

Grand-duché de Luxembourg

Réforme de la psychiatrie et politique de santé mentale

Etat des lieux et éléments de prospective
Projet de rapport final - Résumé - Version Sept.2013

Rapport d'expertise externe commandité par le Ministre au CRP-Santé

Auteurs :

Véronique Louazel, Centre d'Etudes en Santé – CRP-Santé

Marie-Lise Lair, Centre d'Etudes en Santé – CRP-Santé

Référent ministériel :

Roger Consbruck, Ministère de la Santé

Référence document : Psychiatrie

N° version : 2^{ème} Draft

Date de publication : Septembre 2013

Remerciements

Cet état des lieux sur l'organisation de la psychiatrie adulte au Luxembourg est le fruit de la collaboration de nombreux acteurs. Nous tenons à remercier toutes les personnes qui ont participé aux entretiens, fourni des données, des documents, émis des points de vue critiques et contribué à l'élaboration des propositions et recommandations. Professionnels du secteur médical, thérapeutique ou social et personnes concernées par les troubles de santé mentale ont pu partager leurs expériences et leurs réflexions, nous permettant ainsi de donner une image au plus près de la réalité vécue dans le vaste domaine de la psychiatrie adulte au Grand-duché. Les situations individuelles et collectives des personnes en souffrance, des familles, des professionnels et des services témoignent de réalités complexes dont seul l'engagement d'un grand nombre pouvait rendre compte.

Nous adressons un remerciement particulier aux membres de la Plate-forme de psychiatrie qui ont accompagné et soutenu ce projet tout au long de son déroulement.

Avertissements

Conformément à sa commande ce rapport est une analyse critique de l'état actuel de l'organisation de la psychiatrie suite à la réforme structurelle qui s'achève¹ (Rössler 2009) et qui est appelée à évoluer vers une politique plus globale de santé mentale conforme aux recommandations internationales, notamment de l'OMS² (Projet de plan d'action global pour la santé mentale 2013-2020) et de l'UE³ (European Pact for Mental Health and Well-being, 2008).

Le présent rapport n'a pas pour objet de mesurer la qualité des soins ou la satisfaction des usagers pris en charge. Les nombreux constats et propositions sur la réorganisation du système actuel en vue de l'évolution du paradigme^(1,2) ne doivent dès lors pas être interprétés comme appréciation négative en ce qui concerne la qualité actuelle des prestations. Au contraire les comparaisons internationales disponibles tout comme les échos favorables sur la réforme, entendus de toute part et de tous milieux, permettent de montrer l'évolution remarquable faite par le pays, à même d'entamer une phase supplémentaire d'amélioration continue dans ce domaine.

Le présent rapport ne porte pas sur l'état des lieux de la santé mentale des jeunes et la psychiatrie infantile et juvénile, traités antérieurement dans un rapport séparé⁴.

¹ Rössler W. Psychiatrie Luxemburg Stand der Umsetzung der Empfehlungen der Planungsstudie 2005. 2009.

² OMS. Projet de plan d'action global pour la santé mentale 2013-2020. 2013

³ Commission Européenne. European Pact for Mental Health and Well-being, 2008

⁴ Louazel V, Direction de la Santé, CRP-Santé. Pour une stratégie nationale en faveur de la santé mentale des enfants et des jeunes au Luxembourg – Promotion, prévention, prise en charge et intégration. Luxembourg. Juillet 2010.

Année 2012 - Luxembourg

Institution chargée du projet : Centre d'Etudes en Santé, CRP-Santé

Chef de projet : Véronique Louazel

Responsable Centre d'Etudes en Santé : Marie-Lise Lair

Responsable Ministère de la Santé : Roger Consbruck

Collaboratrice scientifique : Stéphanie Schmit

Comité de pilotage

M. Roger Consbruck, Ministère de la Santé

Dr Juliana D'Alimonte, Ministère de la Santé

Dr Dorothee Knauf-Hübel, Ministère de la Santé

Dr Marc Graas, Centre Hospitalier Neuro Psychiatrique

Dr Paul Hedo, Centre Hospitalier de Luxembourg

Dr Paul Hentgen, Centre Hospitalier Neuro Psychiatrique

Dr Charles Pull, Centre Hospitalier de Luxembourg

M. Roger Zanter, Liewen Dobaussen

Mme Marie-Lise Lair, Centre d'Etudes en Santé, CRP-Santé

Mme Véronique Louazel, Centre d'Etudes en Santé, CRP-Santé

Sommaire

Introduction	6
Le contexte national de la psychiatrie	9
Point méthodologique sur l'étude réalisée	10
Résultats	11
1- L'épidémiologie nationale de la santé mentale	12
1.1) Le poids actuel des problèmes de santé mentale au Grand-Duché	12
1.2) Les limites des données épidémiologiques nationales	22
1.3) Les perspectives épidémiologiques	23
2- Description de l'organisation actuelle du système de santé mentale	27
2.1) La description de l'offre de prise en charge : Généralités	27
2.2) Le financement du système	34
3- Le cadre conceptuel, la stratégie et la gouvernance	35
3.1) Le cadre conceptuel	35
Observations et Constats	35
Prospectives	36
3.2) La gouvernance	38
Observations et Constats	38
Prospectives	38
3.3) La stratégie	40
Observations et Constats	40
Prospectives	41
4- L'attribution des missions et la lisibilité de l'offre de prise en charge	43
4.1) Observations et Constats	43
4.2) Prospectives	45
5- La promotion de la santé mentale, prévention des troubles et détection précoce	48
5.1) Observations et Constats	48
5.2) Prospectives	48
6- La prise en charge, les filières, les plans d'action	52
6.1) Observations et Constats liés à la filière Alcool	52
6.2) Observations et Constats liés à la filière Troubles anxieux et dépressifs	54
6.3) Observations et Constats liés à la filière Psychoses	56
6.6) Prospectives liées aux filières spécifiques	57
Priorités et conclusions	58
Bibliographie	59
Annexe 1	62
Annexe 2	64

Glossaire

ADEM : Agence pour le Développement de l'Emploi

AMA : Alcool Médicaments Addiction

ASTI : Association de Soutien aux Travailleurs Immigrés

ATP : Association d'aide par le Travail thérapeutique pour Personnes psychotiques

ASTF : Association pour la Santé au Travail du secteur Financier

AVCI : Années de Vie Corrigées du facteur d'Invalidité

CHdN : Centre Hospitalier du Nord

CHEM : Centre Hospitalier Emile Mayrisch

CHK : Centre Hospitalier du Kirchberg

CHL : Centre Hospitalier de Luxembourg

CHNP : Centre Hospitalier Neuro-Psychiatrique

CNS : Caisse Nationale de Santé

CRP-Santé : Centre de Recherche Public de la Santé

CTU: Centre Thérapeutique d'Useldange

DSM : Durée Moyenne de Séjour

EMCDDA: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction

Eurostat : Office statistique de l'Union européenne

HBSC: Health Behaviour in School aged Children

ICD : International Classification of Diseases

IGSS : Inspection Générale de la Sécurité Sociale

KCE : Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé

OCDE : Organisation de Coopération et de Développement Economiques

OEDT: Observatoire Européen des Drogues et Toxicomanies

OIT : Organisation Internationale du Travail

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PHQ : Patient Health Questionnaire

PRN : Projet de Recherche en Nursing

STATEC : Institut national de la statistique et des études économiques du G-D de Luxembourg

Introduction

Le poids considérable des problèmes de santé mentale

Les troubles psychiques sont responsables d'importantes souffrances individuelles et familiales, ils provoquent de forts risques de pauvreté, d'isolement, de stigmatisation, de difficultés à vivre au quotidien et en société. **Avec une pathologie aiguë, un trouble chronique ou une fragilité psychologique à un moment, plus de 25% des individus présentent une ou plusieurs maladies psychiques au cours de leur vie**⁵. Une personne sur deux est touchée dans son entourage par un problème de santé mentale. Les données de morbidité et de mortalité témoignent du poids considérable des pathologies psychiques sur l'individu aussi bien que sur la communauté :

- Cinq des 10 premières causes d'années de vie corrigées du facteur d'invalidité (AVCI) sont des causes liées à un problème de santé mentale chez les 15-44 ans, avec les troubles dépressifs unipolaires, les troubles liés à l'alcool, les lésions auto-infligées, la schizophrénie et les troubles affectifs bipolaires.
- Le suicide est la première cause de mortalité chez les 15-34 ans, avec un risque majeur pour les personnes souffrant de dépression, de dépendance à l'alcool ou de schizophrénie.
- Le risque de décès prématuré est de 40 à 60% plus élevé chez les personnes atteintes de dépression majeure et de schizophrénie qu'en population générale à cause de problèmes de santé physique souvent non détectés et d'une plus forte exposition au suicide⁶.
- Les troubles mentaux et neurologiques et les troubles liés à l'abus de substances psychoactives représentent, ensemble, 13% de la charge totale de morbidité en 2004².

La santé mentale dépend d'un ensemble de facteurs

Définie par l'OMS comme « un état de bien-être dans lequel la personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et fructueux et contribuer à la vie de sa communauté »⁶, la santé mentale est une ressource pour l'individu, sa famille, son entourage et pour la société dans son ensemble, indispensable à l'épanouissement personnel et à l'intégration sociale.

De nombreuses études ont démontré que santé mentale et santé physique sont indissociables, l'une affectant fondamentalement l'autre. **La santé mentale devient un déterminant clé de la santé globale**⁷. La notion de santé comprend désormais une composante manifeste qui est sociale et mentale. Elle dépend d'un ensemble de facteurs qui se combinent et interagissent qu'ils soient biologiques, personnels, familiaux, sociaux ou économiques⁶. L'interdépendance entre la santé et la santé mentale, entre la santé des

⁵ OMS. Rapport sur la santé dans le monde. 2001.

⁶ OMS. Projet de plan d'action global pour la santé mentale 2013-2020. 2013

⁷ OMS. Santé mentale : renforcement de la promotion de la santé mentale, Genève. 2001

individus et la santé des sociétés implique de lier la politique de santé à la politique globale avec les questions inhérentes de santé à l'école, santé au travail, qualité de vie, accès aux soins mais aussi avec la politique de la justice, de la formation professionnelle ou des aides sociales, toutes formes d'interventions facilitant la promotion du bien-être⁸ et la prévention des facteurs de risque.

Les instances internationales recommandent la mise en place de stratégie et plans d'action nationaux

L'OMS⁹ recommande en 2013 par un projet de Plan d'action global de **mobiliser tous les secteurs du gouvernement** pour avoir un impact sur les nombreux facteurs déterminant une bonne ou une mauvaise santé mentale, en particulier les facteurs socio-économiques. Le but général du Plan international à l'œuvre, auquel le Grand-duché adhère, est de promouvoir le bien-être mental, de prévenir les troubles mentaux, de dispenser des soins, d'améliorer les chances de rétablissement, de promouvoir les droits fondamentaux et de réduire la mortalité, la morbidité et le handicap chez les personnes atteintes de troubles mentaux.

Le plan d'action vise à atteindre les objectifs suivants :

- Renforcer un **leadership et une gouvernance efficaces** dans le domaine de la santé mentale.
- Fournir des **services de santé mentale** et des services de protection sociale complets, intégrés et répondant aux besoins **dans un cadre communautaire**.
- Mettre en œuvre des **stratégies de promotion et de prévention** dans le domaine de la santé mentale.
- Renforcer les systèmes d'information, réunir davantage de **données factuelles** et développer la recherche dans le domaine de la santé mentale.

Le Livre Vert¹⁰ rédigé en 2005 par la Communauté européenne insiste sur le caractère essentiel de la santé mentale : pour une vie en bonne santé, un épanouissement et une intégration satisfaisante des individus, une société prospère et solidaire. Face au problème grandissant des troubles psychiques, l'Union européenne propose une stratégie communautaire dans les Etats membres pour un échange de connaissances et de solutions. Le Livre Vert recommande de prodiguer aux patients en mauvaise santé mentale des soins et des **services de traitement qui se caractérisent par leur efficacité et qui soient accessibles** à leurs destinataires. En effet, seuls 26 % des Européens adultes souffrant de problèmes mentaux entrent en contact avec des services de santé formels¹¹. La prise en charge demeure une priorité absolue pour apaiser la souffrance des patients et de leur entourage et éviter l'aggravation des situations individuelles et familiales, avec une plus grande attention aux personnes les plus exclues des systèmes de repérage et de prise en charge existants.

⁸ OMS. Programme d'actions : combler les lacunes en santé mentale. 2008.

⁹ OMS. Projet de plan d'action global pour la santé mentale 2013-2020. 2013

¹⁰ Commission européenne. Livre vert, Améliorer la santé mentale de la population. 2005.

¹¹ Alonso, J. et al.: *Use of Mental Health Services in Europe: Results from the European Study on Epidemiology of Mental Disorders in Acta Psychiatr Scand*, 109 (suppl. 420). 2004.

En amont d'une prise en charge efficiente et accessible, le conseil de l'Union européenne invite « **à faire de la santé mentale et du bien-être une priorité en matière de santé et à élaborer des stratégies et/ou des plans d'action en matière de santé mentale** » ¹² . Les lignes de conduite européennes se déclinent en premier lieu en termes de **promotion de la santé mentale et de prévention des troubles mentaux**. S'adressant à la population générale, aux populations les plus à risque aussi bien qu'aux personnes atteintes d'un trouble de santé mentale, la promotion et la prévention s'appliquent à tous les milieux de vie : bien-être au travail, proximité et lisibilité des services d'aide, cohésion sociale et familiale, lutte contre les risques de pauvreté et d'exclusion, détection précoce des troubles, autant de domaines à soutenir pour favoriser le bien-être et réduire de façon significative l'incidence des troubles psychiatriques, prévenir les rechutes et les complications.

¹² Commission européenne. European Pact for Mental Health and Well-being, 2008

Le contexte national de la psychiatrie

A partir de 1993, sous l'impulsion de Ministère de la Santé, commanditaire des rapports Haefner (1992) puis Rössler (2005, 2009), le Luxembourg entreprend une réforme du système d'organisation des soins en psychiatrie adulte. D'un asile unique, accueillant quelques 1200 patients dans les années 70, le pays passe à une **gestion décentralisée de la psychiatrie, avec une intégration des services aigus dans les hôpitaux généraux et un développement de l'offre extrahospitalière ambulatoire**. Au moment de l'implantation de la réforme de la psychiatrie, les principaux objectifs étaient de :

- Décentraliser la psychiatrie,
- Traiter les patients souffrant de troubles psychiques conformément aux acquis de la science,
- Réduire la stigmatisation par une réintégration rapide des malades et dans de bonnes conditions et éviter l'institutionnalisation chronique.

Avec la réforme engagée dans les années 2000, le paysage psychiatrique a réellement été bouleversé. Les hôpitaux généraux jouent maintenant le rôle central d'admission des patients en phase aiguë, que l'hospitalisation soit prévue ou non, sous contrainte ou volontaire. Depuis 2005 et après 150 ans de pratique, l'urgence psychiatrique n'est plus du ressort du CHNP. Une Plate-forme nationale consultative intégrant les représentants des différents secteurs psychiatriques est mise en place afin de suivre les avancées de la réforme.

Cette phase achevée, la réforme structurelle de la psychiatrie entre aujourd'hui dans une nouvelle ère d'amélioration du système en place.

Le présent état des lieux a été souhaité par la Plate-forme et le Ministre de la Santé afin :

- de **dresser un bilan intermédiaire sur l'avancée de la réforme avec ses forces, ses faiblesses et points critiques** pour définir collectivement des pistes de perfectionnement de l'organisation de la prise en charge des usagers. Recommandée dans le dernier rapport Rössler, cet état des lieux avait aussi pour objectif de donner des clés pour maintenir un système dont le coût financier doit se justifier d'une part par sa capacité à répondre aux besoins de la population et d'autre part par son efficience.
- de **suivre l'évolution de l'existant**, pour offrir au pays **un premier outil de monitoring**, utile à la fois aux autorités et aux acteurs eux-mêmes pour prendre appui sur les forces nationales et travailler sur les points faibles de l'organisation en place
- de **s'appuyer sur les recommandations internationales et les acquis de la science** pour promouvoir une politique de santé mentale nationale.

Point méthodologique sur l'étude réalisée

Le système de prise en charge des troubles de santé mentale doit pouvoir évoluer en tenant compte des **principes d'accessibilité, d'équité, de qualité des soins et d'efficience des ressources** mises en place dans le pays pour la meilleure qualité de vie possible.

La question de ce travail est bien de savoir où nous en sommes et comment progresser collectivement vers ces principes d'amélioration du système national, quelles priorités se donner, avec quels plans d'action ? Les objectifs de la réforme ont-ils été atteints ? Les résultats sont-ils mesurables ? Les actions mises en place sont-elles appropriées ? Le système est-il efficient ? Y a-t-il eu des effets inattendus ?

Pour répondre à ce questionnement, l'état des lieux s'est décliné en plusieurs objectifs :

- Réaliser un état des lieux approfondi de l'existant et dresser une cartographie nationale du système de prise en charge des soins psychiatriques et de leurs interrelations
- Comparer la logique conceptuelle, l'éventail et la complémentarité des offres de prises en charge, ainsi que l'organisation des soins psychiatriques au Luxembourg par rapport au cadre de référence, aux recommandations et aux bonnes pratiques internationales visant le meilleur devenir possible pour la patientèle
- Interroger la pertinence, la cohérence, la transparence et l'adéquation des mesures réalisées et en cours.
- Dresser les constats et proposer des recommandations d'amélioration.

Afin d'explorer l'offre de services existante, les étapes du travail ont été de :

- Relever dans la littérature les recommandations internationales et les bonnes pratiques répertoriées dans le champ de la santé mentale
- Collecter les données épidémiologiques relatives à la santé mentale au Luxembourg et des données sur l'existant national en termes de prise en charge psychiatrique, données issues des plans nationaux, du registre des décès, des bases de données de l'IGSS (hospitalisation, remboursement médicaments, transferts à l'étranger, démographie médicale) et des données d'enquête nationale (HBSC)
- **Analyser l'offre de services existante au niveau national et les problèmes rencontrés lors des parcours de prise en charge et recueillir les besoins identifiés par les professionnels, avec 120 interviews dans 70 services différents.**
- Analyser les points faibles et les points forts du système en place
- Valider l'analyse des données par la Plate-forme de la psychiatrie
- Construire collectivement des axes prioritaires d'amélioration

La sélection des acteurs interviewés a été réalisée afin que les patients et associations de patients soient représentés ainsi que tous les corps professionnels : médecins psychiatres, médecins généralistes, médecins urgentistes, infirmiers, infirmiers psychiatriques, psychologues, assistantes sociales, ergothérapeutes, éducateurs et tous les secteurs d'activité touchant à la psychiatrie : médical, social, psychologique, thérapeutique, professionnel, judiciaire, etc. La moitié des professionnels interviewés exerce dans le secteur hospitalier et l'autre moitié hors hôpital.

Résultats

1- L'épidémiologie nationale de la santé mentale

1.1) Le poids actuel des problèmes de santé mentale au Grand-Duché

En Europe, **environ 11% de la population¹³ seraient atteints de troubles de santé mentale**, avec des symptômes divers de dépression, anxiété, problèmes liés à l'alcool, à la toxicomanie, psychoses, etc., soit un citoyen sur 10.

Les données luxembourgeoises relatives à l'épidémiologie sont très partielles et il est difficile de donner une image de la situation nationale. Mais l'articulation des différentes sources disponibles permet, en partie, de rendre compte de l'impact des troubles sur la vie des citoyens, de leurs familles et sur la société civile.

