁹ Extrait d'entretien

Pour l'année 2019, 41 interventions pour un décès par suicide ont été réalisées, 32 familles ont été rappelées après 6 semaines, sans qu'une visite à domicile ne soit nécessaire :

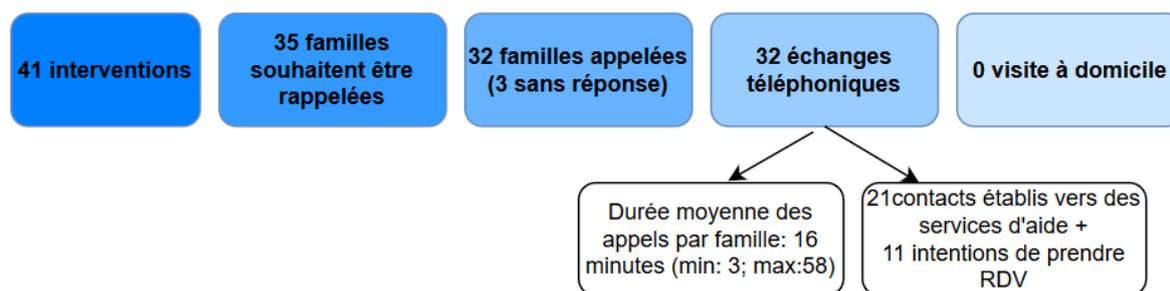


Figure 19. Déroulé du suivi du GSP pour l'année 2019

Sur les deux années, sur 67 interventions : 57 familles souhaitent être rappelées.

Sur les 54 familles finalement contactées sur 2 ans, 16 familles n'ont bénéficié d'aucune aide 6 semaines après le décès. L'équipe du GSP oriente alors vers Omega 90, Pro Familia ou Trauerwee.

Parmi ces 16 familles, les proches et les amis sont les principaux soutiens, avant Omega 90 (pour 14 familles), les psychologues, psychiatres et médecins libéraux (16 familles), Trauerwee (2 familles).

Témoignage d'une bénévole de GSP

Le GSP est intervenu suite au suicide d'une jeune femme de 34 ans.

Le matin du suicide de leur fille, le père était au domicile de la famille, la mère était à son travail à 35 kilomètres de la maison. La jeune femme a appelé sa mère pour lui dire : « Ecoute maintenant je n'en peux plus, c'est la dernière fois qu'on se parle parce que je vais me suicider ». La fille s'est jetée du pont quelques minutes plus tard.

Dans la journée, après identification du corps, une équipe de la police est allée voir le père pour lui annoncer le décès et au même moment, une autre équipe s'est rendue au travail de la mère (avec un membre du GSP qui a ramené la mère à son domicile). Dans la soirée, la deuxième fille de la famille est aussi arrivée. Le GSP a donc pris en charge l'ensemble de la famille pendant plusieurs heures à la suite de l'annonce du décès.

Quelques jours plus tard, la famille a été accompagnée au Laboratoire National de Santé par le GSP pour un dernier adieu. Dans ces situations, un membre du GSP entre dans la chambre mortuaire avant la famille. Il peut alors décrire le corps et préparer la famille.

Six semaines plus tard, il y a eu un échange téléphonique entre la mère et un des membres du GSP présent lors de l'annonce du décès. Il s'avère que la mère ne va pas bien à ce moment-là et qu'elle n'a pris contact avec aucun service d'aide. Il a alors été convenu d'une date pour une visite à domicile.

L'entretien à domicile a duré une heure. La mère a réalisé lors de cette visite qu'elle avait besoin d'aide. Elle a annoncé qu'elle prendrait rendez-vous avec le service Omega 90.

L'intervenant du GSP s'est assuré qu'une psychologue parlant la langue d'origine de la mère pouvait l'accueillir dans le service. La semaine suivante, lors d'un nouvel appel téléphonique, la mère a confirmé qu'elle avait rendez-vous prochainement avec une psychologue parlant sa langue.

Action 26 : Promouvoir et généraliser auprès des sages-femmes, des gynécologues et autres intervenants, 1) le dépistage des situations familiales à risque pour les femmes enceintes et/ou avec un nouveau-né et 2) leur orientation vers les structures adéquates, dans l'objectif de proposer une prise en charge adéquate visant à favoriser les besoins d'attachement des enfants et de favoriser le dépistage des épisodes de dépression postnatale.

Indicateurs de réalisations

- Type d'informations développées pour un dépistage et une orientation précoce vers les structures adéquates des situations familiales à risque par les sages-femmes, gynécologues et autres intervenants (livret d'information et d'orientation, formation initiale et continue, articles dans revues médicales, conférences, etc.) NON
- Nombre de conventions signées entre les maternités et les structures adéquates de prise en charge NA

Indicateur de résultats

- Nombre de situations familiales à risque orientées avant et après l'accouchement vers les structures adéquates NA

Le CIP n'a pas investi la thématique de la maternité par manque de ressources, hormis une collaboration avec l'association Initiativ Liewenzufank pour rédiger un texte sur la dépression post-partum, présent dans l'exposition sur la dépression (Action 16).

La question du dépistage des femmes enceintes ou avec un nouveau-né à risque d'un point de vue de la santé mentale est portée par la maternité du CHL depuis de nombreuses années, puis par le service ALUPSE, association de pédiatrie sociale qui a créé ALUPSE bébé : ce service de prévention des troubles de l'attachement a suivi 96 familles en 2019.

Action 27 : Elaboration et mise à disposition des institutions (entreprises, administrations, etc.) de protocoles de prise en charge (on the job et off the job) en cas de crise suicidaire d'un salarié (ou écolier) et élaboration et mise à disposition de protocole de postvention suicidaire.

Indicateurs de réalisations

- ✓ Elaboration de protocoles de prise en charge pour les entreprises en cas de crise suicidaire d'un salarié OUI
- ✓ Validation du protocole ND
- ✓ Forme de mise à disposition du protocole : dépliant

Indicateurs de résultats

- ✓ Satisfaction des entreprises quant à l'information reçue sur le protocole de prise en charge en cas de crise suicidaire (connaissance de l'existence du protocole, mode de procuration, informations et aides trouvées via le protocole) ND

Un document A4 a été rédigé portant sur les événements traumatiques qui peuvent survenir en entreprise, dont le suicide. Ce document n'est pas diffusé à ce jour mais en cours de validation par le Groupe santé en entreprise.

Il est prévu que ce document soit diffusé dans les services RH, travailleurs désignés et services sécurité santé au travail. Il pourra également être diffusé au cours des formations dispensées au CIP : Repérage de la crise suicidaire et Trauma.

Action 28 : Mise à disposition des professionnels de la santé, et notamment des médecins généralistes, des psychologues et des psychothérapeutes, d'outils de dépistage, de diagnostic et de traitement de la dépression.

Indicateurs de réalisations

- ✓ Mise à disposition d'outils de dépistage, de diagnostic et de traitement de la dépression à l'attention des médecins généralistes, des psychologues et des psychothérapeutes NON
- ✓ Forme de mise à disposition des outils (site internet, mallette, livret...) pour les professionnels NA
- ✓ Nombre de professionnels pouvant être concernés par l'utilisation de ces outils et Nombre de professionnels auprès desquels les outils ont été diffusés NA

Indicateurs de résultats

- ✓ Evaluation auprès des professionnels des outils mis à disposition : utilisation régulière, obstacles, apports, etc. NA
- ✓ Vente de psychotropes : Nombre de personnes résidentes assurées avec un remboursement pour une prescription pour les produits suivants : antidépresseurs, antipsychotiques, anxiolytiques, hypnotiques, psychostimulants⁸⁰ : 54 doses quotidiennes /1 000 habitants de N06A- antidépresseurs (Moyenne de 63 doses en Europe en 2017). Données OCDE

A partir des données disponibles via le réseau European Alliance Against Depression auquel le CIP a adhéré, l'outil « I-fight depression⁸¹ » a été évalué par l'équipe du CIP et un psychiatre référent. Il s'agit d'un outil de sensibilisation à la dépression et aux comportements suicidaires, avec des informations sur les causes, les signes et les ressources d'aide et d'autogestion. Compte tenu de la richesse du site internet consacré à la prévention de la dépression, ciblant la population générale mais aussi les professionnels, il n'a pas semblé utile de créer un outil complémentaire.

De plus, le secteur ambulatoire libéral est difficile d'accès au Luxembourg, les pratiques sont individuelles. Le conseil scientifique publie des guidelines, une seule porte sur la santé mentale : La prise en charge des insomnies primaires en médecine générale⁸².

L'équipe du CIP n'a pas investi le large champ de la médecine générale hormis pour la sensibilisation au repérage de la crise suicidaire organisée dans le cadre des journées de formation de l'ALFORMEC.

Le sondage organisé auprès des médecins généralistes, médecins psychiatres et psychothérapeutes a permis un retour de 84 questionnaires :

- Médecins généralistes N=44
- Médecins psychiatres N=14

⁸⁰ Cet indicateur fait partie des principaux indicateurs de suivi du Plan (Indicateur Core). Il est défini en annexe.

⁸¹ <https://ifightdepression.com/fr/a-propos-de-nous-3096>

⁸² https://conseil-scientifique.public.lu/fr/publications.html?r=f%2Faem_theme%2Ftags_theme%3Aconseil_scientifique%5Cpsychotropes&

- Psychologues psychothérapeutes N=26

Pour les 3/4 des répondants, des guidelines nationales seraient profitables (pour leurs collègues ou eux-mêmes). En revanche, moins de la moitié est intéressée par un outil d'autogestion qui permet de soutenir, guider et suivre l'évolution des patients qui souffrent de dépression.

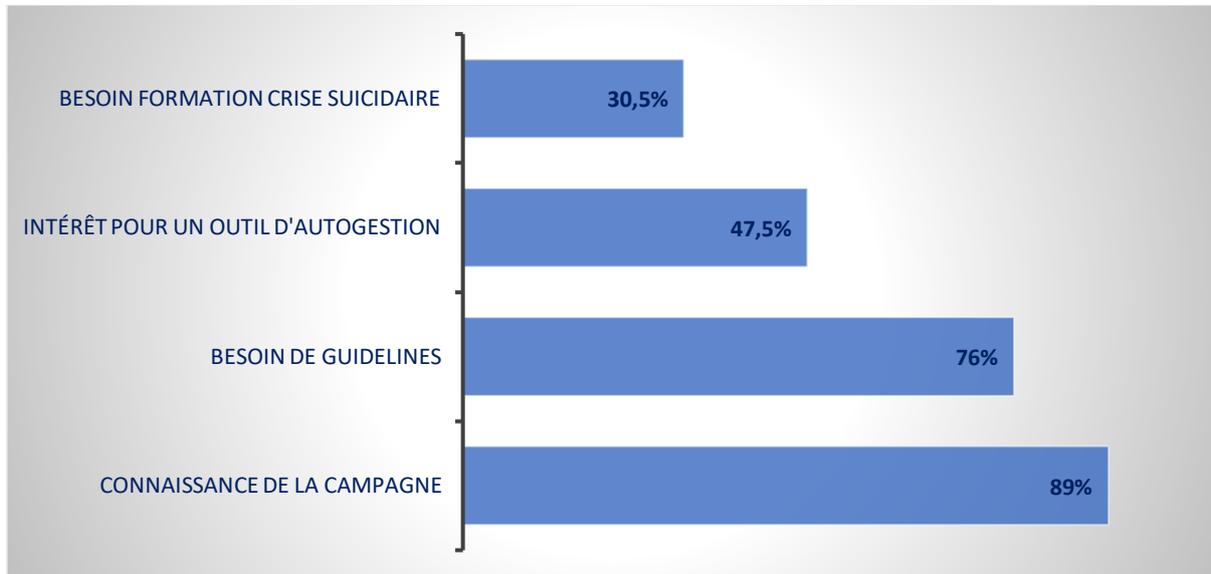


Figure 20. Vue d'ensemble des réponses apportées par les médecins généralistes, médecins psychiatres et psychologues, psychothérapeutes (N=84).

Leur demande de formation n'est pas évidente : moins d'un tiers pense avoir besoin d'une formation sur le repérage de la crise suicidaire et un quart une formation en santé mentale.

Par catégorie professionnelle, ce sont principalement les psychologues psychothérapeutes qui expriment le besoin de guidelines nationales (92%). C'est aussi cette profession qui est favorable à 73% à un outil d'autogestion et à 40% à une formation Repérage de la crise suicidaire.

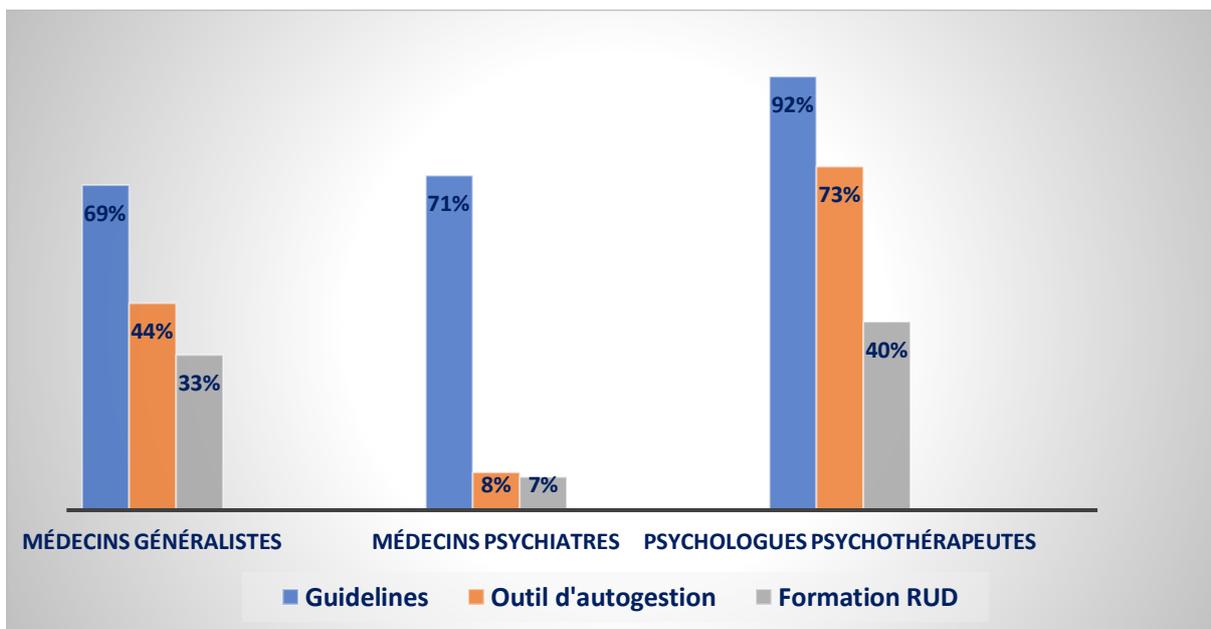


Figure 21. Besoins exprimés en fonction de la profession (en %)

Globalement, il apparaît que le travail avec les professionnels travaillant en libéral et autour desquels s'organise l'offre de prise en charge ambulatoire est difficile à réaliser. Afin de faciliter leur disponibilité, la question de compenser le temps de travail investi pour des formations mérite d'être posée.

