

# PLAN NATIONAL DE PRÉVENTION DU SUICIDE POUR LE LUXEMBOURG 2015 - 2019



*La prévention du suicide est l'affaire de nous tous !*



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

Direction de la santé



Centre  
d'Information  
et de Prévention



# PLAN NATIONAL DE PRÉVENTION DU SUICIDE POUR LE LUXEMBOURG 2015 - 2019



*La prévention du suicide est l'affaire de nous tous !*



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

Direction de la santé



Centre  
d'Information  
et de Prévention

Le Ministère et la Direction de la Santé ont réalisé le présent plan en étroite collaboration avec le Centre d'Information et de Prévention.

**Comité de rédaction :**

Dr Fränz D'ONGHIA, Centre d'Information et de Prévention  
Dr Juliana D'ALIMONTE, Direction de la Santé  
Véronique LOUAZEL (pour la partie IV)

**Coordinateurs des travaux :** Dr Juliana D'ALIMONTE, Direction de la Santé  
Dr Fränz D'ONGHIA, Centre d'Information et de Prévention

**Comité de lecture :** Marie-Jeanne BREMER, Centre d'Information et de Prévention  
Roger CONSRUCK, Ministère de la Santé  
Simone DIETZ, Unité de Formation et d'Education Permanente  
Monique PÜTZ, Ministère de la Santé  
Martine REGENWETTER, COPAS  
Marc STEIN, Police Grand-Ducale  
Dr Yolande WAGENER, Direction de la Santé  
Guy WEBER, Direction de la Santé

**Date de publication :** 2015

Tout le monde peut aider à  
prévenir le suicide.  
C'est en œuvrant ensemble que  
nous parviendrons à sauver des  
vies.

# Sommaire

---

Préface de la Ministre de la Santé .....	8
Liste des personnes du groupe de travail interministériel .....	10
Liste des personnes des groupes de travail .....	11
Quelques définitions pour situer le problème .....	14
I. Introduction.....	16
a) Aperçu épidémiologique .....	17
b) Pourquoi avons-nous besoin d'une stratégie nationale de Prévention du Suicide ?.....	29
c) Aperçu des Plans Nationaux de Prévention du Suicide venus d'ailleurs.....	31
d) Objectifs du Plan National de Prévention du Suicide Luxembourg.....	34
II. Le cadre théorique de la stratégie .....	36
a) Le modèle de prévention du suicide .....	36
b) Le cas de la dépression .....	41
c) Le modèle de référence – modèle <i>LIFE</i> .....	42
d) Les principes de base du modèle <i>LIFE</i> .....	46
e) Pourquoi avoir choisi le modèle <i>LIFE</i> ?.....	47
f) Les différents axes de la stratégie <i>LIFE</i> .....	47
AXE 1 – Améliorer la compréhension de la problématique suicidaire au Luxembourg .....	48
AXE 2 – Améliorer la résilience des individus et leur capacité à s'auto-aider.....	50
AXE 3 – Améliorer les ressources sociales, la résilience collective et la capacité à prévenir le suicide .....	51
AXE 4 – Adopter une approche coordonnée de la prévention du suicide .....	52
AXE 5 – Fournir des activités ciblées de prévention du suicide .....	54
AXE 6 – Instaurer des normes et standards de qualité en prévention du suicide .....	56
III. Le Plan National de Prévention du Suicide Luxembourg (PNPSL).....	58
a) La méthodologie de travail.....	58
b) Définition des actions et critères de priorisation .....	62
c) Actions retenues comme fortement prioritaires (à réaliser entre 2015 et 2019) .....	64
d) Logo et message(s) clé(s).....	80
e) Coût total du PNPSL.....	81
Plan de travail pluriannuel.....	83

	Récapitulatif des coûts, du financeur et des besoins en ressources humaines .....	88
IV.	L'évaluation du Plan National de Prévention du Suicide .....	91
	Référentiel Prévention du Suicide .....	92
V.	Références.....	95
	Liste des abréviations .....	98
VI.	Annexes .....	99
	Liste des annexes.....	99
	Annexe 1 - Partenaires potentiels pour le groupe de travail interministériel « Plan National de Prévention du Suicide » - GT-PNPSL.....	100
	Annexe 2 - Tableau de codification des lésions auto-infligées selon la classification internationale ICD-10.....	101
	Annexe 3 - Tableau de codification des événements dont l'intention n'est pas déterminée selon la classification internationale ICD-10 .....	102
	Annexe 4 - Actions retenues comme moyennement prioritaires (≥ 2020 ; éventuellement 2015 – 2019) .....	103
	Annexe 5 - Actions retenues comme faiblement prioritaires (≥ 2020) .....	107
	Annexe 6 - Enquête auprès des structures et services du réseau social luxembourgeois en vue de l'élaboration du Plan National de Prévention du Suicide .....	111
	Annexe 7 - Fiches des indicateurs d'évaluation du Plan National de Prévention du Suicide.....	125

## Préface de la ministre de la Santé

---

Le taux de suicide au niveau mondial, actuellement de 11,4 par 100.000 habitants, a augmenté de 60% au cours des 45 dernières années, soit près de 1 million de décès par an. Le suicide représente donc la 10<sup>ième</sup> cause de mortalité dans la population générale et l'une des trois principales causes chez les personnes âgées de 15 à 44 ans.

Selon les estimations de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), le suicide représentera plus de 2% de la charge mondiale de morbidité d'ici 2020.

Cependant, l'ampleur du problème est encore plus importante lorsque l'on sait que le taux de tentatives de suicide est 20 fois plus élevé que celui des suicides accomplis. S'y ajoute l'impact considérable du suicide, au-delà de la personne concernée, sur la vie et la santé mentale des proches et de la communauté en général.

Le suicide est le résultat d'interactions complexes entre différents facteurs de risque et de protection. Néanmoins, nous savons que tout suicide est évitable et que les moyens de réduire de manière significative le nombre de décès par suicide existent.

La lutte contre le suicide relève d'une politique de prévention active, d'une approche multisectorielle (« Health in all Policies ») et d'approches s'attaquant aux facteurs de risque à différents niveaux.

Il y a bientôt 20 ans que les Nations Unies publiaient une directive sur la prévention du suicide. Au Luxembourg, la prévention du suicide a été reconnue comme priorité de Santé Publique à partir de 2012. En 2013, le nouveau programme gouvernemental prévoit un Plan National de Prévention du Suicide et plus largement de la Dépression (PNPSL), dont le but est de combattre les causes et les conséquences du suicide et de réduire les tentatives de suicide et les décès par suicide au Luxembourg.

Le plan que vous tenez entre vos mains s'adresse à toute la population et prend en compte les différentes périodes de vie (enfants, adolescents, personnes âgées, etc.) dans leurs différents milieux (travail ou scolaire). Il est l'aboutissement de beaucoup d'efforts déployés par de nombreux intervenants de terrain, le tout coordonné par le Dr Juliana D'Alimonte et le Dr Fränz D'Onghia.

Mon vœu sincère est que les objectifs de ce plan soient atteints et que chacun puisse trouver sa place dans la prévention du suicide et dans la promotion de la santé mentale à tous les niveaux.

Mes remerciements vont à toutes celles et tous ceux qui ont contribué à l'élaboration du plan et qui contribueront, de près ou de loin, à sa mise en œuvre.

Lydia MUTSCH,  
Ministre de la Santé





## Liste des personnes du groupe de travail interministériel

Un groupe de travail interministériel « Plan National de Prévention du Suicide Luxembourg (GT-PNPSL) » a été mis en place pour superviser les travaux d'élaboration. Six types de partenariats ont été définis pour mettre en place ce groupe (cf. Annexe 1). Les personnes ayant participé à ce groupe sont les suivantes :

	Prénoms	Noms	Structure
Monsieur	Jean-Paul	BLESER	Association Nationale des Infirmiers et Infirmières Luxembourgeoises (ANIL)
Madame	Marie-Jeanne	BREMER	Centre d'Information et de Prévention (CIP)
Docteur	Juliana	D'ALIMONTE	Direction de la Santé au Ministère de la Santé
Docteur	Fränz	D'ONGHIA	Centre d'Information et de Prévention (CIP)
Monsieur	Marc	GENEWO	Lëtzebuergesch Angscht Stéierungen Hëllef a Selbsthëllef (LASH)
Docteur	Marc	GLEIS	Entente des gestionnaires des structures complémentaires et extrahospitalières en psychiatrie (EGSP)
Docteur	Marc	GRAAS	Centre Hospitalier Neuro-Psychiatrique (CHNP)
Docteur	Paul	HEDO	Centre Hospitalier de Luxembourg (CHL)
Madame	Marina	HORNICK	Add-Spontan
Docteur	Marc	JACOBY	Association Luxembourgeoise de Santé au Travail (ALSAT)
Madame	Ginette	JONES	Ministère du Travail, de l'Emploi et de l'Économie sociale et solidaire
Monsieur	Ralph	KASS	Ministère de l'Égalité des Chances
Madame	Isabelle	KLEIN	Ministère de la Famille, de l'Intégration à la Grande Région
Docteur	Dorothee	KNAUF-HÜBEL	Direction de la Santé au Ministère de la Santé
Monsieur	Léon	KRAUS	Groupe de Support Psychologique (GSP)
Monsieur	Thomas	KRAUS	Alcool, Médicaments, Addictions (AMA)
Madame	Véronique	LOUAZEL	CRP-Santé
Madame	Aline	MAHOUT	COPAS
Madame	Thérèse	MICHAELIS	Centre de Prévention des Toxicomanes (CePT)
Docteur	Gilles	MICHAUX	Société Luxembourgeoise de Psychologie (SLP)
Madame	Caroline	MILBERT-BOVÉ	Agence du Bénévolat
Monsieur	Jacques	NICKELS	Centre Hospitalier du Nord (CHdN)
Madame	Laure	NICKELS	Zitha Klinik
Docteur	Jean-Paul	NILLES	Centre de Prévention des Toxicomanes (CePT)
Docteur	Claudio	PIGNOLONI	Société Luxembourgeoise de Pédopsychiatrie
Madame	Marc	PLETSCH	APEG
Professeur	Charles	PULL	Clinique des troubles émotionnels
Docteur	Marc	GRAAS	Centre Hospitalier Neuro-Psychiatrique (CHNP)
Madame	Martine	REGENWETTER	COPAS
Madame	Brigitte	SCHMITZ	Centre Hospitalier Neuro-Psychiatrique (CHNP)
Professeur	Georges	STEFFGEN	Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche
Monsieur	Marc	STEIN	Service psychologique Police Grand-Ducale
Madame	Antoinette	THILL-ROLLINGER	Centre de Psychologie et d'Orientation Scolaire (CPOS)
Monsieur	François	THOMA	Ministère de la Famille, de l'Intégration et à la Grande Région
Monsieur	Hans-Peter	WACKER	Jo zu Mir
Madame	Marcelle	WALCH	SOS Détresse
Monsieur	Paul	WEBER	Inspection du Travail et des Mines (ITM)
Monsieur	Fernand	WEIDES	Conseil de Presse
Madame	Michelle	WENNMACHER	Patientevertriedung
Madame	Elisabeth	WOHLGENANT	Centre d'Information et de Prévention (CIP)

## Liste des personnes des groupes de travail

### Groupe de Travail « Prévention du suicide en milieu professionnel »

	Prénoms	Noms	Structure
Docteur	Mareike	BÖNIGK	Stressberodung - Centre d'Information et de Prévention
Madame	Anne	BOURG	Proactif asbl
Madame	Marie-Jeanne	BREMER	Centre d'Information et de Prévention
Monsieur	David	BÜCHEL	Chambre des Salariés
Docteur	Fränz	D'ONGHIA	Centre d'Information et de Prévention
Monsieur	Helmut	GEHLE	Institut fir Psychologesch Gesondheitsförderung asbl
Docteur	Danièle	GOEDERT	Administration du Contrôle médical de la Sécurité Sociale
Docteur	Nicole	MAJERY	Service de Santé au Travail Multisectoriel
Monsieur	Georges	MELCHERS	Landesverband
Monsieur	Paul	MEYERS	Association d'Assurance Accident
Madame	Livia	NOCERINI	CHNP
Monsieur	Carlos	PEREIRA	OGBL
Madame	Martine	PETERS	Union des Entreprises Luxembourgeoises
Monsieur	Roberto	SCOLATI	ALEBA
Madame	Sandra	VALLIER	Association pour la Santé au Travail du Secteur Financier
Monsieur	Alain	VANDERHOEGT	Sécurité et Santé au Travail Luxembourg
Madame	Mirjana	VASILJEVIC	Centre d'Information et de Prévention
Monsieur	Georges	WAGNER	Association d'Assurance Accident
Monsieur	Paul	WEBER	Inspections du Travail et des Mines
Madame	Elisabeth	WOHLGENANT	Centre d'Information et de Prévention
Monsieur	Patrick	WOLTER	Chambre de Commerce

### Groupe de Travail « Prévention du suicide et 3<sup>ième</sup> âge »

	Prénoms	Noms	Structure
Madame	Sandra	BALSAMO	OMEGA 90
Madame	Jaqueline	BECKER	Ministère de la Famille, de l'Intégration, à la Grande Région
Madame	Marie-Jeanne	BREMER	Centre d'Information et de Prévention
Madame	Christine	BUTTOL	Croix Rouge
Madame	Isabelle	DECKER	Groupe de Support Psychologique
Docteur	Fränz	D'ONGHIA	Centre d'Information et de Prévention
Madame	Marie-Thérèse	GANTENBEIN	RBS – Center fir Altersfroen
Madame	Carmella	KLESTADT	Jugend an Drogenhëllef
Docteur	Laurent	LE SAINT	Centre Hospitalier de Luxembourg
Monsieur	Dirk	LEONHARD	Stéftung Hëllef Doheem
Madame	Gaby	MEYER	Fondation Pescatore
Madame	Livia	NOCERINI	CHNP
Madame	Josée	THILL	Croix Rouge
Madame	Helene	VESELY	SOS Détresse

### Groupe de Travail « Prévention du suicide chez les jeunes »

	Prénoms	Noms	Structure
Madame	Marie-Paule	ARENDT	Groupe de Support Psychologique
Madame	Marie-Jeanne	BREMER	Centre d'Information et de Prévention
Docteur	Fränz	D'ONGHIA	Centre d'Information et de Prévention
Monsieur	Léon	KRAUS	Groupe de Support Psychologique
Docteur	Claudio	PIGNOLONI	Centre Hospitalier du Luxembourg
Monsieur	René	SCHLECHTER	Kanner a Jugend-Telefon
Madame	Sylvia	SCHUBERT	Centre de Psychologie et d'Orientation Scolaire
Madame	Antoinette	THILL-ROLLINGER	Centre de Psychologie et d'Orientation Scolaire (CPOS)
Madame	Lis	THOMÉ	Centre de Prévention des Toxicomanies
Docteur	Jean-François	VERVIER	Centre Hospitalier de Luxembourg
Docteur	Yolande	WAGENER	Direction de la Santé

### Groupe de Travail « Prévention du suicide et trauma »

	Prénoms	Noms	Structure
Madame	Marie-Jeanne	BREMER	Centre d'Information et de Prévention
Monsieur	Fabrice	BRIÈRE	Centre Hospitalier Emile Mayrisch
Madame	Céline	BRIOLLOTTI	Ville de Luxembourg
Monsieur	Georg	CHRIST	Familjen-center
Madame	Terry	CONTER	Service d'Aide aux Victimes Parquet général
Madame	Marie-Josée	CREMER	ALUPSE
Docteur	Fränz	D'ONGHIA	Centre d'Information et de Prévention
Madame	Gaby	DAMJANOVIC	Jugend an Drogenhëllef
Madame	Nicole	FRICKE	Liewen Dobaussen
Madame	Barbara	GORGES-WAGNER	Kanner a Jugend-Telefon
Madame	Bernadette	MOSSONG	Centre de Santé Mentale
Madame	Tamara	ROSTECK	Service d'Aide aux Victimes Parquet général
Madame	Joëlle	SCHRANK	Femmes en détresse
Madame	Jil	TERRES	Croix Rouge
Docteur	Jean-François	VERVIER	Centre Hospitalier de Luxembourg
Madame	Marcelle	WALCH	SOS Détresse

### Groupe de Travail « Prévention du Suicide et crise suicidaire »

	Prénoms	Noms	Structure
Madame	Marie-Paule	ARENDT	Groupe de Support Psychologique
Madame	Marie-Jeanne	BREMER	Centre d'Information et de Prévention
Docteur	Fränz	D'ONGHIA	Centre d'Information et de Prévention
Monsieur	Helmut	GEHLE	Institut fir Psychologesch Gesondheitsförderung asbl
Monsieur	Léon	KRAUS	Groupe de Support Psychologique
Monsieur	Claude	MICHELS	Centre Kompass
Madame	Brigitte	SCHMITZ	Soins psychiatriques à domicile
Madame	Sylvia	SCHUBERT	Centre de Psychologie et d'Orientation Scolaire
Madame	Antoinette	THILL-ROLLINGER	Centre de Psychologie et d'Orientation Scolaire (CPOS)
Madame	Helene	VESELY	SOS Détresse

## Groupe de Travail « Prévention du suicide et addictions »

	Prénoms	Noms	Structure
Madame	Anna	BELUSOWA	Abrigado
Madame	Marie-Jeanne	BREMER	Centre d'Information et de Prévention
Docteur	Jean-Marc	CLOOS	Jugend an Drogenhëllef
Docteur	Fränz	D'ONGHIA	Centre d'Information et de Prévention
Docteur	Paul	HENTGEN	Centre Thérapeutique d'Useldange
Monsieur	Peter	KAGERER	Anonym Glécksspiller
Monsieur	Thomas	KLAUS	Alcool Médicaments Addictions
Docteur	Jean-Paul	NILLES	Centre de Prévention des Toxicomanies
Madame	Michelle	WENNMACHER	Alcool Médicaments Addictions

## Quelques définitions pour situer le problème

Le suicide désigne l'acte de se donner délibérément la mort, survenant souvent de manière soudaine, brutale, inattendue et impulsive.