Dépression et troubles anxieux

La dépression constitue désormais le problème de santé le plus répandu dans de nombreux pays européens⁹, elle frappe aussi bien les jeunes, les personnes âgées que les actifs¹⁴ et entraînent des conséquences sérieuses sur la qualité de vie : isolement social, arrêt de scolarité, perte d'emploi, tentative de suicide et sur la société collective : arrêts de travail longue durée, incapacité à participer à la vie sociale, lien avec des problèmes de santé physiques, mortalité par suicide, etc. Environ 15 % des patients souffrant de troubles graves décèdent par suicide et 56 % font une tentative de suicide¹⁵.

Les troubles affectifs sont particulièrement fréquents en population générale -en particulier la dépression : 5.8% des hommes et 9.5% des femmes sur une période de 12 mois sont touchés par cette affection psychiatrique qui est la plus souvent diagnostiquée dans les services de santé primaires¹⁶- sachant qu'une large majorité n'est pas prise en charge et que la récurrence n'est pas rare sans un traitement adéquat (35% de récurrence sur 2 ans et 60% de récurrences sur 12 ans¹⁷).

Une partie des troubles de type dépressif ou liés à l'anxiété n'est pas détectée et reste cloisonnée au seul cercle privé. Le médecin traitant est souvent le premier acteur de la prise en charge des troubles affectifs avec **70% des psychotropes prescrits par le médecin généraliste au Luxembourg¹⁸**. Même si la plupart des prises en charge s'organisent en consultation, les hospitalisations pour troubles mentaux et du comportement (code diagnostic F) représentent la pointe de l'iceberg de la prise en charge pour les situations aiguës en cas de mise en danger pour soi ou en phase d'observation.

¹³ European Commission. Pacte européen pour la santé mentale et le bien-être. Bruxelles. Juin 2008. http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/docs/pact_fr.pdf

¹⁴ European Commission. Actions contre la dépression. Luxembourg, 2004. http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/docs/depression_fr.pdf

¹⁵ Jamison K. R. Suicide and bipolar disorder. In *Journal of Clinical Psychiatry*, 61 Suppl 9:47-51, 2000.

¹⁶ http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_ch2_fr.pdf

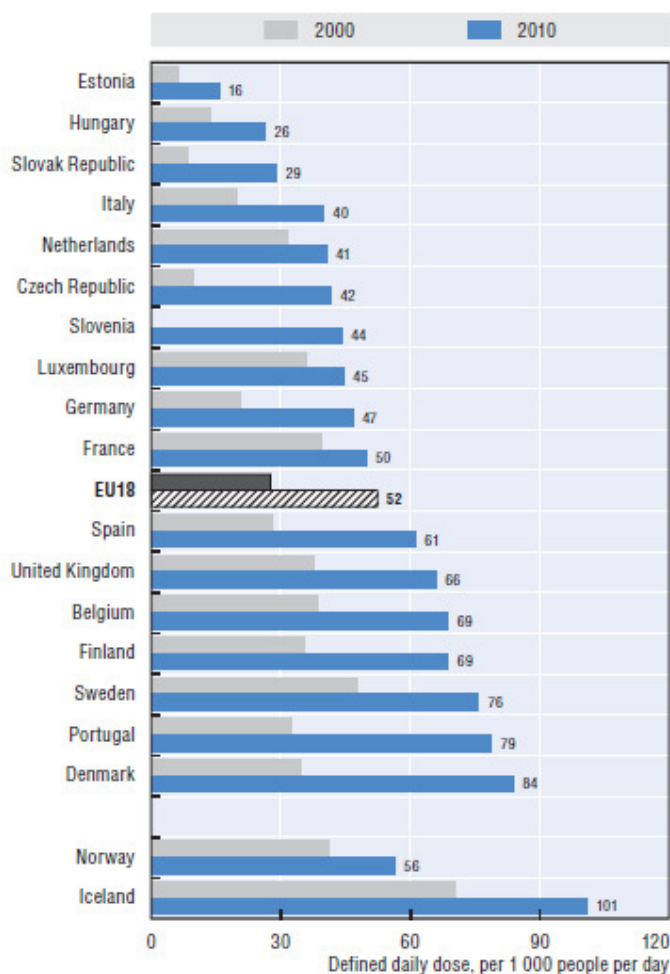
¹⁷ http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_ch2_fr.pdf

¹⁸ Insight Santé sécu. Avril 2011. http://www.mss.public.lu/publications/infoletter/il022/il_201104.pdf

Sources	Population de référence	Résultats	Comparatif
Eurobaromètre 2011	Population générale du Luxembourg	5% « déprimés ou déprimés tout le temps ou la plupart du temps » 14% ont cherché de l'aide auprès d'un professionnel pour un problème psychologique ou émotionnel au cours des 12 derniers mois : 9% auprès d'un médecin généraliste, 3% d'un psychologue, 2% d'un psychiatre	Moyenne européenne : 8% Moyenne européenne 15%
		5% des répondants affirment avoir pris des antidépresseurs au cours des 12 derniers mois	Moyenne européenne : 7%
HBSC 2010	Jeunes de 11 à 18 ans	12.7% des jeunes ont pensé au suicide dans les 12 derniers mois (n=906)	
		6.4% des jeunes ont fait au moins une tentative de suicide (n= 460 jeunes)	
IGSS 2009	Personnes assurées résidentes	21% des séjours hospitaliers de 2009 avec code F ¹⁹ sont liés à un diagnostic « Dépression » (n=1344 séjours)	
Contrôle médical 2007	Personnes assurées résidentes	34,1% des transferts à l'étranger pour code F sont liés à un diagnostic « dépression » (n=252 patients)	Code diagnostic N°1 pour les transferts à l'étranger pour code F

Comparativement aux autres pays européens, le Luxembourg reste un grand consommateur de psychotropes (Cf. La prescription de psychotropes en milieu extrahospitalier, page 14) mais montre une consommation un peu plus faible que la moyenne européenne en ce qui concerne spécifiquement les antidépresseurs (voir Figure 1).

¹⁹ Code F: Code diagnostic ICD Troubles mentaux et du comportement



Source: OECD Health Data 2012.

Figure 1. Consommation d'antidépresseurs en 2000 et 2010 dans les pays de l'OCDE. (Source OCDE)

D'après la Division des pharmacies²⁰, en 2010, 8.7% des doses journalières de psychotropes prescrites sont des antidépresseurs.

Compte tenu du poids de la dépression, il convient de porter une attention soutenue à cette problématique, coûteuse en termes de qualité de vie et d'un point de vue communautaire : consommation de psychotropes, arrêts de travail, etc.

²⁰ Insight Santé sécu. Avril 2011. http://www.mss.public.lu/publications/infoletter/il022/il_201104.pdf

Troubles liés à l'utilisation d'alcool

L'alcool est une des 3 premières priorités de santé publique mondiale²¹. Avec un lourd impact en termes de bien-être, de santé et de mortalité, les troubles liés à l'utilisation d'alcool ont une place prépondérante dans la prise en charge au Luxembourg.

Sources	Population de référence	Résultats	Comparatif
IGSS 2009	Personnes assurées résidentes	31% des séjours hospitaliers pour code F (n=2004 séjours)	5 ^{ème} cause d'hospitalisation nationale
IGSS 2009	Personnes assurées résidentes	25.7% du nombre des journées d'hospitalisation pour code F (n=42993 journées)	1 ^{er} diagnostic (en nombre de journées)
Contrôle médical 2007	Personnes assurées résidentes	23.5% des transferts à l'étranger avec code F (n=174)	7% du total des autorisations de transferts (tout code confondu) ²²

L'évaluation et le suivi de cette problématique restent complexes, le Luxembourg ne dispose pas de données spécifiques, ni de comparatif européen fiable. La consommation d'alcool en nombre de litre par habitant, habituellement utilisée, n'est pas applicable au Grand-duché compte tenu du prix inférieur des boissons alcoolisées et de la vente d'alcool aux non-résidents. La situation du Luxembourg est décrite dans le rapport de l'OMS Europe²³ portant sur l'alcool et la santé et montre **l'absence de politique nationale rédigée et globale** malgré les avancées réalisées : loi portant sur l'interdiction de la vente aux mineurs de moins de 16 ans en 2006, abaissement du taux d'alcool autorisé à 0,5g/l pour les conducteurs en 2007 et ébauche d'un plan national en cours.

²¹ WHO. European action plan to reduce the harmful use of alcohol 2012-2020. Copenhagen. 2012. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/178163/E96726.pdf

²² Valéry Bocquet et al. Evolution des soins des résidents luxembourgeois à l'étranger entre 1998 et 2007. Enjeux santé. CRP-Santé. Luxembourg. Oct 2009. <http://www.crp-sante.lu/Media/Files/CES/Enjeux-Sant%C3%A9>

²³ OMS Regional Office for Europe. Status Report on Alcohol and Health in 35 European Countries 2013. Copenhagen. 2013.

Appréciation de l'état de santé

L'appréciation individuelle de l'état de santé et d'incapacité est reconnue comme un bon prédicateur de l'utilisation qui sera faite à l'avenir du système de soins par la population et de la mortalité. Non spécifiquement liée à des problèmes de santé mentale, cette appréciation subjective donne une image du bien-être général, facteur protecteur de bonne santé globale.

Sources	Population de référence	Résultats	Comparatif
OCDE 2010	Population générale âgée de 16 ans et +	75% estiment son état de santé bon ou très bon	67% pour la moyenne européenne (UE 27)
HBSC 2010	Jeunes de 11 à 18 ans	83% des jeunes se disent en bonne ou en excellente santé	85% des jeunes de l'étude HBSC internationale pour les 11-15 ans ²⁴
OCDE 2010	Population générale âgée de 16 ans et +	22% disent souffrir de maladies chroniques ou de problèmes de santé	30% pour la moyenne européenne
OCDE 2010	Population générale âgée de 16 ans et +	20% estiment être limités dans leurs activités quotidiennes habituelles	24% pour la moyenne européenne

Les données recueillies par l'OCDE montrent que les hommes sont plus nombreux que les femmes à se décrire en bonne ou très bonne santé. Les personnes les plus à risque sont les personnes âgées, les personnes au chômage, retraitée ou inactive. Il n'y a par contre pas de lien établi entre l'appréciation de l'état de santé et le niveau socio-économique.

²⁴ WHO Regional Office for Europe. Social determinants of health and well-being among young people. Health behaviour in school-aged children (HBSC) study: International Report from the 2009/10 study. Copenhagen 2012.

Consultations médicales :

L'OCDE publie des données sur le nombre de consultations médicales observées par personne pour une année donnée (comprenant les consultations ambulatoires et hospitalières). Il n'est pas spécifié quels sont les motifs des consultations notamment en rapport avec des pathologies psychiatriques ou des problèmes de santé mentale (mal-être, stress, etc.).

Sources	Population de référence	Résultats	Comparatif
OCDE 2010	Population assurée résidente	6.0 consultations médicales par personne en 2010	6.3 médicales par personne en moyenne en Europe

Pour une image de la charge de la santé mentale sur le système de santé, une différenciation des données par spécialité médicale serait nécessaire ainsi qu'une prise en compte des motifs de consultations non remboursées par la CNS : consultations dispensées à la population résidente non affiliée à la CNS (environ 5%) et les consultations non médicales réalisées par des psychologues ou psychothérapeutes.

Prescriptions de psychotropes en milieu extrahospitalier :

D'après les données 2010 de la Direction de la Santé (M. Bruch, Division des pharmacies)²⁵, **1/5^{ème} de la population a reçu au moins un remboursement de psychotropes en 2010** comprenant les antidépresseurs, les tranquillisants, les somnifères, les neuroleptiques (ou antipsychotiques) et les psychostimulants, soit **24.9% des femmes et 15.1% des hommes**.

Comparativement aux pays européens, le Luxembourg s'avère être un grand consommateur de benzodiazépine (agent utilisé comme tranquillisant ou comme hypnotique), avec une proportion de 60% des doses de psychotropes quotidiennes prescrites. Une étude nationale réalisée sur les prescriptions de 1995 à 2004 montre que dans **42% des cas la consommation de benzodiazépine est problématique avec des prescriptions de longue durée**, non conformes aux recommandations²⁶.

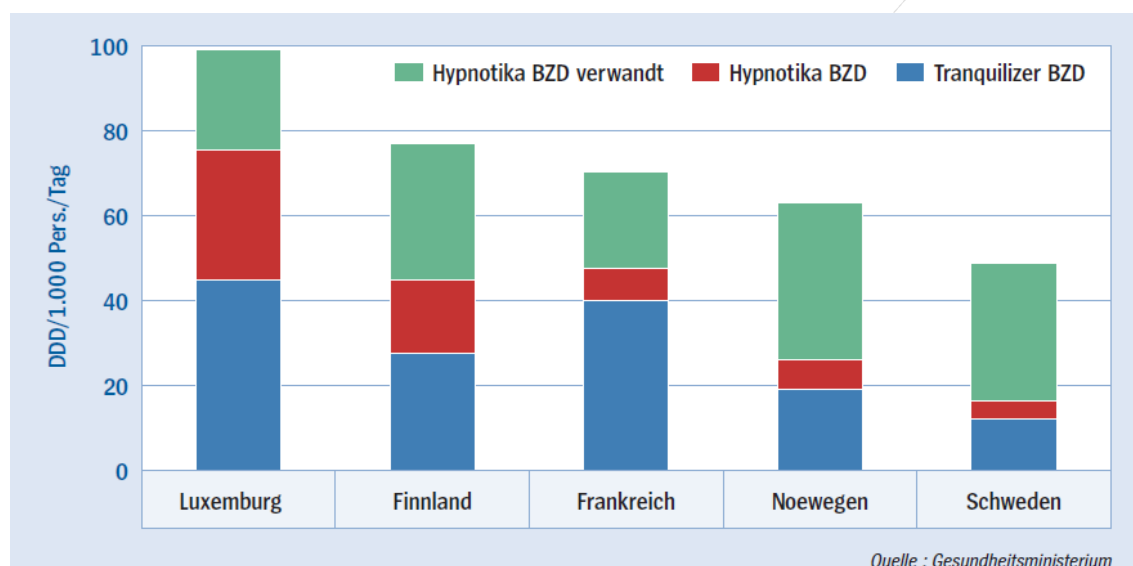


Figure 2. Psychopharmakaverbrauch im internationalen Vergleich (2009) nach Indikationsangaben der Benzodiazepine (BZD). (Source : Direction de la Santé. Division des pharmacies, M. Bruch).

Remarque : Les données nationales ne comprennent pas la consommation en milieu hospitalier.

Ce type d'observations met en évidence une tendance anormale de consommation, avec de forts risques de mésusages. Il apparaît essentiel d'impliquer le conseil scientifique dans la mise en œuvre de recommandations propres à la santé mentale, en particulier pour la prescription de psychotropes. L'information et la formation pourraient ainsi être soutenues au mieux pour une prise en charge au plus près des avancées de la science dans ce domaine : comme la parution d'article publié en 2011 à destination des médecins par l'Association des Médecins et Médecins Dentistes (AMMD)²⁷. Il conviendrait de suivre l'évolution de tendances similaires par des études ponctuelles et régulières.

²⁵ Insight Santé sécu. Avril 2011. http://www.mss.public.lu/publications/infoletter/il022/il_201104.pdf

²⁶ Cloos JM, Ries T, Koch P. Les benzodiazépines au Grand-Duché de Luxembourg. *Le Corps Médical* 2007;3:4-39 (1ère partie), 4:3-29 (2ème partie).

²⁷ Cloos et al. Addiction aux benzodiazépines : prévalence, diagnostic et traitement. Le corps médical. Association des médecins et médecins dentistes. Luxembourg. N°12 2011. <http://www.ammd.lu/corps-medical/131-2011>

Arrêts maladie :

7% des absences de courte durée (<21 jours) ont pour raison médicale évoquée la dépression et autre problème lié au stress²⁸ et **23% des absences de longues durées sont liées à ce type de troubles**, soit le 1^{er} code diagnostic des absences observées de 3 semaines et plus. Les chiffres montrent une progression alarmante puisqu'en 2010, la totalité des absences de longue durée comprenant un code diagnostic « troubles mentaux et du comportement » représentaient 16% des absences. Compte tenu de la part inquiétante occupée par les troubles psychiques, il conviendrait d'exercer un monitoring spécifique sur ce type d'arrêts maladie.

Transferts à l'étranger :

En 2011, selon les données de l'IGSS²⁹, 1231 transferts à l'étranger ont eu lieu avec un code diagnostic F (soit 7.1% du total des transferts), dont 90% vers l'Allemagne. **Entre 1998 et 2007, les autorisations de transferts à l'étranger pour raison psychiatrique ont doublé** (passant de 521 en 1998 à 1132 en 2007). Pendant ces 10 années, les autorisations avec un code F ont représenté 5,8% de la totalité des transferts (Données de l'IGSS publiées dans la Carte sanitaire 2012). L'évolution constante de ce chiffre demande d'y porter une attention particulière pour circonscrire les situations exigeant un recours aux soins non nationaux.

²⁸ Mazoyer T. L'absentéisme pour cause de maladie en 2012. In Aperçus inspection générale de la sécurité sociale. Juillet 2013.

http://www.mss.public.lu/publications/Apercus_et_cahiers/apercus/cahier_apercu_201307.pdf

²⁹ Rapport général sur la sécurité sociale au Grand-Duché de Luxembourg 2011. Ministère de la Sécurité sociale. Luxembourg. Nov. 2012.

http://www.mss.public.lu/publications/rapport_general/rg2011/rg_2011.pdf

Hospitalisations:

En 2009, les troubles mentaux et du comportement, code F sont la **1^{ère} cause des journées d'hospitalisation et représentent 23.5% du total des journées** (CHNP compris). En termes de séjours hospitaliers, les troubles mentaux et du comportement représentent 5,4% du total des séjours (Données 2009 de l'IGSS présentées dans la carte sanitaire 2012).

Le classement des 10 diagnostics les plus fréquents montre que les troubles liés à **l'utilisation d'alcool et les dépressions couvrent 50% des séjours hospitaliers pour troubles mentaux**.

Tableau 1. Pondération et évolution 2009 des 10 diagnostics d'hospitalisation Code F les plus fréquents (Données IGSS 2009)

Code ICD	Libellé	Séjours 2009	% du total des séjours	Evolution 2002-2009
F10	Alcool	2004	31.0%	+11%
F32	Episodes dépressifs	1110	17.2%	-7%
F20	Schizophrénie	595	9.2%	+4%
F19	Drogues multiples	311	4.8%	-15%
F43	Stress sévère et troubles de l'adaptation	302	4.7%	+65%
F11	Opiacés	265	4.1%	+3%
F33	Troubles dépressifs récurrents	234	3.6%	-12%
F00	Maladie d'Alzheimer	211	3.3%	+29%
F60	Troubles spécifiques de la personnalité	162	2.5%	+95%
F01	Démence vasculaire	150	2.3%	-16%

Les données analysées ne permettent pas actuellement de suivre les réadmissions observées pour un même patient. Cet indicateur est recommandé par l'OCDE et son suivi permettrait à l'avenir de répondre aux comparaisons internationales et d'évaluer les pratiques nationales.

Causes de décès :

Suicide :

Le taux de suicide est souvent utilisé comme indicateur de l'état de santé mentale d'une population de par l'association observée entre suicide et bouleversements des relations personnelles, abus d'alcool et de substances, dépressions et autres troubles de santé mentale.