Action 29 : Formation des professionnels de première ligne à l'intervention en cas de crise suicidaire et plus particulièrement : le personnel des SEPAS et les équipes médico-scolaires, les médecins généralistes, les médecins du travail, les intervenants travaillant de le domaine des addictions, les professionnels de santé, travaillant dans les structures hospitalières et extrahospitalières, les enseignants de l'enseignement secondaire (durant la période de stage et en formation continue SCRIPT), le personnel pénitentiaire, le personnel s'occupant des personnes âgées.

Indicateurs de réalisations

- ✓ Création de modules de formation à l'intervention de repérage de crise suicidaire pour les professionnels de première ligne OUI
- ✓ Nombre de professionnels formés : 1 000 depuis 2015 (voir le détail ci-après)

Indicateurs de résultats

- ✓ Satisfaction des professionnels quant à la formation reçue sur le repérage de crise suicidaire : La formation est tout à fait satisfaisante ou plutôt satisfaisante pour une grande majorité des participants, pour les différents items évalués (N=91, participants à la formation en 2017, ayant rempli le questionnaire de satisfaction).

L'objectif de former 500 personnes sur 5 ans a été doublé : 976 personnes ont été formées depuis 2015 par le CIP.

Le module de formation à l'intervention de la crise suicidaire a été créé sur le modèle du module créé par Prof. Monique Seguin : « Formation à l'intervention de crise suicidaire ».

A cette formation organisée sur 2 jours, d'autres initiatives ont vu le jour :

- ✓ Une formation d'1h30 aux médecins généralistes lors de 2 ateliers organisés par l'ALFORMEC : 60 médecins formés.
- ✓ Une sensibilisation de 2h d'une grande majorité du personnel de l'établissement (80%) dans un CIPA. 4 groupes composés d'une vingtaine de personnes chacun ont mêlé personnels soignants, administratifs et techniques. Les 2h comportaient des apports théoriques et des échanges. Ce sujet est devenu moins tabou dans l'établissement d'après ses responsables. Ce sujet pourrait être ajouté au programme de formation à venir.
- ✓ Des formations spécifiques de professionnels des lycées qui ont été concernés par un décès par suicide d'élèves. À la suite de suicides d'élèves, deux lycées ont organisé des sessions de formation de repérage de la crise suicidaire pour leurs personnels : 157 personnes ont été formées début 2020 dans ces deux lycées.

Afin de donner une image du profil des participants aux formations, les bases de données des 5 années de mise en œuvre du plan ont été analysées. 332 participants ont indiqué leur fonction, ce qui permet

de voir que ce module de formation à destination des professionnels de premières lignes est principalement suivi par des travailleurs sociaux (42%) :

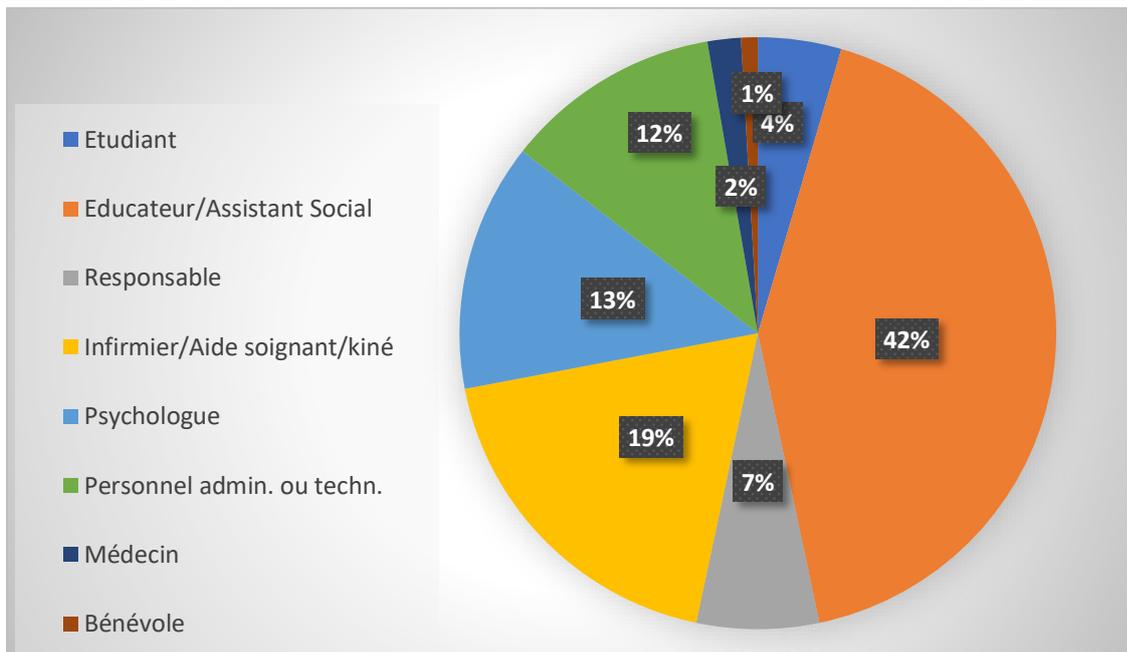


Figure 22. Répartition des participants à la formation en fonction de leur profession (N=332)

Sur l'ensemble des participants de 2015 à 2017, une catégorisation des secteurs d'activité a été possible en fonction de leur institution, pour les services indiqués (N= 532). Le secteur social est largement représenté avec plus de la moitié des inscrits. Les établissements scolaires sont peu représentés avec 25 inscrits sur les 3 années prises en compte. Au final, 85% de professionnels formés sont issus du secteur médico-social (hors médecins généralistes)

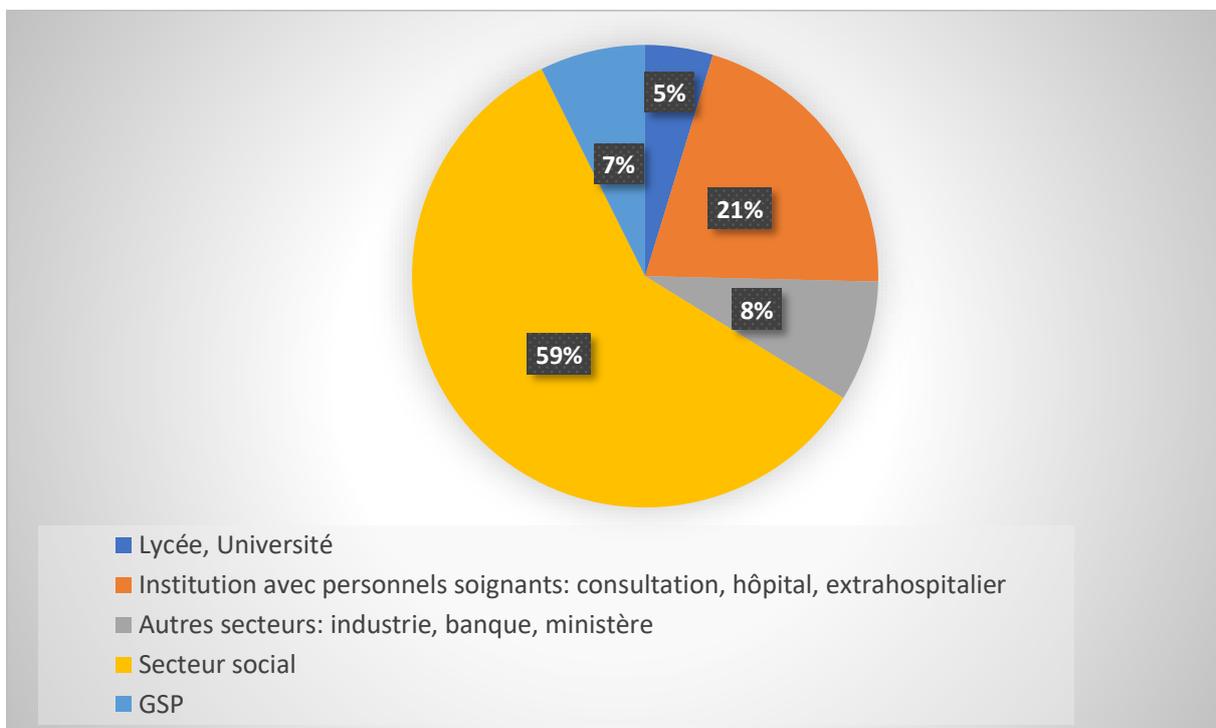


Figure 23. Répartition des professionnels formés en fonction de leur secteur d'activité (N=532)

D'après l'analyse de la base de données des participants à la formation donnée au CIP, quatre types de professionnels sont trop peu concernés par cette formation :

- Les médecins généralistes,
- Les thérapeutes exerçant en libéral
- Le personnel des écoles
- Les professionnels qui interviennent à domicile (pour personnes âgées ou dépendantes), sauf l'entreprise Servior⁸³, ainsi que les professionnels qui dépendent de grandes institutions comme la Croix rouge et dont la profession n'est pas spécifiée dans la base de données.

Les médecins généralistes et les thérapeutes sont demandeurs pour une partie d'entre eux mais leur statut libéral doit être pris en compte pour l'organisation des temps de formation.

Le personnel des écoles pourrait être formé dans le cadre de l'IFEN (Institut de Formation de l'Education Nationale)⁸⁴. A ce jour, la seule formation en lien avec le suicide porte sur l'intervention en cas de situation de crise (en général et non spécifiquement suicidaire).

Concernant les services d'aide à domicile, nombreux au Luxembourg, ils sont demandeurs de collaboration avec le CIP pour proposer cette formation en interne ou informer de l'existence de cette formation via leur réseau de communication.

Concernant le personnel hospitalier, il est important de former les professionnels qui exercent dans les services d'urgence et les services somatiques, afin que le repérage soit facilité.

Pour le Centre Hospitalier Emile Mayrisch, tous les collaborateurs qui sont en contact avec des patients qui peuvent avoir des idées suicidaires ont été formés. La formation a modifié leur pratique pendant les anamnèses qui étaient plus focalisées sur les risques. La formation a permis une prise en compte des facteurs de protection, surtout pour les évaluations de la crise suicidaire au centre de crise. La formation a permis d'objectiver et de structurer l'évaluation.

Dans l'idée d'avoir des groupes homogènes, la formation peut s'adresser soit à un groupe spécialisé, soit à un groupe grand public, dont le format pourra alors être adapté.

Cette formation doit, selon l'avis des intervenants, être une formation choisie et non imposée par l'employeur. Elle ne peut pas être rendue obligatoire, ce qui est pourtant le cas pour presque 30% des personnes inscrites en 2017⁸⁵ :

La formation, dans son format actuel, demande un pré-requis sur la capacité d'écoute et d'empathie. L'évaluation de la formation montre qu'elle est tout à fait satisfaisante ou plutôt satisfaisante pour une grande majorité des participants, pour les différents items évalués (Annexe V page 125).

Plusieurs formateurs au Luxembourg ont suivi la formation de formateurs et sont capables d'animer des formations au repérage de la crise suicidaire, ce qui multiplie les possibilités d'offre sur le territoire. Malgré tout, peu de services proposent ce type de formation en interne hormis le Service de Santé au

⁸³ 30 professionnels formés d'après les bases de données des formations mais qui ne contiennent pas toutes les institutions). L'entreprise gère des centres d'hébergement pour personnes âgées (1 650 places)

⁸⁴ <https://ssl.education.lu/ifen/formation-continue>

⁸⁵ En 2017, 68 personnes ont participé à la formation de leur propre initiative, 31 ont participé à l'initiative de leur employeur, 8 à leur initiative et à celle de l'employeur.

Travail multisectoriel qui développe actuellement cette formation. Le Centre pénitentiaire et la Police, professionnels de première ligne sur les questions du suicide, ont aussi une organisation propre⁸⁶.

A la formation proposée au CIP s'ajoute une offre sur la dépression, sur l'anxiété et sur le trauma. Une nouvelle collaboration s'est aussi engagée avec le CNAPA et Quai 57⁸⁷ pour la création d'une formation commune sur les addictions : « Comment travailler avec des personnes qui souffrent d'addiction ? », animée, alternativement, par des intervenants des 3 structures (CIP, CNAPA et Quai 57).

Action 30 : Mise en place de protocole de prise en charge de personnes ayant fait une tentative de suicide en renforçant les liens entre les hôpitaux et les services de santé mentale et en améliorant le suivi des suicidants à leur sortie.