La tentative de suicide (souvent abrégé TS) est un acte incomplet se soldant par un échec, traduisant lorsqu'elle se répète une psychopathologie sous-jacente.

L'idée ou l'idéation suicidaire est une simple représentation mentale de l'acte suicidaire que tout un chacun peut éprouver.

Le suicidé désigne la personne dont l'acte a abouti à la mort par suicide.

Le suicidaire désigne la personne qui a des idées ou idéations suicidaires. Ce terme est vague puisqu'il s'applique aussi bien à la personne qui a des idées passagères, qu'à la personne qui éprouve de fortes idéations suicidaires persistantes.

Le suicidant est une personne qui fait ou vient de faire une tentative suicidaire (TS).

Le parasuicide ou équivalent suicidaire est un acte extrême par lequel on adopte des conduites à risque pouvant conduire à la mort (refus, arrêt ou abandon des traitements, usage excessif d'alcool ou d'autres substances toxiques, prise de risque délibérée sur la route, etc.)

L'euthanasie représente l'administration par un médecin d'un traitement léthal à un patient avec l'intention manifeste d'abrégé la vie de celui-ci.

Le suicide (médicalement) assisté représente l'administration par le médecin de médicaments ou de conseils qui permettent au patient d'en finir lui-même avec sa vie.

Les comportements suicidaires désignent l'éventail des activités relatives au suicide, englobant les pensées suicidaires, l'automutilation, les tentatives de suicide, les suicides accomplis, etc.



La prévention du suicide est  
l'affaire de nous tous ...

... soyons attentifs aux signaux  
d'alerte !

## I. Introduction

---

La diminution du nombre de suicides est devenue un objectif important de santé publique à l'échelle mondiale. Le suicide est un problème complexe, mettant en cause de multiples facteurs de nature psychologique, biologique, sociale et environnementale, qui interagissent entre eux tout au long de l'histoire d'une personne. Il n'y a ni de cause unique, ni de solutions simples. Les nombreuses recherches scientifiques sur le sujet suggèrent toutefois que la prévention du suicide est possible. Elle exige une série de mesures touchant à la fois l'éducation des enfants et des jeunes, la recherche de traitements efficaces des troubles mentaux, tout comme l'intervention environnementale et l'analyse des facteurs de risque.

Les décès prématurés par suicide ont des conséquences incommensurables, bien sûr pour les familles et les proches des suicidés, mais aussi pour tous ceux dans notre société qui doivent faire face à l'impact de toutes ces tragédies. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), chaque suicide a un impact sérieux sur au moins six personnes de l'entourage, générant des problèmes psychologiques, sociaux et financiers.

Pour être efficace, la prévention du suicide doit s'inscrire dans une approche globale et continue. Le Plan National de Prévention du Suicide (PNPSL) que s'accorde le Luxembourg adopte une approche bio-psycho-sociale qui tient compte de cette pluridimensionnalité. La prévention du suicide concerne l'ensemble de la population et constitue une réelle priorité pour le gouvernement luxembourgeois. Chacun a un rôle important à jouer dans la prévention du suicide, en commençant par les structures de santé, les écoles, mais aussi le monde de l'entreprise et la communauté au sens large. La prévention du suicide est l'affaire de nous tous !

Le Plan National de Prévention du Suicide, que vous tenez entre vos mains, est le résultat d'un travail de réflexions qui a commencé en 2005 à travers la naissance de la *Vernetzungsinstitut für Suizidprävention*, une initiative de professionnels de la santé mentale qui se sont réunis pour promouvoir le travail en réseau comme méthode de travail pour la prévention du suicide. Les travaux d'information et de sensibilisation (notamment les Journées Nationales de Prévention du Suicide), réalisés depuis 2005 ont incité le Ministre de la Santé de l'époque, Monsieur Mars Di Bartolomeo, de mandater le Centre d'Information et de Prévention, coordinateur de cette initiative de professionnels, à élaborer une stratégie nationale de prévention du suicide.

Deux ans après l'attribution du mandat et suite à de nombreuses consultations avec l'ensemble des partenaires de terrain, nous sommes en mesure de présenter une stratégie nationale de prévention du suicide, qui tient compte à la fois des besoins des nombreux acteurs de terrain et des lacunes rencontrées, mais aussi des pratiques nationales et internationales qui ont prouvé leur efficacité. Ainsi, notre Plan National de Prévention du Suicide est inspiré du modèle australien *Living Is For Everyone (LIFE)*, un modèle de plan d'action de lutte contre le suicide, basé sur des preuves scientifiques, qui a été appliqué dans de nombreux pays (Australie, Nouvelle-Zélande, Écosse, etc.). Le but principal de ce modèle consiste à renforcer les individus, les familles et la communauté et d'augmenter la capacité de la communauté à répondre rapidement et de manière coordonnée à la détresse des personnes.

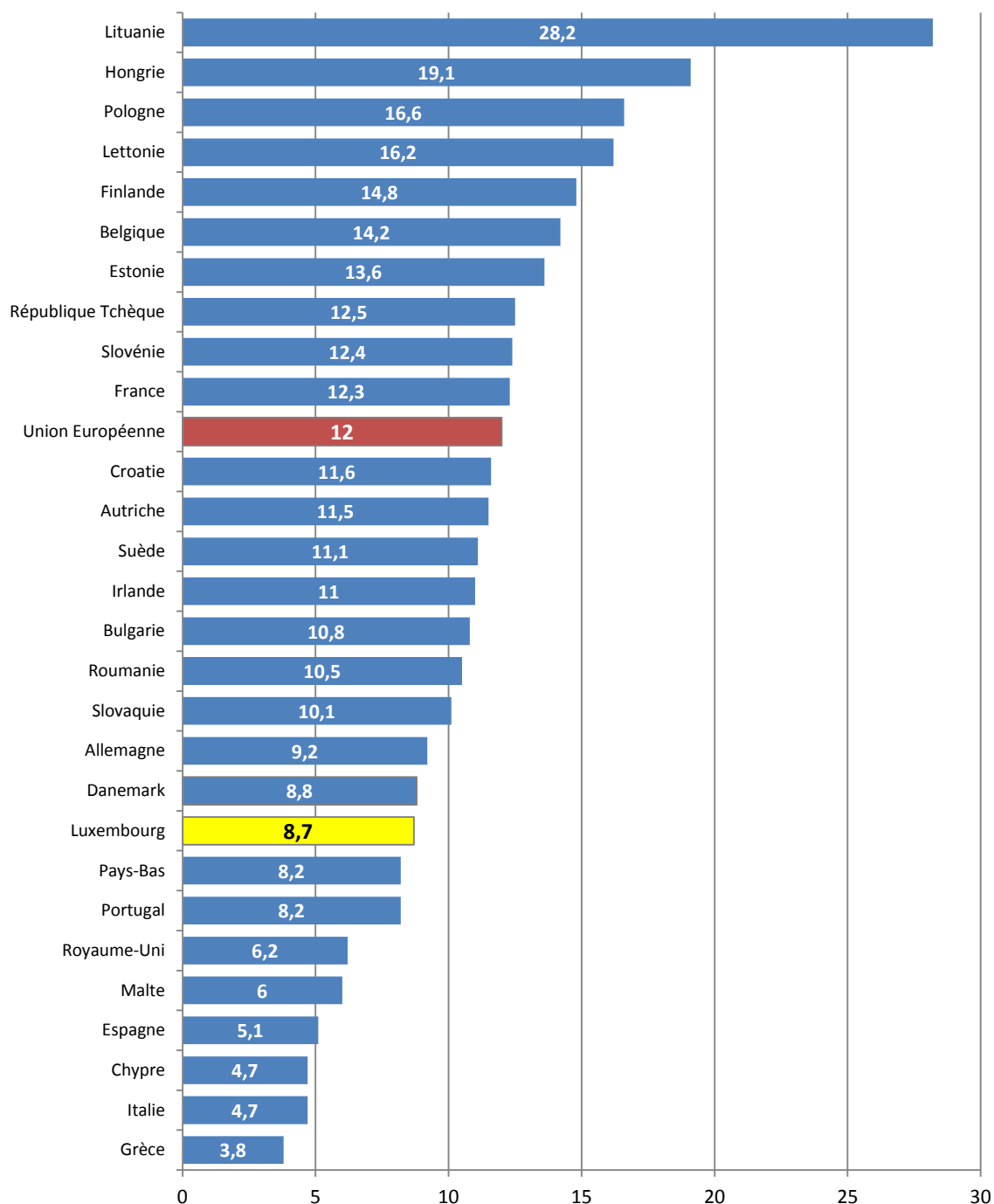
Le plan d'actions que nous avons élaboré se veut pragmatique et concret et donnera lieu à une évaluation régulière des actions afin de déterminer si celles-ci ont eu l'impact souhaité. Bien que le présent plan d'action soit ambitieux, il n'a pas la prétention d'être complet. Sa publication marque surtout le début d'une volonté politique de combattre le fléau que représente le suicide.



## a) Aperçu épidémiologique

Le nombre de suicides dans l'Union Européenne des 28 s'élevait à 61.929 pour l'année 2012, ce qui correspond à un taux standardisé de mortalité par suicides de 12 par 100.000 habitants. Ce taux varie de 3,8 à 28,2 pour les 28 pays de l'Union Européenne. Il est le plus élevé dans les pays de l'Est et le moins élevé dans les pays du Sud de l'Union Européenne. Le Luxembourg se situe en dessous de la moyenne européenne, avec un taux de suicide standardisé selon l'âge de 8,7 par 100.000 pour l'année 2012 (cf. figure 1).

**Figure 1** – Taux de suicide standardisés selon l'âge pour 100.000 habitants dans l'Union Européenne en 2012



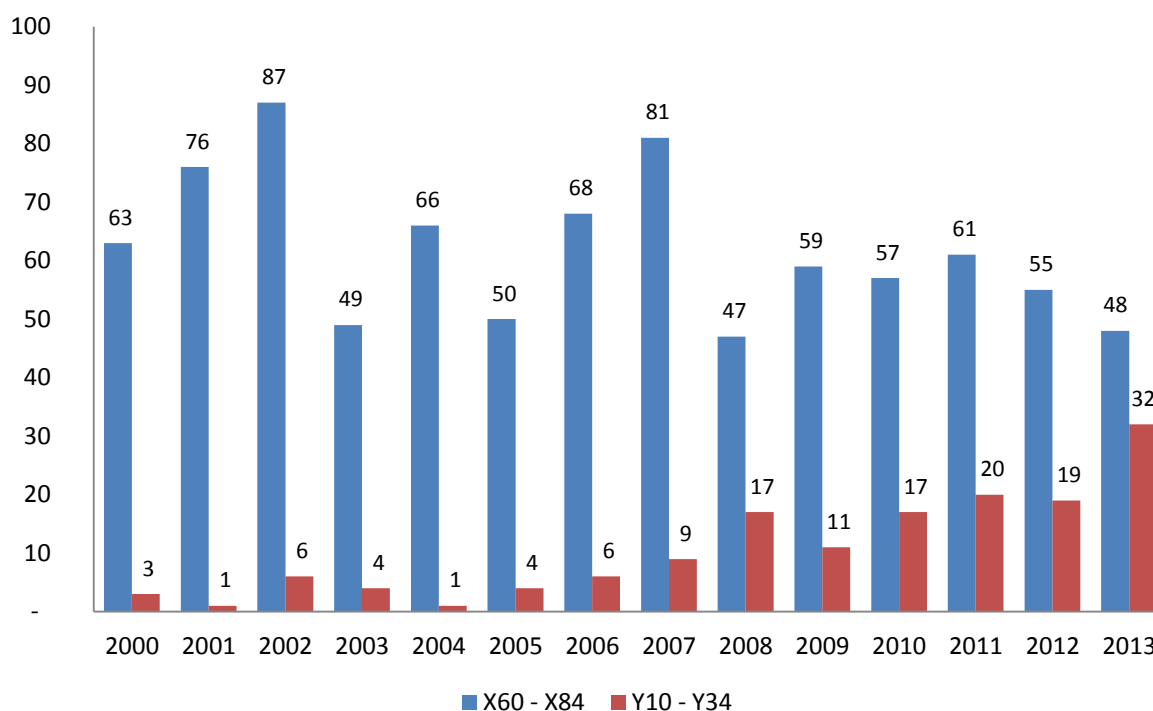
Source : OMS, 2014

La dixième version de la classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (ICD-10) définit le suicide par la série de codes X60 à X84, et dont les libellés identifient non pas les traumatismes, mais les procédés utilisés par les suicidés (cf. Annexe 2). Les données de la figure 1 font référence à ces codes X60 à X84, que l'ICD-10 nomme spécifiquement les lésions auto-infligées et qui sont communément identifiés comme les suicides.

On distingue ces codes X60 à X84 des codes Y10 à Y34, qui eux regroupent les événements dont l'intention n'est pas déterminée.

Dans un souci d'une plus grande exhaustivité, depuis 1975, les données sur le suicide au Luxembourg sont généralement communiquées en rassemblant à la fois les codes X60 à X84 (lésions auto-infligées) et les codes Y10 à Y34 (événements dont l'intention n'est pas déterminée). Il va de soi qu'en procédant ainsi, les taux de suicides nationaux sont plus élevés et ne sont donc pas comparables aux taux de suicide calculés selon la stricte définition internationale des lésions auto-infligées (X60 à X84). La figure 2 présente le nombre de suicides entre les années 2000 à 2013 selon le groupe de codes (X60 à X84 versus Y10 à Y34).