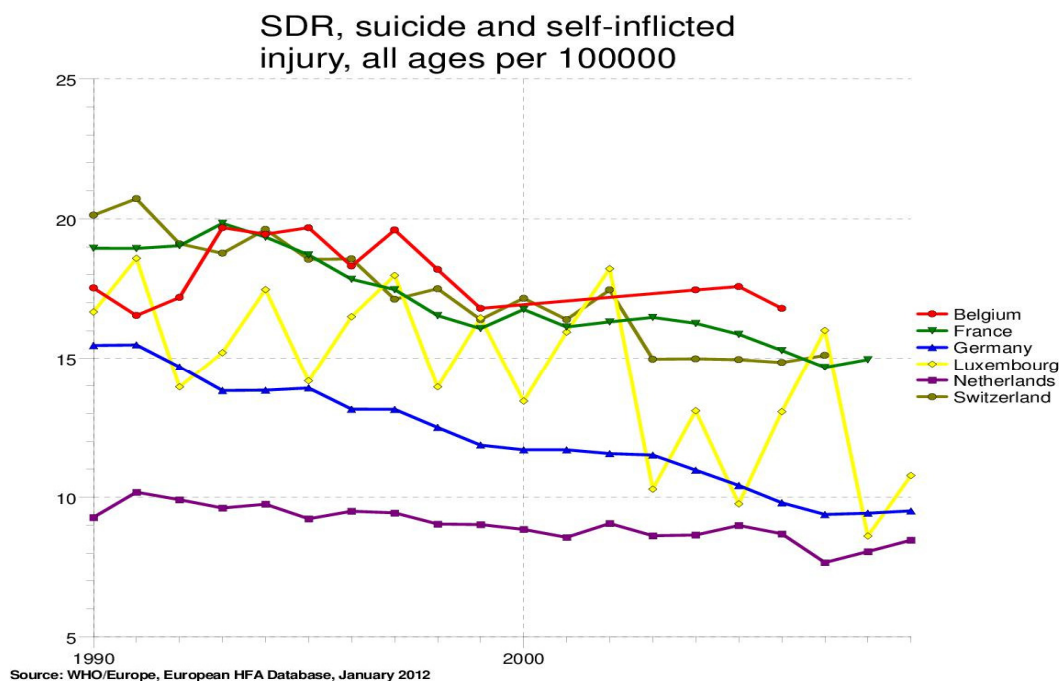


Figure 3. Taux de suicide et lésions auto-infligées en population générale pour 100 000 habitants (Source OMS Europe)

Les variations observées d'une année à l'autre sont liées aux petits chiffres enregistrés dans le pays. La tendance nationale, en traçant une moyenne pluriannuelle, montre des données qui se situent entre celles de l'Allemagne et celles de la France.

1.2) Les limites des données épidémiologiques nationales

Les données rassemblées dans le présent document ne sauraient évidemment refléter le poids de la souffrance psychique, d'une certaine exclusion et stigmatisation dont souffrent les patients et leurs proches, qui à terme se traduisent par un déficit de santé et de réalisation individuelle. Le mal-être occasionne en soi des tabous, un isolement, une précarité et par conséquent une absence de soins ou une prise en charge souvent tardive. Dans l'enquête réalisée, les professionnels du domaine médical ou social, les associations de patients témoignent d'une prise en charge souvent tardive chez des personnes en souffrance, conduisant souvent à des hospitalisations d'urgence, en état de crise, sans autre prise en charge en amont.

Les données existantes montrent **un poids considérable de la santé mentale sur la vie des citoyens et une place importante de la prise en charge psychiatrique dans le système de soins**. Pourtant, comme pour toute pathologie, une partie de la population n'apparaît pas dans les données nationales parce qu'elle n'est pas assurée à la CNS : personnes migrantes sans caisse maladie et personnes assurées à une autre caisse maladie, ce qui sous-estime la représentativité nationale

Beaucoup de données sont incomplètes ou irrégulières, voire absentes et quand elles existent, elles ne sont actuellement pas mises en commun pour permettre une vision d'ensemble afin d'éclairer les choix et stratégies à adopter.

Ainsi, en fonction des objectifs voulus et de leurs indicateurs de suivi, des comparaisons internationales ne peuvent être établies. Or, le suivi de ces données permettrait d'aviser et d'orienter les choix d'un futur Observatoire de la Santé et de la Plate-forme et d'appuyer les fondements de la politique et de la bonne mise en œuvre des moyens sur des bases factuelles.

1.3) Les prospectives épidémiologiques

En premier lieu une **centralisation des données** est nécessaire pour une vision d'ensemble de la situation, suivant un plan d'analyse permettant une cohérence des plans et objectifs mis en place. Plusieurs institutions sont concernées mais aussi plusieurs secteurs d'activités, avec en priorité le secteur de la santé ainsi que les domaines thérapeutique, éducatif, professionnel, le secteur social et judiciaire.

Les données doivent refléter les **domaines influents la santé mentale** décrits par Korkeila J et al³⁰ :

- Indicateurs sociodémographiques : statut socioéconomique
- Réseau social : support social, isolement
- Evénements stressants majeurs : événements de la vie
- Santé mentale positive : bien-être subjectif, ressources personnelles, facteurs protecteurs comme estime de soi, sociabilité, etc.
- Expériences subjectives individuelles : santé perçue, qualité de vie (bien-être après traitement et capacité à mener une vie épanouie)
- Services : offre, utilisation et demande
- Morbidité générique : détresse psychologique en population générale (évaluation des besoins, de la nécessité de soins)
- Morbidité spécifique : troubles psychiques comme la dépression et l'anxiété
- Incapacités : jours arrêt maladie,
- Mortalité : suicide, etc.

En second lieu, plusieurs types d'indicateurs sont nécessaires pour améliorer la surveillance nationale. Certains doivent permettre d'être en alerte sur des événements particuliers (alcoolisation des jeunes, dépression chez les personnes âgées, augmentation des arrêts de travail pour cause de stress, surconsommation de médicaments, etc.), principalement en population générale et auprès de populations reconnues comme à risque. D'autres indicateurs doivent permettre de suivre les objectifs politiques fixés et d'améliorer l'offre : diminuer la mortalité due au suicide, améliorer l'efficacité des parcours de prise en charge, etc.

Les thématiques prioritaires sur lesquelles des indicateurs s'avèrent déficitaires au Luxembourg concernent :

- **Les besoins de santé non-satisfaits** : Actuellement il n'existe pas de données spécifiques sur les pathologies de santé mentale qui n'entrent pas dans le réseau de soins pour les raisons évoquées précédemment. Plus spécifiquement, la question de l'équité d'accès aux soins se pose, pour les plus en souffrance qui restent isolés ou exclus des systèmes de prises en charge existants et pour les plus démunis qui vivent en marge des réseaux. Les données de l'OCDE concernant les besoins de soins non satisfaits montrent que le Luxembourg est peu concerné par cette question d'inéquité³¹

³⁰ Korkeila J et al. Establishing a set of mental health indicators in Europe. Scand J Public Health 2003; 31: 451-459.

³¹ OCDE. Health at a Glance: Europe 2012. OECD Publishing. Paris. 2012.
<http://dx.doi.org/10.1787/9789264183896-en>

pour des raisons de soins trop chers, de délai d'attente trop long mais aucune spécificité à la souffrance psychique n'est abordée. Au vue de l'enquête de terrain menée auprès des acteurs, cette piste doit être explorée :

- les **délais d'attente de rendez-vous spécialisé sont décrits comme très problématiques**, principalement pour un premier rendez-vous, allant de deux semaines à 4 mois d'attente, en particulier par les associations de patients entraînant une aggravation de la situation. Un monitoring des délais des primo prises en charge est nécessaire pour favoriser un accès rapide à la prise en charge.
- le remboursement des médications en fonction des revenus individuels, en particulier des neuroleptiques, est une question récurrente. En raison de leur coût élevé (environ 100 euros par mois restent à la charge d'un patient souffrant de psychoses), ce type de traitement est fréquemment interrompu par les personnes ayant peu de ressources ou des difficultés à faire des démarches de demandes d'aide, entraînant alors fréquemment des périodes de rechutes avec hospitalisation. Sur cette question, une concertation devrait être engagée.
- Les données concernant la **consommation d'alcool** par habitant au Luxembourg ne sont pas valides à cause d'une importante vente d'alcool à des non-résidents, il serait nécessaire de travailler à décrire au plus juste la situation de la consommation au Luxembourg et de mettre l'accent sur des données liées à la consommation problématique d'alcool et à l'évaluation de la prise en charge.
- Le Luxembourg n'est pas en mesure de présenter actuellement des données sur la **prévalence**, ni sur l'**incidence des troubles de santé mentale en population générale**, en particulier en ce qui concerne les dépressions et les troubles anxieux.
- Les arrêts maladie pour cause de troubles mentaux demandent à être surveillés ainsi que les transferts à l'étranger pour soins stationnaires.
- Les tendances observées, telles que la consommation de benzodiazépines doivent être suivies régulièrement et sujettes à recommandations nationales ainsi que toute évolution inquiétante en termes de psychotropes. Le Conseil scientifique est invité à publier des recommandations par conférence de consensus sur cette thématique.
- Il n'existe pas de données permettant une comparaison nationale et internationale sur les réadmissions non programmées pour schizophrénie et troubles bipolaires, (Indicateurs HCQI de l'OCDE) c'est-à-dire des périodes de rechutes qui pourraient éventuellement être mises en lien avec la durée du séjour précédent, l'arrêt de médication, une instabilité de l'environnement, du travail ou du logement. D'un point de vue plus général, des données de résultats du système de soins et de prise en charge sont nécessaires afin de progresser collectivement vers une plus grande efficacité et une meilleure qualité de vie pour les personnes en souffrance.
- Une mortalité prématurée est observée chez les personnes atteintes de troubles mentaux de longue durée et d'une surmortalité chez les plus jeunes atteints de schizophrénie ou de bipolarité³². A cause de la grande précarité économique et sociale qui accompagne souvent les personnes en souffrance psychique, avec un accès difficile à des soins appropriés, la santé des patients atteints de maladies psychiques

³² OCDE La santé mentale dans les pays de l'OCDE. Synthèses. Décembre 2008

chroniques tend rapidement à se dégrader. Il serait nécessaire de suivre particulièrement ces données de **surmortalité et de mortalité précoce**.

Le deuxième type d'**indicateurs nécessaires** est celui permettant une **comparaison internationale** et une situation annuelle des données nationales aussi bien pour les facteurs de risque, la qualité des soins que la morbidité et la mortalité par rapport à l'évolution observée dans les autres pays. L'OMS dans le Plan 2013-2020 recommande de mettre en place un système de surveillance comprenant un certain nombre d'indicateurs permettant de connaître : « l'étendue du problème (la prévalence des troubles mentaux, les principaux facteurs de risque et facteurs protecteurs pour la santé et le bien-être mental) ; la couverture des politiques et de la législation, et des interventions et services (y compris l'écart entre le nombre des personnes atteintes de troubles mentaux et le nombre de celles qui reçoivent un traitement et bénéficient d'un ensemble de services appropriés, tels que les services sociaux) ; les données sanitaires pertinentes (y compris les taux de suicides et de mortalité prématurée au niveau de la population, ainsi que les progrès réalisés au niveau des individus ou des groupes en ce qui concerne les symptômes cliniques, les niveaux d'incapacité, la fonctionnalité globale et la qualité de la vie) et les données socio-économiques (y compris les niveaux relatifs d'éducation, d'accès au logement et à l'emploi et de revenu parmi les personnes souffrant de troubles mentaux) ».

Les indicateurs spécifiques à la santé mentale recommandés par l'OCDE³³ constituent une première base minimale établie :

TRAITEMENT

- Consultations en phase aiguë du traitement de la dépression
- Taux de réadmission en hôpital pour patients psychiatriques
- Durée de traitement des troubles liés à l'usage de substances
- Utilisation de médicaments antidépresseurs anticholinergiques chez les patients âgés par rapport au nombre de patients de plus de 65 ans sous antidépresseurs
- Traitement médicamenteux antidépresseur continu en phase aiguë et d'entretien

CONTINUE DES SOINS

- Délai de suivi ambulatoire après une hospitalisation
- Continuité du suivi après une hospitalisation pour co-occurrence de troubles psychiatriques et de troubles liés à l'usage de substances
- Disparités raciales/ethniques des taux de suivi en santé mentale
- Continuité du suivi après une hospitalisation pour troubles mentaux

COORDINATION DES SOINS

- Case management pour troubles psychiatriques sévères

RESULTATS POUR LES PATIENTS

- Mortalité chez les personnes souffrant de troubles psychiatriques sévères

³³ OECD. Selecting Indicators for Quality of Mental Health Care at the Health Systems Level in OECD Countries. Paris. 2004.

Compte tenu du poids des troubles de santé mentale, il est nécessaire de mettre en place un groupe de travail national pour étudier la faisabilité à produire les indicateurs recommandés, afin de se situer dans le cadre international et de **bénéficier d'indicateurs fiables permettant aux professionnels et aux décideurs politiques d'évaluer la situation nationale**. Ce groupe devra fixer des priorités en termes de surveillance, collecter les données disponibles et construire collectivement les indicateurs qui prennent sens dans le système actuel. Le dossier médical informatisé peut être l'occasion de recueillir un certain nombre de données pour une observation éclairée du champ de la santé mentale.

Proposition 1 : Le Grand-Duché doit se doter d'un **système d'information en santé mentale** par la mise en place d'un groupe intersectoriel lui permettant d'appuyer ses politiques sur des bases factuelles afin d'alimenter les banques de données internationales (HFA-Database, OECD..), mais surtout de justifier l'évidence des investissements en matière de politique de santé mentale et de soutenir l'évaluation des pratiques.

En dehors des données actuellement fournies aux organisations internationales, en termes de mortalité et ressources humaines, des données spécifiques à la santé mentale seraient nécessaire dont le set minimal recommandé par l'OCDE:

- Consultations en phase aiguë du traitement de la dépression
- Taux de réadmission en hôpital pour patients psychiatriques
- Durée de traitement des troubles liés à l'usage de substances
- Utilisation de médicaments antidépresseurs anticholinergiques chez les patients âgés par rapport au nombre de patients de plus de 65 ans sous antidépresseurs
- Traitement médicamenteux antidépresseur continu en phase aiguë et d'entretien
- Délai de suivi ambulatoire après une hospitalisation
- Continuité du suivi après une hospitalisation pour co-occurrence de troubles psychiatriques et de troubles liés à l'usage de substances
- Disparités raciales/ethniques des taux de suivi en santé mentale
- Continuité du suivi après une hospitalisation pour troubles mentaux
- Case management pour troubles psychiatriques sévères
- Mortalité chez les personnes souffrant de troubles psychiatriques sévères

Des données spécifiquement nationales de prévalence et d'incidence en population générale, principalement pour les troubles liés à l'alcool et les troubles affectifs s'avèrent nécessaires, dont les tentatives de suicide, ainsi que les données permettant une pondération des problématiques nationales spécifiques mises en évidence par l'Etat des lieux (Cf. L'attribution des missions page 38) : patients psychiatriques démunis et désocialisés, patients souffrant du syndrome de Korsakoff, patients avec doubles diagnostics ne trouvant pas de solution de prise en charge dans les services existants, personnes âgées démentes ainsi que les signes d'alerte en termes de consommation de psychotropes, transferts à l'étranger, arrêts maladie, délais d'attente de premier rendez-vous. A ces données épidémiologiques s'ajoutent les besoins de santé non satisfaits dans le domaine de la santé mentale et les données de mortalité précoce chez les patients souffrant de troubles psychiatriques.

Un préalable à la mise en place d'un système cohérent serait dès lors une certaine standardisation du dossier patient quel que soit le secteur de prise en charge pour une accessibilité et un traitement efficace des données.

2- Description de l'organisation actuelle du système de santé mentale

2.1) La description de l'offre de prise en charge : Généralités

Pour la santé mentale, **la médecine libérale joue un rôle essentiel** pour l'entrée dans la prise en charge, même si l'urgence psychiatrique reste largement dépendante des services d'urgence des hôpitaux généraux. Hormis hospitalisation sous contrainte, le patient choisit de s'adresser à un médecin généraliste ou spécialiste qui lui, en fonction d'arguments qui lui sont propres, le prend en charge ou l'oriente ailleurs. Ce n'est que via une ordonnance médicale que les prestations de l'assurance maladie sont prises en charge.

Mais faute de données plus exhaustives, les activités de prise en charge en libéral ne peuvent être ni quantifiées ni qualifiées qu'il s'agisse de détection, de prise en charge des troubles mentaux et des résultats pour le patient et son devenir.

L'offre nationale de services dans le champ de la psychiatrie montre une densité des services qui se situe globalement dans la moyenne des pays de l'OCDE mais avec une répartition inégale.

Les soins primaires en première ligne

Avec 2.8 médecins en exercice pour 1000 habitants, le Luxembourg est en deçà de la moyenne européenne.

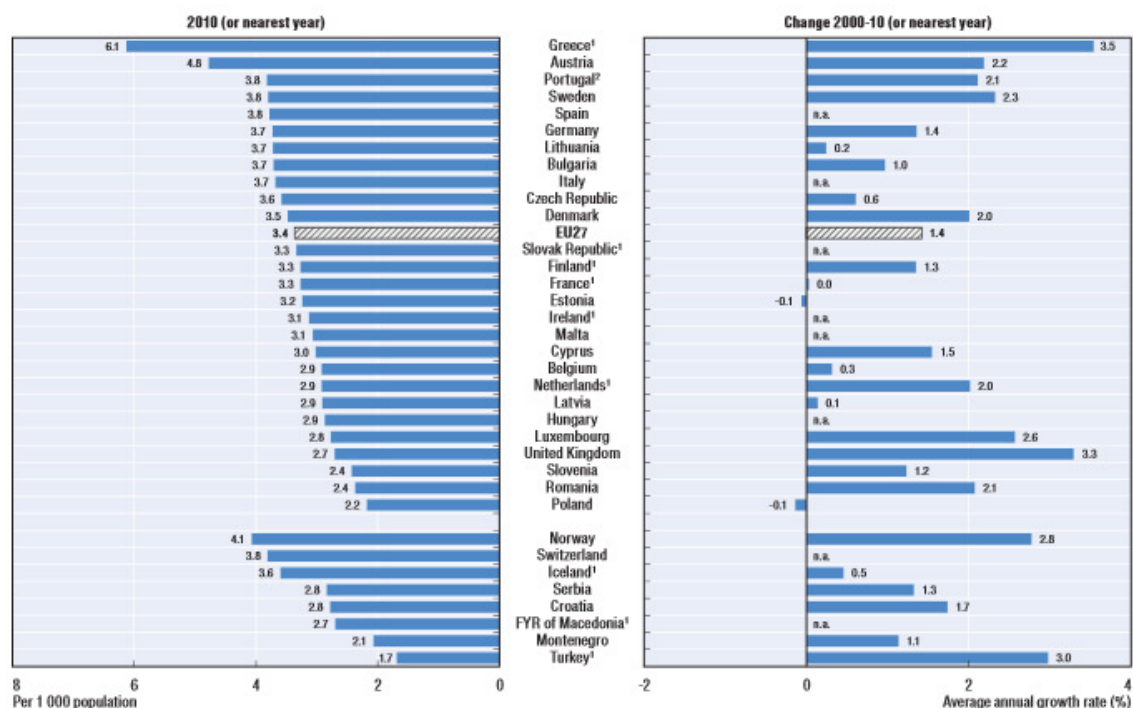


Figure 4. Médecins en exercice pour 1000 habitants en 2010 et évolution entre 2000 et 2010 (source OCDE)

L'offre médicale luxembourgeoise est principalement organisée à partir d'une médecine libérale indépendante, que ce soit pour les 424 médecins généralistes qui la composent en

2011 ou la plupart des 1010 médecins spécialistes³⁴. Parmi les médecins psychiatres, seuls quelques-uns sont des praticiens hospitaliers salariés (en extrahospitalier, au CHL ou au CHNP), la majorité travaille soit uniquement en cabinet libéral, soit à la fois en cabinet et à l'hôpital. Sur les 966 médecins agréés à travailler dans les hôpitaux, 53 travaillent dans le secteur psychiatrique en 2012²⁷. Les médecins disposent d'une entière liberté thérapeutique et les patients ont le libre choix de leur(s) médecin(s) et de leur suivi médical.