Indicateurs de réalisations

- ✓ Rédaction d'un protocole de prise en charge post-hospitalisation pour les personnes ayant fait une tentative de suicide NON
- ✓ Nombre de services impliqués dans l'élaboration du protocole NA
- ✓ Nombre de conventions signées entre hôpitaux et services de santé mentale NA
- ✓ Nombre de personnes ayant fait une tentative de suicide prises en charge par ces services NA

Indicateurs de résultats

- ✓ Satisfaction des équipes assurant le suivi post hospitalisation pour lequel le protocole de prise en charge est mis en place NA

⁸⁶ Le Service de santé au travail multisectoriel propose plusieurs types de formation en lien avec les risques psychosociaux :

- Prévention des risques psychosociaux
- Écoute et vigilance partagée
- Gestion de crise
- Souffrance relationnelle
- Prévention de l'épuisement professionnel

Le service est en train de développer un programme Prévention du suicide et travail (offre en interne et en externe)

Au Centre pénitentiaire, jusqu'en 2016, 2 formations annuelles au repérage de la crise suicidaire étaient organisées : 2 formations de 2 jours chacune. Depuis deux ans, faute d'intervenant sur cette question, aucune nouvelle formation n'a été organisée. Cette formation s'adressait à toutes les personnes qui sont en contact avec les détenus, professionnels du service psycho-socio-éducatif, personnels hospitaliers mais prioritairement les 300 agents pénitentiaires en charge de la surveillance.

Dans la Police, il existe une première formation théorique d'une heure sur la crise suicidaire pour les policiers en formation. Dans un deuxième temps, deux jours de formation sont consacrés à la « gestion des conflits ». Une des mises en situation abordées est celle d'une tentative de suicide (approcher une personne qui veut sauter d'un pont par exemple). Entre 50 et 80 policiers sont formés chaque année.

Les policiers arrivent souvent sur une situation de protection, leur rôle est ensuite de faire le dispatching vers les services compétents. Ils disposent d'une liste des services à disposition.

⁸⁷ Centre d'accompagnement et de consultation pour des personnes souffrant d'addictions

Cette action n'est pas réalisée mais des contacts sont en cours. Le projet est de s'inspirer du dispositif Vigilans mis en place à Lille⁸⁸, un système de veille des suicidants pendant 6 mois : Après une tentative de suicide, la personne reste en contact avec le service de soins, via un appel et/ou une carte postale afin d'éviter une récurrence. Des projets sont en cours en ce sens dans certains services d'hospitalisation.

Cette action nécessite des ressources pour les services de soins qui n'ont pas été prévues dans le Plan.

Action 31 : Intégration dans la formation initiale des professionnels de première ligne des cours sur l'intervention de repérage de crise suicidaire et plus particulièrement pour : les Aides Socio-Familiales (ASF), les aides soignant(e)s, les infirmier(e)s, les éducateurs, etc.

Indicateurs de réalisations

- ✓ Création d'un module d'enseignement sur le repérage de crise suicidaire NON
- ✓ Application du module d'enseignement dans la formation des aides socio-familiales NA, des aides-soignants NA et des infirmiers NA
- ✓ Nombre de professionnels formés chaque année pour chacun des métiers dont la formation comprend le module d'enseignement sur les crises suicidaires NA

Indicateurs de résultats

- ✓ Satisfaction quant à la formation initiale reçue sur le repérage de crise suicidaire NA

Cette action n'a pas été réalisée par le CIP. Mais les écoles d'infirmiers dispensent une formation sur la crise suicidaire (et sur la dépression) de manière globale et chez les personnes âgées en particulier. Au total 63 heures sont dispensées sur les questions de soins en santé mentale, psychiatrie et gériatrie.

Pour les autres professions mentionnées dans le plan, l'information n'est pas disponible.

Action 32 : Création d'un réseau d'experts dont l'objectif est d'œuvrer à la lutte contre la dépression sous toutes ses formes (prévention, document de recommandations (Cf action 33), suivi des données épidémiologiques, etc.)

Indicateurs de réalisations

- ✓ Création d'un réseau d'experts de lutte contre la dépression NON
- ✓ Activités développées par le comité : élaboration de bonnes pratiques NA, de recommandations nationales NA, développement d'actions spécifiques de prévention NA
- ✓ Validation et publication des bonnes pratiques par le comité scientifique NA
- ✓ Définition des données épidémiologiques suivies et recueil des données NA

Il n'y a pas eu de réseau d'experts créé. Le CIP est membre de l'European Alliance Against Depression, ce qui lui a permis une utilisation de leurs contenus pour la réalisation du site internet. Des recommandations seraient envisageables *via* le conseil scientifique et le suivi des données épidémiologiques *via* un groupe épidémiologie santé mentale ou *via* le futur observatoire de santé.

⁸⁸ <https://www.f2rsmpsy.fr/099-dispositif-vigilans.html>

Action 33 : Elaboration par le réseau d'experts (Cf. Action 32) d'un document de consensus et de bonnes pratiques pour le traitement de la dépression à l'attention des médecins généralistes, des psychiatres, des psychologues, des psychothérapeutes.

Indicateurs de réalisations

- ✓ Elaboration d'un document de consensus et bonnes pratiques pour la prise en charge de la dépression à l'attention des médecins généralistes, des psychiatres, des psychologues et des psychothérapeutes
NON
- ✓ Validation du document de consensus NA
- ✓ Forme de mise à disposition du document de consensus NA
- ✓ Nombre de professionnels pouvant être concernés par l'utilisation du document et Nombre de professionnels auprès desquels le document a été diffusé NA

Indicateurs de résultats

- ✓ Satisfaction d'un échantillon de professionnels quant à la mise à disposition, au contenu et à l'aide apportée par le document NA
- ✓ Vente de psychotropes : Nombre de personnes résidentes assurées avec un remboursement pour une prescription pour les produits suivants : antidépresseurs, antipsychotiques, anxiolytiques, hypnotiques, psychostimulants⁸⁹

Le groupe d'experts n'a pas été créé, aucun travail n'a pu s'engager sur le traitement de la dépression. Globalement, les recommandations de l'OMS sur le traitement de la dépression⁹⁰ sont applicables et pourraient être adaptées :

- ✓ Recommandations aux médecins généralistes qui sont les principaux prescripteurs,
- ✓ Association aux traitements d'une aide psychologique structurée, du sport, de la relaxation, etc.
- ✓ Les 3 premières semaines qui suivent le début du traitement antidépresseur étant particulièrement à risque suicidaire, le suivi doit pouvoir être organisé de façon rapprochée.

⁸⁹ Cet indicateur fait partie des principaux indicateurs de suivi du Plan (Indicateur Core). Il est défini en annexe.

⁹⁰ https://www.who.int/mental_health/mhgap/evidence/depression/fr/

8 CONCLUSION

Avec 19 actions réalisées ou mises en œuvre de manière continue, le PNPS a montré l'importance de disposer d'une équipe experte en matière de prévention du suicide, au service :

- ✓ De la population générale,
- ✓ De publics à risque,
- ✓ Des professionnels généralistes,
- ✓ Mais aussi des professionnels investis dans des champs d'activités spécialisées.

D'envergures variées, les actions réalisées ont touché de multiples champs d'activités (sensibilisation, information, repérage, orientation, prise en charge) s'appuyant sur un réseau de professionnels et de bénévoles soucieux de faire progresser le débat autour d'un sujet qui reste sensible, voire tabou.

Aujourd'hui, il apparaît que ces activités doivent devenir pérennes afin de continuer à être améliorées, de les rendre accessibles à un plus grand nombre et permettre une appropriation efficace. Il s'agit aussi de développer des actions ciblées, adaptées, dans des secteurs qui restent difficiles d'accès.

Aborder la thématique du suicide c'est faire un focus collectif sur la pointe de l'iceberg qu'est la santé mentale, définie par l'OMS comme "un état de complet bien-être physique, mental et social, et [qui] ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité".

L'évaluation a montré que la question de la santé mentale, transverse à de multiples politiques, a besoin de s'inscrire dans une orientation prioritaire pour que les différents Ministères puissent porter une attention à l'impact de l'ensemble des politiques sur la santé mentale et ainsi coordonner les actions déployées et les moyens mis en œuvre.

Développer une politique de prévention demande aussi une offre de services adaptée aux besoins existants ainsi qu'à ceux qui émergent. Une stratégie de santé mentale est nécessaire pour définir une offre cohérente permettant un accès aux soins spécialisés facilité, avec notamment une orientation précoce vers des structures à bas seuil.

9 BIBLIOGRAPHIE

Articles

Büchel D. Bücki B. Présence d'idées suicidaires chez les travailleurs. Avril 2019. <https://www.csl.lu/bibliotheque/newsletters/f893c2a88f.pdf>

Catunda C et al. HBSC-Factsheets Luxembourg. La consommation d'alcool des élèves au Luxembourg. 2018.

<https://orbilu.uni.lu/bitstream/10993/36403/2/6%20Factsheet%20Alcool.pdf>

Heinz, A. et al. Suicide prevention: Using the number of health complaints as an indirect alternative for screening suicidal adolescents. Journal of affective disorders 260. Janv 2020 61-66. <https://orbilu.uni.lu/handle/10993/40120>

Martin, Romain, et al. « Conclusion. De la nécessité de définir un projet d'école à long terme, de penser et d'agir selon une vision systémique », Romain Martin éd., La place de l'école dans la société luxembourgeoise de demain. Vers de nouveaux modèles de fonctionnement du système éducatif. De Boeck Supérieur, 2008, pp. 519-521.

Ruiz-Castell et al. Depression Burden in Luxembourg : Individual Risk Factors, Geographic Variations and the Role of Migration, 2013-2015 European Health Examination Survey. 2017. <https://orbilu.uni.lu/handle/10993/31517>

Statistiques nationales

Direction de la santé. Statistiques des causes de décès pour l'année 2017. Luxembourg.

Le portail des statistiques Grand-duché de Luxembourg. Indicateurs de risque de pauvreté. https://statistiques.public.lu/stat/TableViewer/tableViewHTML.aspx?ReportId=12957&IF_Language=fra&MainTheme=3&FldrName=1&RFPath=29

Ministère des affaires étrangères et européennes. Direction de l'immigration. Statistiques concernant la protection internationale au Grand-Duché de Luxembourg Mois de mars 2019. Avril 2019. <https://gouvernement.lu/dam-assets/documents/actualites/2019/04-avril/Statistiques-protection-internationale-03-2019.pdf>

Ministère de la Santé Luxembourg. Carte sanitaire du Luxembourg 2017. <https://statistiques.public.lu/fr/actualites/conditions-sociales/sante-secu/2018/06/20180604/index.html>

Ministère de la Santé Luxembourg et Luxembourg Institut of Health. European Health Interview Survey (EHIS) – Etat de santé et bien-être. Janvier 2018

Ministère de la Santé, LIH. European Health Interview Survey (EHIS) Utilisation et accessibilité des services de santé. Fév. 2018. <https://statistiques.public.lu/fr/actualites/conditions-sociales/sante-secu/2018/03/20180314/utilisationaccessibilite.pdf>

STATEC. Regards N°19. Plus de 120 000 seniors au Luxembourg. 09/2019.
<https://statistiques.public.lu/catalogue-publications/regards/2019/PDF-19-2019.pdf>

Plans nationaux

Gouvernement du Grand-duché de Luxembourg. Programme national promotion de la santé affective et sexuelle. <https://sante.public.lu/fr/publications/p/plan-action-national-promotion-sante-affective-sexuelle-2019/plan-action-national-promotion-sante-affective-sexuelle.pdf>

Gouvernement du Grand-Duché de Luxembourg. Plan d'action national pour la promotion des droits des personnes lesbiennes, gays, bisexuelles, transgenres et intersexes.
https://mfamigr.gouvernement.lu/dam-assets/campagnes/personnes_intersexes/PAN-LGBTI-web-update.pdf

Ministère de la famille, de l'intégration et à la grande région. Plan d'action national de mise en œuvre de la convention de l'ONU relative aux droits des personnes handicapées (2019-2024).
<https://mfamigr.gouvernement.lu/fr/actualites/2019/mars/26-mars/elaboration-plan-action-national-crdph.html>

Ministère de l'éducation nationale, de l'enfance et de la jeunesse. Jugendpakt 2017-2020.
<http://www.men.public.lu/fr/politique-jeunesse/01-jugendpakt/index.html>

Ministère de la santé et Centre d'Information et de Prévention. Le Plan National de Prévention du suicide 2015-2019. <https://sante.public.lu/fr/politique-sante/plans-action/plan-prevention-suicide-2015-2019/index.html>

Ministère de la santé. Plan National Cancer Luxembourg 2014-2018.
<https://plancancer.lu/ressources/documentation/>

Ministère de la santé. Ministère de la famille. Plan d'actions national maladies démentielles. 2013. <https://sante.public.lu/fr/publications/p/plan-national-maladies-dementielles/plan-national-maladies-dementielles.pdf>

Ministère de la santé. Plan d'action luxembourgeois de réduction du mésusage de l'alcool « PALMA » 2020-2024. Janvier 2020. <http://sante.public.lu/fr/publications/p/plan-national-alcool-2020-2024/index.html>

Ministère de la santé. Stratégie et plan d'action gouvernementaux 2015-2019 en matière de lutte contre les drogues d'acquisition illicite et les addictions associées.
<http://sante.public.lu/fr/publications/s/strategie-plan-drogues-2015-2019/strategie-plan-drogues-2015-2019.pdf>

Sites consultés

www.prevention.suicide.lu

www.prevention.depression.lu

www.prevention.panique.lu

Accord de coalition 2018-2023.

<https://gouvernement.lu/dam-assets/documents/actualites/2018/12-decembre/Accord-de-coalition-2018-2023.pdf>

Conseil scientifique. Domaine de la santé. Publications : Prise en charge des insomnies primaires en médecine générale. Janvier 2018. https://conseil-scientifique.public.lu/fr/publications.html?r=f%2Faem_theme%2Ftags_theme%3Aconseil_scientifique%5Cpsychotropes&

Déclaration sur le programme gouvernemental 2018-2023.

<https://gouvernement.lu/fr/publications/accord-coalition/programme-gouvernemental.html>

D'Ligue. La semaine de la Santé Mentale 2018. <http://www.llhm.lu/?p=627>

Dispositif Vigilans : un programme de recontact post-hospitalier des personnes ayant fait une tentative de suicide. <https://www.f2rsmpsy.fr/099-dispositif-vigilans.html>

IFEN, Institut de formation de l'éducation nationale. Offre de formation.