**Figure 2** – Nombre de suicides entre 2000 à 2013 selon le groupe de codes (n = 1.017)



Source : Direction de la Santé, registre des causes de décès, Luxembourg

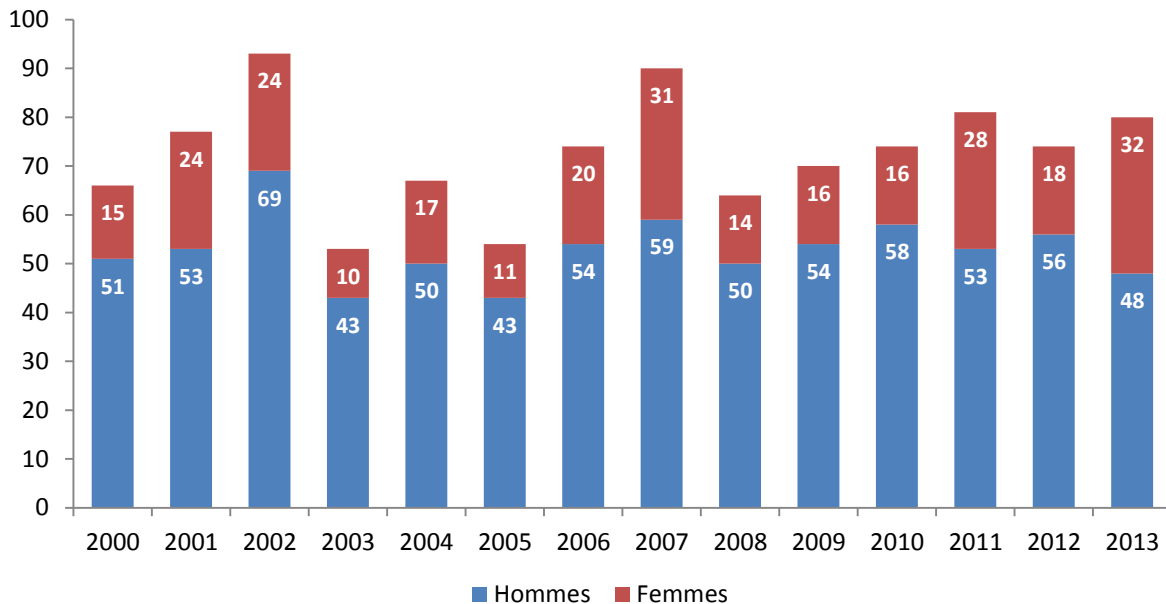
La figure 2 montre que les lésions auto-infligées (X60 à X84) ont tendance à diminuer depuis l'année 2000, mais que les événements dont l'intention n'est pas déterminée (Y10 à Y34) ont progressivement augmenté depuis 2006. Cette augmentation est en partie due à l'implémentation en 2005 du système automatisé de codification des causes de décès recommandé par l'OMS et Eurostat.

Toutes les données et les figures qui suivent ci-dessous sont réalisées en tenant compte de la méthode de calcul rassemblant les lésions auto-infligées (codes X60 à X84) et les événements dont l'intention n'est pas déterminée (codes Y10 à Y34). Ces données sont issues des rapports annuels des statistiques des causes de décès publiés par la Direction de la Santé.

Les données épidémiologiques sur le suicide au Luxembourg font émerger plusieurs constats :

Premièrement, le suicide au Luxembourg (à l'instar des autres pays européens) touche davantage les hommes que les femmes. Le sexe-ratio (hommes versus femmes) se situe à 3:1, ce qui signifie que les hommes se suicident donc 3 fois plus souvent que les femmes (cf. figures 3 et 4). En effet, 276 femmes et 741 hommes se sont suicidés au Luxembourg entre 2000 et 2013.

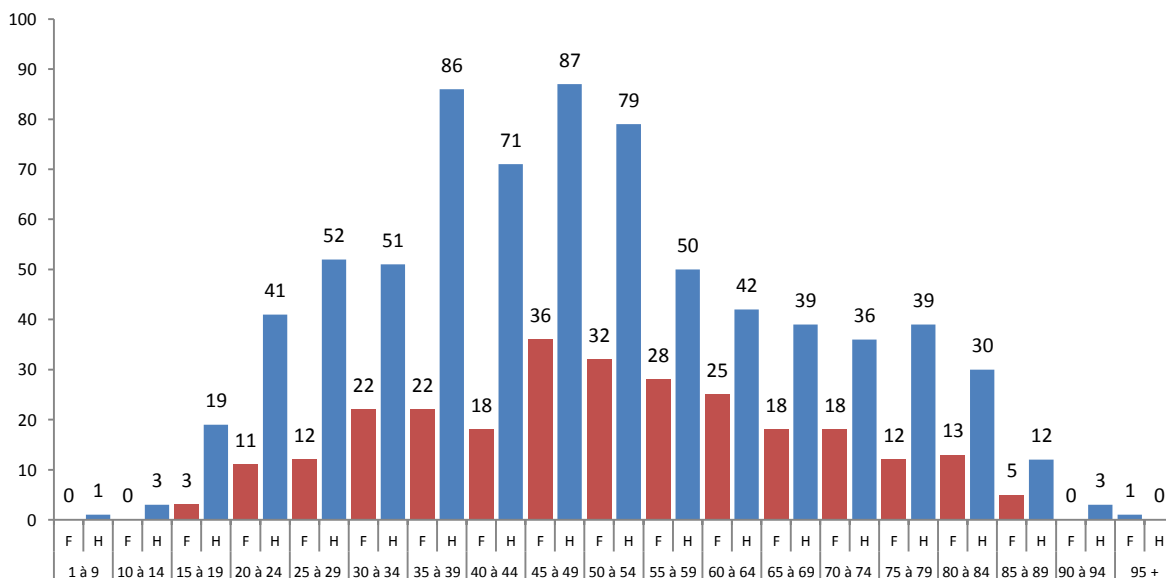
**Figures 3** – Nombre de suicides enregistrés au Luxembourg entre 2000 et 2013 selon le sexe (n = 1.017)



Source : Direction de la Santé, registre des causes de décès, Luxembourg

La surmortalité masculine s'observe, quel que soit l'âge des personnes, bien que le ratio varie selon la classe d'âge, il est de 6:1 dans la classe d'âge des 15 à 19 ans et de moins de 2:1 dans les trois classes d'âge des 55 à 69 ans (cf. figure 4). Ce constat devrait conduire les professionnels de la santé à tenir compte du sexe dans leur analyse du potentiel suicidaire ainsi que dans leur prise en charge de la personne à risque.

**Figure 4** – Nombre de suicides enregistrés entre 2000 et 2013 selon la classe d'âge et le sexe (n = 1.017)

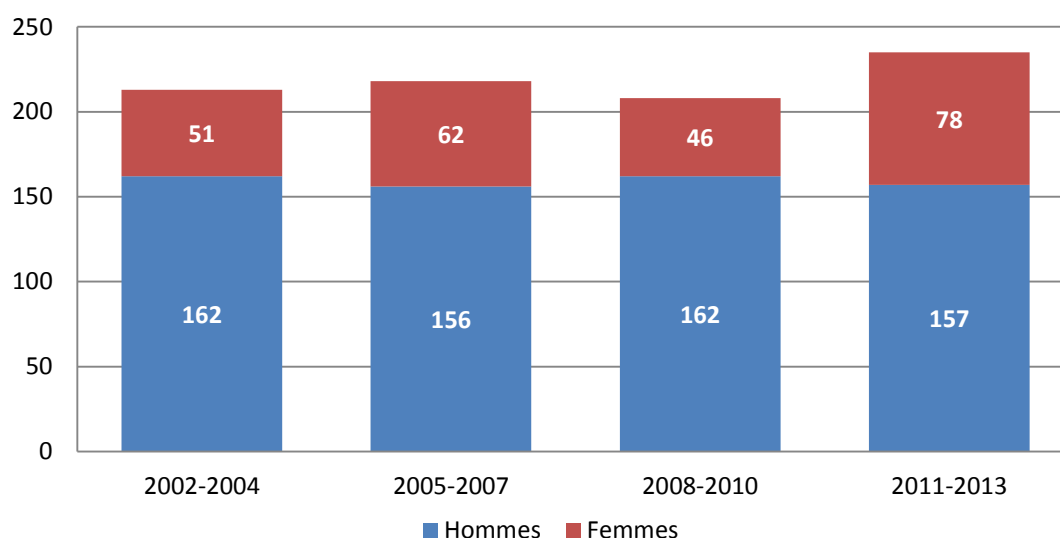


Source : Direction de la Santé, registre des causes de décès, Luxembourg

La taille réduite de la population du Grand-Duché de Luxembourg explique en partie les grandes fluctuations observées d'une année à l'autre (cf. figure 3). Afin de parer à ces fluctuations, l'OMS recommande notamment d'agréger les données sur des périodes plus longues qu'une année telles que des périodes de 3 ans. La figure 5 présente le nombre de suicides enregistrés entre 2002 et 2013 par période de 3 ans. En procédant ainsi, nous considérons une certaine régularité du nombre de suicides sur les 4 périodes, malgré une augmentation de plus de 20% de la population entre 2002 et 2013. Ainsi, nous observons :

- 213 suicides durant la période de 2002 à 2004,
- 218 durant la période de 2005 à 2007,
- 208 durant la période de 2008 à 2010 et
- 235 durant le période de 2011 à 2013.

**Figure 5** – Nombre de suicides enregistrés au Luxembourg entre 2002-2004 et 2011-2013 par période de 3 ans selon le sexe (n = 874)

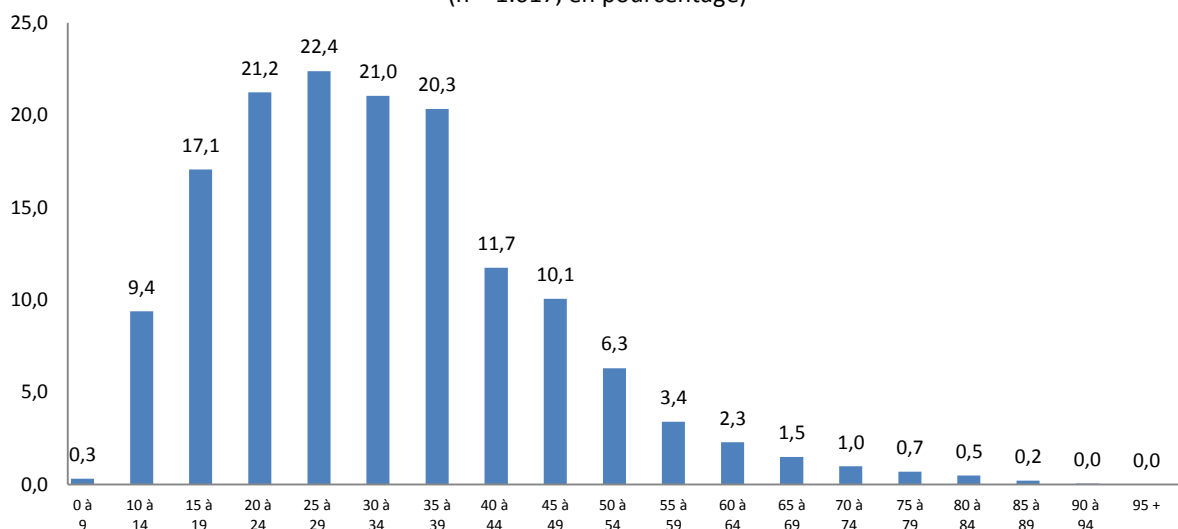


Source : Direction de la Santé, registre des causes de décès, Luxembourg

Deuxièmement, les données de mortalité montrent que près d'un décès sur 50 est un suicide. En 2013, le suicide représentait ainsi 2,61% de l'ensemble des décès masculins et 1,66% des décès féminins. La part des décès par suicide dans la mortalité générale diminue nettement à partir de la trentaine (cf. figure 6). La part des suicides représente :

- 22,4% de la mortalité générale chez les 25 à 29 ans,
- 11,7% chez les 40 à 44 ans et
- 2,3% chez les 60 à 64 ans.

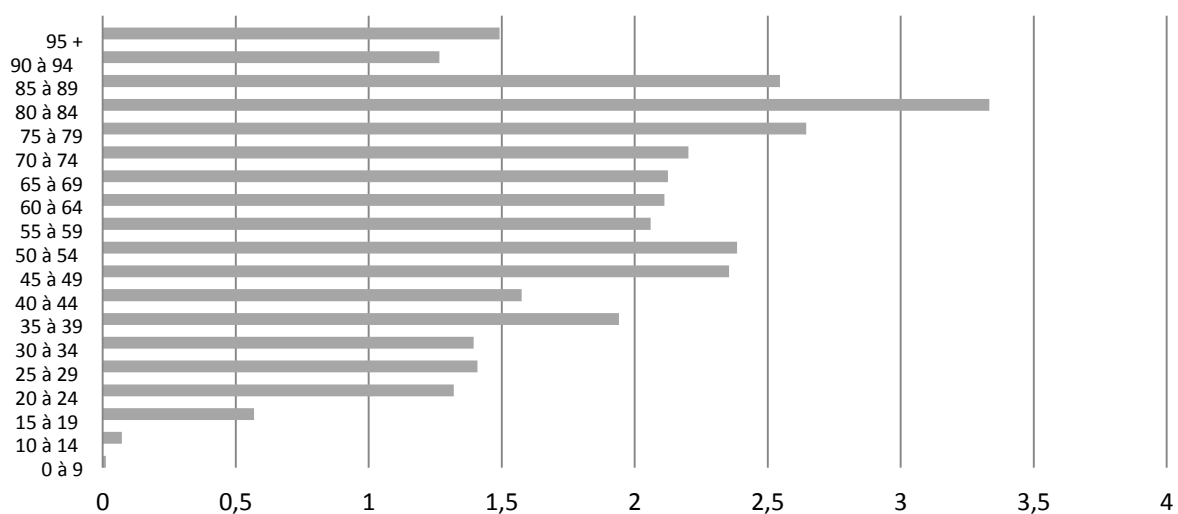
**Figure 6** – Part des suicides dans la mortalité générale selon l'âge entre 2000 et 2013  
(n = 1.017, en pourcentage)



Source : Direction de la Santé, registre des causes de décès, Luxembourg

Si la part des décès par suicide dans la mortalité générale diminue nettement à partir de la trentaine, il n'en est pas de même pour le taux brut de mortalité par suicide, qui lui tend à augmenter avec l'âge (cf. figure 7).

**Figure 7** – Taux brut de mortalité par suicide sur 10.000 habitants selon la classe d'âge pour les années 2000 à 2013 (n = 1.017)



Source : Direction de la Santé, registre des causes de décès, Luxembourg

Pour la période de 2000 à 2013 :

- 7,7% du total des décès par suicide surviennent avant l'âge de 25 ans (78 suicides),
- 70,1% entre 25 et 64 ans (713 suicides) et
- 22,2% après 64 ans (226 suicides).
- 

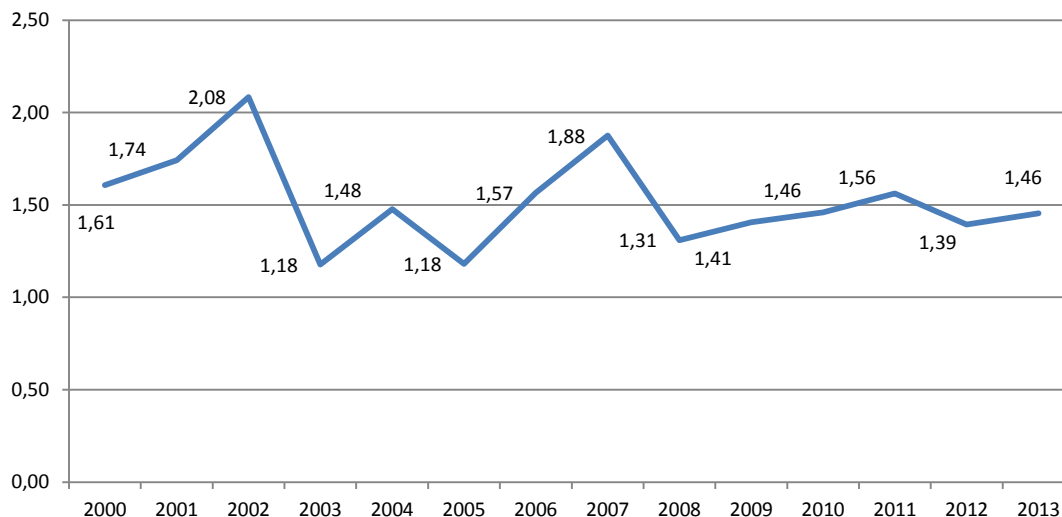
Les taux de décès par suicide augmentent régulièrement après 25 ans jusqu'à l'âge de 45 ans, puis augmentent plus fortement à partir de 45 ans et surtout à partir de 75 ans (cf. figure 7).