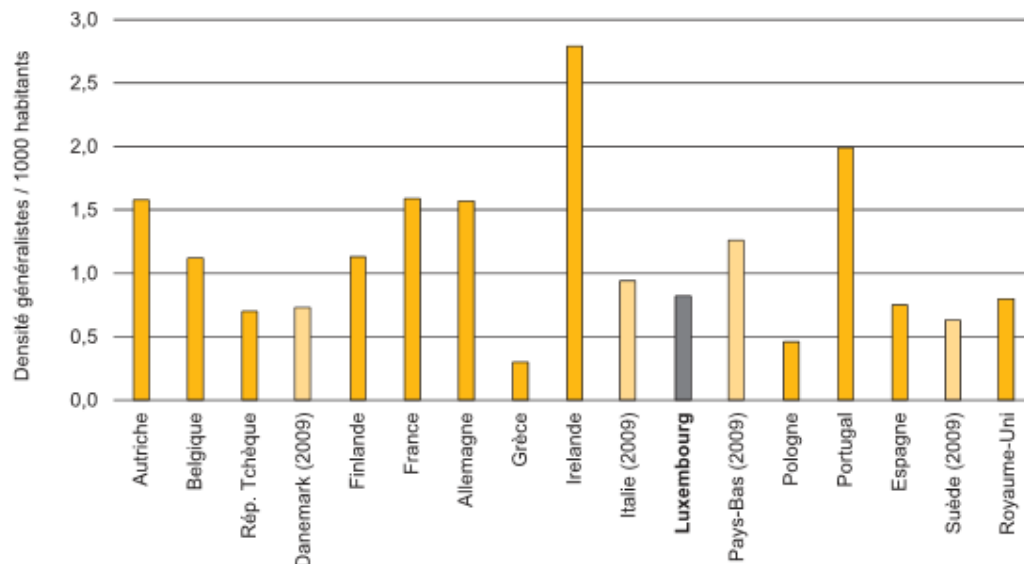


Figure 5. Comparaison de la densité médicale dans différents pays européens en 2010 : médecins généralistes (Source : IGSS. Rapport général sur la sécurité sociale 2011).

Pour les psychiatres, le Luxembourg dispose de 18.2 psychiatres pour 100 000 habitants en 2009³⁵, un peu plus que la moyenne des pays de l'OCDE : 15.4 et moins que l'Allemagne : 19.8 et la France 21.8.

³⁴ Rapport Général sur la Sécurité Sociale au Grand-duché de Luxembourg. Ministère de la Sécurité sociale. Luxembourg. 2011. http://www.mss.public.lu/publications/rapport_general/rg2011/rg_2011.pdf

³⁵ OCDE. Health at a Glance 2011: OECD Indicators. Health Workforce. Psychiatrists

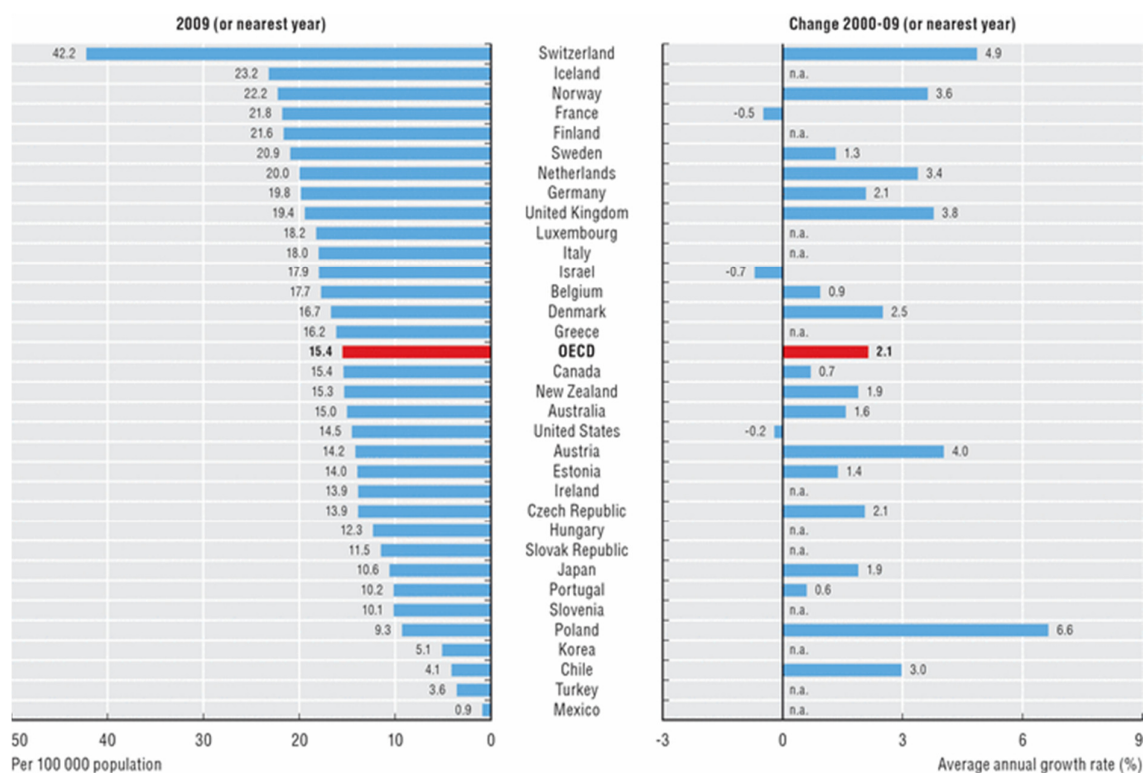


Figure 6 : Nombre de médecins psychiatres pour 100 000 habitants (Source OCDE)

L'offre hospitalière

Les services de psychiatrie sont intégrés dans les 5 hôpitaux généraux aigus qui assurent également le service d'urgence régional : le Centre Hospitalier de Luxembourg, Centre Hospitalier du Kirchberg, Zitha Klinik, Centre Hospitalier Emile Mayrisch et Centre Hospitalier du Nord. A part pour le CHL et le CHNP, les prises en charges médicales et la continuité des soins (gardes) sont assurées par les psychiatres libéraux agréés, c'est-à-dire parmi ceux qui ont leurs cabinets en ville. Tous les psychiatres libéraux ne participent cependant pas au service hospitalier ni au service d'urgence afférent.

Chaque service est composé d'un centre de crise, d'un service d'hospitalisation et d'un hôpital de jour.

Avec 479 lits hospitaliers, 17% des lits des hôpitaux du pays sont consacrés à la psychiatrie.

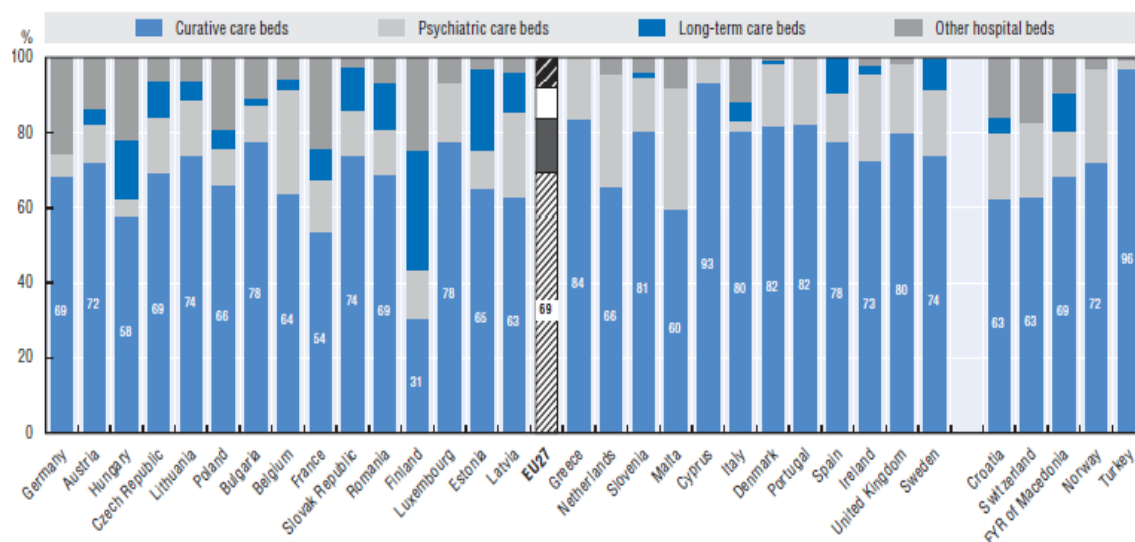


Figure 7. Lits d'hôpital par fonction de soins de santé en 2010 (Source OCDE)

Avec 0.9 lits psychiatriques pour 1000 habitants en 2009 (données Eurostat), le Luxembourg se situe dans la moyenne des pays de la région européenne de l'OMS (0.87 lits pour 1000 habitants).

Mais, malgré les tentatives de standardisation des organismes internationaux, le calcul du nombre de lits notamment psychiatriques diffère d'un pays à l'autre et rend difficile la comparaison. Ainsi l'Allemagne ne comprend pas sous la notion de lits psychiatriques ceux de psychiatrie juvénile, de « Forensik » et du long séjour, ce qui peut évidemment biaiser les comparaisons avec d'autres pays (Cf. Health at a Glance OECD sous Définitions).

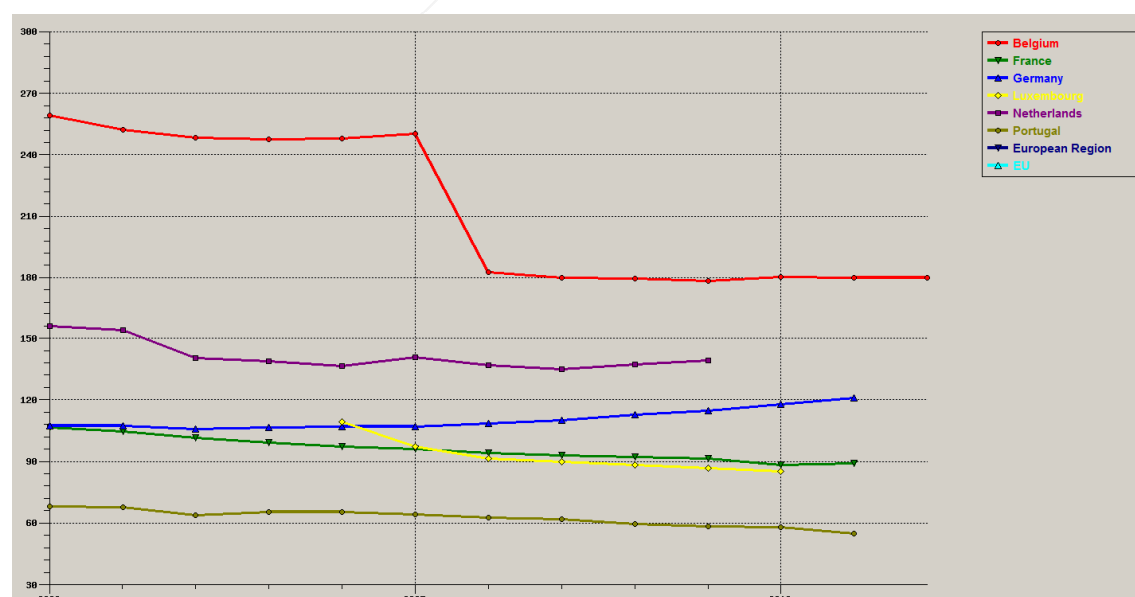


Figure 8. Evolution du nombre de lits psychiatriques pour 100 000 habitants entre 2000 et 2012 (Source OMS Europe)

Concernant la répartition nationale, une différence nette est observée entre les 3 régions hospitalières, le Sud souffrant d'un nombre de lits plus faible que les autres régions :

- Nord : 57.7 lits pour 100 000 (sans CHNP) en 2009
- Centre : 42.0 lits
- Sud : 29.2 lits

Le nombre de séjours, exprimé en pourcentage du nombre total de séjours nationaux, montre que le CHdN réalise presque $\frac{1}{4}$ des séjours alors que la région ne compte que 16% de la population totale, chiffre pouvant être dû au nombre de lits existants et au rapprochement vers le nord d'une partie des assurés du centre vivant dans des cantons limitrophes.

Pourcentage des séjours:

- 23% des séjours au Nord pour 16% de la population en 2009 (hors CHNP) avec 1384 séjours
- 48% des séjours dans le Centre pour 53% de la population
- 29% au Sud pour 31% de la population avec 1500 séjours

La réhabilitation

Avec la réforme a été introduite progressivement la réhabilitation dans le milieu habituel du patient, par la création des structures extrahospitalières (ambulatoire). La réhabilitation stationnaire est assurée par le Centre Hospitalier Neuro-psychiatrique, établissement de moyen séjour (avec de facto une section de long séjour), après un passage en hôpital aigu, lorsque le patient ne peut pas immédiatement retourner dans son lieu de vie habituel.

Avec à ce jour 225 lits, soit presque la moitié des lits psychiatriques, le CHNP reste un acteur incontournable des parcours de prise en charge, dont les missions sont diverses : réhabilitation stationnaire, long séjour, placement judiciaire, soins en institution pénitentiaire et soins à domicile.

Les transferts à l'étranger

Outre les traitements dispensés sur le territoire national, une partie de soins prodigués a lieu à l'étranger : sont concernés les traitements stationnaires (pour la grande majorité des demandes), ambulatoires, les analyses, les cures et les consultations, suite à une demande d'autorisation préalable à l'Administration du Contrôle médical de la Sécurité sociale.

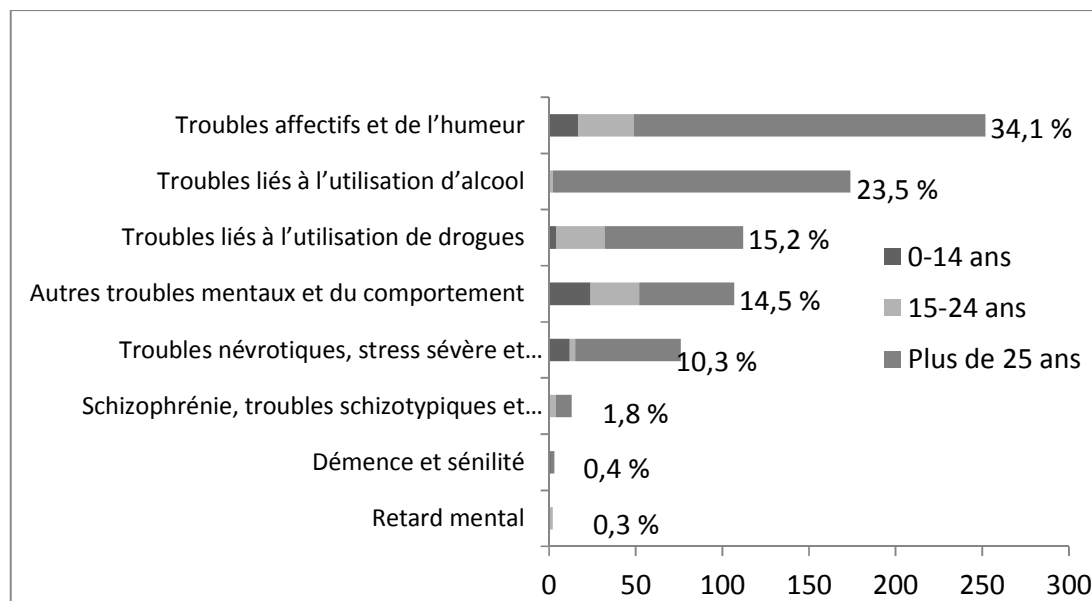


Figure 9. Répartition des patients transférés à l'étranger en 2007 par groupe de pathologie et suivant la classe d'âge (données Contrôle médical 2007)

Parmi les 739 patients autorisés à recevoir des soins à l'étranger en 2007 pour cause de troubles mentaux et du comportement, **plus d'un tiers présente des troubles affectifs et plus d'un autre tiers des problèmes de dépendances**. Les catégories diagnostiques sont peu détaillées et ne permettent pas une analyse plus fine des données, pour observer, en particulier, les soins reçus à l'étranger par manque de structure nationale comme les troubles alimentaires et les troubles psychosomatiques.

Les transferts à l'étranger est un chiffre en augmentation, d'après la Carte sanitaire 2012, alors que les hospitalisations est un chiffre qui reste relativement stable dans le pays et que les hospitalisations au CHNP diminue.

L'offre extrahospitalière

Comme préconisé par les auteurs de la réforme de la psychiatrie, les services extrahospitaliers se sont développés parallèlement à la décentralisation de l'offre hospitalière avec comme mission d'offrir une prise en charge thérapeutique en centre de jour (consultations et activités thérapeutiques) et un suivi encadré aux patients chroniques, en termes de logement, travail et loisirs.

Il existe 4 services extrahospitaliers : Réseau psy, Liewen Dobaussen, le Cermm et le Centre de santé mentale, les deux derniers ayant fusionné en 2013, comprenant chacun :

- un service de consultation (avec psychiatres, psychologues, ergothérapeutes, assistantes sociales, infirmiers et/ou éducateurs),
- un centre de jour (activités thérapeutiques)
- un service logement (avec 220 places pour l'ensemble du pays),
- et un centre de rencontre (lieu d'échanges et d'activités sociales, fréquentation libre)

Pour le logement, avec 220 places et 227 personnes hébergées en 2011, un très faible turnover est observé, compte tenu de pathologies chroniques invalidantes nécessitant souvent un accompagnement à long terme, voire à vie.

A ces 4 services s'ajoutent 3 associations disposant d'ateliers thérapeutiques répartis sur l'ensemble du pays : ATP, Mutterter Haff et Wäschbur

Les ATP sont les ateliers de travail protégé de métiers divers, présents sur 4 sites (deux au Nord, un au centre et un au sud du pays). Le Mutterter Haff est une ferme équestre qui privilégie une population présentant des situations complexes (Cf Annexe 2 page 58). L'atelier Wäschbur n'est pas doté en professionnel thérapeutique et accueille peu de problématiques psychiatriques parmi ses collaborateurs.

Le Ministère de la Santé finance également des ateliers de travail adapté dépendants du service de la Stëmm vun der Strooss pour les populations démunies. Non spécifiquement impliqué dans le réseau de prise en charge psychiatrique, ce service prend en charge une large population souffrant d'alcoolisme, de toxicomanie, de troubles psychiques divers et vivant des situations de grande précarité.