<https://ssl.education.lu/ifen/formation-continue>

I Fight Depression European alliance against depression. La dépression peut toucher n'importe qui. <https://ifightdepression.com/fr/a-propos-de-nous-3096>

OCDE (2019), Panorama de la santé 2019 : Les indicateurs de l'OCDE, Éditions OCDE, Paris, <https://doi.org/10.1787/5f5b6833-fr>

Organisation Mondiale de la Santé. Dépression. Recommandations reposant sur des données factuelles pour la prise en charge de la dépression dans les structures de santé non spécialisées. https://www.who.int/mental_health/mhgap/evidence/depression/fr/

OMS Europe. Growing-up unequal : gender and socioeconomic differences in young people's health and well-being. HBSC international report form 2013/2014. 2016. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/303438/HSBC-No.7-Growing-up-unequal-Full-Report.pdf?ua=1

RBS. Center fir Alterfroen. More than one story. <https://www.rbs.lu/icc/Internet-fr/nav/b30/broker.jsp?uCon=de62e0b4-e2d0-a416-bc65-0afcb2c45101&uTem=aaaaaaaa-aaaa-aaaa-000000000002&uMen=0cc70739-e54f-0421-e18c-66132700266c>

Conférence de consensus organisée par la Fédération française de psychiatrie. La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge. Octobre 2000. Paris

Tableaux et figures

Figure 1. Cadre logique de l'évaluation.....	19
Figure 2. Schématisation des problèmes d'orientation des personnes en souffrance psychique	32
Figure 3. Nombre de suicides enregistrés au Luxembourg par période de 3 ans entre 2000 et 2017..	38
Figure 4. Evolution du nombre de suicide pour 100 000 habitants entre 2000 et 2017	39
Figure 5. Distribution par pays du taux de suicide pour 100 000 habitants	39
Figure 6. Consommation d'antidépresseurs, 2000 et 2017 (ou année la plus proche). .	444
Figure 7. Nombre de consultations et de thérapies en psychiatrie par âge et sexe en 2017.	455
Figure 8. Evolution des diagnostics de sortie les plus fréquents, 2006-2015.	46
Figure 9. Nombre d'infirmiers pour 1000 habitants en 2018.....	47
Figure 10. Nombre de médecins pour 1000 habitants en 2018.....	48
Figure 11. Nombre de demandeurs de protection internationale entre 2014 et 2018.....	63
Figure 12. Répartition du nbre de jours de maladie des salariés résidents en 2018, selon la raison médicale.....	65
Figure 13. Evolution entre 2014 et 2018 de la proportion des travailleurs ayant des idées suicidaires au cours des 12 derniers mois.....	66
Figure 14. Evolution du nbre de personnes âgées de +60 ans au Luxembourg entre 2001 et 2019	70
Figure 15. Nombre d'utilisateurs du site internet Prévention du suicide sur les 4 dernières années ..	86
Figure 16. Résultat des autotests Dépression Nov.2017-Sept.2018	90
Figure 17. Schéma de la procédure mise en place par le GSP en cas de suicide.....	98
Figure 18. Déroulé du suivi du GSP pour l'année 2018.....	99
Figure 19. Déroulé du suivi du GSP pour l'année 2019.....	100
Figure 20. Vue d'ensemble des réponses apportées par les médecins généralistes, médecins psychiatres et psychologues, psychothérapeutes.	103
Figure 21. Besoins exprimés en fonction de la profession.....	103
Figure 22. Répartition des participants à la formation en fonction de leur profession	105
Figure 23. Répartition des professionnels formés en fonction de leur secteur d'activité	105
Figure 24. Attentes des participants vis-à-vis de la formation.....	125
Figure 25. Qualités générales de la formation	126
Figure 26. Qualité des intervenants	126
Figure 27. Appréciation globale de la formation	127
Figure 28. Modification de la pratique professionnelle.....	128
Figure 29. Utilisation du RUD après la formation.....	128

Tableau 1. Liste des actions classées par axe, détaillant leur réalisation.....	26
Tableau 2. Nombre de décès dus au suicide.....	38
Tableau 3. Fréquentation du site Prévention du suicide.....	87
Tableau 4. Fréquentation du site Prévention de la Dépression	89
Tableau 5. Nombre de décès dus au suicide et intervention du GSP en cas de suicide entre 2014 et 2019.....	97

10 ANNEXES

Annexe I : Sondage en population générale : Sondage en ligne, en luxembourgeois et en français, auprès de 402 résidents luxembourgeois de 16 ans et + :

Dans le cadre du Plan National Prévention du suicide, et en collaboration avec le Centre d'Information et de Prévention de la Ligue, nous réalisons une enquête afin d'évaluer l'impact de deux campagnes de prévention lancées au Luxembourg.

Ce questionnaire durera moins de 10 minutes.

CAMPAGNE DEPRESSION

1. Vous souvenez-vous avoir entendu parler de la campagne « Dépression : Parlons-en » ?
OUI – NON
2. Vous souvenez-vous avoir vu des affiches, des dépliants, un stand parlant de la dépression : chez le médecin, dans le bus, dans un centre commercial, dans la presse ou dans un autre endroit ?
OUI – NON
3. Où vous souvenez-vous avoir entendu parler de cette campagne ?
 - 3.1. Affiche
 - 3.2. Flyer, prospectus
 - 3.3. Presse
 - 3.4. TV
 - 3.5. Radio
 - 3.6. Internet
 - 3.7. Réseaux sociaux
 - 3.8. Stand
 - 3.9. Carte postale
 - 3.10. Carton suspendu dans le bus
 - 3.11. Autre : précisez _____
 - 3.12. Je ne sais plus
4. Dans quelle mesure êtes-vous d'accord avec les affirmations suivantes concernant cette campagne ?

Réponse possible : Tout à fait d'accord – Plutôt d'accord – Plutôt pas d'accord – Pas du tout d'accord

- 4.1. Elle est utile pour sensibiliser à la question de la dépression
 - 4.2. Elle est utile pour inciter à chercher des informations
 - 4.3. Elle est utile pour se faire aider ou aider un proche
 - 4.4. Elle est suffisamment visible
 - 4.5. Les messages transmis sont clairs et faciles à comprendre
5. Quelle idée principale retenez-vous des messages que vous avez vus ? _____

CAMPAGNE Anxiété

6. Vous souvenez-vous avoir entendu parler de la campagne « L'anxiété : Parlons-en » ?
OUI – NON
7. Vous souvenez-vous avoir vu des affiches, des dépliants, un stand parlant de l'anxiété : chez un médecin, dans un centre commercial, dans la presse ou dans un autre endroit ?
OUI – NON
8. Où vous souvenez-vous avoir vu cette campagne « L'anxiété : Parlons-en » :
- 8.1. Affiche
 - 8.2. Flyer, dépliants
 - 8.3. Presse
 - 8.4. Radio
 - 8.5. Internet
 - 8.6. Réseaux sociaux
 - 8.7. Stand
 - 8.8. Autre : précisez _____
 - 8.9. Je ne sais plus
9. Dans quelle mesure êtes-vous d'accord avec les affirmations suivantes concernant cette campagne ?
- Réponse possible : Tout à fait d'accord – Plutôt d'accord – Plutôt pas d'accord – Pas du tout d'accord
- 9.1. Elle est utile pour sensibiliser à la question de l'anxiété
 - 9.2. Elle est utile pour inciter à chercher des informations
 - 9.3. Elle est utile pour se faire aider ou aider un proche
 - 9.4. Elle est suffisamment visible
 - 9.5. Les messages transmis sont clairs et faciles à comprendre
10. Quelle idée principale retenez-vous des messages que vous avez vus ? _____

Demande d'aide

11. Si vous étiez confronté(e) à des idées suicidaires pour un proche ou pour vous-même, demanderiez-vous de l'aide ? OUI NON
12. Après de qui demanderiez-vous de l'aide ?
- 12.1. Un proche (famille, ami)
 - 12.2. Un collègue de travail
 - 12.3. Votre médecin traitant/ généraliste
 - 12.4. Les urgences de l'hôpital
 - 12.5. Un représentant religieux
 - 12.6. Un numéro d'aide
 - 12.7. Un psychologue / un psychiatre
 - 12.8. Un centre de consultation psychologique
 - 12.9. Autre : _____ (précisez)

13. Pour quelles raisons ne demanderiez-vous pas d'aide ? (Plusieurs réponses possibles)

- 13.1. J'ai peur d'être jugé (e)
- 13.2. Ça ne sert à rien
- 13.3. Je ne sais pas à qui vous adresser
- 13.4. Ça coûte trop cher
- 13.5. Le temps d'attente est trop long pour obtenir un rendez-vous
- 13.6. Autre : _____(précisez)

14. Quels signes pourraient vous alerter sur d'éventuelles idées suicidaires d'une personne de votre entourage ? _____

Données socio-démographiques :

Sexe – Age – Nationalité – Région d'habitation - Activité

Votre médecin traitant, un service médical ou psychologique peuvent vous aider si vous ou un de vos proches rencontrez des difficultés. N'hésitez pas à leur en parler. www.prevention-suicide.lu

Annexe II : Détail des résultats du sondage

Un questionnaire a été élaboré en octobre 2019 dans l'objectif d'évaluer la portée des campagnes de prévention dépression et anxiété et de recueillir des données sur la demande d'aide en cas de crise suicidaire. Un panel de 402 résidents de 16 ans et plus a été interrogé, répartis comme tels :

Sexe : Homme 50%, Femme 50%

Age : 16-24 ans : 13%, 25-34 ans : 18%, 35-44 ans : 19%, 45-54 ans : 18%, 55-64 ans : 15%, 65 ans et plus : 17%.

Région d'habitation : Luxembourg-ville 20%, reste du centre 16%, sud 37%, nord 15%, est 12%.

Activité : Oui 58%, Non 42%.

Campagne Dépression

1. A la question « **Vous souvenez-vous avoir entendu parler de la campagne « Dépression : Parlons-en ?** » :
 - a. 63% répondent oui
 - b. Les femmes ont davantage entendu parler de la campagne que l'ensemble des résidents.
 - c. Les actifs ont significativement ($p < 0.01$) plus entendu parler de la campagne que l'ensemble des résidents. Par conséquent, les personnes de 65 ans et plus (retraités) ont beaucoup moins entendu parler de la campagne que l'ensemble des résidents.
2. Parmi les personnes interrogées qui se souviennent de la campagne, à la question « **Où vous souvenez-vous avoir vu cette campagne « Dépression : Parlons-en ?** » :
 - a. Les affiches obtiennent 30%, les réseaux sociaux 24%, la radio 24%, internet 23%, la presse 21%, flyers prospectus 21%, TV 14%, carton suspendu dans le bus 13%, stand 2%.
 - b. Les 16/34 ans sont plus sensibles aux affiches et à internet que les autres catégories. En revanche, ils sont moins sensibles à la presse que les autres catégories.
 - c. Les 65 ans et + sont plus sensibles à la radio et TV que les autres catégories. Les 55 et + sont plus sensibles à la presse que les autres catégories.
 - d. Les Luxembourgeois sont plus sensibles à la télé que les autres nationalités.
 - e. Les personnes qui ont bac+2/3 ont significativement plus de souvenirs de la campagne sur les réseaux sociaux que les autres catégories.
3. A la question : « **la campagne est-elle utile pour sensibiliser à la question de la dépression ?** » : 93% sont d'accord.
4. A la question : « **Est-elle utile pour inciter à chercher des informations ?** », 87% sont d'accord. Les 16/34 ans et les étudiants – écoliers sont moins d'accord que les autres pour dire qu'elle est utile à chercher des informations.

5. A la question : « **Est-elle utile pour se faire aider ou aider un proche ?** », 92% sont d'accord.
6. A la question : « **Est-elle suffisamment visible ?** », 66% sont d'accord. Les 65 ans et + sont moins d'accord que les autres pour dire qu'elle est visible. Les travailleurs à temps partiel, à leur propre compte ou dans l'entreprise familiale sont significativement plus d'accord que le total pour dire qu'elle est visible.
7. A la question : « **Les messages transmis sont-ils clairs et faciles à comprendre ?** », 92% sont d'accord. Les étudiants – écoliers sont significativement moins d'accord que les autres pour dire que les messages sont clairs et faciles à comprendre.

Campagne Anxiété

8. A la question : « **Vous souvenez vous avoir entendu parler de la campagne « L'anxiété : Parlons-en ?**»,
 - a. 35% répondent oui.
 - b. Les 55/64 ans se souviennent davantage de cette campagne, les 35/54 beaucoup moins.
 - c. Les employés à temps partiel ou les gens à leur compte s'en souviennent plus que les autres.
9. A la question « **Où vous souvenez-vous avoir vu cette campagne « L'anxiété : Parlons-en » ?**
 - a. 30% des personnes évoquent internet (notamment les Portugais),
 - b. 28% les réseaux sociaux (moins les luxembourgeois et plus les étrangers),
 - c. 23% les affiches,
 - d. 22% la presse (les 55 ans et plus, les retraités),
 - e. 21% la radio,
 - f. 18% les flyers et prospectus, 7% les stands. 6% répondent « autre » et 12% ne savent plus.
10. Les personnes qui se souviennent de cette campagne sont significativement d'accord (94%) pour dire qu'elle est utile, en revanche, sa visibilité est nettement moins positive : 70%.

Demande d'aide

11. A la question « **Si vous étiez confronté(e) à des idées suicidaires pour un proche ou pour vous-même, demanderiez-vous de l'aide ?** » : 89% des personnes répondent oui, les femmes et les 45/54 ans plus que les autres. Les personnes de nationalité portugaise répondent moins positivement à cette question. Les hommes, notamment de 55 ans et plus demandent moins facilement de l'aide.
12. **A la question : « Auprès de qui demanderiez-vous de l'aide ? » :**
 - a. 63 % des personnes répondent « à un proche » (famille, ami). Les 16/34 ans demandent plus que les autres à un proche, ainsi que les luxembourgeois. Les 35/54, ainsi que les étrangers demandent moins que les autres à un proche.