Si l'on parle davantage du suicide des jeunes, pour lesquels le suicide représente effectivement l'une des principales causes de décès à un âge où l'on décède peu de maladie, les personnes âgées sont

toutefois, en proportion, nettement plus impliquées par le suicide. En effet, le taux de décès par suicide est environ six fois plus élevé chez les 80 à 84 ans que chez les 15 à 19 ans.

De manière générale, l'on constate une diminution lente, mais progressive du taux de suicide de 2000 à 2013 (cf. figure 8).

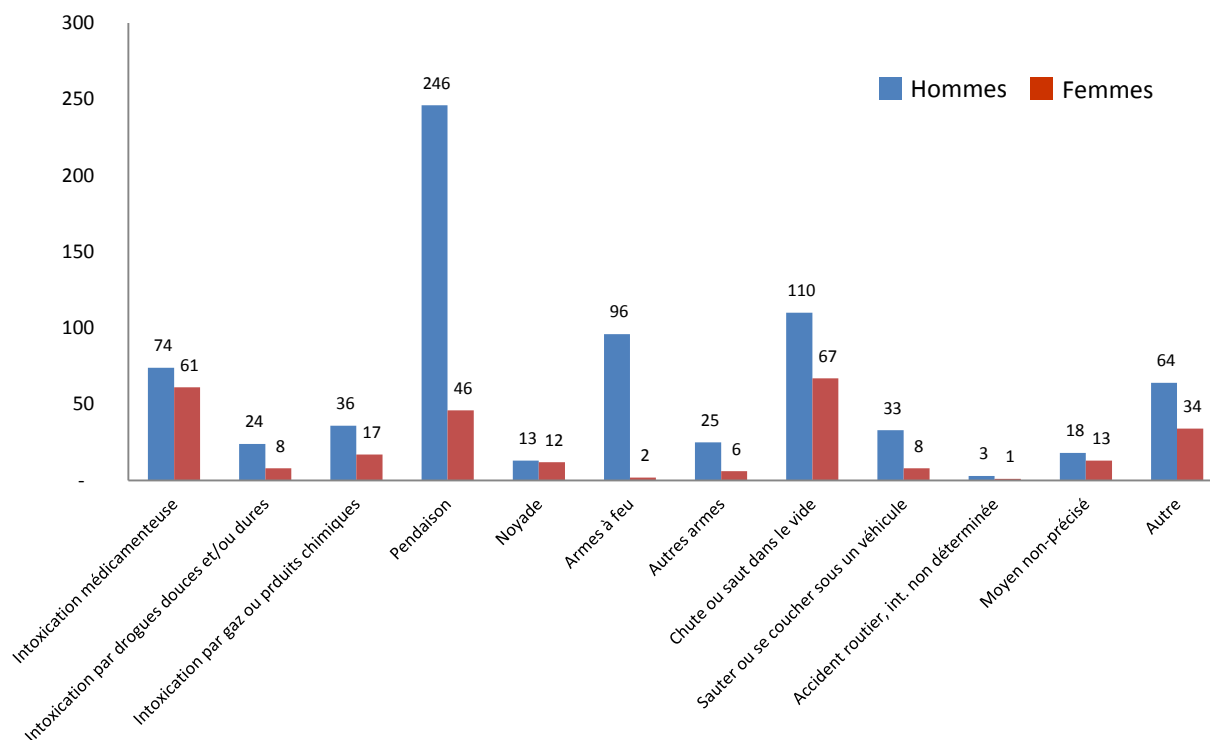
**Figure 8** – Évolution du taux brut de mortalité par suicide sur 10.000 habitants de 2000 à 2013 (n = 1.017)



Source : Direction de la Santé, registre des causes de décès, Luxembourg

Troisièmement, la pendaison est de loin le moyen de décès le plus fréquent, devant les sauts dans le vide et les intoxications médicamenteuses ou par substances chimiques (cf. figure 9).

**Figure 9** – Nombre de suicides entre 2000 et 2013 selon le sexe et le moyen employé (n = 1.017)

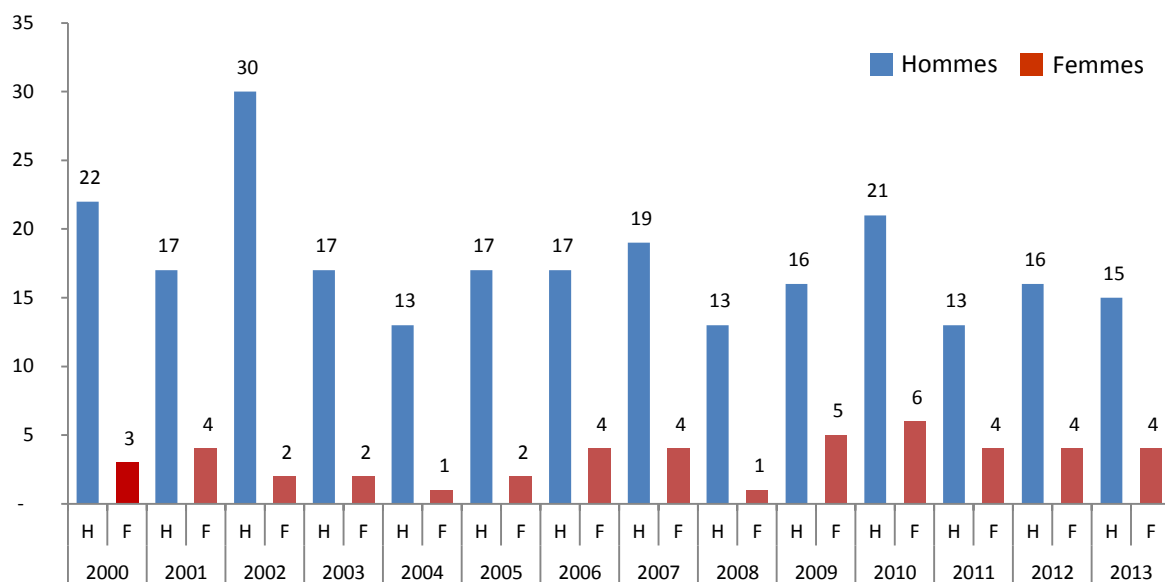


Source : Direction de la Santé, registre des causes de décès, Luxembourg

Entre 2000 et 2013 :

- 28,7% des personnes qui se sont suicidées ont eu recours à la pendaison,
- 17,4% ont sauté dans le vide,
- 13,3% se sont empoisonnées à l'aide de médicaments,
- 9,6% ont recouru à une arme à feu,
- 5,2% se sont empoisonnées par le biais d'un gaz ou d'un produit chimique et
- 4% se sont jetées sous un véhicule en mouvement (cf. figure 9).

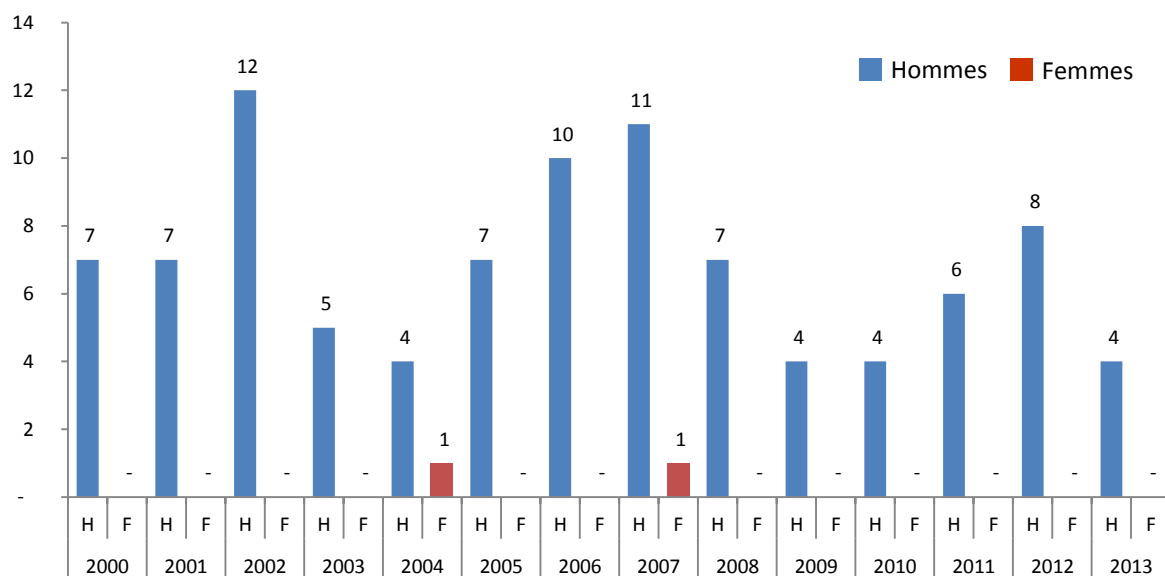
Figure 10 – Nombre de suicides par pendaison entre 2000 et 2013 selon le sexe (n = 292)



Source : Direction de la Santé, registre des causes de décès, Luxembourg

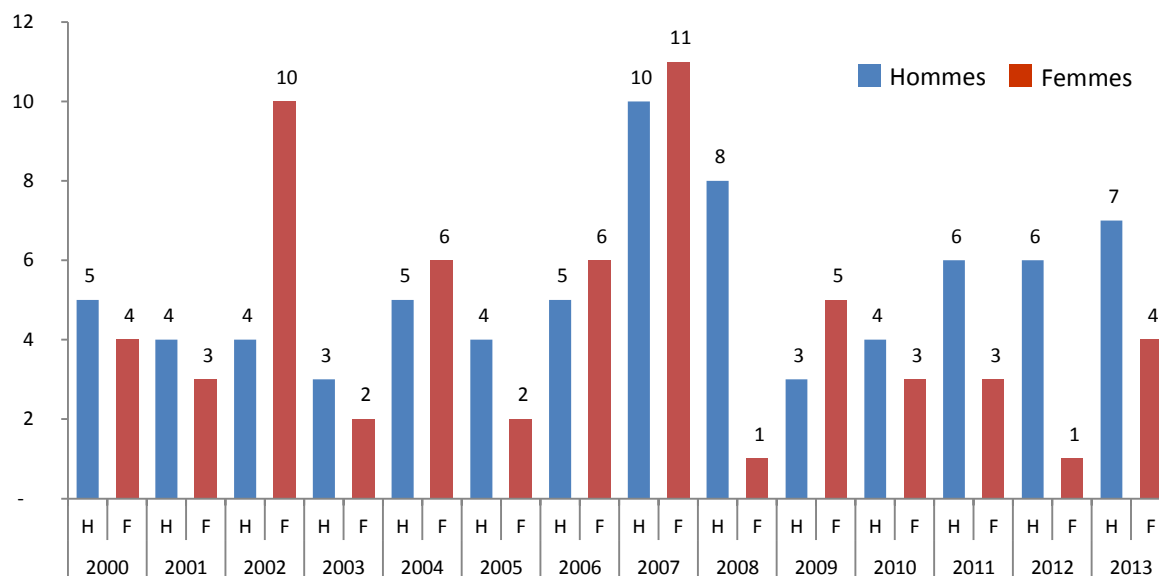
Les suicides par pendaison (cf. figure 10) sont nettement plus fréquents chez les hommes que chez les femmes, les suicides par arme à feu (cf. figure 11) sont rares chez les femmes (2/98) alors que le nombre de suicides par intoxication médicamenteuse est comparable entre hommes et femmes (cf. figure 12).

Figure 11 – Nombre de suicides par arme à feu entre 2000 et 2013 selon le sexe (n = 98)



Source : Direction de la Santé, registre des causes de décès, Luxembourg

Figure 12 – Nombre de suicides par intoxication médicamenteuse entre 2000 et 2013 selon le sexe (n = 135)



Source : Direction de la Santé, registre des causes de décès, Luxembourg

Quatrièmement, selon certaines études épidémiologiques (WHO, 1999), le taux de tentatives de suicide est estimé 10 à 20 fois plus élevé que le taux de suicides accomplis. Nous pouvons donc estimer, en nous basant sur ces études, que le nombre de tentatives de suicide se situerait entre 700 et 1.600 par an au Luxembourg.

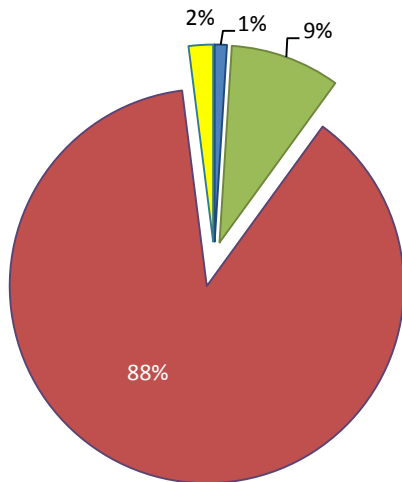
Les idées suicidaires et les tentatives de suicide sont des phénomènes difficiles à mesurer. C'est pourquoi il n'existe pas de chiffres fiables sur les idées suicidaires et surtout sur les tentatives de suicide au Luxembourg. Les seules données d'hospitalisation ne sauraient être utilisées, car elles permettent uniquement d'établir le nombre de personnes qui ont été hospitalisées et pour lesquelles l'enregistrement de la cause (diagnostic de sortie) a été fait correctement, ce qui est loin d'être toujours le cas (cf. Carte sanitaire 2012, Luxembourg 5<sup>ième</sup> édition). Les seules données luxembourgeoises disponibles sur les idées suicidaires et les tentatives de suicide sont celles recensées par des enquêtes de santé, bien que ces données ne mesurent ni la gravité de la tentative, ni les circonstances qui entourent l'évènement.

Une enquête réalisée en 2009 par TNS-Ilres sur demande de la Chambre des Salariés et de la Ligue Luxembourgeoise d'Hygiène Mentale, sur un échantillon représentatif des salariés au Luxembourg a mis en évidence certains comportements suicidaires auprès des répondants (Hauret, L. et Zanardelli, M., 2011).

En effet, cette enquête fait apparaître que 10% des salariés déclarent penser à mettre fin à leur vie (« Vous arrive-t-il de penser à mettre fin à votre vie ? ») (cf. figure 13) et 6% des salariés déclarent avoir déjà fait des plans pour mettre un terme à leur vie (« Avez-vous déjà fait des plans (où, comment, par quel moyen) pour vous suicider ? ») (cf. figure 14).