Les ressources en personnel

Le nombre d'équivalent temps plein impliqué auprès des patients montre des ressources humaines similaires entre les services extrahospitaliers et la réhabilitation alors que le secteur hospitalier reste le secteur le plus pourvu en personnel :

- **135 équivalents temps plein (ETP) en extrahospitalier (comprenant les 4 services + les 3 ateliers de travail)**
- **233 ETP en hospitalier (les services de psychiatrie des 5 hôpitaux généraux dont la clinique des troubles émotionnelles)**
- **134 ETP pour la réhabilitation (CHNP, sans la psychiatrie légale et le long séjour)**
- **23 ETP pour le long séjour (CHNP: Lannenhaff et Um Weier)**

2.2) Le financement du système

L'organisation de la psychiatrie se base sur un mode de financement double :

- la caisse nationale de santé (CNS) pour la médecine libérale, hospitalière et pour les prestations à domicile dispensées par les services extrahospitaliers.
- le Ministère de la Santé finance les services extrahospitaliers et certaines associations investies dans le champ de la médecine sociale dont la santé mentale.

Les deux sources de financement ont des pratiques distinctes, elles ne disposent d'aucun cadre commun concerté pour l'allocation des moyens et des besoins en personnel, en fonction des missions confiées. Les budgets hospitaliers et extrahospitaliers ne sont actuellement pas assujettis ni à des objectifs, ni à des performances, il s'agit d'une attribution de moyens entre le prestataire et le financeur.

Compte tenu des données observées dans l'offre de service, outre la stratégie adoptée, il est évident que la répartition des moyens doit être mise à l'ordre du jour de la gouvernance : répartition régionale des lits, répartition des moyens en personnel et en places disponibles entre les secteurs d'activité en fonction des objectifs de la politique nationale et répartition des traitements nationaux et autorisés à l'étranger pour une meilleure visibilité des domaines de compétences.

Proposition 2 : Quelque soient les sources, le financement de la charge de maladie et de la santé mentale doit être vu dans sa globalité, notamment à travers le modèle des comptes de la santé³⁶ pour permettre à la fois des appréciations d'efficience et des comparaisons internationales.

Les sources de financement ne doivent en aucun cas être un obstacle à des évolutions de prises en charge ou de l'organisation des soins ou plans d'actions, si ces derniers se révèlent plus efficaces et plus efficientes. Ceci implique que les tutelles de financement soient et restent également activement impliquées dans la conceptualisation, la préparation des stratégies de déploiement des moyens, l'évaluation des résultats et le benchmarking international.

Les investissements dans la santé, y compris dans la santé mentale, n'ont de sens que s'ils apportent une valeur ajoutée mesurable pour le bien-être des patients pris en charge, des communautés et pour leur intégration sociale.

A fortiori en temps de crise, ces investissements doivent permettre d'atteindre des objectifs mesurables et des performances comparables par rapport aux acquis de la science et aux résultats des pays, de préférence avoisinants. L'allocation des moyens implique la responsabilité des donneurs et des receveurs et par conséquent leur redevabilité.

Des contrats d'objectifs, en cohérence avec ceux découlant du cadre conceptuel et en conformité avec l'évolution des besoins évalués sur des bases factuelles et l'atteinte de performances de référence et préalablement négociées, seraient progressivement à envisager avec les acteurs.

³⁶ WHO. Les comptes nationaux de la santé. Global health expenditure database. <http://apps.who.int/nha/database/DataExplorerRegime.aspx>

3- Le cadre conceptuel, la stratégie et la gouvernance

Préambule

Les progrès enregistrés dans le domaine de la psychiatrie ont bénéficié, à n'en pas douter, d'une réelle volonté politique, et de circonstances économiques favorables. Mais devant la conjoncture actuelle qui souffre d'un ralentissement de l'accroissement économique, l'extension des budgets de l'Etat et de la Sécurité Sociale est mise à mal.

Les propositions d'investissements supplémentaires doivent dès lors être envisagées pour une amélioration progressive des constats observés, avec une **stratégie de développement prenant en compte les ressources en place** et d'éventuels transferts de moyens à l'intérieur de ce secteur.

En préalable au changement, les pistes de développement ne peuvent s'envisager que si elles apportent une plus-value par rapport à l'existant et qu'elles relèvent d'un intérêt collectif. Des améliorations ne pourront s'engager que si elles font consensus à la Plate-forme et si elles sont soutenues d'une volonté politique.

Toute nouvelle proposition, si elle est en accord avec les objectifs de la politique nationale, devrait être entendue et mise à discussion. Une phase de test de faisabilité devra être envisagée, suivie de la mise en place d'un projet pilote, permettant une évaluation de l'offre proposée avant d'envisager la pérennisation du projet.

3.1) Le cadre conceptuel

Observations et Constats

Le cadre conceptuel liée à la réforme de la psychiatrie a été présenté publiquement en plusieurs occasions et est contenu dans différents supports disponibles sur le portail santé³⁷.

Néanmoins nos enquêtes sur le terrain ont démontré que les lignes de conduites et concepts soutenus par le gouvernement ne sont connus que par les initiés. **Le cadre conceptuel est resté peu visible** sur le terrain, preuve d'une communication insuffisante entre les différentes autorités publiques, les membres de la Plate-forme et les acteurs de terrain. Avec l'évolution du paradigme vers la santé mentale ce fossé risque encore de s'élargir.

En effet, par rapport à la décentralisation de la psychiatrie, le champ de la santé mentale est plus vaste et à priori moins concret. La santé mentale s'applique à tous les âges et tous les milieux de la vie et comprend comme référence essentielle la notion de bien-être, que tous les organismes internationaux (dont l'OCDE), mais aussi le Comité Economique et Social au Grand-duché (CES), s'appliquent actuellement à cerner autour d'objectifs mesurables dans la perspective de favoriser à la fois l'épanouissement personnel et la cohésion sociale.

La santé mentale comprend également la prévention et la lutte contre le mal-être et les pathologies de santé mentale et fait ainsi intervenir la prise en charge médicale,

³⁷ <http://www.sante.public.lu/fr/systeme-sante/systeme-politique-sante/politique-nationale-sante/politique-sante-mentale/index.html>

psychologique, sociale, éducative, professionnelle et peut même comprendre des aspects judiciaires, impliquant des tutelles différentes.

L'approche de la santé mentale est pangouvernementale ; elle implique des compétences de ministères distincts. Outre le Ministère de la Santé, le Ministère de la Famille et de l'Intégration pour le champ social, voire psychothérapeutique, le Ministère de l'Education Nationale, de la Justice, du Travail, de la Sécurité Sociale et des Finances sont impliqués.

Or, sans préjudice des déclarations gouvernementales et hormis pour une partie des intervenants notamment au CES et à la Plate-forme de psychiatrie, **il n'y a pas encore de vision ou concertation bien formalisées entre ces différents acteurs, ni de cadre conceptuel ou de plan stratégique respectivement d'actions tangibles** selon la recommandation du Plan OMS 2013-2020.

Actuellement, la politique de santé mentale n'offre pas encore de vue d'ensemble concrète aux différents âges de la vie permettant une vision cohérente au long du cycle de la vie Enfant/Adulte/Personne âgée.

Les acteurs rencontrés lors de l'état des lieux expriment une attente de définition respectivement de meilleure communication autour du cadre conceptuel, du plan stratégique et du modèle de gouvernance comprenant :

- **les principes et valeurs soutenus**
- **les objectifs généraux déclinés sur plusieurs années**
- **la définition des objectifs opérationnels**, globaux et mesurables par région et par secteur

Ce cadre plus explicite, plus accessible et plus concret ne devra cependant pas tomber dans les travers d'une rigidité doctrinale ; le modèle proposé devrait rester suffisamment souple pour pouvoir y inscrire des projets pilotes permettant à des initiatives retenues de commun accord d'être soutenues, évaluées, pérennisées pour une amélioration encadrée du système en place.

Prospectives

Une des étapes clés à venir serait la rédaction d'un cadre national conceptuel intégrant des principes fondamentaux. Cette vision est à mettre en perspective avec la stratégie à venir et la gouvernance. Le cadre conceptuel devra s'articuler avec les stratégies et plans existants ou en cours au Ministère de la Santé, ainsi que les stratégies liées à la santé mentale et dépendants de d'autres Ministères. **La santé mentale doit être incluse explicitement dans les politiques, plans et programmes de santé généraux, dans la perspective de « Heath in all Policies ».**

Relatifs à la politique nationale de santé³⁸, les principes d'une politique de santé mentale proposés peuvent avoir comme base de soutenir :

- L'universalité et équité d'accès

³⁸ Principes inspirés du cadre conceptuel proposé dans la Carte sanitaire 2012.

- La générosité et solidarité
- Les bénéfices, résultats et efficacité
- La qualité des soins et la satisfaction des usagers
- L'efficience
- La justice
- Le respect de la dignité et des droits fondamentaux des personnes souffrant de troubles mentaux et de handicaps psychosociaux
- La protection des groupes vulnérables et marginalisés
- Des actions basées sur des données factuelles permettant une plus-value de l'existant

Ces principes devraient permettre, par une déclinaison en objectifs et en indicateurs mesurables, pour que **les chances soient les mêmes pour tous, à tous les âges de la vie, dans une perspective de gain en termes de santé, de bien-être, de qualité de vie et d'autonomie** : d'éviter les exclusions du système de prise en charge, les risques d'appauvrissement pour accéder à des services sanitaires et sociaux essentiels, les risques d'inéquité géographique, financière ou liée à une pathologie en particulier ou à sa gravité.

Proposition 3 : Il est nécessaire, en toute première étape, **de rédiger et de diffuser un cadre conceptuel** cohérent, partagé, intersectoriel, pour la promotion et la prise en charge de la santé mentale aux différents âges de la vie, comprenant des principes, des objectifs mesurables sur plusieurs années (via la déclinaison par des plans d'actions) et indicateurs de suivi, alimentés par des données pertinentes.

En vue de **favoriser l'adhésion** des forces vives à un projet partagé, **la bonne communication** de ce projet avec ses axiomes et valeurs qui le sous-tendent est un aspect à ne pas négliger. Ces échanges doivent être associés à un travail collectif avec les acteurs du terrain pour que les principes défendus soient déclinés en objectifs mesurables, indicateurs de suivi et données nécessaires pour une plus grande efficience du système, à la fois pour les personnes concernées, les professionnels et les autorités publiques.

3.2) La gouvernance

Parmi les principaux facteurs jugés nécessaires par l'OMS³⁹ pour l'élaboration de politiques et de plans efficaces en matière de santé mentale figurent : « un solide leadership et un engagement des pouvoirs publics ; une participation de l'ensemble des parties prenantes concernées ; une définition claire des domaines d'action, et de lignes d'action s'appuyant sur des données factuelles et tenant compte des incidences financières ».

Observations et Constats

La détection et la prise en charge des problématiques de santé mentale, à tous les âges, font intervenir des secteurs différents (libéral, hospitalier, conventionné) et des professions qui relèvent de tutelles distinctes (Ministères de la Santé, de la Famille, de l'Education nationale, de la Justice). Faute de vision et de gouvernance globale, les actions menées manquent de lisibilité et de coordination et montrent des points faibles sur un système qu'il est difficile de rendre efficient.

Pourtant, à partir de la réforme engagée, les outils nécessaires à l'intégration des services de santé mentale dans le système de soins général et à la désinstitutionalisation ont été mis à l'œuvre dans le pays : services de psychiatrie, services extrahospitaliers, ateliers thérapeutiques, secteur libéral, services sociaux, etc.

La Plate-forme de psychiatrie, en tant que modèle de concertation, joue un rôle essentiel, relativement bien défini comme organe essentiel de gouvernance, alors qu'elle n'a aucun statut légal. Néanmoins, par son grand nombre de membres, **la Plate-forme est devenue difficilement fonctionnelle**. Sa fonction reste ambivalente : est-elle décisionnelle ou consultative ? Certains acteurs importants n'y sont pas représentés ou y sont peu actifs : associations de patients, représentants des médecins généralistes, secteur social, etc.

Au niveau national il existe un Conseil scientifique dans le domaine de la santé qui publie certaines recommandations (non contraignantes); toutefois, il n'y a pas de recommandations scientifiques publiées en matière de santé mentale ou de prise en charge des troubles du comportement ; outre le Collège médical auquel appartiennent tous les médecins en tant qu'organe disciplinaire, la gouvernance peut solliciter le syndicat des médecins (l'AMMD) ou prendre conseil auprès de la Société luxembourgeoise de psychiatrie. La formation continue est laissée à l'initiative privée

Prospectives

En tant qu'instrument de gouvernance, la Plate-forme telle qu'elle existe a permis des réformes considérables. Néanmoins la responsabilité en matière de politique de santé mentale est une question pangouvernementale et relève du leadership désigné en la matière par le Gouvernement.

A l'image de la législation dans le secteur hospitalier et de la planification hospitalière, une Loi-cadre pourrait être adoptée pour la santé mentale, permettant une architecture du domaine

³⁹ OMS. Projet de plan d'action global pour la santé mentale 2013-2020. Mai 2013.

concerné, basé sur des valeurs communes : cadre conceptuel, répartition des missions et responsabilités et encadrement des actions et initiatives.

Du fait de l'évolution incontournable du paradigme vers la promotion et la prise en charge de la santé mentale, la gouvernance doit être améliorée pour répondre aux enjeux qui se posent : concrétiser le plan d'action global pour la santé mentale, répondre aux problématiques transversales, favoriser le décloisonnement inter secteurs (généraliste et spécialiste, social et médical, hospitalier et extrahospitalier), redéfinir les missions et les rôles des intervenants, proposer un système de financement lié à des stratégies et plans d'action en abandonnant progressivement le financement par simple allocation de moyens.

Elle doit pouvoir disposer de bases factuelles et s'adapter aux besoins observés, notamment en favorisant les projets pilotes qui apportent une plus-value et évalués en ce sens.

Proposition 4

1 : Clarifier la gouvernance, globale et sectorielle, en cohérence avec le leadership, les rôles, la coordination de l'organisation, l'attribution des missions, des responsabilités, les règles de délégation et de redevance des intervenants à tous les échelons, quelques soient les sources du financement public

2 : Au niveau de la Plate-forme, dont la présidence relève du Ministre qui a la santé mentale dans ses attributions, et dont le rôle, le statut formel et la mission sont également à préciser, mettre en place une concertation à 3 niveaux :

2.1- Un groupe intersectoriel, favorisant une harmonisation nationale avec comme mission de prioriser les thématiques pour des groupes de travail, discuter les propositions émises et communiquer avec les acteurs de terrain des avancées et questions en cours. Ce groupe serait constitué des membres de la Plate-forme, à redéfinir, élargi des secteurs non représentés comme les associations de patients. Il peut être envisagé des réunions trimestrielles.

2.2- Des groupes de travail thématiques intersectoriels pour avancer sur les dossiers mis en priorité. Une synthèse de l'avancement des travaux devra être présentée régulièrement à la Plate-forme ; des réunions mensuelles peuvent être envisagées en fonction des thématiques retenues : Plan national Alcool ; Détection des problèmes et aides à l'orientation ; Prévention suicide et dépression ; Prise en charge des personnes sans domicile fixe: combien, quels problèmes, quels acteurs, quelles pistes d'amélioration ? Etc.

2.3- Un réseau de professionnels pouvant être consulté, avec une rencontre annuelle Santé mentale, organisée par thématique et une « Newsletter » qui pourrait paraître plusieurs fois dans l'année dans l'idée de transmettre des informations, des expériences, des retours de formation, etc. Une diffusion plus large des comptes rendus validés de la Plate-forme peut être envisagée.

3) Veiller à une meilleure communication et qui va « au-delà des initiés » et qui vise notamment l'information, la dé-stigmatisation, la dynamique des efforts et fait ainsi preuve de la redevabilité publique légitime.

3.3) La stratégie

Le Plan OMS 2013-2020 préconise un redéploiement des ressources principalement attribuées aux services hospitaliers, vers les services intervenant dans le milieu de vie naturel des patients et notamment de ceux souffrant de troubles chroniques.

Quelles que soient les pathologies, les soins dans les lieux de vie sont mis en avant dans la littérature, avec comme arguments principaux une amélioration de la qualité de vie des personnes en souffrance et un moindre coût. D'une manière générale, les études ne montrent pas de meilleurs résultats cliniques entre soins dans la communauté et soins à l'hôpital mais un coût moindre, avec une différence notable sur la qualité de vie⁴⁰. Pour le long séjour, les résultats sont différents en termes de qualité de vie et de stabilité du lieu de vie, mais aussi un taux de réhospitalisation et une mortalité plus faibles⁴¹. Une analyse réalisée en Belgique, portant sur les prises en charge de patients présentant des troubles sévères (patients accueillis plus d'un an en hôpital, en maison de soins psychiatriques ou en appartement encadré avec hôpital de jour, présentant des pathologies de type schizophrénie, comportement anti-social, agressivité, retard mental) montre que le coût en hôpital est deux fois plus élevé alors que la participation financière individuelle est moindre que dans le secteur extrahospitalier⁴². Pour les soins de crise également, la preuve a été faite qu'ils sont plus bénéfiques dans la communauté pour des personnes souffrant de troubles sévères : moins de stigma, une plus grande satisfaction des patients et des proches, mais aussi une amélioration de l'état de santé et moins d'hospitalisations à répétition après la crise⁴³.

Observations et Constats

Plusieurs questions stratégiques se posent suite à l'analyse de l'offre de services et aux propos recueillis auprès des acteurs de terrain : quels moyens privilégier pour tendre vers un système moins centré sur la prise en charge à l'hôpital ? Quel axe de prise en charge privilégier ? Quelle distribution des ressources sur le territoire ? Les problématiques mises en évidence lors de l'état des lieux montrent que des questions stratégiques se posent essentiellement sur le poids réservé au secteur hospitalier, sur la question du logement et de la coordination de la prise en charge.

En effet, malgré la réforme et le large développement du secteur extrahospitalier, le secteur hospitalier reste massivement investi, comme le montre l'analyse des filières de prise en charge. Le système reste globalement hospitalo-centrique avec une décentralisation de la psychiatrie vers les hôpitaux généraux et un CHNP qui fonctionne sur un mode hospitalier : 25% du personnel dans le secteur extrahospitalier et 75% dans le secteur hospitalier alors que les recommandations pour des soins dans la cité préconisent une répartition à 60% du personnel dans l'extrahospitalier et 40% dans le secteur hospitalier⁴⁴.

⁴⁰ Macpherson R et al. Twenty-four hour care for schizophrenia. Cochrane Schizophrenia Group. 2009.

⁴¹ Thornicroft G, Tansella M. Components of a modern mental health service: a pragmatic balance of community and hospital care. The British Journal of Psychiatry. 2004.

⁴² KCE. Les séjours psychiatriques de longue durée en lits T

⁴³ Murphy S. et al. Crisis intervention for people with severe mental illnesses. Cochrane Schizophrenia Groupe. 2012.

⁴⁴ Roeland J-L. et al. Quels critères de bonnes pratiques pour des services de psychiatrie intégrés dans la cité ? CCOMS, Lille, 2007

Hors des murs de l'hôpital, dans le large champ de la psychiatrie sociale, la question du logement apparaît comme une question clé, avec les risques de pauvreté liés à la maladie psychique, d'exclusion, et une stabilisation psychique délicate compte tenu de la précarité vécue. Le pays souffre d'une offre insuffisante de logements alors que la population va croissante. La structure socio-économique des familles en demande de logement est également modifiée depuis plusieurs années avec une « progression du taux des ménages monoparentaux, une augmentation rapide du nombre des personnes vivant seules et un vieillissement de la population »⁴⁵. La réalité du marché du logement confronte les personnes présentant des troubles mentaux à une aggravation de leurs conditions de vie et donc de stabilité de vie.

Parallèlement, des problèmes de coordination sont mis en évidence par les professionnels pour les situations familiales et sociales qui souffrent d'instabilité, de précarité, d'isolement ou dans les logements privés sans qu'aucun suivi à domicile ne soit organisé, entraînant alors des interventions multiples successives. L'état des lieux a montré que la coordination reste relativement stable quand elle est liée au logement et à l'équipe qui accompagne ces moments de vie quotidienne (services extrahospitaliers, offices sociaux, SPAD).