- b. 54% répondent « à votre médecin traitant/ généraliste ». Les 55 ans et + demandent significativement plus d'aide à leur médecin traitant alors que les 16/34 ans sont ceux qui se tournent le moins vers ce professionnel de santé.
- c. 47% répondent « à un psychologue / un psychiatre » : plus les femmes que les hommes.
- d. 28% répondent « à un numéro d'aide », 25% à un centre de consultation psychologique, 9% à un collègue de travail, 8% aux urgences de l'hôpital, 4% à un représentant religieux (plus les hommes et plus les 55/64 ans), 1% répond « autre ».

13. A la question « **Pour quelle(s) raison(s) ne demanderiez-vous pas d'aide ?** », 38% répondent « ça ne sert à rien », 34% « Je ne sais pas à qui m'adresser », 23% « J'ai peur d'être jugé », 16% le temps d'attente est trop long pour obtenir un RDV », 10% « ça coûte trop cher », 18% répondent autre chose.

Conclusion

Plus couvrante en termes de territoires, de supports, de mode de communication et de temps de diffusion, il apparaît normal que la campagne Dépression soit plus repérée que la campagne Anxiété (63% contre 35% des personnes interrogées se souviennent de la campagne).

La campagne Dépression a marqué les esprits par les affiches : 30% des répondants se souviennent de ce support envoyé dans les cabinets médicaux, hôpitaux, lycées, etc.

Les hommes ont moins entendu parler de la campagne que les femmes.

Les personnes inactives, dont les personnes de 65 ans et +, ont trouvé la campagne moins visible que les autres. Presse, TV et radio sont des supports à développer pour toucher les plus de 55 ans.

La campagne Anxiété a principalement été visible via internet (et réseaux sociaux), ce qui corrobore les résultats de l'analyse des visites du site qui sont principalement lié au concours photo.

Concernant la demande d'aide, 89% des personnes interrogées pourraient demander de l'aide si besoin. Les hommes et les personnes de nationalité portugaise sont les groupes les moins enclins à demander de l'aide.

Par contre, les retraités montrent significativement plus de capacités à demander de l'aide et principalement à leur médecin traitant. Le médecin traitant est la personne de référence pour les 55 ans et + alors qu'un proche (famille ou amis) est la personne vers laquelle va se tourner plus facilement une personne âgée de 16 à 34 ans.

Le sondage montre que l'hôpital n'est pas le lieu où les personnes interrogées demandent de l'aide en priorité (8% seulement) alors que les psychologues et psychiatres seraient sollicités pour 47% des personnes interrogées.

Parmi les personnes qui ne demandent pas d'aide, les personnes qui ont fait des études s'arrêtant au primaire ou au secondaire pensent majoritairement que « ça ne sert à rien ».

Annexe III : Sondage auprès des médecins généralistes, médecins psychiatres et psychothérapeutes

Avez-vous eu connaissance de la campagne nationale : « La dépression : Parlons-en » ?

OUI NON

Si oui, par quels biais (plusieurs réponses possibles) :

- Affiches/flyers reçus au cabinet
- Média
- Internet
- Réseaux sociaux
- Stand
- Autres, précisez :

Avez-vous mis à disposition de vos patients les documents suivants ?

Flyers : OUI NON

Affiche : OUI NON

Avez-vous eu l'occasion de consulter le site www.prevention-depression.lu consacré à la dépression ?

OUI NON

Si vous deviez qualifier ce site internet :

- Informatif
- Utile pour les professionnels
- Utile pour les patients
- Utile pour les proches
- Sans intérêt
- Autre remarque :

Pouvez-vous parler d'une augmentation du nombre de consultations liées à la dépression sur les 12 derniers mois ?

OUI NON

Pouvez-vous parler d'une augmentation de demande d'informations sur la dépression par un tiers sur les 12 derniers mois ?

OUI NON

Avez-vous consulté le site www.prevention-suicide.lu consacré à la prévention du suicide ?

OUI NON

Avez-vous besoin d'une formation sur les questions de santé mentale ?

OUI NON

Si oui sur quelles thématiques ? _____

Pensez-vous qu'il y ait besoin de guidelines nationales sur les questions de santé mentale ?

OUI NON

Avez-vous besoin de livret d'informations spécifiques aux médecins sur les questions de santé mentale ?

OUI NON

Avez-vous besoin d'un outil de diagnostic des maladies mentales (virtuel ou support papier)?

OUI NON

Seriez-vous intéressé par un outil en ligne d'autogestion de la dépression afin de soutenir, guider et suivre l'évolution des vos patients souffrant de dépression d'intensité légère à modérée ?

OUI NON

Avez-vous besoin d'une formation spécifique sur le repérage de la crise suicidaire ?

OUI NON

Souhaitez-vous recevoir davantage de flyers et/ou d'affiches « La dépression : Parlons-en » :

Si vous souhaitez des flyers et des affiches complémentaires, merci d'adresser un mail à l'adresse suivante : info@prevention.lu en notifiant votre adresse postale, le nombre de dépliants et d'affiches souhaités.

Merci pour votre collaboration

Annexe IV : Questionnaires pour participants à la formation repérage de la crise suicidaire

Merci de préciser quelle est votre fonction : _____

- 1) Suite à la formation, dans quelle mesure êtes-vous à l'aise pour parler du suicide avec une personne qui vous semble en détresse ?

Très à l'aise – Plutôt à l'aise – Plutôt pas à l'aise – Pas du tout à l'aise

- 2) Face à une personne qui est en détresse psychologique, avez-vous, depuis la formation, osé poser une question sur le suicide de type : « Pensez-vous au suicide ? »

Plus qu'avant – Autant qu'avant – Moins qu'avant

- 3) La formation a-t-elle modifié votre pratique professionnelle ? (Plusieurs réponses possibles) :

- Je suis plus à l'aise pour parler du suicide
- Je suis plus à l'aise pour interroger les facteurs de risque
- Je suis plus à l'aise pour mesurer l'urgence d'une situation à risque
- J'oriente plus facilement vers des services de prise en charge
- Je propose un accompagnement plus soutenu des personnes en détresse psychologique
- Autres : _____

- 4) Le RUD est l'outil que vous avez appris à utiliser durant votre formation.

Avez-vous utilisé le RUD dans votre cadre professionnel ? OUI NON

Avez-vous utilisé le RUD dans votre cadre privé ? OUI NON

Avez-vous éprouvé des difficultés à l'utiliser ? OUI NON

Si oui, lesquelles ? _____

Avez-vous besoin d'une formation de rappel ? OUI NON

Avez-vous besoin d'une formation d'approfondissement ? OUI NON

Annexe V : Satisfaction des participants à la formation Repérage de la crise suicidaire

Concernant l'évaluation de la formation, les questionnaires d'évaluation remplis pour l'année 2017 ont été analysés (N= 91 questionnaires remplis sur les 127 personnes formées en 2017).

La première attente des participants porte sur la mise en pratique, les outils, l'application possible à la pratique professionnelle (Cf. Fig. XI). La formation donne les clés d'utilisation d'un outil (le RUD), ce qui est particulièrement apprécié des participants.

Les échanges restent une priorité pour les participants avec une demande d'interactions, de possibilités de poser des questions et des travaux de groupe.

Les participants estiment important l'apport de contenus théoriques, dans une plus grande mesure que la demande de pédagogie (dynamisme, équilibre pratique/théorie).

La figure qui suit montre les attentes de participants, sachant que chacun a pu indiquer 3 attentes différentes. Pour 4 participants seulement, la formation n'a pas satisfait une de leurs attentes.

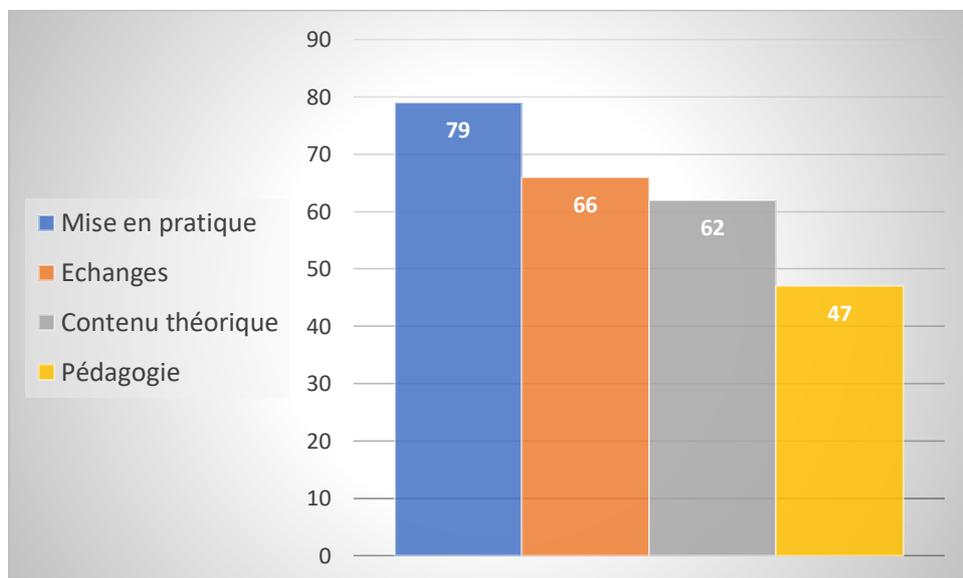


Figure 24. Attentes des participants vis-à-vis de la formation (N=91) (Effectif)

La formation est tout à fait satisfaisante ou plutôt satisfaisante pour une grande majorité des participants, pour les différents items évalués.

C'est sur la mise en application des connaissances que des améliorations peuvent être apportées par l'équipe pédagogique, sachant que le poids des personnes « tout à fait satisfaites » est moins fort que pour les autres items et sachant que la mise en pratique est une des plus grandes attentes des participants (Cf. Fig 24)

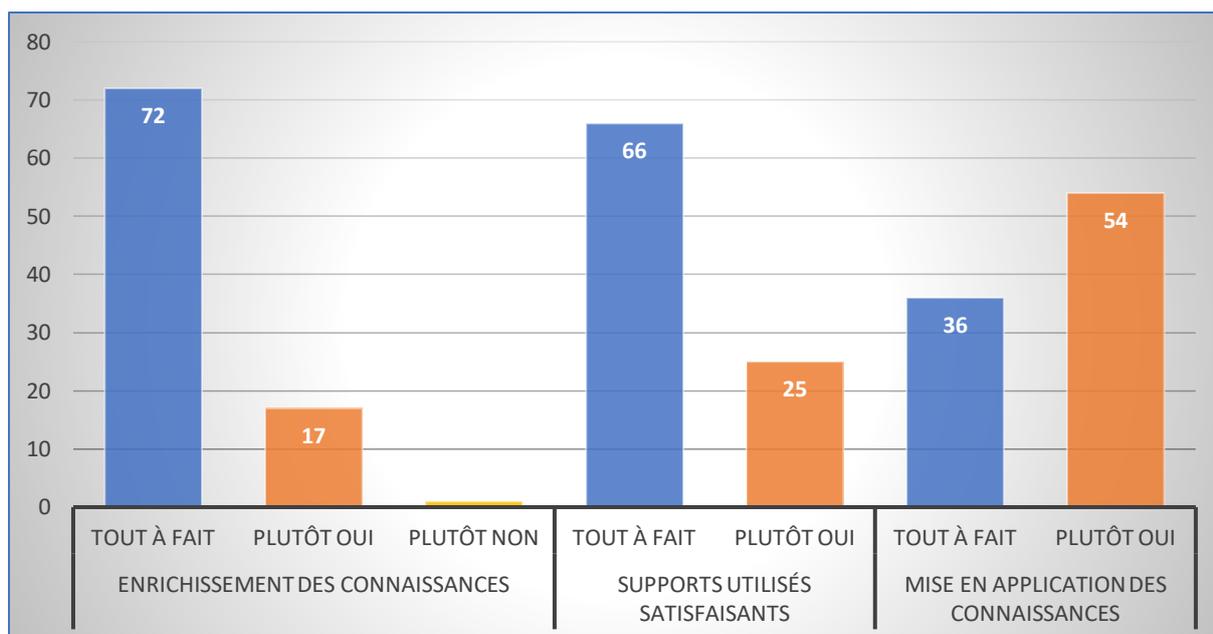


Figure 25. Qualités générales de la formation (Effectif)

Les intervenants sont qualifiés comme très compétents avec une petite amélioration possible sur la favorisation des échanges, qui est la deuxième attente des participants.

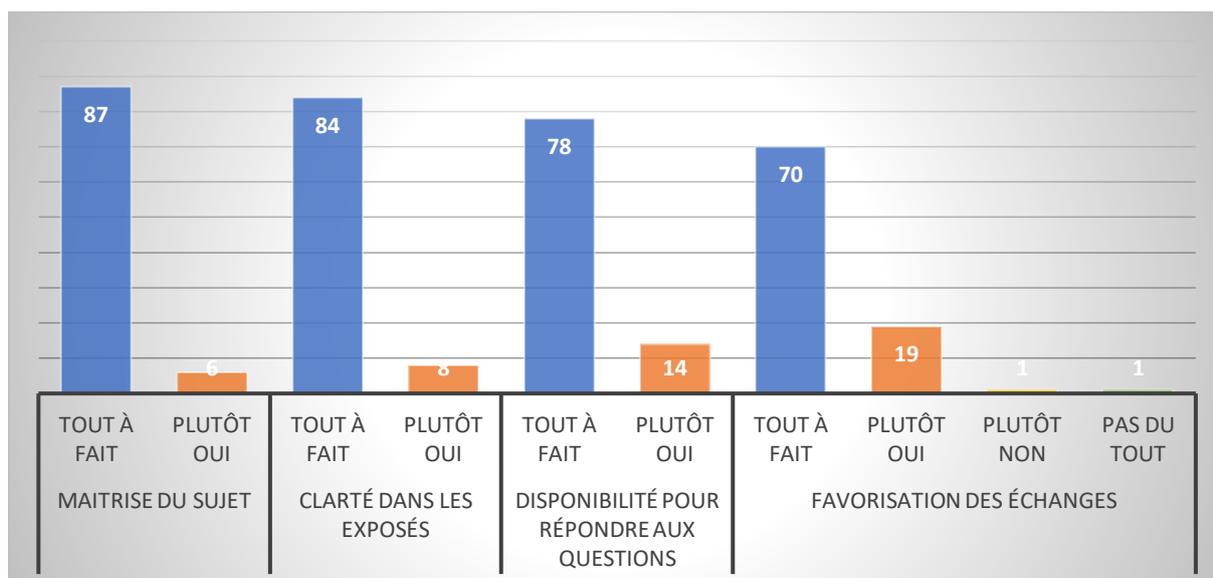


Figure 26. Qualité des intervenants (Effectif)

Un des marqueurs positifs de la formation est que 98% des participants recommandent cette formation à leurs collègues.