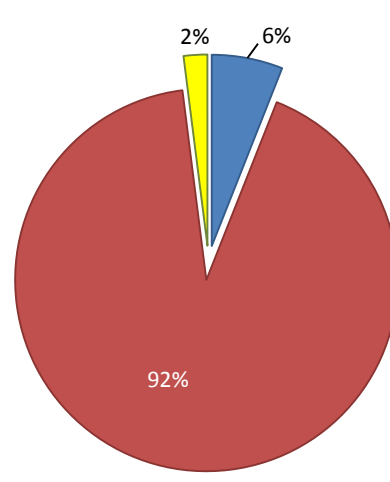


**Figure 13** – Pourcentage de répondants déclarant penser à mettre fin à leur vie (n = 1.537)



■ Fréquemment ■ Occasionnellement ■ Jamais ■ Ne sait pas

**Figure 14** – Pourcentage de répondants déclarant déjà avoir fait des plans pour se suicider (n = 1.537)

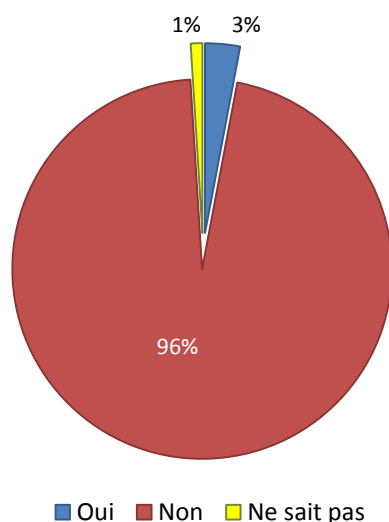


■ Oui ■ Non ■ Ne sait pas

Source : Hauret, L. et Zanardelli, M. (2011), Chambre de Salariés (2010)

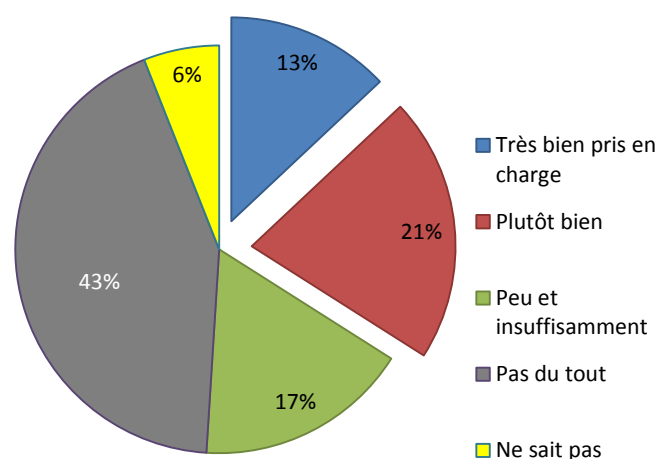
Parmi les 1.537 salariés interrogés, 39 (3%) déclarent avoir déjà procédé à une tentative de suicide (« Avez-vous déjà procédé à une tentative de suicide ? ») (cf. figure 15). Parmi ces 39 personnes ayant déclaré avoir tenté de mettre un terme à leur vie, seul un tiers déclare avoir été suffisamment bien pris en charge (« Comment avez-vous été pris en charge suite à cette tentative de suicide survenu ? ») (cf. figure 16).

**Figure 15** – Pourcentage de répondants déclarant avoir procédé à une tentative de suicide (n = 1.537)



■ Oui ■ Non ■ Ne sait pas

**Figure 16** – Pourcentage de répondants déclarant avoir été bien pris en charge (n = 39)



■ Très bien pris en charge  
■ Plutôt bien  
■ Peu et insuffisamment  
■ Pas du tout  
■ Ne sait pas

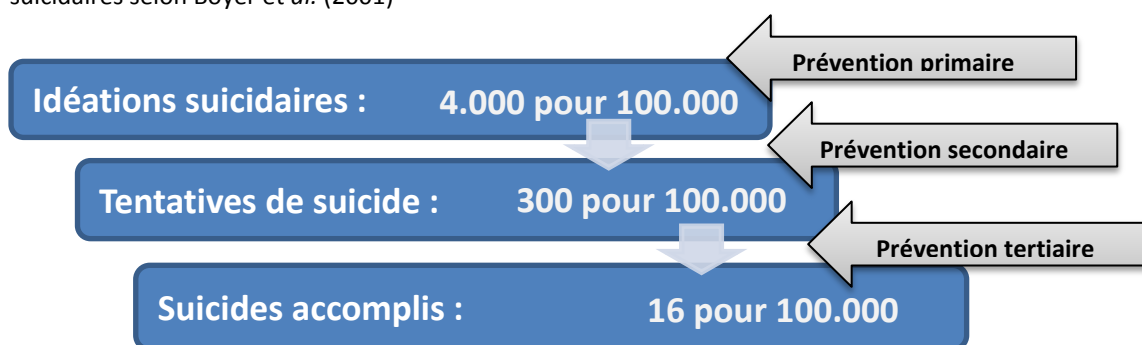
Source : Hauret, L. et Zanardelli, M. (2011), Chambre de Salariés (2010)

La prévalence des idées suicidaires et des tentatives de suicide recensées pour cette enquête luxembourgeoise est supérieure aux données françaises du Baromètre santé de 2005. En effet, les données du Baromètre santé montrent une prévalence de 5,5% pour les idées suicidaires au cours des douze derniers mois et une prévalence de 0,24% pour les tentatives de suicide au cours des douze derniers mois (Beck et *al.*, 2007). Il est toutefois difficile de comparer les données du Baromètre santé avec l'enquête luxembourgeoise, dans la mesure où la question posée était moins spécifique dans l'enquête luxembourgeoise (absence de la période concernée).

Les données sur les tentatives de suicide sur la vie entière s'élèvent à 5% (3% chez les hommes, 8% chez les femmes suivant le Baromètre santé de 2005, contre 3% (2% chez les hommes, 4 % chez les femmes) pour l'enquête luxembourgeoise. Là aussi, les données ne permettent pas non plus d'être comparées entre elles, car elles ont été recensées sur des populations différentes (échantillon de personnes âgées de 12 ans ou plus pour le Baromètre santé de 2005 et échantillon de salariés au Luxembourg pour l'enquête nationale). De plus nous savons que le suicide chez les personnes âgées (population non recensée dans l'enquête luxembourgeoise) est un problème de santé publique à part entière.

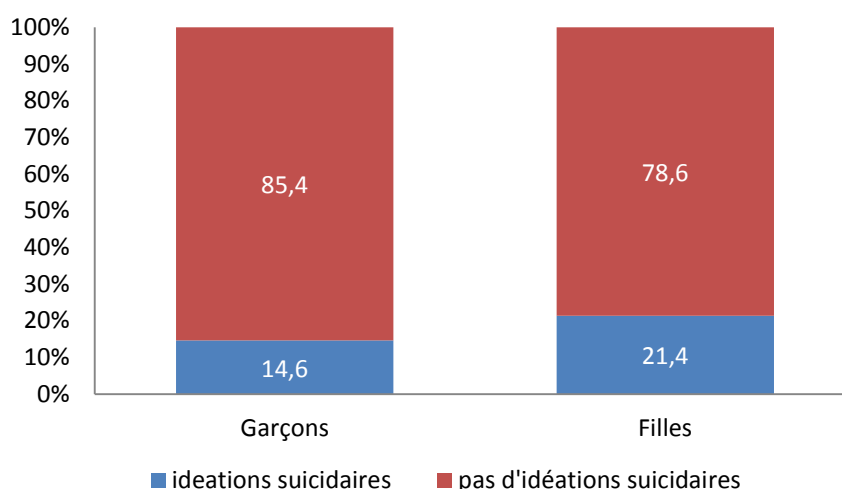
De manière générale, le rapport entre la prévalence annuelle des suicides accomplis et des tentatives de suicide est d'environ 1 sur 20 et d'environ 1 sur 13 entre la prévalence des tentatives de suicide et des idéations suicidaires (Boyer et *al.*, 2001), (cf. figure 17).

**Figure 17** – Rapport entre la prévalence annuelle des suicides, des tentatives de suicide et des idéations suicidaires selon Boyer et *al.* (2001)



La prévalence des idées suicidaires auprès d'une population de jeunes est également recensée tous les 4 ans au Luxembourg à travers une enquête standardisée de l'OMS « Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) », étude d'envergure internationale (UE des 28 plus le Groenland, le Canada, les États-Unis d'Amérique, Israël, la Russie, l'Ukraine, la FYR de Macédoine et la Turquie), qui permet de comparer entre elles les nations participantes. En 2006, une comparaison entre des jeunes luxembourgeois, lituaniens et estoniens a été menée auprès d'adolescents de 15 ans (âge moyen : 15,5 ans) scolarisés dans les différents systèmes scolaires (Mark L., et al., 2013). Cette étude montre que 17,9% des jeunes interrogés (14,6% chez les garçons, 21,4% chez les filles) disent avoir sérieusement pensé à mettre fin à leurs jours au cours des 12 derniers mois (cf. figure 18). Ces données sont inquiétantes dans la mesure où elles témoignent d'une prévalence très élevée des idéations suicidaires auprès des adolescents, comparés aux données que l'on a recensées sur une population adulte.

**Figure 18** – Pourcentage d'idéations auto-déclarées chez des adolescents âgés de 15 ans au cours de 12 derniers mois selon le sexe (n=1.484)



Source : Mark, L. et al. (2013).

Cette étude a également recensé la prévalence de certains facteurs de risque associés à la présence d'idéations suicidaires auprès des jeunes scolarisés au Luxembourg. Dans cette étude (Mark L., et al., 2013), il s'agissait de savoir quels sont les facteurs de risque associés aux idéations suicidaires. Il en ressort que les jeunes interrogés ayant déjà expérimenté la cigarette sont 3,2 fois plus nombreux à déclarer avoir eu des idéations suicidaires au cours des 12 derniers mois que les jeunes n'ayant jamais expérimenté la cigarette. Ils sont 3,3 fois plus nombreux à déclarer avoir eu des idéations suicidaires lorsqu'ils fument régulièrement que lorsqu'ils ne fument pas. Ils sont 1,7 fois plus nombreux à déclarer avoir eu des idéations suicidaires lorsqu'ils ont expérimenté l'ivresse que lorsqu'ils n'ont jamais été ivres de leur vie (cf. tableau 1).

**Tableau 1** – Associations entre idéations suicidaires et facteurs de risque (n=1.484)

	Odds Ratios	IC à 95%
A expérimenté la cigarette vs n'a jamais fumé	3,2	(2,33-4,41)
Fume hebdomadairement vs ne fume pas	3,3	(2,39-4,42)
1 <sup>ère</sup> cigarette à 13 ans ou avant vs n'a jamais fumé	2,4	(1,81-3,12)
A expérimenté l'ivresse vs n'a jamais été ivre	1,7	(1,11-2,57)
A été ivre 4 fois ou plus vs n'a jamais été ivre	3,7	(2,51-5,53)
1 <sup>ère</sup> ivresse à 13 ans ou avant vs n'a jamais été ivre	2,6	(1,80-3,73)
A été harcelé vs n'a jamais été harcelé	1,9	(1,32-2,75)
A harcelé vs n'a jamais harcelé	2,5	(1,78-3,47)
Facteurs de risque multiples (4-5) vs pas de facteur de risque	13,6	(6,98-26,53)
Difficultés de parler avec la mère vs pas de difficultés	3,4	(2,57-4,60)
Difficultés de parler avec le père vs pas de difficultés	2,5	(1,78-3,43)

\*Tous les OR sont significatifs à : p< .01, voire p< .001

Source : Mark, L. et al. (2013).

Les adolescents interrogés sont 3,7 fois plus nombreux à déclarer avoir eu des idéations suicidaires lorsqu'ils ont été ivres 4 fois ou plus que lorsqu'ils n'ont jamais été ivres de leur vie. Ils sont 1,9 fois plus nombreux à déclarer avoir eu des idéations suicidaires lorsqu'ils ont été harcelés que lorsqu'ils ne l'ont jamais été. Ils sont 2,5 fois plus nombreux à déclarer avoir eu des idéations suicidaires lorsqu'ils ont, eux-mêmes, harcelé que lorsqu'ils n'ont jamais harcelé de leur vie. Ces facteurs de risque se potentialisant mutuellement, leur apparition conjuguée augmente significativement la présence d'idéations suicidaires. En effet, les adolescents interrogés sont 13,6 fois plus nombreux à déclarer avoir eu des idéations suicidaires lorsqu'ils présentent de multiples facteurs de risque (4 à 5 facteurs) que lorsqu'ils n'en présentent pas.

Cinquièmement, le suicide et la tentative de suicide ont des répercussions importantes sur l'entourage du suicidé, dans la mesure où l'impact du suicide produit un effet de vague. La collectivité de manière générale paye également un lourd tribut, car les tentatives de suicide entraînent souvent des hospitalisations et des traumatismes physiques, affectifs et mentaux, quoique l'on ne dispose pas de données fiables sur l'étendue du phénomène.

Il est estimé que 5 à 10 personnes de l'entourage sont sérieusement affectées par le décès d'un suicide (OMS, 2002). Le deuil après un suicide est une épreuve difficile à traverser. A la douleur de la perte s'ajoute l'oppression de sentiments extrêmes, de questions sans réponse, d'incompréhension, de honte et de sentiments de culpabilité générés par le geste suicidaire. Selon l'OMS, le suicide est un problème de santé publique mondial et tragique qui provoque plus de décès que les homicides et les guerres réunis. Toujours selon l'OMS, il faut d'urgence intensifier et coordonner l'action au niveau mondial pour éviter ces morts inutiles.

## b) Pourquoi avons-nous besoin d'une stratégie nationale de Prévention du Suicide ?

### Contexte national et international

Les données épidémiologiques sur le suicide au Luxembourg montrent que le taux de suicide est stable depuis plus de dix ans, alors qu'en même temps il diminue dans la plupart des pays européens. Déjà en 1996, les Nations Unies (United Nations, 1996) dans un rapport sur le sujet, recommandent aux nations de mettre en place une stratégie nationale de prévention du suicide. Ce rapport décrit que si les facteurs contribuant au suicide varient entre les groupes démographique et des populations spécifiques, les efforts les plus importants en matière de prévention du suicide devraient être axés sur les personnes qui en ont le plus besoin, à savoir les jeunes, les personnes âgées et celles qui sont socialement isolées.

Les objectifs dans le European Mental Health Action Plan (avec un focus tout particulier sur le bien-être, les droits des citoyens et les nécessités de services) sont au nombre de 4 :

1. Tout le monde a une chance égale de vivre le bien-être mental tout au long de sa vie, en particulier ceux qui sont le plus vulnérables.
2. Les personnes avec un trouble de santé mentale sont des citoyens dont les droits doivent être pleinement évalués, protégés et promus.
3. Les services de santé mentale doivent être accessibles, compétents, abordables et disponibles dans la communauté selon les besoins nécessaires.
4. Les gens ont le droit d'être traité de façon respectueuse, sûre et efficace.

En mai 2013, la Soixante-sixième Assemblée mondiale de la Santé a adopté le tout premier plan d'action pour la Santé Mentale de l'Organisation Mondiale de la Santé.

Ce plan appelle les États membres de l'Organisation Mondiale de la Santé à affirmer leur engagement en faveur de la santé mentale en atteignant les cibles spécifiques qui y sont définies.

La prévention du suicide fait partie intégrante dudit plan, avec pour objectif la réduction de 10 % du taux de suicide dans les pays d'ici à 2020.

Ce rapport est le fruit d'un processus de consultation et se fonde sur des revues systématiques des données ainsi que sur la concertation des partenaires et des parties prenantes.

Le Rapport OMS : «Prévention Suicide : l'Etat d'urgence mondial », est le premier rapport de cette sorte. Il vise à :

1. accroître la prise de conscience du véritable enjeu de santé publique que représente le suicide,
2. faire de la prévention du suicide une plus grande priorité sur l'agenda mondial de la santé publique,
3. encourager et aider les pays à développer des stratégies de prévention du suicide de façon holistique et ceci dans une approche multisectorielle de santé publique.