Prospectives

Compte tenu des orientations internationales, des acquis de la science et d'une vision orientée vers une meilleure qualité de vie pour le patient, la stratégie proposée est de s'orienter vers une politique de santé mentale qui tend **à l'épanouissement individuel, à prévenir les pathologies et en cas de maladie à stabiliser et accompagner, en fonction des besoins, le patient dans son cadre de vie naturel** ce qui signifie une implication des services de soins primaires et une bonne coordination de la prise en charge : santé, travail, logement, environnement social et familial, etc.

La stabilité du lieu de vie est un facteur protecteur de santé mentale, hors les murs des services, que ce soit dans un logement privé ou encadré. La stratégie s'inscrit dans une perspective de stabilité du milieu de vie et donc de possibilités d'accompagnements à domicile suffisamment souples, réactifs, pluriels, avec une diversité d'offres (autre que l'hôpital) et d'accompagnement pluridisciplinaire dans les lieux de vie et avec l'entourage (conjoint, enfants, employeurs, voisinage, etc.).

Il est proposé de construire un projet de manière intersectorielle, dans la lignée du travail engagé par le Ministère de la Famille contre l'exclusion liée au logement⁴⁶, sur la thématique d'Housing First, pour un accompagnement à domicile adapté aux besoins, permettant une souplesse d'organisation de la prise en charge qu'elle soit plus ou moins thérapeutique ou plus ou moins sociale, non en fonction du service mais en fonction des besoins et donc dépendre d'un schéma directeur national.

Le travail à domicile, qui existe déjà, avec les services logements, le SPAD et les AMP est pour le moment dépendant d'un nombre de logement restreint et d'équipes spécialisées. Le concept proposé n'est pas lié à un service mais doit être réfléchi au niveau national comme

⁴⁵ Ministère de la Famille et de l'Intégration. Exclusion sociale liée au logement et au sans-abrisme. D'un état des lieux vers une stratégie nationale. Luxembourg. Oct 2011.

⁴⁶ Ministère de la Famille et de l'Intégration. Stratégie nationale contre le sans-abrisme et l'exclusion liée au logement 2013-2020. Luxembourg.

une nouvelle étape clé de la réforme psychiatrique. La proposition d'**offrir un lieu de vie stable aux personnes en souffrance psychique et de travailler dans leur lieu de vie** est une position à prendre, à inscrire dans le cadre conceptuel national, à décliner en objectifs, en mission et en moyens.

La coordination des intervenants relève d'une attribution cohérente des missions à définir collectivement sous la gestion de la gouvernance, pour les personnes qui ne peuvent assumer seules ou en famille cette responsabilité. Cette mission est à valoriser, il s'agit d'un gain à la fois pour les patients et pour les équipes.

Proposition 5 : Dans la perspective des recommandations internationales, la stratégie nationale devrait viser 3 axes : promouvoir la santé mentale, prévenir les troubles psychiques et accompagner autant que possible, le patient dans son milieu de vie. La stratégie devrait se décliner en objectifs selon ces 3 axes pour une approche précoce, coordonnée, continue et globale. Compte tenu de l'état des lieux, l'accent devrait être mis sur les soins de santé primaire, les offres de services à domicile ou dans la cité et la stabilité des lieux de vie, selon le concept de Housing first afin de favoriser la stabilité du patient dans son milieu de vie et sa qualité de vie : à domicile, avec son entourage, ses enfants, dans son travail et dans ses loisirs.

L'offre de prise en charge à domicile devrait être suffisamment souple, plus ou moins intensive, pluridisciplinaire, globale en fonction des besoins, pour une prévention des risques de troubles et de rechutes.

Les moyens déployés dans les différents secteurs et dans les différentes régions doivent être repensés globalement à partir d'un schéma directeur national : population et besoins couverts, nombre de lits, nombre de places d'hébergement, missions couvertes, etc. en accord avec les objectifs stratégiques établis.

4- L'attribution des missions et la lisibilité de l'offre de prise en charge

Préambule

Mises à part les publications relatives à la réforme de la psychiatrie, les missions des différents acteurs, secteurs et des différents services, ne sont pas explicités, ni définis dans leur globalité dans un document officiel comme tel est le cas par exemple pour le plan hospitalier. Plusieurs questions ont été soulevées par les acteurs lors de l'état des lieux :

- Quelles sont les missions des **services de premières lignes** ?
 - Quels services en 1^{ère} ligne? médecins généralistes et spécialistes libéraux, soins primaires, offices sociaux, centre de consultation, urgences ? Quels liens avec les services spécialisés ?
- Quelles sont les missions des **services de deuxième lignes** ?
- Quels services en 2^{ème} ligne? Les 3 services extrahospitaliers, les ateliers thérapeutiques, la Clinique des Troubles émotionnels, les antennes mobiles psychiatriques, le SPAD, les psychothérapeutes, la réhabilitation du CHNP ? Quelles missions ? Détection, traitement, suivi, coordination ? Pour chaque service, quelle population accueillie ? Quels critères d'admission?
- Quelle coordination ?
 - Avec le secteur social (ex: foyers pour femmes, Foyer Ulysse)?
 - Avec l'hôpital (missions de chacun, passage de relai)?
 - Avec les premières lignes (Médecins généralistes, médecins psychiatres, assistants sociaux, employeurs, médecine du travail: où orienter?)
 - Avec le secteur du travail? (adapté ou 1^{er} marché)
- Pour quelles situations des soins à l'étranger sont-ils requis ? Avec quelle continuité de soins ?
- Quelles sont les missions des **services de troisième ligne et des services de longs séjours**, quand y avoir recours ?
 - Quels principes de collaboration avec les institutions de long séjour pour les personnes démentes?
 - Quelle mission pour le long séjour adressé aux personnes atteintes de troubles graves et persistants dont l'accueil en structures communautaires extra-institutionnelles n'est pas possible ?

4.1) Observations et Constats

Le recueil de données mené auprès des professionnels et des usagers met en évidence une nécessité globale de définir collectivement les missions des services et de travailler sur la notion de filières de prises en charge pour que soit couvert l'ensemble des besoins, pour que la détection et la prise en charge puissent s'organiser précocement, de façon intersectorielle et continue comprenant la prévention des rechutes, la coordination et le suivi.

Dans le détail de l'organisation des filières, plusieurs points restent critiques, nécessitant une clarification de l'attribution des missions :

Tout d'abord **l'orientation des patients** : l'état des lieux montre que compte tenu de la détection souvent tardive des troubles psychiques puis de la difficulté à orienter les patients (vers quels professionnels orienter en fonction des besoins et avec quel délai d'attente), la 1^{ère} consultation psychiatrique ou psychothérapeutique est souvent retardée, avec pour conséquence une aggravation de la situation ou de la problématique. En effet, un problème très récurrent apparu dans l'état des lieux, exprimé par la médecine du travail, les médecins généralistes et les associations de patients est « **Où orienter ?** ». Dans le système libéral le patient s'adresse le plus souvent à un médecin qui peut avoir besoin d'orienter son patient. Mais l'orientation vers les services est opaque, qu'il s'agisse de détection, de prise en charge thérapeutique ou de place en logement adapté. Les patients et les professionnels doivent activer leurs propres réseaux ou s'orienter au hasard pour trouver les bonnes personnes ressources. De ce fait, une perte de temps est observée pour une prise en charge précoce des pathologies et pour les professionnels préoccupés par la question de trouver la « bonne orientation » adaptée à leurs patients. La voie la plus « simple » peut alors devenir le recours à l'hôpital en urgence.

Certaines missions **comme la prise en charge thérapeutique, légère et précoce** ne sont pas ou peu couvertes. Les consultations psychothérapeutiques du système libéral ne sont pas accessibles financièrement aux personnes présentant de petits revenus et souffrant de problèmes non psychiatriques (situation, événements de vie, problèmes existentiels, etc.) et donc ne relevant pas des services de psychiatrie sociale. Ces patients passent plus facilement par les mailles du filet de l'offre actuelle et une dégradation des situations est également observée par les professionnels pour ces patients.

Les professionnels interviewés pendant l'état des lieux ont fait état de problématiques de prise en charge, précisément de problème pour **l'orientation post prise en charge**, pour des patients pour lesquels il n'y a pas solution, entraînant une occupation excessive des lits d'hôpital ou une sortie organisée avec des modalités temporaires, insatisfaisantes voire précaires.

A l'hôpital, une occupation en excès des lits est observée dans les services de psychiatrie par des **personnes âgées souffrant de démence**, faute de place dans des lieux de soins adaptés, alors que leur situation est stabilisée. En 2011, 78 patients souffrant de démence ont été comptabilisés sur les services de psychiatrie de 4 hôpitaux généraux (les patients de la Zitha Klinik ne sont pas comptabilisés) dont 20 ont été accueillis plus d'un mois.

A ces patients s'ajoutent les **personnes présentant des doubles diagnostics** ou des situations particulières et pour lesquels aucune solution n'est trouvée : psychose et dépendance au cannabis, handicap et trouble psychique, précarité sociale et dépression sévère, etc. Ces patients restent à l'hôpital, en service aigu alors que leur état est stabilisé. Concernant leur hébergement, ces mêmes patients présentant des poly-diagnostics se retrouvent hors critères et rencontrent des solutions souvent insatisfaisantes, favorisant les rechutes et l'instabilité, avec la location de chambres précaires, bon marchés situées au-dessus des bistrotts ou dans des pensions de famille. Des problèmes d'admission se posent également pour les **patients souffrant du syndrome de Korsakoff**, en particulier les patients jeunes ou sans projet possible de réhabilitation.

Pour les **populations très démunies**, vivant dans une grande précarité sociale et souffrant de troubles psychiques, la prise en charge est complexe. Ces patients passent d'un service à un autre : foyer Ulysse, services aigus, chambres précaires, etc. Leur nombre est estimé par les professionnels à environ 150 personnes, présentant des pathologies chroniques et un milieu de vie précaire ne permettant pas d'offrir les conditions d'une stabilisation. De plus, certaines personnes relèveraient certainement plus de services de long séjour plutôt que de services intégrés dans la communauté, parce trop dépendants ou trop « désocialisés ».

Les services qui pourraient offrir une prise en charge correspondante aux besoins de ces différents types de patientèle ont défini leurs propres missions selon des critères d'accueil trop restrictifs et excluent d'emblée les situations particulières. La première question est de savoir qui a pour mission de les prendre en charge, la deuxième qui a alors la responsabilité de la sortie et du suivi pour ces situations ? Le suivi post prise en charge est un problème important, pour à la fois éviter les rechutes et permettre une meilleure qualité de vie au patient, au-delà des cliniques de jour, il n'est pas clair qui doit assurer **la mission de suivi et de coordination** permettant de circonscrire les périodes délicates de post prise en charge ? Que ce soit pour **une sortie d'hôpital général ou spécialisé, un accompagnement pluridisciplinaire à domicile, un retour de cure à l'étranger**, la prise en charge est difficile à mettre en place quand les services extrahospitaliers ne sont pas impliqués, elle est rarement globale et demande aux professionnels d'inventer fréquemment des solutions intermédiaires d'attente ou insatisfaisantes, d'autant plus que la sortie est souvent rapide à cause de la pression exercée dans les hôpitaux pour libérer des lits.

La question est également récurrente dans l'état des lieux pour le retour de soins à l'étranger qui est une étape très peu préparée en amont, entraînant des rechutes nombreuses et une errance des patients entre les professionnels pouvant continuer à les soutenir dans leur cheminement thérapeutique. **Les soins reçus à l'étranger** exposent des chiffres en constante évolution, montrant la nécessité de s'interroger sur l'organisation actuelle : quelles missions ne sont pas couvertes sur le plan national, quels types de soins pour quelles pathologies spécifiques, quelles prises en charge font leurs preuves à l'étranger ou sur le territoire ?

4.2) Prospectives

La situation des populations décrites ci-avant demande à mener une réflexion conjointe, interministérielle et intersectorielle afin d'offrir une complémentarité de l'offre, de coordonner les actions entreprises par les uns et les autres et de fournir à ces personnes un cadre cohérent à leurs projets de vie. Une définition commune de l'attribution des missions est une étape qui devrait permettre de circonscrire le champ de la prise en charge depuis la détection jusqu'au suivi et couvrir l'ensemble des besoins nationaux.

Cette étape de concertation doit être active tant au niveau des instances décisionnelles qu'au niveau des services. En effet, les équipes doivent pouvoir élargir les concepts cadres de prise en charge, c'est-à-dire travailler en interne et en réseau à l'accueil de populations « différentes », « problématiques », « hors cadre », remettre en question un accueil purement social par exemple parce que la personne souffre de dépression sévère ou un accueil individuel thérapeutique parce que cette personne a des enfants. Compte tenu de la taille du pays, **l'offre ne peut pas être multipliée mais elle doit être plus souple** pour être

complémentaire. La formation des professionnels est un des outils pouvant être mis en œuvre, associé à l'analyse de pratique permettant d'inventer et de remettre en question le cadre de référence et les prises en charge habituellement proposées.

Autre piste est l'**intervention spécialisée en milieu général** ; en effet, la littérature a montré les effets bénéfiques d'intervenir en amont d'une prise en charge spécialisée. La filière de médecine générale devrait pouvoir être largement plus investie par le champ psychiatrique. Pour les troubles liés à l'alcool par exemple, la détection des problèmes de dépendance peut se faire lors d'une hospitalisation en filière générale et permettre, par un entretien motivationnel, d'offrir une prise en charge brève aux patients demandeurs, comme pendant un séjour en traumatologie ou en orthopédie^{47,48}.

La psychiatrie gagnerait à entrer encore dans la sphère généraliste : dans les services hospitaliers, dans les maisons de soins, dans les foyers pour adolescents, pour personnes sans abri, pour femmes, par le développement d'une psychiatre de liaison au service du secteur qui a pris en charge la personne.

Il y a lieu également de se pencher sur **les transferts à l'étranger**, en augmentation, et d'en tirer des conclusions en rapport à l'offre, **une analyse des bases factuelles** devrait permettre une interprétation permettant aux médecins et aux patients de faire des choix éclairés et aux autorités publiques de faire des choix stratégiques quant à l'offre de soins. En premier lieu, une définition des codes diagnostics selon la CIM 10 devrait être envisagée pour les autorisations des soins afin de spécifier les pathologies et prises en charge concernées. En deuxième lieu, une concertation régulière à la Plate-forme est nécessaire sur ce point pour **définir collectivement les choix stratégiques** qui pourraient être envisagés.

⁴⁷ <http://summaries.cochrane.org/CD005191/brief-interventions-for-heavy-alcohol-users-admitted-to-general-hospital-wards>

⁴⁸ Exemple : Des patients hospitalisés en traumatologie ou dans un service de médecine générale (aux Etats Unis et au Royaume Uni) ont été questionnés sur leur consommation d'alcool. Les consommateurs excessifs ont reçu une intervention brève d'informations et de conseils et pour certains quelques séances motivationnelles. Ce type de programme a montré des résultats positifs avec une diminution de la consommation d'alcool du groupe cible par rapport aux groupes témoins. Ce type d'interventions permet de toucher un plus grand nombre, de manière précoce et par une approche généraliste, en dehors d'un cadre stigmatisant, multipliant l'offre et l'accessibilité aux soins.

Proposition 6 : Tout comme le financement public, l'attribution des missions des services relève de l'autorité et de la responsabilité de la gouvernance. La Plate-forme peut jouer un rôle clé à cette étape mais ne saurait toutefois remplacer la gouvernance globale de l'autorité de tutelle et le rôle de cette dernière notamment pour la promotion au niveau gouvernemental de « Health in all Policies »

Pour la construction de politiques concertées, visant des valeurs et objectifs communs, sur base de prises en charge et de projets de service complémentaires, centrés sur le bénéficiaire, il convient de favoriser le décloisonnement des secteurs (social, médical et thérapeutique, généraliste et spécialisé) afin de répondre aux missions afférentes à la santé mentale, indépendamment des sources de financement.

La Plate-forme en tant qu'organe de concertation est un espace permettant de convenir ensemble du projet commun et de la répartition des missions à fixer dans un document stratégique, global et cohérent, les missions à confier par délégation aux services et acteurs intervenants. Elle doit également devenir un outil pour réviser les conventions chaque fois que la réalité montre la nécessité d'une meilleure adaptation aux besoins et de l'ajustement du projet.

Sans préjudice de la liberté thérapeutique il est incontournable de définir collectivement les missions tant pour les secteurs que pour les différents services via des objectifs mesurables, critères de performances attendus, types de patientèles, de prise en charge, de collaborations, de critères d'admission et d'ajuster sur cette base les moyens et les profils professionnels accordés.

5- La promotion de la santé mentale, prévention des troubles et détection précoce

Préambule

Un des objectifs visés par le Plan d'action 2013-2020 de l'OMS est de mettre en œuvre des stratégies de promotion et de prévention dans le domaine de la santé mentale.

5.1) Observations et Constats

La promotion de la santé chez les jeunes, la prévention des comportements malsains et la détection précoce figurent dans la déclaration gouvernementale et font occasionnellement l'objet de campagnes isolées par des prestataires divers, non concertés et dont l'impact n'est pas mesuré.

Les initiatives en matière de promotion de la santé mentale et prévention des troubles apparaissent encore de manière isolée, sans une orchestration intersectorielle de la stratégie à poursuivre : priorités nationales, objectifs intersectoriels, actions cibles et évaluation. La santé mentale n'apparaît pas comme une approche concertée « Health in all policies » telle que préconisée par l'OMS. La promotion de la santé mentale et la prévention des troubles demandent à la fois une stratégie d'ensemble avec un alignement des compétences nationales, une priorité donnée aux groupes les plus vulnérables et une meilleure reconnaissance ou lisibilité des actions menées.

La détection précoce est une zone non explorée, à laquelle sont confrontés les médecins généralistes et spécialistes mais aussi la médecine scolaire, la médecine du travail, et tous les professionnels qui sont en contact avec les usagers : réseaux de soins, enseignants, assistants sociaux, etc. Comme mentionné précédemment, la détection des troubles psychiques est souvent tardive, associée à la question récurrente **Où orienter ?**, avec pour conséquence une aggravation de la situation ou de la problématique, jusqu'à devenir une urgence qui nécessite le recours à l'hospitalisation alors que souvent elle aurait été évitable via une prise en charge plus précoce.

5.2) Perspectives

La promotion de la santé mentale et du bien-être est souvent une voie qu'il est difficile d'investir, les résultats ne sont pas immédiats et s'observent souvent dans un domaine adjacent : maintien de l'emploi, bien-être, etc. mais est une stratégie à surtout ne pas négliger, elle a maintenant fait ses preuves dans certains pays précurseurs, au travers d'actions cibles reconnues⁴⁹ : programmes de visites à domicile des familles vulnérables (mères isolées, personnes âgées, familles migrantes), interventions brèves dans les services généraux pour prévenir l'abus de substances, interventions en promotion de la santé dans les écoles, dépistage de la dépression dans les moments à risque, etc.

La décentralisation de la psychiatrie a permis d'engager un premier grand pas vers la déstigmatisation de la maladie psychique. La prochaine étape est celle d'investir le champ de la prévention (de l'aggravation) des troubles et de l'exclusion autour du marché du travail, le

⁴⁹ Institut national de santé publique Québec. Avis scientifique sur les interventions efficaces en promotion de la santé mentale et en prévention des troubles mentaux. Québec. 2008

soutien à l'entourage des patients, et l'encadrement de la sortie des patients pour la prévention des rechutes. La prévention passe par l'encadrement et le soutien trouvé dans les milieux de vie, d'où l'importance de former les professionnels intervenant dans les écoles, les foyers de vie, les offices sociaux, etc. : enseignants, éducateurs, assistants sociaux, psychologues.