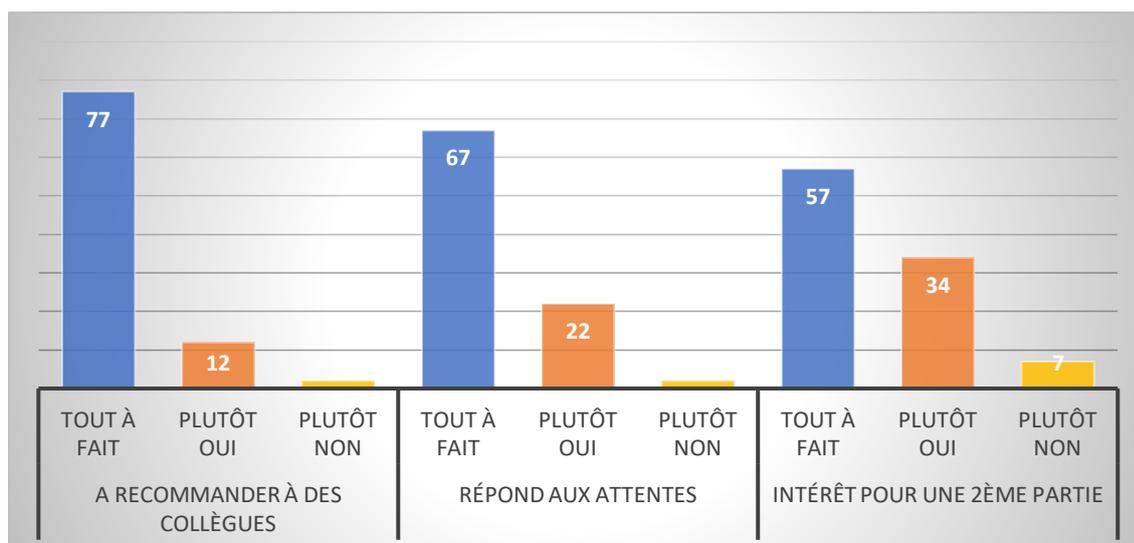


Figure 27. Appréciation globale de la formation (Effectif)

La formation est positivement évaluée par les participants qui attendent principalement une mise en pratique de la formation dans leur activité professionnelle.

Des objectifs de formation atteints

La formation se concentre sur deux objectifs :

- Être plus à l'aise pour aborder la suicidalité,
- Permettre le repérage de situations à risque.

Un sondage en ligne, réalisé auprès des participants à la formation dans les 3 dernières années (N=33 répondants) montre que 94% des personnes formées (n=32) sont très à l'aise ou plutôt à l'aise avec la question du suicide.

Les trois quarts des personnes qui ont répondu au sondage disent avoir osé plus qu'avant poser une question sur le suicide de type « Pensez-vous au suicide ? » (n=22) et le quart restant dit oser autant qu'avant (n=8).

La pratique professionnelle a été modifiée pour la totalité des répondants (n=33). Plus des ¾ est plus à l'aise pour interroger les facteurs de risque alors qu'un peu plus de la moitié est plus à l'aise pour mesurer l'urgence d'une situation à risque.

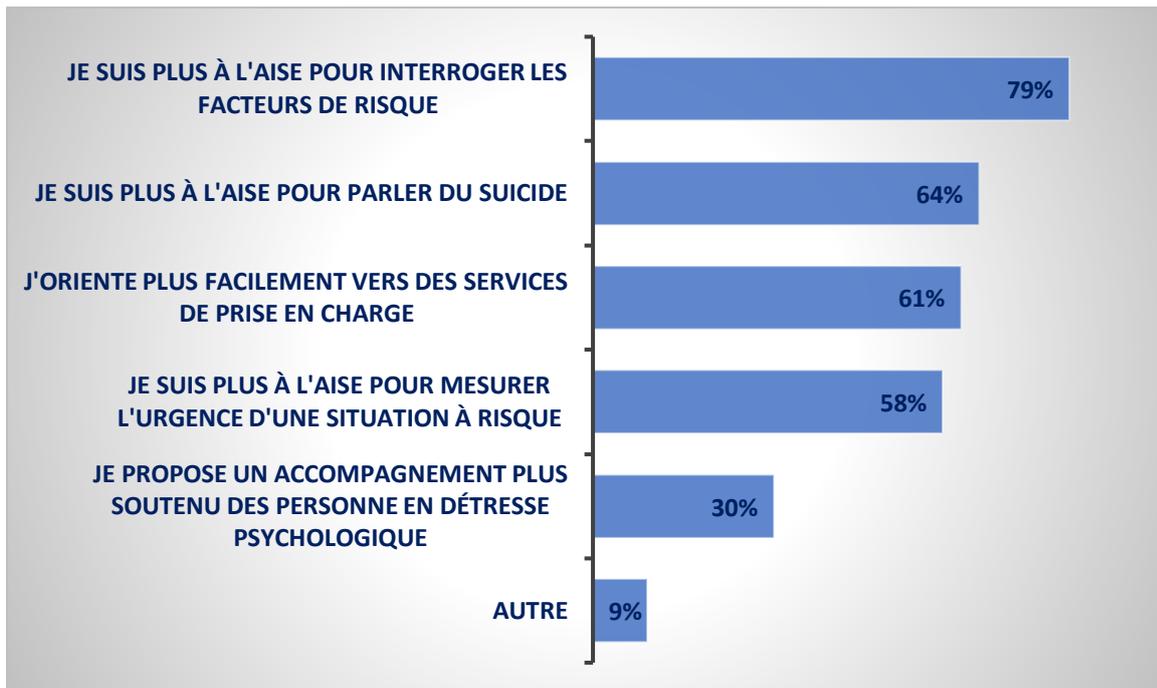


Figure 28. Modification de la pratique professionnelle

Même si 61% des participants disent être plus à l'aise pour orienter les patients, des améliorations semblent nécessaires pour les autres sur ce point, et 5 participants précisent dans leur évaluation avoir besoin d'informations pour orienter les personnes en détresse.

Les participants qui ont utilisé le RUD l'ont principalement utilisé dans le cadre professionnel :

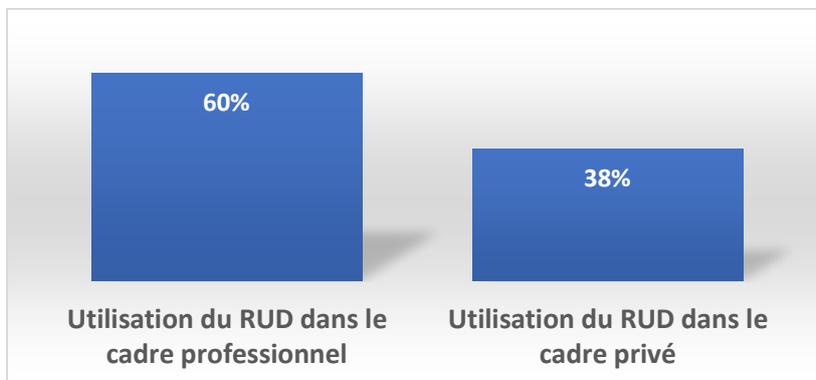


Figure 29. Utilisation du RUD après la formation

Seules 2 personnes ont éprouvé des difficultés à l'utiliser alors que 24 n'ont pas eu de difficultés.

La formation permet une évaluation du risque suicidaire et, le cas échéant, une orientation des personnes à risque : pour les 2/3 des répondants au sondage, ils orientent plus facilement vers des services de prise en charge. Dans la formation, l'information pour l'orientation vers les services de prise en charge n'est donc pas à négliger.

Un autre objectif non attendu peut être mentionné par le fait que la formation permet de sortir du cadre institutionnel pour les participants et de construire un nouveau réseau professionnel.

La moitié des répondants demandent une formation d'approfondissement (n=14).

Annexe VI. Récapitulatif des études, enquêtes et registres existants

	Objet	Panel	Groupe d'âge	Type d'étude	Année et fréquence
Causes de décès	Statistiques des causes de décès	Toute la population résidente (décès ayant lieu sur le territoire)	Tous	Registre	Détail des causes depuis 1999. Parution annuelle à N+2
RETRACE	Système de surveillance des traumatismes enregistrés dans les services d'urgence	Population admise dans un service d'urgence suite à un traumatisme (61400 cas en 2013 ; 72700 cas en 2018)	Tous	Registre	Annuelle /Début en 2013 – Exhaustivité des données Tentatives de Suicide en 2018
HBSC	Santé des adolescents, vécu scolaire et comportements préjudiciables ou favorables à la santé	Entre 7500 et 10000 élèves (5000 à 7500 pour la question suicide et à partir de l'enseignement secondaire)	11-18 ans	Etude transversale	Données suicide : 2006, 2010 et 2014, données indisponibles en 2018 (tous les 4 ans)
EHES	Etude sur la santé de la population résidente : pathologies, habitudes de vie, facteurs de risque	Échantillon de 1499 personnes	25-64 ans	Etude transversale	Réalisée une seule fois, entre 2013 et 2015
EHIS	Etat de santé population générale, déterminants de la santé, utilisation et barrières en matière d'accès aux services de soins	Échantillon de 4000 personnes	15 ans et +	Etude transversale	2014, 2019 – Puis tous les 6 ans
SHARE	Santé, retraite et vieillissement de la population	Échantillon de 2200 résidents (certains répondants ont moins de 50 ans)	50 ans et +	Cohorte	Depuis 2013 – Tous les 2 ans
ORISCAV	Observation des risques et de la santé cardio-vasculaire (suivi)	Echantillon de 1361 résidents en 2008 (660 en 2017)	18-69 ans	Cohorte	2008 et 2017
Quality of work	Description du travail, de son organisation et des conditions de travail	Échantillon de 1500 personnes faisant partie de la population active du Luxembourg	16-64 ans	Etude transversale	Depuis 2014 - Annuelle

Annexe VII : Indicateurs CORE

Code	MORT_suic_2015
Titre	Taux de mortalité due au suicide
Domaine	Mortalité
Définition de l'Indicateur	Taux brut de mortalité due au suicide CIM-10 (X60-X84, Y10-Y34) (Nombre de décès par 100 000 habitants)
Objectif visé	Le suivi de la mortalité par suicide a pour objectif de surveiller la tendance nationale et contribue à l'évaluation des mesures mises en place
Population cible	Population nationale résidente décédée sur le territoire national
Formule de calcul	<p>Numérateur Nombre de décès par suicide ayant eu lieu sur le territoire, avec les codes diagnostics CIM-10 : suicide et violence intentionnelle contre soi-même (X60-X84) + mortalité de cause violente pour laquelle l'intention n'est pas identifiée (Y10-Y34) chez les personnes résidentes au cours de l'année</p> <p>Dénominateur Effectif moyen annuel de la population résidente (Source STATEC)</p> <p>Déclinaisons possibles de la formule</p> <p>Répartition par sexe</p> <p>Répartition par classe d'âge</p> <p>Définition WHO et Eurostat: lésions auto-infligées X60-X84 uniquement</p>
Type de mesure	Taux
Année	1998-2015
Périodicité de la mesure	Annuelle
Sources des données	Direction de la santé - STATEC
Qualité des sources	Bonne
Type d'indicateur	Indicateur de résultat
Caractéristiques de l'indicateur	Quantitatif
Références bibliographiques	<p>http://www.sante.public.lu/fr/catalogue-publications/maladies-traitements/statistiques-causes-deces/statistiques-causes-deces-2012/index.html</p> <p>http://data.euro.who.int/hfad/</p> <p>http://www.who.int/mental_health/media/luxe.pdf</p>
Remarques	Compte tenu des petits chiffres observés au Luxembourg, les données doivent être analysées dans une perspective de plusieurs années.
Perspectives	Le STATEC dispose de données sur les résidents décédés à l'étranger mais sans détail sur les causes de décès. 5% des décès de résidents luxembourgeois ont eu lieu à l'étranger en 2012. Compte tenu de cette donnée, il serait nécessaire d'envisager améliorer l'information par la mise en place d'une collaboration avec l'état civil des pays voisins.