Depuis le 1<sup>er</sup> février 2012 et à priori jusqu'au 31 janvier 2016, 5 groupes de travail sur 5 domaines thématiques différents sont en cours de concertation dans le cadre de la European Joint-Action in Mental Health and Well-Being, sous la direction de DGSanco. (Suicide, dépression e-santé ; prise en charge communautaire en santé mentale ; Santé Mentale au travail ; Système scolaire et santé mentale ; Santé mentale et stratégies politiques). Le Luxembourg participe en tant que « collaborative partner » dans le groupe de travail « suicide, dépression et e-santé ».

Les objectifs du groupe de travail « suicide, dépression et e-santé » s'inscrivent dans la même lignée que ceux de l'Organisation Mondiale de la Santé et visent à établir un processus de travail

collaboratif structuré, menant à l'élaboration d'un cadre global de stratégie d'actions dans la politique de santé mentale et ceci au niveau européen.

Un certain nombre de pays européens se sont dotés de stratégies nationales de prévention du suicide. Les pays scandinaves ont été les précurseurs en la matière, en commençant par la Finlande en 1986, la Norvège en 1994, la Suède en 1995 et le Danemark en 1998. Peu de temps après, d'autres pays européens ont suivi, à savoir la France en 2000, l'Irlande en 2001, l'Allemagne et le Royaume-Uni en 2002, ainsi que l'Écosse en 2006.

Les expériences acquises à travers l'implémentation de ces plans nationaux ont montré que la prévention du suicide était possible lorsqu'elle s'inscrit dans une stratégie globale et lorsqu'elle est soutenue, sans réserve, par les gouvernements en place. Dans la stratégie de développement durable adoptée en 2006 par le Conseil de l'Europe, la promotion de la santé mentale et la lutte contre le suicide figurent parmi les priorités majeures de la politique de l'UE en matière de santé publique.

Nous pouvons dire qu'une stratégie nationale de Prévention du Suicide au Luxembourg est utile et nécessaire pour un certain nombre de raisons :

- 1) Une stratégie nationale de Prévention du Suicide éclaircit sur la portée et l'ampleur du phénomène et reconnaît les comportements suicidaires comme un problème majeur de santé publique.
- 2) Elle témoigne de l'engagement du gouvernement à s'attaquer à la question.
- 3) Elle crée un cadre structurel intégrant les différents aspects de la prévention, en partant par la prévention des maladies mentales et en terminant par la diminution de l'accès aux moyens suicidaires.
- 4) Elle est un ensemble de directives soigneusement élaborées fondées sur des preuves scientifiques, donc sur des actions qui ont démontré leur efficacité.
- 5) Elle identifie les principaux acteurs de terrain et répartit les responsabilités entre eux. Par conséquent, une stratégie nationale suppose une coordination entre les services, ce qui favorise le travail intersectoriel et pluridisciplinaire.
- 6) Elle identifie les lacunes existantes dans la législation, les prestations d'aide et la collecte des données épidémiologiques.
- 7) Elle précise les ressources humaines et financières nécessaires à l'atteinte d'objectifs clairs.
- 8) Elle capte l'attention de la population générale à travers la communication dans les médias, ce qui contribue ainsi à lutter contre la stigmatisation de la maladie mentale.
- 9) Elle inclut généralement une étape d'évaluation des actions entreprises, ce qui encourage le sentiment de responsabilité des acteurs concernés.
- 10) Elle fournit un cadre qui peut, au sein des centres de recherche nationaux, encourager la recherche scientifique sur les comportements suicidaires.

## c) Aperçu des Plans Nationaux de Prévention du Suicide venus d'ailleurs

---

### **Finlande (1986 – 1996)**

Le programme national de prévention du suicide finlandais (Upanne et *al.*, 1997) est axé sur les autopsies psychologiques de tous les suicides accomplies en Finlande en 1987, qui ont donné lieu à un certain nombre de recommandations. Il a été mis en place en quatre étapes : **1)** étude sur plus de 1.300 cas de suicide sur le territoire national (1986 à 1988) ; **2)** création d'un plan national d'actions (1989 à 1991), **3)** implémentation du programme (1992 à 1996) ; **4)** évaluation du programme (1996 à 1997). Le programme est basé sur une approche intégrative, mise en œuvre dans de nombreux secteurs (y compris l'Église et la Police), par le biais de plus de 1000 projets locaux, toujours réalisés en tenant compte des besoins et des intérêts spécifiques de tous les acteurs de terrain.

Depuis le début de la phase de mise en œuvre du projet en 1990, le taux de suicide a baissé de 30 à 18 pour 100.000 habitants en 2005, et ce essentiellement dû à la grande diminution du nombre de suicides chez les hommes. Dans une évaluation menée en 1999 par Kerkhof, le programme national de prévention du suicide finlandais est reconnu comme étant un grand succès. Kerkhof (1999) indique que le programme devrait servir de modèle aux acteurs internationaux œuvrant dans la mise en place de stratégies nationales de prévention du suicide.

### **Australie (1995, 1999)**

Le programme national de prévention du suicide (Commonwealth Department of Health and Aged Care, 1995, 1999) a été instauré en 1995 en Australie, avec pour mission principale la lutte contre le suicide chez les jeunes. En 1999, suite à des recherches sur le sujet, il a été décidé d'élargir les mesures à tous les âges de la population australienne. Les objectifs principaux sont : **1)** l'amélioration de la résilience individuelle et de la capacité à s'auto-aider ; **2)** l'amélioration des ressources sociales, de la résilience collective et de la capacité à prévenir le suicide ; **3)** la prévention du suicide auprès des groupes à haut risque suicidaire ; **4)** l'instauration de standards et de normes de qualité en prévention du suicide ; **5)** l'adoption d'une approche coordonnée de la prévention du suicide ; **6)** l'amélioration de la compréhension des comportements suicidaires.

Le programme national de prévention du suicide australien se fonde sur un cadre de travail basé sur des preuves scientifiques, nommé *LIFE – Living Is For Everyone* (2008). Ce cadre de travail fournit un plan stratégique de prévention du suicide, de promotion à la santé mentale et de promotion de la résilience collective. Par ailleurs, il fournit des recherches scientifiques sur les facteurs de risque et sur l'efficacité de ces actions de prévention. Le modèle *LIFE* est aujourd'hui une référence pour un certain nombre de programmes nationaux de prévention du suicide au niveau international.

### **France (2000, 2011)**

La stratégie nationale d'action face au suicide a été instaurée pour la première fois en 2000 (Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, 2000 ; Ministère de la Santé et des Solidarités, 2006) avec pour objectif de pouvoir apporter une réponse à la souffrance psychique des suicidants, de développer des actions d'accompagnement des jeunes et de leurs familles, d'améliorer la qualité des soins et de mieux coordonner les efforts de nombreux acteurs sur ce thème. Le programme de 2000 se décline selon quatre axes : **1)** Favoriser la prévention par un dépistage accru des risques suicidaires ; **2)** Diminuer l'accès aux moyens létaux ; **3)** Améliorer la prise en charge, notamment la prise en charge hospitalière des personnes suite à une tentative de suicide ; **4)** améliorer la connaissance épidémiologique.

Une évaluation menée par le Ministère de la Santé et de la Solidarité (2006) a pu montrer l'efficacité de cette stratégie à sensibiliser à la thématique du suicide, notamment à travers les formations de repérage de la crise suicidaire, largement dispensées sur le territoire national. Par contre, la stratégie n'a eu que très peu d'impact auprès des médecins généralistes.

La stratégie a été renouvelée en 2011 et contient dès à présent six axes de mesures : **1)** le développement de la prévention et de la postvention ; **2)** l'amélioration de la prise en charge des personnes en risque suicidaire ; **3)** l'information et la communication autour de la prévention du suicide ; **4)** la formation des professionnels ; **5)** la promotion de la recherche et des études sur le thème ; **6)** le suivi et l'animation du programme d'actions contre le suicide.

### **Angleterre (2002, 2012)**

La stratégie nationale de prévention du suicide en Angleterre (Department of Health, 2002 ; HMG/DH, 2012) a été implémentée en 2002, avec pour objectif de diminuer de 20% le nombre de suicides jusqu'à l'année 2010. Elle est basée sur une approche multisectorielle et comprend six objectifs clés : **1)** la réduction du suicide dans les populations à haut risque suicidaire ; **2)** la promotion du bien-être mental dans toute la population ; **3)** la réduction de l'accès aux moyens et de la létalité des moyens de suicide ; **4)** l'amélioration de la communication des comportements suicidaires dans les médias ; **5)** la promotion de la recherche des comportements suicidaires et de sa prévention ; **6)** un meilleur suivi épidémiologique des comportements suicidaires dans le temps et des progrès atteints par le programme national. Rien que pour les trois premières années du programme, le nombre de suicides en Angleterre a connu une réduction de 7,4% par rapport à 2002.

En 2012, l'Angleterre a renouvelé le programme d'origine, toujours en maintenant six objectifs clés. Les objectifs 5 et 6 du programme originel ont été regroupés et il a été ajouté un objectif concernant l'accompagnement des personnes endeuillées par le suicide d'un proche.

### **Irlande (2005)**

Le programme national d'actions de prévention du suicide irlandais (Health Service Executive, 2005) a été instauré en 2005 et a pour vision de créer une société dans laquelle la vie de chacun, quelque soit son âge et son origine, est respecté par l'ensemble de la population. La vision est de créer une société dans laquelle les jeunes apprennent et sont renforcés par l'expérience des plus âgés et où les besoins des personnes en souffrance sont pris en compte de manière prioritaire. Le programme irlandais conçoit **1)** que la santé mentale et le bien-être de toute la population soient considérés ; **2)** que la santé mentale soit plus largement reconnue par l'ensemble de la population et que les personnes en détresse reçoivent une aide efficace et rapide ; **3)** que l'abus d'alcool et d'autres substances psychoactives soit considérablement réduit ; **4)** que les personnes qui s'automutilent reçoivent une aide appropriée et rapide ; **5)** que les personnes endeuillées par un suicide ou une tentative de suicide reçoivent l'aide la plus appropriée qui soit.

Quatre champs d'actions ont été définis dans le programme irlandais : **1)** des actions centrées sur toute la population, visant principalement à promouvoir la santé mentale et le bien-être dans la population, tout en introduisant une attitude positive envers les problèmes de santé et la résolution de problèmes ; **2)** des actions centrées sur les groupes à risque, visant essentiellement à réduire le risque suicidaire de ces populations ; **3)** des actions centrées sur la détresse des familles endeuillées par le suicide d'un proche, visant essentiellement à rompre leur isolement et leur vulnérabilité ; **4)** des actions centrées sur l'information et la recherche, visant à améliorer la visibilité des services d'aide et à améliorer l'accès aux informations basées sur des preuves scientifiques.



### Écosse (2006)

La stratégie nationale de prévention du suicide écossaise (Scottish Executive, 2002), dénommée « *Choose Life* », a été lancée en décembre 2002 et a pour objectif de baisser le nombre de suicides de 20% jusqu'à l'année 2013 à travers une approche collective. Le programme écossais a été mis en place en plusieurs phases. Une première phase de trois ans (de 2003 à 2006) prévoit un budget de 12 millions de livres sterling allouées à des actions de prévention du suicide d'envergure nationale (1/4 du budget) et d'envergure locale (3/4 du budget). La seconde phase (2006 à 2012) a été déterminée suite à une évaluation en 2006 des actions de la première phase du projet.

Cinq principes de base ont été définis, à savoir : **1)** la responsabilité partagée entre les associations, les agences de santé, le secteur de la santé, le département ministériel, etc. ; **2)** la mise en place d'un leadership effectif (au niveau national et local) ; **3)** l'adoption d'une approche centrée sur la personne ; **4)** le travail sur les groupes les plus à risques, sans perdre de vue les besoins plus élargis de la société ; **5)** l'amélioration continue de la qualité et de l'efficacité des actions de prévention.

Sept objectifs principaux ont été déterminés. Ceux-ci incluent : **1)** la prévention et l'intervention précoce ; **2)** la réactivité en cas de crise suicidaire ; **3)** le travail à long terme avec les personnes en détresse ; **4)** le travail avec les endeuillés par suicide ; **5)** la promotion de l'entraide et l'encouragement à rechercher de l'aide ; **6)** le travail avec les médias et **7)** l'amélioration des connaissances sur les mesures efficaces.

### Programme PREDI-NU (2011)

PREDI-NU est l'acronyme pour « *Preventing Depression and Improving Awareness through Networking in the EU* » et vise à promouvoir la santé mentale et la prévention de la dépression et du suicide à travers les technologies de l'information et de la communication. C'est un programme financé par l'UE pour la période de 2011 à 2014, dont l'objectif est de développer un outil en ligne (cf. [www.ifightdepression.com](http://www.ifightdepression.com)) de gestion de la dépression d'intensité légère à modérée. PREDI-NU s'appuie sur l'expérience de deux projets de prévention de la dépression et du suicide financés par l'UE, à savoir **1)** l'EAAD- European Alliance Against Depression (cf. [www.eaad.eu](http://www.eaad.eu)), **2)** OSPI- Optimising Suicide Prevention Programmes and their Implementation in Europe cf. [www.ospi-europe.com](http://www.ospi-europe.com)).

L'analyse des programmes nationaux de prévention du suicide fait ressortir certaines caractéristiques communes, à savoir l'importance d'adopter une approche collective et multisectorielle, de se baser sur des actions évaluées et validées scientifiquement et d'intégrer la stratégie dans une vision plus globale de promotion et d'amélioration de la santé mentale. De manière générale, les actions sont principalement axées sur la restriction des moyens de suicide, sur l'amélioration de la couverture médiatique relative au suicide, sur la lutte contre l'abus de drogue et d'alcool ; sur l'amélioration du dépistage et du traitement des troubles de l'humeur et notamment de la dépression, sur un meilleur accès aux soins et une amélioration de la prise en charge par les professionnels de la santé.

## d) Objectifs du Plan National de Prévention du Suicide Luxembourg

---

### L'objectif général

L'objectif général du Plan National de Prévention du Suicide est de combattre les causes et les conséquences du suicide et de réduire les tentatives de suicide et les décès par suicide au Luxembourg.

### Les objectifs spécifiques

Les objectifs spécifiques du Plan National de Prévention du Suicide sont au nombre de cinq.

Il s'agit de renforcer :

1. les individus, les familles et la communauté,
2. la résilience individuelle et collective suite à des événements traumatisant,
3. les aptitudes de la communauté à identifier les besoins en soins,
4. la capacité collective et individuelle de répondre rapidement et de manière appropriée à la détresse des personnes,
5. la coordination entre les acteurs de terrain afin d'engendrer une transition douce et sécurisante pour la personne souffrante.

Nous avons volontairement renoncé à définir un objectif quantifiable de réduction de la mortalité par suicide, et cela pour trois raisons :

Premièrement, il est très difficile de mesurer l'impact d'un programme national de prévention du suicide sur l'évolution d'un taux de suicide, dans la mesure où les facteurs qui influencent ce taux sont très nombreux et difficiles à contrôler.

Deuxièmement, un objectif quantitatif exige une situation de départ bien connue. Or, notre connaissance sur les données luxembourgeoises relatives aux comportements suicidaires (notamment pour les tentatives de suicide et les idéations suicidaires) est très parcellaire et ne permet pas de définir une situation de départ claire et fiable.

Troisièmement, l'impact d'un programme de prévention du suicide ne saurait se limiter à la mesure d'une diminution du taux de suicide ou de tentatives de suicide, mais doit tenir compte de critères d'évaluation plus globaux, allant de la déstigmatisation de la maladie mentale à la détabouisation du suicide dans notre société, en passant par le renforcement de la résilience individuelle et collective et par une meilleure prise en charge des troubles de l'humeur.



Pour les proches ...

... après un suicide,

... rien n'est fini ...

... tout commence !