Une concertation est à envisager afin de définir les priorités nationales et fixer une stratégie cohérente de prévention.

Les questions de la détection et de l'orientation est une thématique de travail qui pourrait être suggérée à la Plate-forme pour la constitution d'un groupe de travail spécifique, incluant médecins généralistes, psychiatres, médecins du travail, psychologues, assistants sociaux, services d'écoute et associations patients. Ce groupe devrait notamment se pencher sur :

- la lisibilité de l'offre, travail qui s'inscrit dans la suite de la publication du « Wegweiser », descriptif notamment publié sur le Portail santé.
- les moyens développés sur le terrain par les équipes et qui méritent analyse, soutien et mise en place de projets pilotes à évaluer comme :
 - Certains liens entre services de secteurs différents ont été formalisés : services extrahospitaliers/hospitaliers, services d'aide à domicile/services hospitaliers ou médecins généralistes. Ces réseaux sont actifs et facilitent à la fois la coordination et la continuité des soins.
 - Le travail des assistants sociaux pour la stabilisation du lieu de vie et de la situation financière et sociale: tous les hôpitaux par exemple n'ont pas fait le choix de pourvoir autant que d'autre ce type de poste (Cf Annexe 2 page 58). Pourtant les troubles psychiques entraînent fréquemment les familles dans la précarité et aggravent des conditions défavorables à la santé mentale.
 - Le travail avec les familles avec lesquelles le lien peut être établi dès l'hôpital comme le Service parentalité ou Alupse Bébé.
 - La collaboration avec le milieu du travail (maintien de l'emploi ou retour à l'emploi) qui est peu développé et peu soutenu malgré l'existence du Job coaching et de la médecine du travail. La médecine du travail a dans ce cadre un rôle préventif à jouer, avec un suivi régulier de populations particulièrement soumises au stress, au burn-out ou aux conduites à risque. De plus, le cadre du travail est difficilement tolérant aux troubles psychiques alors que les recommandations montrent l'efficacité du « supported employment »⁵⁰ (emploi assisté): il est plus propice de proposer une revalidation « sur place » dans le cadre d'emplois normaux du marché du travail, plutôt que par le biais d'une formation dans un centre de revalidation malgré le rôle préventif à jouer pour un maintien de l'emploi.
 - La psychoéducation développée dans les services pour éviter les rechutes : reconnaître les symptômes, demander de l'aide, etc.

⁵⁰ KCE. Organisation des soins de santé mentale pour les personnes atteintes d'une maladie mentale grave et persistante ? Y a-t-il des données probantes. Bruxelles. 2010

- La prise en charge des neuroleptiques pour les personnes démunies : financement par les offices sociaux mais la situation n'est pas très claire actuellement, ni très équitable en fonction du lieu d'habitation.

Proposition 7 : Organiser une coordination nationale et intersectorielle visant à développer une stratégie nationale pour la mise en place d'actions de promotion de la santé mentale et de prévention ciblées en faveur de groupes à risque ou populations vulnérables : personnes en situation précaire, femmes et enfants vivant dans un environnement de violence domestique, personnes privées de liberté, personnes isolées, migrants, et pour les risques de suicide en particulier : les personnes âgées et les jeunes dont :

- Le maintien de l'emploi
- La facilitation des conditions de logement propices au bien-être
- L'accompagnement des familles, des enfants, de l'entourage
- La formation des professionnels de première ligne : enseignants, éducateurs, assistants sociaux, psychologues à l'accueil et l'accompagnement de personnes en souffrance psychique pour promouvoir le bien-être et la prévention des risques.

Concernant la détection précoce, la première question qui se pose est celle des médecins généralistes, très impliqués auprès des patients en souffrance psychique. Souhaitent-ils plus de formation pour réaliser la détection des troubles psychiques ? Vers quels services de deuxième ligne peuvent-ils se tourner et orienter leurs patients ?

Une formation complémentaire sur la détection des troubles pour les médecins généralistes est un atout favorable à une meilleure détection des troubles de santé mentale dans la patientèle en cabinet⁵¹. D'après les travaux du groupe international STAKES (projet co-ordonné par le Ministère des affaires sociales et de la santé finlandais et le Centre de recherche et de développement national pour le bien-être et la santé) qui propose un état de la situation diagnostique et thérapeutique par pathologie, les patients atteints de troubles anxieux sévères montrent moins de symptômes en cas de détection et de prise en charge précoces, associant thérapie et pharmacologie⁵². Pour la dépression, ce même groupe propose des actions précoces de détection dans le système de santé communautaire « la mise en place de stages pour les médecins généralistes s'est montré efficace par un traitement de la dépression plus adéquat et un taux de suicide qui a significativement baissé dans ces régions ». Pour la schizophrénie, la détection précoce, même avant le déclenchement de la maladie peut augmenter considérablement les chances d'interventions précoces, diminuant le risque d'évolution chronique ou de séquelles graves. Le rôle des médecins traitants est fréquemment discuté dans la littérature, en tant que pivot d'une prise en charge à la fois précoce et surtout coordonnée et continue sur le moyen et long terme.

Les **médecins généralistes** jouent également un rôle essentiel et devraient être **soutenus dans leurs démarches informatives et formatives**. Ils doivent pouvoir demander conseil aux médecins psychiatres, avoir un retour lors d'hospitalisation des patients, notamment sur

⁵¹ Thomas J-M. Prévalence des pathologies psychiatriques en médecine générale. Revue Médicale de Bruxelles. Bruxelles. 2004.

⁵² Public health approach on Mental Health in Europe
http://www.thl.fi/en_US/web/en/aboutus/organisation/units/mental_health/publications

le traitement prescrit et disposer d'informations précises pour l'orientation des patients nécessitant un traitement psychothérapeutique spécifique ; des recommandations par le conseil scientifique ou des possibilités supplémentaires de formation continue à leur intention seraient d'autres voies à explorer.

Les questions de la détection et de l'orientation est une thématique de travail qui pourrait être suggérée à la Plate-forme pour la constitution d'un groupe de travail spécifique, incluant médecins généralistes, psychiatres, médecins du travail, psychologues, assistants sociaux, services d'écoute et associations patients.

Proposition 8 : Favoriser le repérage des signes d'alerte de troubles psychiques par une formation des professionnels de première ligne afin d'orienter précocement et soutenir l'information et la formation des médecins pour une détection précoce des troubles psychiques, une thérapeutique en accord avec les avancées de la science et une orientation plus aisée des patients vers les services adéquats si besoin.

DRAFT

6- La prise en charge, les filières, les plans d'action

Préambule

Le Plan Santé mentale 2013-2020 de l'OMS recommande aux services de répondre aux besoins des personnes souffrant de troubles mentaux : « les écouter pour comprendre comme elles perçoivent leur état et ce qui pourrait les aider à se rétablir ; réfléchir avec elles sur un pied d'égalité à l'organisation de leurs soins ; leur proposer le choix entre plusieurs traitements et thérapies, y compris par qui ces soins leur sont prodigués ; et faire appel à des groupes d'entraide dont l'action est basée sur l'encouragement mutuel et qui favorisent le sentiment d'appartenance et apportent leur savoir-faire ».

En avant-propos, il est important de noter que **l'évaluation de la prise en charge est déficitaire à l'heure actuelle** malgré les efforts réalisés dans les hôpitaux (avec les évaluations internes réalisées et le benchmark IQIP mis en place) et malgré les rapports d'activités réalisés dans les services extrahospitaliers. Les professionnels ont besoin de trouver du sens à l'évaluation, afin d'améliorer leurs pratiques et ils ont besoin de moyens pour les réaliser afin d'être les acteurs d'une offre de soins efficiente.

Trois filières ont été analysées et permettent de rendre compte des points forts et des points faibles de chacune d'elle : la filière Alcool, la filière Troubles anxieux et dépressifs et la filière Psychoses. Ces 3 filières fonctionnent selon des modalités différentes et couvrent 3 types de prise en charge donnant un aperçu global de l'organisation du système. Une cartographie des services impliqués est présentée en Annexe 1 page 56.

6.1) Observations et Constats liés à la filière Alcool

La prise en charge des troubles liés à l'alcool s'organise principalement, en fonction du projet thérapeutique du patient, autour du système hospitalier, avec les hôpitaux généraux pour l'aspect motivationnel et les périodes de sevrage puis avec un hôpital de jour en ambulatoire ou avec le CTU (150 patients en 2011) ou les centres étrangers (174 patients en 2007) pour le traitement stationnaire dit « cure ». Le suivi post cure peut être assuré par le CTU. En cas de besoins plus complexes ou troubles neurologiques associés, l'Orangerie 2 du CHNP propose une prise en charge stationnaire. D'après les professionnels, l'entrée dans le système de soins passe principalement par les services d'urgence ou par les médecins généralistes et les médecins psychiatres, à la suite d'un événement déclencheur : accident, séparation, maladie, etc. Sans passage par les urgences, le patient doit attendre une place dans un service de psychiatrie pour organiser un sevrage. L'attente est de plusieurs semaines, compte tenu de l'organisation actuelle de la filière et de l'occupation des lits.

Certains services ou associations de patients présentent clairement cette spécificité, comme l'unité d'addictologie de l'hôpital de jour d'Esch ou Ama.lu (Alcool Médicaments Addiction).

Points forts :

Au niveau politique, la problématique de santé liée à l'alcool est une priorité nationale. L'initiative du Plan Alcool est une étape clé qui demande désormais à être concrétisée. L'enjeu essentiel est de savoir s'il est possible d'améliorer les résultats nationaux en termes de qualité de vie et de santé, lesquels et comment ? Les acquis de la science, les expériences

internationales et l'évaluation nationale du contexte et des pratiques devraient permettre d'avancer dans cette direction.

Concernant la prise en charge des troubles liés à l'utilisation d'alcool, une implication de tous les secteurs est observée : généralistes et spécialisés, hospitaliers et extrahospitaliers. Les missions sont relativement claires entre les uns et les autres, dans ce secteur spécifique. L'état des lieux montre une offre diversifiée, décentralisée, la porte d'entrée dans le système peut se faire de différentes façons, le parcours de prise en charge peut varier en fonction du projet de chaque patient ; cette souplesse et complémentarité de l'offre est bénéfique pour le patient, surtout pour cette problématique complexe sujette aux rechutes et à la stigmatisation.

Points faibles :

La problématique de l'alcool est très prégnante dans le pays et demande à être inscrite dans toutes les politiques dans la perspective « Health in all policies » afin de circonscrire les problématiques et les actions à mettre en œuvre et éviter un saupoudrage d'actions disjointes, non concertées qui risquent de perdre en efficience.

Dans ce sens, la prévention et la prise en charge souffrent d'un manque de travail intersectoriel, comme le reste du secteur psychiatrique. Les différents secteurs impliqués actuellement sont principalement liés à la psychiatrie alors que certains secteurs demanderaient à être investis, comme le secteur social, les écoles, le milieu du travail, ou les services hospitaliers de d'autres spécialités comme présentés précédemment.

Afin de progresser vers des secteurs d'activités voisins à la psychiatrie, l'évaluation devrait commencer à devenir une pratique formalisée. En effet, il devient essentiel de regarder quelles sont les données factuelles, sur le plan national et international afin d'avancer vers les domaines encore peu explorés de la prévention et de la prise en charge précoce comme permettre à des personnes de prendre soin de leur santé, sortir de leur isolement et intégrer des programmes de sevrage.

Pour exemple d'évaluation pouvant faire évoluer les pratiques, les traitements à l'étranger restent très nombreux⁵³ pour le traitement stationnaire alors que le pays dispose de structures nationales, ce qui n'est pas le cas pour les troubles anxieux par exemple. Même si cette pathologie reste marquée par un fort stigma qu'il est important de prendre en considération dans l'analyse des demandes de transfert vers l'étranger, il serait intéressant d'évaluer les demandes de soins nationaux et en direction de l'étranger pour être à même de qualifier l'offre nationale, suivre la demande et décliner une stratégie cohérente.

⁵³ 174 patients à l'étranger (2007), 150 patients au CTU (2011)

6.2) Observations et Constats liés à la filière Troubles anxieux et dépressifs

Contrairement à la prise en charge des troubles liés à l'alcool, présentée précédemment, la prise en charge des dépressions et des troubles anxieux est un domaine qui entre dans la filière générale de prise en charge, sans autre spécificité.

Les troubles dépressifs et anxieux sont pris en charge par l'ensemble de la filière avec :

- Le domaine libéral: médecins généralistes et spécialistes, psychologues
- Les Centres de consultation des services extrahospitaliers
- L'hospitalisation pour les dépressions sévères
- Les hôpitaux ou centres de jour pour l'ambulatoire
- La Clinique des Troubles Emotionnels
- Le traitement stationnaire à l'étranger
- Les associations de patients comme LASH pour les troubles anxieux

Points forts :

La prise en charge est principalement organisée dans le secteur libéral. Pour les situations plus sévères, les personnes atteintes de dépression et de troubles anxieux bénéficient grâce à la réforme d'un **accès moins stigmatisant aux services de psychiatrie des hôpitaux généraux**. Mais la problématique est conséquente en termes de morbidité comme le montrent la vente de psychotropes, les arrêts maladie, les hospitalisations nationales et à l'étranger. Cette thématique reste pour le moment le parent pauvre du secteur alors qu'encore une fois, la charge individuelle et sociétale qui lui incombe est conséquente.

Actuellement, la question émerge grâce à l'attention portée ces dernières années à la problématique du suicide. En effet, avec la création du Centre de Prévention et d'Information, CIP, de nombreuses actions ont vu le jour. Un **Plan de Prévention du Suicide est maintenant en cours d'élaboration** déclinés en objectifs généraux et en actions à mettre en œuvre. Une évaluation du Plan est également prévue.

Points faibles :

L'état des lieux a montré que **le travail des 1ères lignes demande à se coordonner avec le milieu spécialisé** que ce soit pour l'orientation des patients, une demande d'avis ou le suivi d'une prise en charge post hospitalière. L'intérêt du patient, via la thérapeutique proposée est au centre de la demande des professionnels afin d'orienter au mieux leur patient et de leur proposer une médication cohérente. La question se pose aussi pour **les retours de traitement stationnaire à l'étranger** : qui fait le suivi, avec quel type de collaboration en fonction des besoins du patient ?

La question du travail réalisé en amont de l'hôpital se pose : quelle est véritablement l'offre proposée en ambulatoire outre les consultations généralistes? **Quelle visibilité des services**

et professionnels thérapeutiques pour s'orienter et être orienté ? Patients et professionnels se disent démunis face à l'opacité du secteur. Les médecins généralistes et les médecins de la médecine du travail sont demandeur d'une mise à plat des moyens disponibles afin de pouvoir faire des propositions éclairées au patient.

La dépression en particulier, tout comme le burnout ou le stress, demandent à **s'intéresser à des groupes cibles** particulièrement touchés par ce type de pathologie : personnels du secteur financier, personnes âgées, parents isolés, etc. Les actions en direction de ces populations-cibles ne sont pas suffisamment répandues, soutenues, coordonnées. Des innovations sont nécessaires dans ce domaine : visites à domicile, réseau d'activités de loisirs, détection précoce, etc.

DRAFT

6.3) Observations et Constats liés à la filière Psychoses

Pour les plus jeunes, la détection de la psychose est une mission exercée par le SDIP. Mais pour les enfants comme pour les adultes, les médecins spécialistes libéraux et les services hospitaliers restent des acteurs très sollicités pour la phase d'évaluation.

Pour la prise en charge adulte, **les services extrahospitaliers sont les acteurs pivots de cette filière**. Ils jouent un rôle de coordinateur et accompagnent à plus ou moins long terme. L'offre proposée peut être globale : hébergement, activités thérapeutiques, accompagnement social, etc. L'hôpital offre, pour cette filière spécifique, une prise en charge aigue pour les périodes de crise ou de décompensation, avec un retour en famille ou en appartement encadré en fin d'hospitalisation ou une orientation vers le CHNP pour des patients montrant une plus grande instabilité. Les ateliers thérapeutiques sont les principaux voire les uniques employeurs pour cette population. Le service de Job coaching maintient le lien avec les entreprises du premier marché du travail mais l'insertion reste difficile à cause du stigma de la maladie.

Le suivi des patients psychotiques est principalement assuré par les services extrahospitaliers, auxquels s'ajoutent les médecins généralistes, spécialistes, le SPAD, les AMP ou le centre de travail thérapeutique en complémentarité ou seul si aucun service extrahospitalier n'est impliqué dans la situation.

Points forts :

La prise en charge de la psychose est un modèle où l'acteur principal impliqué est au cœur de la cité, **un modèle communautaire** pourtant très spécialisé. L'hôpital intervient uniquement pour les phases aiguës, comme un maillon du système, il peut exercer la mission qui lui est attribuée jusqu'à la stabilisation et la sortie du patient. Le réseau d'aide, en particulier avec le logement encadré est suffisamment impliqué en amont d'une prise en charge à l'hôpital pour jouer ce rôle pivot. La coordination et le suivi sont principalement liés au suivi logement qui reste un point d'ancrage stable.

Points faibles :

La question de la coordination est plus délicate quand aucun service extrahospitalier n'est impliqué, en particulier pour les jeunes et les populations précaires « hors contrainte ». Les premiers font souvent plusieurs phases aiguës avant de comprendre, d'accepter la maladie et trouver les services ressources. Les personnes sans domicile fixe « tournent » entre les différents services et la coordination secteur social et secteur médical, entre les différentes institutions intervenantes devient essentielle.

Autre point faible, **la continuité de traitement** ; certaines hospitalisations pourraient être évitées par une médication continue ; or, les personnes souffrant de psychoses et en difficultés financières ou au RMG ont tendance à interrompre leur traitement à cause du coût engendré, environ de 100 euros par mois. La question de la prise en charge à 100% se pose pour cette population.

6.6) Prospectives liées aux filières spécifiques

L'analyse des filières montre **l'importance de l'intersectorialité** et le rôle pivot d'une prise en charge exercée dans le milieu de vie des personnes touchées par la maladie psychique. La question des filières concerne la spécificité de chacune d'elle mais aussi leur complémentarité, leur transversalité.

Sous proposition de la Plate-forme psychiatrie, présidée par le Ministre, les plans nationaux élaborés, en cours et en projet, devraient se devenir les pierres angulaires de la stratégie nationale pour une définition clarifiée des actions nationales à mettre en œuvre. Les actions devraient être adaptées aux besoins nationaux reconnus et suivis par une surveillance régulière, en accord avec les principes et les objectifs de la politique de santé mentale à l'œuvre et évaluées selon des indicateurs définis permettant de se fixer des priorités, d'orienter les moyens et d'ajuster l'offre mise en place.

Proposition 9 : Soutenue par la volonté politique, la Plate-forme psychiatrie, a encouragée la mise en place de plusieurs groupes de travail - « Plan Alcool », « Santé mentale des jeunes et psychiatrie infantile et juvénile », « Prévention suicide » ; une prise en charge en ce sens de la problématique « Dépression et troubles de l'humeur » est également prévue. Il y a lieu d'évaluer l'avancée de ces travaux et le cas échéant d'optimiser la méthodologie et le fonctionnement pour aboutir dans les meilleurs délais à des projets concrets et la mise en place de plans d'intervention opérationnels.