Code	CHOM_2015
Titre	Taux de chômage
Domaine	Indicateur sociodémographique
Définition de l'Indicateur	<p>Le taux de chômage représente le pourcentage de chômeurs dans la population active, sur la base de la définition de l'Organisation Internationale du Travail (OIT). La population active représente le nombre total des personnes ayant un emploi ou étant au chômage. Les chômeurs sont les personnes âgées de 15 à 74 ans qui:</p> <ul style="list-style-type: none"> - sont sans travail pendant la semaine de référence, - sont disponibles à commencer à travailler dans les deux semaines suivantes, - qui soit ont été à la recherche active d'un travail pendant les quatre semaines précédentes, soit qui ont trouvé un travail à commencer dans les trois mois suivants. <p>Les données sont présentées corrigées des variations saisonnières. (Source Eurostat).</p>
Objectif visé en suivant cet indicateur	Le taux de chômage a pour objectif de donner une image du contexte socioéconomique et des facteurs de risque vécus par la population : risque d'isolement, de pauvreté, de perte de confiance en soi, risque pour la santé globale, le bien-être et la santé mentale en particulier
Population cible	Population résidente âgée de 15 à 74 ans
Formule de calcul	<p>Numérateur : chômeurs de 15-74 ans Dénominateur : population active de 15-74 ans Déclinaisons possibles de la formule Déclinaison par sexe et par âge Déclinaison par durée de chômage Déclinaison par niveau d'études</p>
Type de mesure	Taux
Année	1995 – 2015
Périodicité de la mesure	Annuelle
Sources des données	Eurostat (données fournies par le STATEC et l'ADEM)
Qualité des sources	Contrôle qualité du STATEC
Type d'indicateur	Indicateur de résultat
Caractéristiques de l'indicateur	Quantitatif
Références bibliographiques	http://stats.oecd.org/mei/default.asp?lang=f&subject=10 http://epp.eurostat.ec.europa.eu/tgm/table.do?tab=table&language=en&pcode=t_eilm020&tableSelection=1&plugin=1
Remarques	

Code	DECROC_scol_2015
Titre	Taux de décrocheurs scolaires
Domaine	Indicateur sociodémographique
Définition de l'Indicateur	Taux moyen d'élèves ayant quitté prématurément l'école au cours de l'année scolaire étudiée, sans obtention d'un certificat ou d'un diplôme final (Source Ministère de l'Education Nationale)
Objectif visé en suivant cet indicateur	Le suivi de cet indicateur permet d'évaluer l'envergure de la problématique du décrochage dans le pays et de suivre son évolution dans le temps, d'étudier les spécificités de la population concernée et de contribuer à l'évaluation des mesures mises en place.
Population cible	Elèves de l'enseignement secondaire de moins de 26 ans
Formule de calcul	<p>Numérateur Nombre d'élèves ayant quitté le système scolaire sans obtention d'un certificat ou d'un diplôme final de manière permanente ou temporaire</p> <p>Dénominateur Nombre d'élèves total pour la même année scolaire inscrits dans les écoles publiques ou privées de l'enseignement post-primaire appliquant les programmes officiels du Ministère de l'éducation nationale et de la formation professionnelle</p> <p>Déclinaisons possibles de la formule</p> <p>Sexe, Age, Nationalité</p> <p>Situation après le décrochage</p> <p>Enseignement fréquenté</p> <p>Retard scolaire accumulé</p> <p>Cause de l'échec</p>
Type de mesure	Taux
Année	2004 - 2015
Périodicité de la mesure	Annuelle
Sources des données	Ministère de l'éducation nationale
Qualité des sources	Bonne Méthode de calcul identique depuis la publication de 2005
Type d'indicateur	Indicateur de résultat
Caractéristiques de l'indicateur	Quantitatif
Références bibliographiques	http://ec.europa.eu/news/culture/110202_en.htm http://www.men.public.lu/fr/publications/secondaire/statistiques-analyses/decrochage-scolaire/index.html

Remarques	<p>Les élèves perdus de vue (qui sont souvent des jeunes qui déménagent et quittent le Luxembourg) sont pris en compte dans le taux de décrocheurs. Sont exclus les élèves qui ont officiellement déménagé à l'étranger ainsi que les élèves de l'enseignement fondamental qui ont quitté le système luxembourgeois pour une école à l'étranger.</p> <p>Les données du MEN ne sont pas celles transmises à l'OCDE et à Eurostat. Les données OCDE et Eurostat sont recueillies lors de l'enquête en population générale « Force de travail » et prennent en compte toutes les personnes (18-24 ans) décrocheurs dont celles qui ont fait leurs études à l'étranger. L'enquête est le reflet du décrochage pour la population générale résidente et non du système scolaire national.</p>
------------------	--

Code	PAUVR_2015
Titre	Taux de risque de pauvreté
Domaine	Indicateur sociodémographique
Définition de l'Indicateur	Le taux de risque de pauvreté est défini comme la part des personnes d'un ménage ayant un revenu disponible équivalent (après transferts sociaux) inférieur au seuil de risque de pauvreté, fixé à 60 % du revenu disponible équivalent médian national après transferts sociaux .
Objectif visé en suivant cet indicateur	Cet indicateur permet de suivre l'évolution d'une population pouvant présenter des risques de précarité économique et d'en décrire les spécificités. Il permet de situer les ménages présentant de bas revenus par rapport aux revenus des autres habitants et de mesurer les effets des mesures socioéconomiques mises en place
Population cible	Population générale
Formule de calcul	Le seuil national de risque de pauvreté (soit 60% du revenu médian national en euro/mois) sert de point de référence. Le taux de risque de pauvreté est la proportion d'individus à avoir un revenu au-dessous de ce seuil. Numérateur Revenu disponible du ménage Dénominateur Nombre d'unités de consommation (uc) dans le ménage (1 uc au 1 ^{er} adulte, 0.5 uc aux autres membres de 14 ans et plus, 0.3 uc pour les enfants de moins de 14 ans) Déclinaisons possibles de la formule : Déclinaison par âge et par sexe Déclinaison par niveau maximum d'éducation atteint
Type de mesure	Taux
Périodicité de la mesure	Annuelle
Année	2003 - 2015
Sources des données	Eurostat, STATEC
Qualité des sources	Bonne
Type d'indicateur	Indicateur de résultat
Caractéristiques de l'indicateur	Quantitatif
Références bibliographiques	http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php/Glossary:At-risk-of-poverty_rate/fr http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php/Income_distribution_statistics/fr#M.C3.A9thodologie_.2F_M.C3.A9tadonn.C3.A9es http://www.statistiques.public.lu/stat/TableView/tableView.aspx
Remarques	Il ne s'agit pas d'un indicateur de richesse ou de pauvreté. Cet indicateur offre un point de comparaison des bas revenus par rapport aux revenus des autres habitants d'un pays donné.

Code	Dépress_2015
Titre	Dépression en population générale
Domaine	Morbidité spécifique
Définition de l'Indicateur	Proportion de personnes qui déclarent avoir eu une dépression au cours des 12 derniers mois
Objectif visé en suivant cet indicateur	Cet indicateur permet d'évaluer le poids de la dépression en population générale et de cibler les actions de prévention et de prise en charge à mettre en place
Population cible	Echantillon en population générale de ≈ 4000 personnes > 14 ans, tirées au sort dans le registre CNS
Formule de calcul	<u>Numérateur</u> : Nombre de personnes de plus de 14 ans qui déclarent avoir eu une dépression au cours des 12 derniers mois <u>Dénominateur</u> : Nombre de répondants à la question dans l'enquête EHIS <u>Déclinaisons possibles</u> : Sexe, âge
Type de mesure	Pourcentage
Périodicité de la mesure	Unique
Année	2014
Sources des données	CRP-Santé, Direction de la santé (enquête EHIS)
Qualité des sources	Données auto déclarées
Type d'indicateur	Indicateur d'impact
Caractéristiques de l'indicateur	Quantitatif
Références bibliographiques	http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-RA-13-018/EN/KS-RA-13-018-EN.PDF
Remarques	Dans l'enquête EHIS, un questionnaire portant sur l'état dépressif est proposé, comportant 8 questions permettant de donner un score d'évaluation diagnostique (PHQ-8). Dans l'investigation EHES, une neuvième question est posée par le professionnel menant l'enquête (PHQ-9), à savoir « Au cours des deux dernières semaines, selon quelle fréquence avez-vous été gêné par les problèmes suivants : Penser qu'il vaudrait mieux mourir ou envisager de vous faire du mal d'une manière ou d'une autre » (réponse : jamais, plusieurs jours, plus de la moitié du temps, presque tous les jours).
Perspectives	Un travail de recherche est en cours sur ces deux indicateurs avec les données recueillies en 2014.

Code	ABS_depres_2015
Titre	Taux d'absentéisme de longue durée lié aux dépressions et au stress
Domaine	Morbidité spécifique
Définition de l'Indicateur	Taux d'absentéisme de longue durée (égale ou supérieure à 21 jours) dont la raison médicale principale est « dépressions et autres problèmes liés au stress »
Objectif visé en suivant cet indicateur	L'objectif de cet indicateur est de surveiller le poids des problèmes de santé mentale dans l'absentéisme au travail de longue durée et de
Population cible	Population active résidente
Formule de calcul	Formule : Taux d'absentéisme de longue durée X Proportion de jours de maladie longue durée dont la raison médicale principale est le stress et la dépression Déclinaisons possibles : Sexe Secteur d'activité
Type de mesure	Taux
Année	2006-2015
Périodicité de la mesure	Annuelle
Sources des données	IGSS
Qualité des sources	Bonne
Type d'indicateur	Indicateur de résultat
Caractéristiques de l'indicateur	Quantitatif
Références bibliographiques	http://www.observatoire-absenteisme.public.lu/chiffres_cles/Absenteisme_maladie_2012.pdf
Remarques	Le taux d'absentéisme au travail est analysé en fonction de la durée de l'arrêt de travail : courte (<21 jours) ou longue (≥ 21 jours) puis selon la raison médicale principale. 23% des jours de maladie de longue durée sont dues à des problèmes de dépression ou de stress en 2012, soit un taux d'absentéisme de longue durée de 0.33 pour cette raison médicale en 2012.

Code	VENT_psychot_2015
Titre	Vente de psychotropes
Domaine	Utilisation du système de soins
Définition de l'Indicateur	Sujets exposés aux psychotropes pour les produits suivants : antidépresseurs (ATC classe N06A), antipsychotiques (ATC classe N05A), anxiolytiques (ATC classe N05B), hypnotiques (ATC classe N05C), psychostimulants (ATC classe N06B) à partir des données de vente en pharmacie et en hôpital (définition nationale en lien avec celles retenues par l'OCDE et l'OMS).
Objectif visé en suivant cet indicateur	La vente de psychotropes prescrits donne une image de la prise en charge pharmaco thérapeutique des troubles de santé mentale sur le plan national et permet un suivi du nombre de personnes traitées pour des troubles psychiques. En outre, cet indicateur rend compte de tendances nationales sur plusieurs années voire d'éventuels mésusages en matière de consommation de médicaments.
Population cible	Population nationale résidente
Formule de calcul	Numérateur Nombre de personnes résidentes assurées avec un remboursement pour une prescription pour les produits suivants : antidépresseurs (ATC classe N06A), antipsychotiques (ATC classe N05A), anxiolytiques (ATC classe N05B), hypnotiques (ATC classe N05C), psychostimulants (ATC classe N06B). Dénominateur Nombre de personnes assurées résidentes Déclinaisons possibles de la formule : Sexe Age Déclinaison par classe ATC Déclinaison par spécialité du prescripteur (généraliste, pédopsychiatre, neurologue)
Type de mesure	Taux
Année	2006-2015
Périodicité de la mesure	Annuelle
Sources des données	Ministère de la santé-Division des pharmacies IGSS Statec
Qualité des sources	Bonne
Type d'indicateur	Indicateur de résultat
Caractéristiques de l'indicateur	Quantitatif
Références bibliographiques	http://www.who.int/mental_health/policy/services/10_improving%20access_WEB_07.pdf
Remarques	Cet indicateur provient des bases de remboursement de la caisse maladie. Il s'agit donc des prescriptions de psychotropes qui ont été remboursées et non des médicaments qui ont été consommés.

Code	HOSPI_epis_2015
Titre	Episodes d'hospitalisation pour troubles mentaux (code diagnostic F)
Domaine	Utilisation des services
Définition de l'Indicateur	Nombre d'épisodes d'hospitalisation avec un code diagnostic de sortie F de la CIM-10 dans l'année pour la population résidente par 100 000 habitants (ECHI)
Objectif visé en suivant cet indicateur	Cet indicateur permet d'évaluer à la fois l'ampleur des hospitalisations pour troubles de santé mentale et de suivre l'utilisation faite des services pour la prise en charge de la santé mentale.
Population cible	Population affiliée CNS
Formule de calcul	<p>Numérateur Nombre annuel d'épisodes d'hospitalisation avec un code diagnostic de sortie F de la CIM-10 pour les assurés résidents</p> <p>Dénominateur Population moyenne assurée résidente pour l'année considérée</p> <p>Déclinaisons possibles de la formule :</p> <p>Déclinaison par âge et sexe</p> <p>Résidents / Non-résidents</p> <p>Déclinaison par code diagnostic</p> <p>Nombre de journée par code diagnostic</p> <p>Déclinaison par hôpital</p> <p>Ajout des séjours qui ont concerné des non-résidents (avec code diagnostic F)</p> <p>Ajout du nombre d'autorisations de prise en charge à l'étranger (avec code diagnostic F)</p>
Type de mesure	Taux
Année	1999 - 2015
Périodicité de la mesure	Annuelle
Sources des données	IGSS, Contrôle médical et STATEC
Qualité des sources	En fonction de l'encodage des codes diagnostic
Type d'indicateur	Indicateur de résultat
Caractéristiques de l'indicateur	Quantitatif
Références bibliographiques	http://ec.europa.eu/health/ph_projects/1998/monitoring/fp_monitoring_1998_fre_p_09_en.pdf
Remarques	<p>Les numéros de sécurité sociale associés à chaque patient sont anonymisés par l'IGSS avant l'exploitation de la base de données</p> <p>Cet indicateur peut être mis en relation avec l'indicateur : nombre de patients hospitalisés pour avoir une idée de l'ampleur des cas de réadmissions : taux de réadmission à 30 jours, à 90 jours et sur l'année</p>