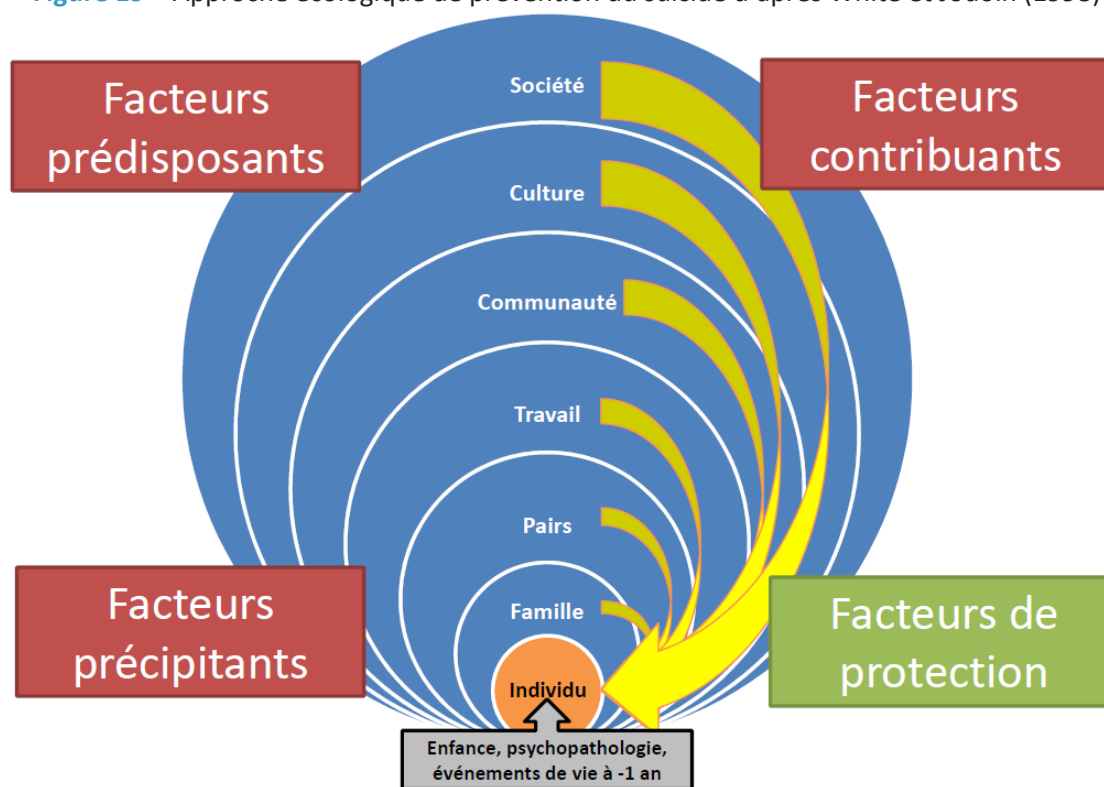
## II. Le cadre théorique de la stratégie

### a) Le modèle de prévention du suicide

Les recherches actuelles indiquent que le suicide et les comportements suicidaires découlent de l'interaction de divers facteurs relevant de la personne et de ses caractéristiques individuelles, de son entourage immédiat, ainsi que de son environnement local et global. Ces recherches reconnaissent l'importance des deux ensembles de facteurs de risque associés aux comportements suicidaires. Les premiers sont les facteurs proximaux ou immédiats, qui sont des événements de vie qui agissent souvent comme facteurs précipitants, c'est-à-dire des circonstances qui précèdent aussitôt le passage à l'acte suicidaire. C'est littéralement la goutte que fait déborder le vase. Les seconds sont les facteurs distants ou à long terme, qui eux sont des événements de vie qui proviennent de notre passé (ex. : négligence dans l'enfance, traumatisme passé, antécédents suicidaires, etc.). Souvent appelés facteurs prédisposants, ces facteurs ont un effet cumulatif et représentent le fondement sur lequel les facteurs contributants et précipitants vont s'installer.

White et Jodoin (1998) proposent un modèle visant à mieux comprendre les différents facteurs pouvant être liés au phénomène du suicide et leurs interrelations complexes (cf. figure 19).

Figure 19 – Approche écologique de prévention du suicide d'après White et Jodoin (1998)



Selon le modèle de White et Jodoin (1998), la personne est entourée de sphères avec lesquelles elle interagit de manière directe ou indirecte et à travers lesquelles des facteurs de risque ou de protection peuvent émerger. Ces sphères représentent la famille, les amis (ou pairs), le travail, la communauté, la culture, la société et l'environnement. Le suicide ou les comportements suicidaires découlent de l'interaction des caractéristiques personnelles, celles des sphères proches de la personne (la famille, les amis) et de l'environnement local et global (la culture, les valeurs sociales, etc.).

Quatre types de facteurs régulent le risque suicidaire d'une personne, à savoir les facteurs susceptibles d'augmenter le risque suicidaire, les facteurs **prédisposants**, **contribuants** et **précipitants (appelés les facteurs de risque)**, et d'autre part les facteurs susceptibles de diminuer le risque d'un passage à l'acte suicidaire, appelés les facteurs de **protection**. Selon le modèle de White et Jodoin (1998), chaque sphère constitue une source potentielle de facteurs de risque et de facteurs de protection.

**Les facteurs prédisposants** sont tous les facteurs qui rendent psychiquement vulnérable une personne. Souvent liés à l'histoire de vie de la personne, ces facteurs créent chez elle une fragilité avant même qu'un événement vienne perturber son état d'équilibre. Les problèmes de santé mentale, la maltraitance durant l'enfance, le manque de lien affectif en début de vie sont autant de facteurs prédisposants susceptibles d'engendrer une vulnérabilité auprès d'une personne. Des facteurs prédisposants sont présentés dans le Tableau 2.

**Tableau 2** – Exemples de facteurs prédisposants (Laflamme, 2007)

Facteurs individuels	Facteurs familiaux (réseau immédiat de la personne)	Facteurs environnementaux
Une ou plusieurs tentatives de suicide	Suicide ou comportement suicidaire dans le réseau immédiat de la personne	Croyance selon laquelle le suicide est considéré comme acte acceptable
Problèmes de santé mentale tels que dépression, schizophrénie, troubles anxieux et troubles de la personnalité	Problèmes de santé mentale dans la famille	Préjugés par rapport aux différences
Problèmes de dépendance à l'alcool, aux drogues, etc.	Problèmes de toxicomanie chez les parents	Société où prédomine l'individualisme entraînant un manque de soutien dans la communauté
Traits de personnalité (anxiété, sentiment de perte de contrôle, faible estime de soi, traits névrotiques, impulsivité, etc.)	Maltraitance dans l'enfance Abandon et pertes précoces	Taux élevé de chômage dans le milieu
Difficultés de reconnaissance ou d'acceptation de l'orientation sexuelle et/ou de l'identité du genre	Rejet du réseau social relié à l'homosexualité ou le chômage, ou à un échec	Sensationnalisme dans la présentation du suicide dans les médias
Problèmes de santé physique chronique	Relations conflictuelles dans le réseau de la personne	Absence de politique encadrant l'accès aux moyens de suicide (armes à feu, vente de pesticides, etc.)
Manque d'aptitude à résoudre certains problèmes	Isolement, absence de liens significatifs dans la famille	Socialisation « masculine » fondée sur l'invulnérabilité, l'indépendance

**Les facteurs contribuants** sont tous les facteurs qui peuvent accentuer la vulnérabilité d'une personne due à l'existence de facteurs prédisposants. Ils sont susceptibles d'accroître le risque de suicide. L'abus de substances psychoactives, l'instabilité familiale, le manque de ressources dans le milieu familial lorsque la personne est engagée dans un processus suicidaire sont autant de facteurs contribuants, qui peuvent augmenter l'état de vulnérabilité d'une personne. Des facteurs contribuants sont présentés dans le Tableau 3.

**Tableau 3 – Exemples de facteurs contributants (Laflamme, 2007)**

Facteurs individuels	Facteurs familiaux (réseau immédiat de la personne)	Facteurs environnementaux
Abus de substances psychoactives et de jeux de hasard	Instance de divorce	Indisponibilité des services d'aide au moment opportun
Idéations suicidaires antérieures	Conflits dans la famille ou au travail	Manque de continuité dans les soins
Le fait de vivre seul	Isolement	Absence d'activités ou d'associations sociales
Effritement dans les relations interpersonnelles	Absence d'un réseau de soutien	Instabilité économique
Refus de demander de l'aide	Deuil récent	Confusion dans certaines réglementations (débat entourant l'enregistrement des armes à feu)
Augmentation de l'impulsivité	Disponibilité des moyens de se suicider (présence d'une arme à feu, de médicaments en quantité létale, etc.)	

**Les facteurs précipitants** sont des événements ponctuels qui s'ajoutent aux facteurs prédisposants et contributants et qui sont susceptibles de précipiter le passage à l'acte. On les nomme souvent « les déclencheurs » de l'acte suicidaire. Il peut s'agir autant d'un événement majeur (perte de l'autonomie), que d'un événement mineur (mauvaise médiatisation du suicide), qui constitue pour la personne suicidaire « la goutte qui fait déborder le vase ». Le Tableau 4 présente un certain nombre de facteurs précipitants selon l'âge des personnes.

**Tableau 4 – Exemples de facteurs précipitants (Laflamme, 2007)**

Enfants, adolescents	Adultes	Personnes âgées
Rupture amoureuse	Rupture amoureuse	Deuil du conjoint
Échec scolaire	Perte d'emploi	Perte du permis de conduire
Conflit soudain dans la famille	Échec professionnel	Perte de l'autonomie fonctionnelle
Conflit avec les pairs, humiliation, rejet	Conflit avec la justice	Emménagement dans un établissement pour personnes en perte d'autonomie
Médiatisation du suicide d'une vedette	Difficultés financières	Maladie chronique

**Les facteurs de protection** sont toutes les caractéristiques biopsychosociales susceptibles d'augmenter la capacité d'une personne à faire face aux situations difficiles de la vie. En matière de prévention du suicide, il est primordial d'identifier ces facteurs, d'en tenir compte et de les renforcer. Le travail d'un professionnel de la santé face à une personne suicidaire consistera justement à aider la personne à découvrir ses ressources personnelles et celles disponibles dans son entourage, de l'encourager à les utiliser et à en trouver de nouvelles pour résoudre la crise et reprendre espoir. Ce travail de reconnaissance des ressources de la personne à travers une prise en charge professionnelle, tout comme la promotion des ressources à travers des stratégies de prévention contribuent à créer des « filets de sécurité » pour prévenir le passage à l'acte suicidaire. Le Tableau 5 présente un certain nombre de facteurs de protection.

**Tableau 5 – Exemples de facteurs de protection (Laflamme, 2007)**

Facteurs individuels	Facteurs familiaux (réseau immédiat de la personne)	Facteurs environnementaux
Capacité de demander de l'aide	Relations harmonieuses avec la famille et l'entourage	Accès à des services d'aide adaptés aux besoins de la population
Activités valorisantes	Milieu scolaire ou de travail respectueux et valorisant	Disponibilité dans le milieu d'activités valorisantes : travail, clubs sociaux, associations, etc.
Connaissance et confiance en soi	Saines habitudes de vie dans le milieu familial	Compétences communautaires en dépistage et en intervention auprès des personnes en détresse
Bon état de santé physique et psychologique	Ouverture aux différences dans la famille	Valeurs d'entraide développées dans le milieu
Résilience, capacités de résoudre des problèmes, de gérer son stress	Dialogue dans le milieu familial	Acceptation des différences dans le milieu
Adoption de saines habitudes de vie	Modèle d'entraide	Valorisation de la vie dans le milieu
Spiritualité (sens de la vie)	Stabilité et disponibilité du milieu familial	Continuité des services
Sentiment de sécurité et d'être aimé	Socialisation encourageant l'expression des émotions tant chez les garçons que chez les filles	Alliance entre les prestataires de service et la population en matière de prévention du suicide
Capacité de se faire des amis, de s'intégrer dans un groupe	Bon réseau d'amis	Programme de prévention du suicide dans la communauté

Les facteurs de risque et les facteurs de protection sont souvent représentés comme les extrémités opposées d'un même continuum. Par exemple, l'isolement est un facteur de risque (facteur contribuant), alors que la présence d'un bon réseau familial et amical est considérée comme un facteur de protection. Aussi, certains facteurs de risque et de protection peuvent être modifiables (l'isolement, les conflits familiaux, etc.) et d'autres ne le sont pas (l'âge, le genre, etc.). Les personnes qui tendent à mettre fin à leur vie ont généralement de nombreux facteurs de risque et peu de facteurs de protection. Cependant, les facteurs de risque et de protection n'expliquent pas tout sur le suicide (De Leo & Krysinska, 2008). En effet, la plupart des personnes qui ont de nombreux facteurs de risque ne se suicident pas et ceux qui se suicident n'ont pas toujours de nombreux facteurs de risque. Certains facteurs de risque sont plus importants pour une catégorie de personnes que pour une autre. Ainsi, les facteurs de risque susceptibles d'engendrer des comportements suicidaires auprès d'un jeune homme sont généralement très différents de ceux susceptibles d'engendrer ces mêmes comportements chez un homme plus âgé.

Il n'existe donc pas de lien de cause à effet entre la présence d'un facteur de risque ou de protection et le risque suicidaire, et ce, pour différentes raisons :

- Un même événement de vie peut avoir des conséquences très différentes sur une personne, en fonction de la période à laquelle il se produit ou en fonction des capacités momentanées de la personne à faire face à cette difficulté. Afin d'aider une personne suicidaire, il est primordial de bien comprendre le sens que peuvent avoir certains facteurs de risque pour cette personne à ce moment donné.
- Les croyances selon lesquelles la vie vaut la peine d'être vécue varient également d'une personne à l'autre, voire même au cours de la vie d'une même personne.

## Comment appliquer les connaissances sur les facteurs de risque et de protection dans une stratégie nationale de prévention du suicide ?

Vouloir prévenir le suicide en tenant compte des facteurs de risque et de protection requière de correctement identifier **a)** les facteurs présents (individuels, familiaux, environnementaux) chez une personne ou un groupe de personnes ; **b)** les personnes qui sont les plus susceptibles d'être affectées par ces facteurs de risque, et ceux qui sont les plus susceptibles d'en être épargnés ; **c)** quels facteurs de risque peuvent être modifiés afin de réduire le niveau de risque suicidaire.

Les recherches en prévention du suicide recommandent d'utiliser les facteurs de risque afin d'identifier des populations ou les groupes spécifiques à risque, plutôt que de tenter d'identifier des personnes à risque. En effet, la majorité des personnes pouvant être catégorisées à « haut risque suicidaire » n'est pas forcément suicidaire et ne le sera peut-être jamais. Il est extrêmement difficile de déterminer, à partir des seuls facteurs de risque, les personnes au sein d'un groupe à risque qui seront plus susceptibles d'être suicidaire. Les recherches en question suggèrent que les actions de prévention du suicide doivent se baser sur des constellations de facteurs de risque et de protection, plutôt que sur des facteurs individuels.

Les actions de prévention du suicide devraient viser à :

- Réduire l'exposition aux facteurs de risque en agissant sur l'isolement des personnes âgées, sur la prise en charge des personnes souffrant de troubles mentaux (essentiellement les troubles de l'humeur et de l'addiction), sur l'employabilité, le surendettement, etc.
- Augmenter les facteurs de protection à travers des stratégies qui aident à construire l'estime de soi, à renforcer la résilience individuelle et collective (cf. encadré ci-dessous), à mieux gérer les émotions négatives et à mieux faire face aux facteurs de stress de la vie, à favoriser les relations interpersonnelles et qui encouragent la recherche d'aide en cas de besoin, etc.
- Améliorer l'accès aux soins et au soutien psychologique de manière à pouvoir être aidé le moment venu, à un endroit approprié et dans un délai raisonnable par une personne compétente.
- Améliorer la prise en charge des personnes à fort risque suicidaire par des procédures de sécurité, notamment pour les personnes ayant commis une tentative de suicide ou des personnes renvoyées à la maison après un séjour dans un service de psychiatrie, et ce, afin de créer des « filets de sécurité » pour ces personnes concernées.