De façon plus générale l'intersectorialité mérite d'être renforcée tant au niveau politique qu'au niveau des prises en charge sous les auspices d'un leadership consensuel et mandaté pour des missions avec un échéancier concret afin d'avoir toutes les chances de fédérer les acteurs au sein d'une stratégie coordonnée dans le cadre de projets cohérents et coordonnés à plus-values mesurables pour la prise en charge des patients.

Priorités et conclusions

Les points abordés dans ce résumé sont pour leur ensemble à valider par le Comité de pilotage puis par la Plate-forme, en particulier pour les points relatifs aux propositions qui restent à examiner. Il est nécessaire d'étudier dans les mois à venir les éléments censés apporter une plus-value mesurable pour le pays et son système de santé. Chaque proposition doit être étudiée, décliner en objectifs, en actions et en moyens afin d'en évaluer la faisabilité et les chances d'implémentation.

Ces propositions doivent permettre de réduire l'impact des pathologies de santé mentale ou les risques d'atteintes au bien-être des citoyens, dans la perspective des objectifs du programme gouvernemental à venir et du cadre proposé dans le Plan 2013-2020 de l'OMS.

- **La définition d'un cadre général**, avec la rédaction d'un concept national, un système de gouvernance, une stratégie, les objectifs nationaux relatifs à la santé mentale, les types d'actions et de moyens envisagés, respectant les principes nationaux d'équité, de solidarité, de qualité et d'efficience.
- La mise en place d'un **système d'information** en Santé mentale pour une évaluation et un suivi des besoins nationaux, une amélioration pérenne du système et une comparabilité internationale.
- La modélisation globale du **système de financement** de la charge de maladie mentale doit être prévue, pour permettre d'apprécier l'efficience du système.
- **La définition des missions des services** en lien avec le concept national et les objectifs nationaux: missions, patients concernés, types de collaboration, moyens, évaluation. La définition des missions des services a pour objectif de situer et recadrer l'offre nationale, de redéfinir le mode d'attribution des moyens, de faciliter l'orientation des patients et favoriser la continuité de prise en charge en identifiant les acteurs responsables du suivi (en particulier dans les moments de changements de prise en charge : perte de logement, retour de l'hôpital, retour de traitement à l'étranger, etc.).
- **La stabilité des lieux de vie avec le développement de réponses dans la communauté** par l'information et la formation des premières lignes, l'accompagnement de l'entourage et le maintien de conditions de vie propices au bien-être est un axe de travail essentiel, en tant que nouvelle étape de la réforme qui a commencé il y a 10 ans. Le logement avec le concept de « Housing First » et le développement de l'accompagnement dans les lieux de vie sont des points clés des propositions. Des modalités de prise en charge dans les logements privés et dans le cadre de logements adaptés à prévoir en nombre suffisant sont à prévoir si le pays fait le choix de la qualité de vie de sa population, d'un accompagnement efficient et d'une sortie d'un système qui reste aujourd'hui hospitalocentrique malgré les avancées réalisées.

Bibliographie

Alonso, J. et al.: Use of Mental Health Services in Europe: Results from the European Study on Epidemiology of Mental Disorders in Acta Psychiatr Scand, 109 (suppl. 420). 2004.

Bocquet V. et al. Evolution des soins des résidents luxembourgeois à l'étranger entre 1998 et 2007. Enjeux santé. CRP-Santé. Luxembourg. Oct 2009. <http://www.crp-sante.lu/Media/Files/CES/Enjeux-Sant%C3%A9>

Bruch M. Psychopharmaka: Luxemburg ist Hochverbraucher. In InSight SantéSécu. Avril 2011. http://www.mss.public.lu/publications/infoletter/il022/il_201104.pdf

Cloos JM et al. Addiction aux benzodiazépines : prévalence, diagnostic et traitement. In Le corps médical. Association des médecins et médecins dentistes. Luxembourg. N°12 2011. <http://www.ammd.lu/corps-medical/131-2011>

Cloos JM, Ries T, Koch P. Les benzodiazepines au Grand-Duché de Luxembourg. *Le Corps Médical* 2007;**3**:4-39 (1ère partie), **4**:3-29 (2ème partie)

Commission européenne. Actions contre la dépression. Luxembourg, 2004. http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/docs/depression_fr.pdf

Commission des communautés européennes. Livre vert, Améliorer la santé mentale de la population. Vers une stratégie sur la santé mentale pour l'Union européenne. Bruxelles, 2005. http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/green_paper/mental_gp_en.pdf

Commission européenne. Pacte européen pour la santé mentale et le bien-être. Bruxelles, 2008. http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/docs/pact_fr.pdf

Commission européenne. Pacte européen pour la santé mentale et le bien-être. Bruxelles. Juin 2008. http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/docs/pact_fr.pdf

Jamison K. R. Suicide and bipolar disorder. In *Journal of Clinical Psychiatry*, 61 Suppl 9:47-51, 2000.

KCE. Centre fédéral d'expertise des soins de santé. Organisation des soins de santé mentale pour les personnes atteintes d'une maladie mentale grave et persistante. Y a-t-il des données probantes ? 2010. Bruxelles.

https://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/kce_144b_organisation_des_soins_de_sant%C3%A9_mentale.pdf

KCE. Organisation des soins de santé mentale pour les personnes atteintes d'une maladie mentale grave et persistante ? Y a-t-il des données probantes. Bruxelles. 2010

Korkeila J et al. Establishing a set of mental health indicators in Europe. *Scand J Public Health* 2003; 31: 451-459.

Louazel V, Direction de la Santé, CRP-Santé. Pour une stratégie nationale en faveur de la santé mentale des enfants et des jeunes au Luxembourg – Promotion, prévention, prise en charge et intégration. Juillet 2010. <http://www.sante.public.lu/fr/catalogue-publications/systeme-sante/politique-nationale-sante/strategie-nationale-sante-mentale-enfants-jeunes-luxembourg/index.htm>

Mazoyer T. L'absentéisme pour cause de maladie en 2012. In Aperçus Inspection générale de la sécurité sociale. Juillet 2013.

http://www.mss.public.lu/publications/Apercus_et_cahiers/apercus/cahier_aperçu_201307.pdf

Ministère de la Famille et de l'Intégration. Exclusion sociale liée au logement et au sans-abrisme. D'un état des lieux vers une stratégie nationale. Luxembourg. Oct 2011.

<http://www.mfi.public.lu/publications/Solidarite/EtatLieuSansAbrisme.pdf>

Ministère de la Famille et de l'Intégration. Stratégie nationale contre le sans-abrisme et l'exclusion liée au logement 2013-2020. Luxembourg.

http://www.gouvernement.lu/salle_presse/actualite/2013/03-mars/14-sans-abrisme/strat.pdf

Ministère de la Sécurité sociale. Rapport général sur la sécurité sociale au Grand-Duché de Luxembourg 2011. Luxembourg. Nov. 2012.

http://www.mss.public.lu/publications/rapport_general/rg2011/rg_2011.pdf

OCDE. Health at a Glance: Europe 2012. OECD Publishing. Paris. 2012.

<http://dx.doi.org/10.1787/9789264183896-en>

OCDE La santé mentale dans les pays de l'OCDE. Synthèses. Décembre 2008

OCDE. Selecting Indicators for Quality of Mental Health Care at the Health Systems Level in OECD Countries. Paris. 2004.

Organisation mondiale de la santé. European action plan to reduce the harmful use of alcohol 2012-2020. Copenhagen. 2012.

http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/178163/E96726.pdf

Organisation mondiale de la santé. Programme d'actions : combler les lacunes en santé mentale mhGAP. 2008.

Organisation mondiale de la santé. Projet de plan d'action global pour la santé mentale 2013-2020. Mai 2013. http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_10Rev1-fr.pdf

Organisation mondiale de la santé. Rapport sur la santé dans le monde : Impact des troubles mentaux et du comportement. Genève, 2001.

Organisation Mondiale de la Santé. Santé mentale : Renforcement de la promotion de la santé mentale. Genève, 2001. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/fr/>

OMS Regional Office for Europe. Social determinants of health and well-being among young people. Health behaviour in school-aged children (HBSC) study: International Report from the 2009/10 study. Copenhagen 2012.

OMS Regional Office for Europe. Status Report on Alcohol and Health in 35 European Countries 2013. Copenhagen. 2013.

http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/190430/Status-Report-on-Alcohol-and-Health-in-35-European-Countries.pdf

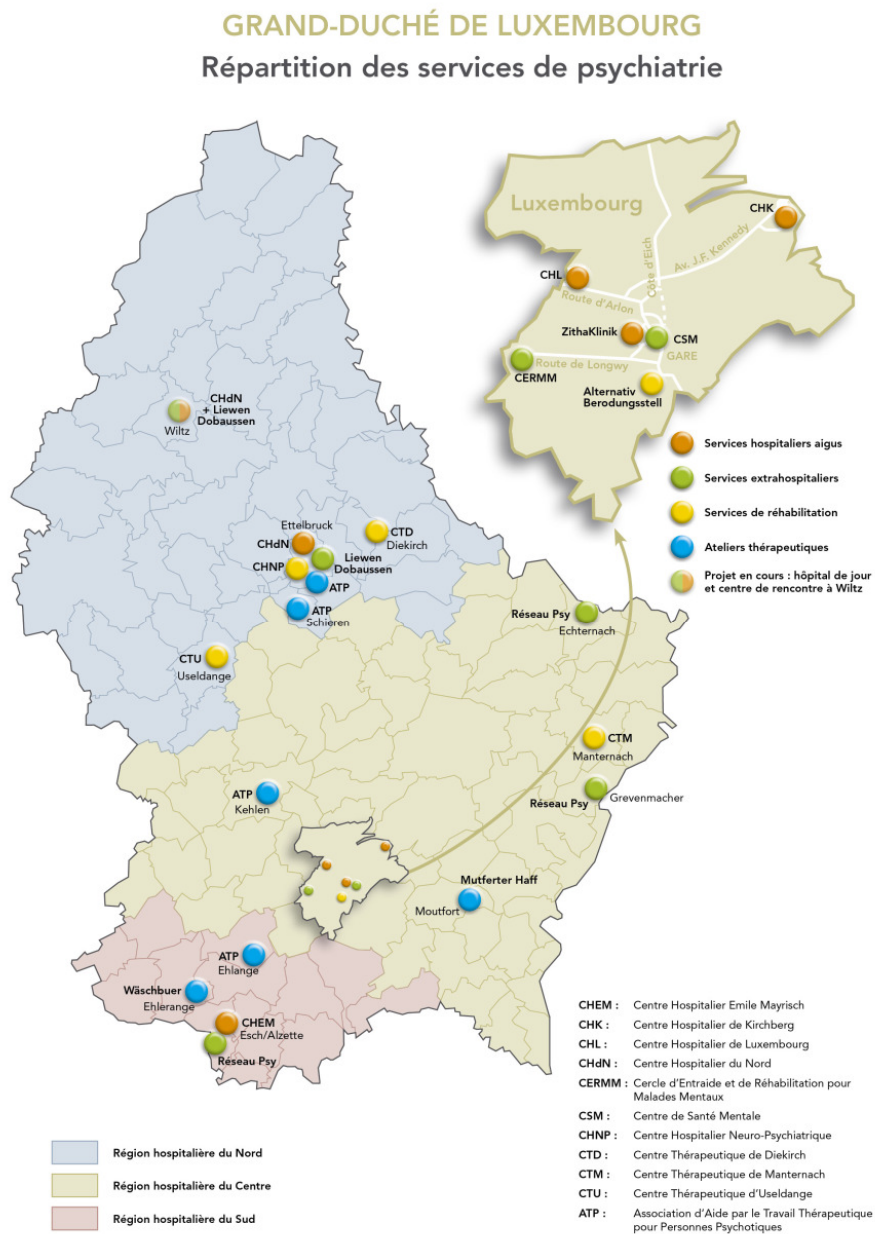
Programme gouvernemental annexé à la déclaration gouvernementale de Monsieur le Premier Ministre. Luxembourg. 2009. <http://www.gouvernement.lu/gouvernement/programme-2009/programme-2009/programme-gouvernemental-2009.pdf>

Roeland J-L. et al. Quels critères de bonnes pratiques pour des services de psychiatrie intégrés dans la cité ? CCOMS, Lille, 2007.

Rössler W. Psychiatrie Luxemburg Stand der Umsetzung der Empfehlungen der Planungsstudie 2005. 2009. <http://www.sante.public.lu/publications/systeme-sante/politique-nationale-sante/rapport-rossler-psychiatrie-luxembourg-2009/rapport-rossler-psychiatrie-luxembourg-2009.pdf>

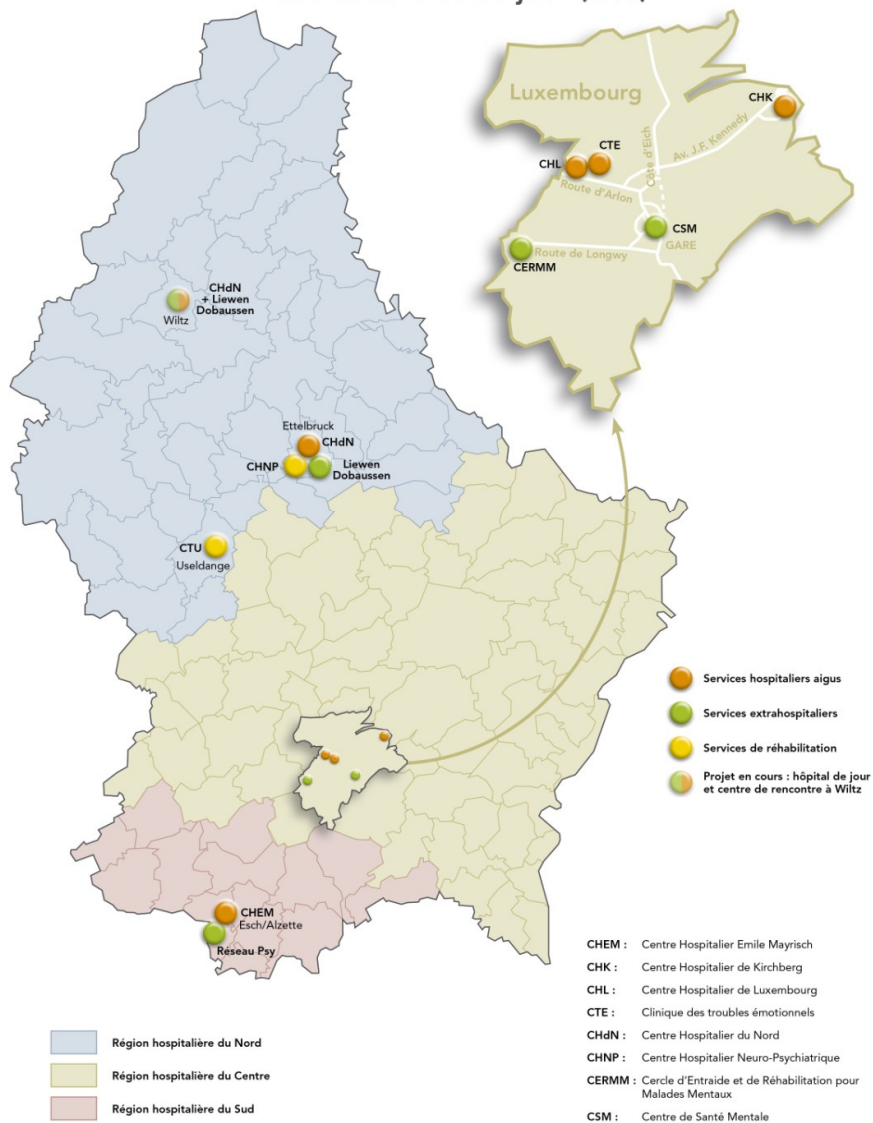
DRAFT

Annexe 1



GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG

Répartition des hôpitaux de jour (HdJ) et des centres de jour (CdJ)



Annexe 2

Détails de la répartition en personnel des différentes structures hospitalières et extrahospitalières (en Equivalent Temps Plein, ETP)

Services hospitaliers

Service	ETP	Place ou lits
CHL	TOTAL 49.79 ETP 6.3 Médecin 4.5 Thérapeute 36.74 Soignant 2.25 Social	Fermé 16 Ouvert 29 HdJ 15
HK	TOTAL 52.55 ETP 5 Médecin 6.75 Thérapeute 38 Soignant 2.8 Social	Fermé 12 Ouvert 33 HdJ 15
CHEM	TOTAL 59.55 ETP (sans l'AMP) 4 Médecin 1.5 Thérapeute 52.8 Soignant 1.25 Social	Fermé 12 Ouvert 33 HdJ 15
CHdN	TOTAL 49 ETP (sans l'AMP) 6 Médecin 4.5 Thérapeute 37 Soignant 1.5 Social	Fermé 12 Ouvert 29 (+4 géronto) HdJ 15
Zitha	TOTAL 17 ETP 3 Médecin 1.75 Thérapeute 12 Soignant 0.25 Social	Ouvert 20

Détails pour le CHNP

Service	ETP	Place ou lits	Personnes suivies en 2011
CHNP psychiatrie générale : - Horizon, - Orangerie 1, - CT Diekirch, - BU2 et BU3	Total 76.83 ETP 4 Médecin 5.08 Thérapeute 64.75 Soignant 3 Social	80 lits	249 patients
CHNP psychiatrie légale : - BU6	Total 17.98 ETP 1 Médecin 0.25 Thérapeute 16.4 Soignant 0.33 Social	12 lits	14 patients
CHNP long séjour : - Lannenhaff - Um Weier	Total 23.13 ETP 0.75 Médecin 0.98 Thérapeute 21 Soignant	36 lits	50 patients

CHNP Alcool : - Useldange - Orangerie 2	0.40 Social		
	Total 37.95 ETP	81 places	190 patients
	3.15 Médecin		
	6.8 Thérapeute	CTU 40+6+13	
	26 Soignant	Or 2 : 22	
	2 Social		
CHNP Toxicomanie : - Manternach	Total 19.5 ETP	25 places	70 patients
	0.5 Médecin		
	1 Thérapeute		
	10 Soignant		
	6.75 Educatif		
	1.25 Social		

Services extrahospitaliers

Service	ETP	Personnes suivies en 2011
Cermm	TOTAL 16.40 ETP 0.8 Médecin psychiatre 1.85 Thérapeute 7 Socio éducatif 6.75 Soignant	HDJ : 49 Consultation : 181 Rencontre : 41 Logement : 34
Centre de Santé Mentale	TOTAL 24.5 ETP 2 Médecin psychiatre 7.5 Thérapeute 8.25 Socio éducatif 6.75 Soignant	HDJ 72 Consultation 880 Rencontre 120 Logement 60
Liewen dobaussen	TOTAL : 22.5 ETP 1 Médecin psychiatre 2.5 Thérapeute 11 Socio éducatif 8 Soignant	HDJ : 158 Consultation : 275 Rencontre : 129 Logement : 55
Réseau psy	TOTAL : 27.85 ETP 2.25 Médecin psychiatre 7.8 Thérapeute 13.05 Socio éducatif 4.75 Soignant	HDJ : 91 Consultation : 684 Rencontre : 120 Logement : 78

Services de travail thérapeutique

Service	ETP	Personnes suivies en 2011
ATP	TOTAL 29 ETP 6.5 Thérapeute 21.5 Personnel éducatif et technique 1 Social	198 personnes
Wäschbur	TOTAL 9.5 ETP 2.5 Social 7 Personnel éducatif et technique	39 personnes
Mutferter Haff	TOTAL 5 ETP 2 Psychologue 3 Educateur instructeur	42 personnes

DRAFT