Code	HOSPI_pat_2015
Titre	Patients hospitalisés pour troubles mentaux (code diagnostic F)
Domaine	Utilisation des services
Définition de l'Indicateur	Nombre de patients résidents hospitalisés avec un code diagnostic de sortie F de la CIM-10 dans l'année par 100 000 habitants
Objectif visé en suivant cet indicateur	Cet indicateur permet d'évaluer à la fois l'ampleur des hospitalisations pour troubles de santé mentale et de suivre l'utilisation faite des services pour la prise en charge de la santé mentale.
Population cible	Population affiliée CNS
Formule de calcul	<p>Numérateur : Nombre annuel de patients hospitalisés avec un code diagnostic de sortie F de la CIM-10 pour les assurés résidents</p> <p>Dénominateur : Population moyenne assurée résidente pour l'année considérée</p> <p>Déclinaisons possibles de la formule :</p> <p>Déclinaison par âge et sexe</p> <p>Déclinaison par code diagnostic</p> <p>Résidents / Non-résidents</p> <p>Nombre de journée moyen et médian par patient</p> <p>Ajout du nombre de personnes autorisées à suivre un traitement à l'étranger (avec code diagnostic F)</p>
Type de mesure	Taux
Année	1999 - 2015
Périodicité de la mesure	Annuelle
Sources des données	IGSS, Contrôle médical et Statec
Qualité des sources	En fonction de l'encodage des codes diagnostic
Type d'indicateur	Indicateur de résultat
Caractéristiques de l'indicateur	Quantitatif
Références bibliographiques	http://ec.europa.eu/health/ph_projects/1998/monitoring/fp_monitoring_1998_fre_p_09_en.pdf
Remarques	<p>Les numéros de sécurité sociale associés à chaque patient sont anonymisés par l'IGSS avant l'exploitation de la base de données</p> <p>Cet indicateur peut être mis en relation avec l'indicateur : nombre d'épisodes d'hospitalisation pour avoir une idée de l'ampleur des cas de réadmissions : taux de réadmission à 30 jours, à 90 jours et sur l'année</p>

Code	TENT_suic_2015
Titre	Tentative de suicide prise en charge aux services des urgences
Domaine	Morbidité spécifique
Définition de l'Indicateur	Proportion de la population ayant été admise dans un des services d'urgence des hôpitaux au cours de l'année, pour cause de tentative de suicide
Objectif visé en suivant cet indicateur	Une évaluation de la proportion de personnes admises à l'hôpital pour cause de tentative de suicide est un indicateur important permettant de décrire une population à risque, approcher le chiffre des tentatives de suicide observées dans le pays et envisager une politique préventive.
Population cible	Population générale
Formule de calcul	<p>Numérateur Nombre de patients reçus aux urgences avec une lésion auto infligée</p> <p>Dénominateur Population moyenne résidente pour l'année considérée</p> <p>Déclinaisons possibles de la formule</p> <p>Pour tous les hôpitaux (Minimum Data Set) :</p> <ul style="list-style-type: none"> Déclinaison par âge Déclinaison par sexe Type de traitement reçu Type de lésion Partie du corps lésé Intention (2 = auto infligé, intentionnel et délibéré) Mécanisme ayant causé la blessure <p>Pour le CHL uniquement (Full Data Set) :</p> <ul style="list-style-type: none"> Si la blessure est intentionnelle et auto-infligée alors est ajouté Le facteur de risque : conflit, décès, problèmes d'argent... Le lien avec un incident semblable précédent Objet ou substance en cause
Type de mesure	Taux
Année	2014 - 2015
Périodicité de la mesure	Annuelle
Sources des données	Direction de la santé : Registre des accidents
Qualité des sources	Bonne
Type d'indicateur	Indicateur de résultat Indicateur d'impact
Caractéristiques de l'indicateur	Quantitatif
Références bibliographiques	http://www.eurosafe.eu.com/csi/eurosafe2006.nsf/wwwAssets/D5FC1077E7DC33FCC1257C120038002B/\$file/IDB-MDS%20Data%20Dictionary%20OCT%202013.pdf http://www.eurosafe.eu.com/csi/eurosafe2006.nsf/wwwAssets/11498398F0475DD5C1257A010052C0BE/\$file/B.%20IDB%20Full%20data%20Set-Coding%20manual%20%28FDS%29.pdf

Remarques	<p>Pour le pays, cet indicateur ne reflète que les tentatives de suicide admises aux services d'urgence, excluant les tentatives de suicide prises en charge en dehors de l'hôpital ou non prises en charge.</p> <p>Le CHL applique le « Full data set » pour le recueil des données du registre des accidents alors que les autres hôpitaux n'appliquent que le « Minimum data set ». Ce dernier ne permet pas de distinguer les suicides des autres lésions auto infligées (hormis si dans la partie narrative le soignant donne des éléments plus précis). Actuellement 80% des données sont manquantes.</p> <p>Cette donnée est comparable avec les résultats de la base de données européenne « Injury Database IDB » pour la partie « intentional self-harm module »⁹¹.</p>
Perspectives	<p>Le recueil demande à être amélioré sur le moyen terme afin de pouvoir comptabiliser facilement l'ensemble des tentatives de suicide qui arrivent aux urgences par un encodage systématique. De plus, le recueil devrait permettre à termes d'avoir une idée plus juste du nombre de tentatives existantes en considérant les tentatives prises en charge en ambulatoire, en particulier auprès des médecins libéraux.</p>

⁹¹ The Injury Data Base (IDB) Coding Manual, Version 1.1 – June 2005.

[http://www.eurosafe.eu.com/csi/eurosafe2006.nsf/wwwAssets/11498398F0475DD5C1257A010052C0BE/\\$file/B.%20IDB%20Full%20data%20Set-Coding%20manual%20\(FDS\).pdf](http://www.eurosafe.eu.com/csi/eurosafe2006.nsf/wwwAssets/11498398F0475DD5C1257A010052C0BE/$file/B.%20IDB%20Full%20data%20Set-Coding%20manual%20(FDS).pdf).

Code	IDSUIC_trav_2015
Titre	Idées suicidaires liées au travail
Domaine	Morbidité spécifique
Définition de l'Indicateur	Proportion de salariés ayant déjà eu des idées suicidaires liées au travail
Objectif visé en suivant cet indicateur	L'indicateur sur les idées suicidaires liées au travail décrit la qualité du travail perçue par les salariés au Luxembourg. Il permet de donner une image de l'état de santé psychique de la population active et cibler d'éventuelles actions préventives vers le monde de l'entreprise
Population cible	Salariés : Echantillon représentatif de 1500 salariés résidents et frontaliers
Formule de calcul	<p><u>Numérateur</u> : Nombre de salariés de l'échantillon qui déclarent avoir déjà eu des idées suicidaires liées au travail</p> <p><u>Dénominateur</u> : Nombre de répondants à la question sur les idées suicidaires</p> <p><u>Déclinaison possible</u> :</p> <p>Sexe, âge</p> <p>Secteur d'activité</p> <p>En cas de réponse positive sur les idées suicidaires, une estimation de la fréquence de ces idées sur l'année passée est demandée : jamais, rarement, parfois, souvent ou (presque) tout le temps</p>
Type de mesure	Pourcentage
Périodicité de la mesure	Annuelle
Année	2012 - 2015
Sources des données	Chambre des salariés (Index du travail)
Qualité des sources	Données auto reportées par enquête CATI
Type d'indicateur	Indicateur de résultats Indicateur d'impact
Caractéristiques de l'indicateur	Quantitatif
Références bibliographiques	http://www.statistiques.public.lu/fr/publications/thematique/population-emploi/bienetre-travail/bien-etre-au-travail.pdf
Remarques	La question posée dans l'enquête lie les idées suicidaires aux problèmes dus au travail. Or, comme toute question de santé, la problématique est souvent plus globale.
Perspectives	La question posée dans le questionnaire nécessite des améliorations afin de recueillir des idées suicidaires dont les origines sont souvent multifactorielles.

Code	TENT_suic_jeun_2015
Titre	Tentative de suicide chez les adolescents
Domaine	Morbidité spécifique
Définition de l'Indicateur	Proportion de jeunes de 11 à 18 ans ayant fait une tentative de suicide au cours des 12 derniers mois
Objectif visé en suivant cet indicateur	Une évaluation de la proportion de jeunes ayant fait une tentative de suicide dans les douze derniers mois est un indicateur important pour décrire la population des jeunes les plus à risque et envisager une politique préventive favorisant le bien-être des adolescents.
Population cible	Elèves de 11 à 18 ans de l'enseignement secondaire (les questionnaires adressés aux élèves de l'enseignement fondamental ne contenant pas cette question)
Formule de calcul	Numérateur Nombre d'élèves ayant fait une tentative de suicide dans les 12 derniers mois Dénominateur Total des élèves de la base de données HBSC ayant répondu à la question Déclinaisons possibles de la formule Déclinaison par âge, par sexe et par régime scolaire Mise en lien avec l'indicateur « avoir pensé au suicide » et « l'avoir planifié » Mise en lien avec la mortalité par suicide chez les jeunes du même âge
Type de mesure	Taux
Année	2006 - 2010 - 2014
Périodicité de la mesure	Tous les 4 ans
Sources des données	HBSC - Direction de la santé pour le registre des décès
Qualité des sources	Données auto-reportées pour les données HBSC Bonne qualité des données pour le registre
Seuil minimal attendu	
Seuil maximal attendu	
Interprétation du score	
Type d'indicateur	Indicateur de résultat Indicateur d'impact
Caractéristiques de l'indicateur	Quantitatif
Références bibliographiques	http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1201149/ http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/conf&rm/conf/confsuicide/choquet.html Fortune S, Stewart A, Yadav V, Hawton K. Suicide in adolescents: using life charts to understand the suicidal process. <i>J Affect Disord</i> 2007; 100 : 199–210 Baca-Garcia, E., Diaz-Sastre, C., Garcia Resa, E., Blasco, H., Braquehais Conesa, D., Oquendo, M. A., et al. (2005). Suicide attempts and impulsivity. <i>European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience</i> , 255(2), 152e156
Remarques	Pour cet indicateur spécifique, la littérature recommande de considérer en priorité les données HBSC et non les données hospitalières. En effet, une grande majorité des tentatives de suicide ne sont pas connues des services hospitaliers. Toutefois, cet indicateur est à mettre en lien avec le taux de mortalité par suicide. Il est fréquent d'observer une baisse des tentatives expliquée par une augmentation des décès.

Code	DEMOG_psych_2015
Titre	Nombre de psychiatre pour 100 000 habitants
Domaine	Ressources du système de soins
Définition de l'Indicateur	Nombre de psychiatres, pédopsychiatres et neuropsychiatres en exercice pour 100 000 habitants
Objectif visé en suivant cet indicateur	Cet indicateur permet de décrire les ressources médicales disponibles pour une prise en charge des troubles de santé mentale en général, des idées suicidaires et tentatives de suicide en particulier
Population cible	Psychiatres en exercice
Formule de calcul	Numérateur Nombre de psychiatres pédopsychiatres et neuropsychiatres en exercice (incluent les médecins à la retraite qui ont toujours un droit d'exercice) Dénominateur Population moyenne résidente pour l'année considérée Déclinaisons possibles de la formule : Déclinaison par spécialité Déclinaison entre praticien exerçant en milieu hospitalier (libéral ou non), en milieu extrahospitalier et praticien exerçant uniquement hors hôpital
Type de mesure	Taux
Périodicité de la mesure	Annuelle
Année	1999 - 2015
Sources des données	IGSS, Direction de la santé, STATEC
Qualité des sources	Bonne
Type d'indicateur	Indicateur de résultat
Caractéristiques de l'indicateur	Quantitatif
Références bibliographiques	http://www.oecd-ilibrary.org/sites/health_glance-2011-fr/03/06/g3-06-01.html?contentType=&itemId=%2Fcontent%2Fchapter%2Fhealth_glance-2011-25-fr&mimeType=text%2Fhtml&containerItemId=%2Fcontent%2Fserial%2F19991320&accessItemIds=%2Fcontent%2Fbook%2Fhealth_glance-2011-fr&csp=423f5ec5bf33553214da98e02694e7eb http://www.mss.public.lu/publications/rapport_general/rg2012/rg_2012.pdf
Remarques	Les médecins peuvent soit travailler uniquement à l'hôpital, en libéral ou en tant que salarié, soit uniquement en cabinet hors hôpital, soit avoir les deux types d'activités
Perspectives	La loi sur la psychothérapie devrait permettre de pouvoir considérer les psychothérapeutes et psychologues en exercice pour assurer une prise en charge de la santé mentale de la population nationale. Pour l'instant, les psychothérapeutes en exercice ne sont pas comptabilisés.

Code	CONS_psy_2015
Titre	Nombre de consultations et de thérapies par psychiatre par an
Domaine	Utilisation du système de soins
Définition de l'Indicateur	Nombre de consultations et de thérapies réalisées par les psychiatres en exercice sur le territoire national pour une année
Objectif visé en suivant cet indicateur	Cet indicateur permet de décrire l'activité des psychiatres : nombre de consultations et de psychothérapies réalisées et d'en suivre l'évolution
Population cible	Médecins psychiatres, pédopsychiatres et neuropsychiatres et exercice
Formule de calcul	<p>Numérateur Nombre de consultations réalisées par les psychiatres, pédopsychiatres et neuropsychiatres sur l'année (consultations spécialistes : codes C9 et C10, consultations majorées : codes C32 et C33, psychothérapies : 1N52, 1N61, 1N62, 1N63, 1N64, 1N65, 1N66, 1N71, 1N72, forfait pour traitement en hôpital de jour psychiatrique : J1, J3 et J4)</p> <p>Dénominateur Nombre de psychiatres en exercice sur l'année</p> <p>Déclinaisons possibles de la formule : Déclinaison par type de consultations et de thérapies réalisées Déclinaison par spécialité médicale Nombre de patients concernés</p>
Type de mesure	Taux
Périodicité de la mesure	Annuelle
Année	1999 - 2015
Sources des données	IGSS, CNS
Qualité des sources	Bonne
Type d'indicateur	Indicateur de résultat
Caractéristiques de l'indicateur	Quantitatif
Références bibliographiques	http://cns.lu/files/listepos/Tarifs_med_062014.pdf
Remarques	La base de données ne doit pas seulement contenir le nombre de consultations et thérapies réalisées mais informer sur le nombre de patients concernés par les consultations et thérapies. La base de données doit donc être organisée par patient avec une anonymisation des matricules
Perspectives	Les consultations thérapeutiques organisées dans les services extrahospitaliers de psychiatrie sont enregistrées depuis 2013 par les services eux-mêmes. Actuellement ces données n'ont pas été analysées. Il pourrait être envisagé un travail d'harmonisation entre les services autour d'un certain nombre d'indicateurs afin de rendre l'outil performant pour les équipes et pour l'épidémiologie nationale