Les principaux systèmes de soutien social permettant de construire et de renforcer la résilience individuelle et la capacité à réagir efficacement aux événements négatifs de vie sont les suivants :

- Le soutien de la famille et des amis ;
- Les relations interpersonnelles positives et solidaires ;
- Les liens sociaux (dans le quartier, dans la communauté locale, les groupes de pairs, etc.) ;
- La présence et la compréhension de la communauté pendant les périodes de vie négatives ;
- Les environnements protecteurs (entreprise, école, etc.) où il est admis de parler de ses difficultés ;
- Le fait d'être entouré de professionnels de la santé sensibles et avertis (médecin généraliste, personnel des hôpitaux, aidant dans les structures de santé mentale, etc.) ;
- La capacité de recevoir une réponse rapide en cas de moment difficile ;
- La mise à disposition d'une prise en charge coordonnée entre les différents services de santé mentale, qui soit centrée sur la personne, afin d'éviter les doubles emplois et les « pannes » dans la prise en charge.



## b) Le cas de la dépression

Le modèle de prévention du suicide que nous proposons ici suit une approche bio-psycho-sociale, qui considère les facteurs biologiques, psychologiques et sociaux sur un pied d'égalité. Dans cette approche, les trois types de facteurs participent simultanément à la préservation du capital santé ou au développement de la maladie, contrairement aux modèles exclusivement médical, psychologique ou psychiatrique, qui sont des systèmes de causalité simples et linéaires.

Bien que nous ayons adopté une approche bio-psycho-sociale, il nous a paru essentiel de considérer les troubles affectifs de l'humeur, dont fait partie la dépression, de manière plus détaillée. Plusieurs raisons ont motivé cette décision :

- De nombreuses études épidémiologiques reconnaissent la dépression comme étant une des premières causes de suicide. En effet selon ces études, environ 70% des personnes qui décèdent par suicide souffraient d'une dépression, le plus souvent d'une dépression non diagnostiquée ou non traitée.
- L'OMS estime que la dépression sera un des plus grands problèmes de santé d'ici l'année 2020 et la deuxième cause d'années de vie perdues en raison d'une morbidité et mortalité prématurée (DALY).
- Toujours selon l'OMS, la dépression constitue le problème de santé le plus répandu dans de nombreux pays européens.
- Sur une période de 12 mois, 5,8% des hommes et 9,5% des femmes sont touchés par la dépression.
- Les troubles affectifs de l'humeur représentent la première cause de transfert à l'étranger pour le Luxembourg.
- La dépression est une souffrance évitable pour l'individu et son entourage et a un coût évitable pour la société.
- La dépression est généralement facile à traiter, surtout si elle est reconnue précocement.

Le présent Plan National de Prévention du Suicide comporte un certain nombre d'actions visant à lutter contre la dépression. Ces actions s'articulent autour de 3 points :

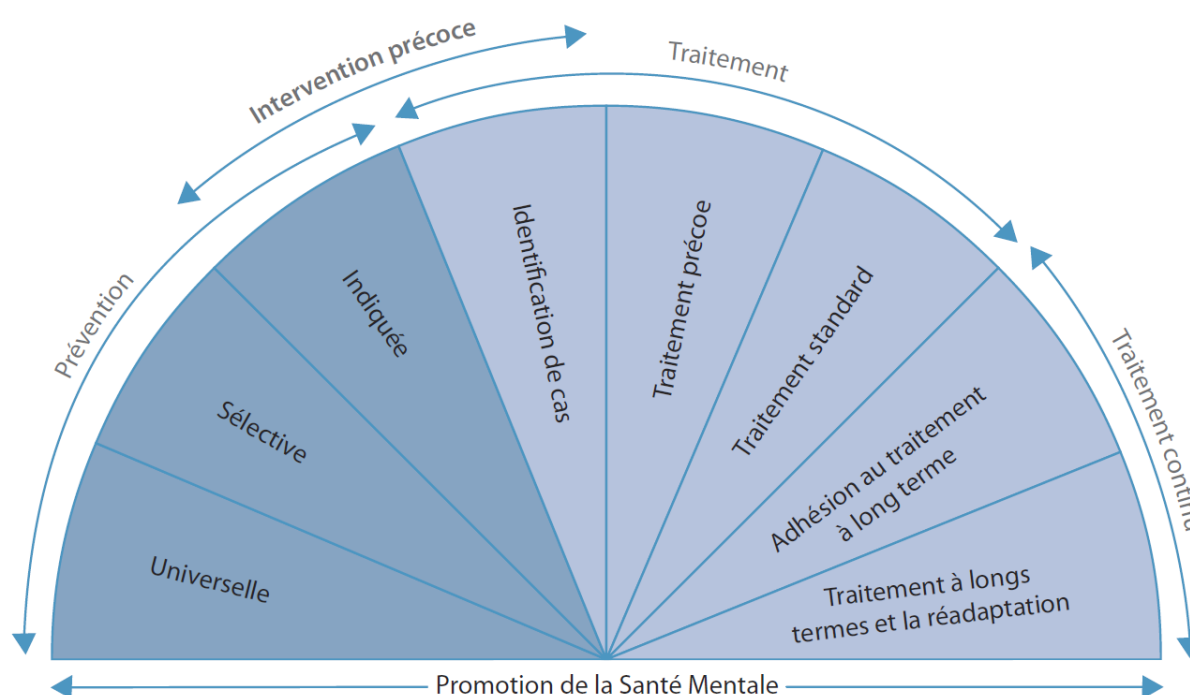
- 1) Actions ciblées à l'attention des médecins généralistes et des psychothérapeutes, visant à :
  - a) le dépistage précoce
  - b) le diagnostique
  - c) le traitement efficace à recommander
- 2) Sensibilisation pour le grand public, les employeurs et autres acteurs de terrain, visant à :
  - a) attirer l'attention du grand public sur le fléau de la dépression
  - b) reconnaître la dépression chez soi et chez les autres (informer sur les symptômes et les traitements)
  - c) encourager la recherche d'aide en cas d'humeur dépressive
  - d) informer sur les stratégies d'autoguerison pour les formes légères de la dépression
- 3) Meilleure coordination entre les intervenants, visant à :
  - a) établir des mécanismes de coordination entre les instances gouvernementales, les médecins généralistes, et les structures de santé mentale
  - b) élaborer un guide relatif à la comorbidité de la dépression et des autres maladies

Le but de ces actions est de réduire l'impact de la dépression sur la vie des personnes, d'une part en renforçant les facteurs protecteurs individuels, familiaux et sociaux de la personne et d'autre part en augmentant la réactivité professionnelle et communautaire envers les personnes souffrant de dépression.

### c) Le modèle de référence – modèle *LIFE*

*Living is for everyone (LIFE)* est un modèle théorique australien conçu en 2007 et inspiré de la stratégie australienne de santé mentale. L'objectif de *LIFE* est de fournir aux autorités politiques des recommandations relatives à l'élaboration de plans d'action en matière de prévention du suicide. Les recommandations fournies par *LIFE* sont basées sur des preuves validées par la communauté scientifique. *LIFE* est basé sur le modèle de promotion de la santé de Mrazek et Haggerty (1994), présenté ci-dessous.

**Figure 20** - Modèle de promotion à la santé selon Mrazek et Haggerty (1994)



Traditionnellement, les approches de soins dans le secteur de la santé sont axées sur les concepts de prévention primaire, secondaire et tertiaire (Commission on Chronic Illness, 1957). La prévention primaire vise à prévenir l'apparition d'un trouble particulier. La prévention secondaire vise à identifier et traiter les personnes qui ne présentent aucun symptôme, mais qui ont développé des facteurs de risque ou des troubles associés. La prévention tertiaire vise à minimiser les effets d'un trouble établi et de prévenir les complications. Dans les années 80, avec une conscience croissante de la complexité des facteurs (de risque, de protection, contextuels, personnels) qui influent sur n'importe quelle maladie, le modèle traditionnel a été remplacé par les notions de prévention universelle, sélective et indiquée (Gordon, 1983). Ces notions se réfèrent davantage aux groupes sur lesquels on peut agir plutôt que directement sur l'évènement à prévenir.

Mrazek et Haggerty (1994) ont adapté le modèle de Gordon (1983) en incluant tout l'éventail d'interventions possibles (prévention, traitement, maintenance et récupération). Ce modèle de promotion à la santé (cf. figure 20) a été largement utilisé et adapté dans la stratégie australienne de santé mentale (Raphaël, 2000), ainsi que dans la première version (2000) de la stratégie australienne de prévention du suicide et dans sa version suivante (2007).

Le modèle d'intervention en santé mentale de Mrazek et Haggerty (1994) consiste en un réseau complexe d'interventions plus au moins reliées entre elles qui impliquent de nombreux acteurs (la communauté, la famille, les amis, les professionnels de santé, etc.) et plusieurs types d'interventions

(universelles, sélectives et indiquées). Il est fréquemment mis en évidence par la communauté scientifique que les défaillances dans les systèmes de santé ont tendance à se produire lors du transfert des responsabilités, dans le cas présent entre les différentes composantes du modèle en question. Pour répondre à ce risque, il est primordial de prêter une attention particulière aux transitions entre les différents services de santé. La littérature en suicidologie présente de nombreuses recherches qui ont pu constater d'importants problèmes au niveau des transitions entre les services d'aide (Kan et al., 2007).

Ces recherches suggèrent que :

- les patients sont 200 fois plus à risque de commettre un suicide après une admission dans une unité de psychiatrie (Goldacre et al. 1993) ;
- le risque de suicide est plus élevé après une hospitalisation psychiatrique qu'avant le début de la prise en charge. Le risque est élevé après la première journée (Hoyer et al. 2004), après la première semaine (Appleby et al. 1999 ; Qin et Nordentoft, 2005), après le premier mois (Goldacre et al., 1993) et après la première année (Geddes et al. 1997) d'hospitalisation ;
- le risque de suicide chez les hommes durant les 28 premiers jours après une hospitalisation est 213 fois plus élevé que dans la population générale (Bougeois et al. 2004) ;
- comparé à la population générale des hommes et des femmes, le taux de suicide 12 mois après une hospitalisation est estimé à 27 fois plus élevé chez les hommes et 40 fois plus élevé chez les femmes (Geddes et al. 1997).

Ces constatations suggèrent la nécessité d'ériger « des filets de sécurité » dans la communauté afin d'aider les gens à se « déplacer » d'un lieu de prise en charge à un autre. Cette étape, souvent négligée, est pourtant une étape fondamentale dans le processus de prise en charge de personnes suicidaires.

Le modèle de Mrazek et Haggerty (1994) contient huit domaines d'intervention, qui idéalement devraient se chevaucher pour favoriser les transitions. Les huit domaines d'intervention sont :

### **1) La prévention universelle**

La prévention universelle cible la population entière ou certains groupes de la population (une communauté, les écoles, le monde du travail, etc.) sans tenir compte des risques individuels. Les membres de cette population partagent un même « risque général » face à un problème identifié, même si des variations parfois importantes peuvent être observées pour certains individus ou groupes d'individus. En matière de prévention du suicide, le but de ce niveau de prévention est de fournir à tous les individus d'une population définie, les informations et les compétences nécessaires pour réduire la suicidalité (par exemple : des campagnes médiatiques radio, télévision, presse écrite d'information sur les signes d'alertes suicidaires).

### **2) La prévention sélective**

La prévention sélective cible les individus que l'on considère comme les plus exposés au problème visé, ceux qui présentent un ou plusieurs des facteurs de risque connus. On parle alors de groupes à risque identifiés sur base des facteurs de risque biologiques, psychologiques, sociaux, ou environnementaux connus comme étant associés au problème visé. La prévention sélective concerne le groupe cible en entier parce que le groupe cible dans son ensemble est plus à risque que la population générale (par exemple : les hommes, les personnes souffrant d'addictions, les personnes ayant subi un traumatisme psychologique, etc.).

### **3) La prévention indiquée**

La prévention indiquée cible les personnes ayant manifesté un ou des comportements associés au problème visé. Ici, l'intervention se situe au niveau de l'individu et s'intéresse donc à ses propres

facteurs de risque (par exemple : la prise en charge psychiatrique d'un adolescent après une tentative de suicide, une personne en crise suicidaire, etc.).

#### **4) L'identification de cas**

L'identification de cas implique la reconnaissance des signes de risque suicidaire ou des signes imminents de passage à l'acte, pour être en mesure d'intervenir en cas de crise suicidaire.

#### **5) Le traitement précoce**

Le traitement précoce implique de trouver et d'accéder à des soins précoces et d'être soutenu lorsque des traitements et des soins spécialisés sont nécessaires. C'est en principe le premier point de contact professionnel qui fournit une aide ciblée et qui accompagne la personne en détresse dans une prise en charge spécialisée en cas de besoin.

#### **6) Le traitement standard**

Le traitement standard cible l'accès aux services des personnes présentant un comportement suicidaire ou ayant tenté de se suicider, y compris celles qui sont hospitalisées.

#### **7) L'adhésion au traitement à long terme**

L'adhésion au traitement à long terme vise à prévenir les rechutes récurrentes de comportements suicidaires ou les rechutes d'hospitalisation et à amener la personne à vivre un avenir plus positif. De manière générale cette étape consiste à se centrer sur les facteurs de risque prédisposants et contributifs et d'apprendre à gérer leur impact. C'est également le moment propice pour renforcer les facteurs de protection de la personne en détresse.

**8) Le traitement à long terme et la réadaptation** Le traitement à long terme et la réadaptation impliquent un soutien continu de la part des professionnels de la santé, du lieu de travail, de l'environnement familial et social afin d'aider les personnes en souffrance à s'adapter, à faire face aux difficultés et à renforcer la résilience. Cette étape est le moment privilégié pour améliorer l'éducation et la sensibilisation du réseau social dans le but de prévenir les rechutes.

Complémentairement aux travaux de Mrazek et Haggerty (1994), le modèle *LIFE* (2007) insiste sur les trois points suivants :

- 1) la santé de l'individu, son bien-être et les réponses données à certains événements de vie sont au centre du modèle, qui reconnaît que les individus réagissent différemment à ces événements de vie en fonction de leur vulnérabilité et de leur résilience. Les individus ne suivent pas forcément une suite logique ou linéaire entre facteurs de risque, signes avant-coureurs, facteurs déclencheurs, etc. Une personne peut passer, sans aucun avertissement apparent, d'un bon état de santé à un état de détresse et de désespoir nécessitant des soins immédiats.
- 2) le modèle *LIFE* emploie un langage simple et familier à tout le monde, afin de rendre accessibles les informations à un large public.
- 3) des filets de sécurité sont érigés afin d'aider les individus à se « déplacer » d'un niveau de traitement à un autre ou à retrouver leur quotidien scolaire, professionnel ou familial ; ceci reflétant la nécessité de créer des transitions douces et sécurisantes pour la personne.

**Tableau 6 – Cadre de travail du continuum des activités de prévention du suicide selon LIFE**

Facteur	Groupes cibles	Résultats recherchés	Qui est concerné ?
Intervention universelle	Pour tout un chacun (population générale)	Réduire l'accès aux moyens de suicide, modification de la couverture médiatique du suicide, sensibilisation sur la prévention du suicide, promotion de la solidarité en famille, à l'école et dans toutes les autres communautés.	Individus, familles, organisations et associations d'aide, organisations multiculturelles, conseils locaux, clubs sportifs et de loisirs, lieux de travail, médias, organisations éducatives, centres de prévention en matière de santé, clubs philanthropiques, clubs séniors, etc.
Intervention sélective	Pour certaines communautés et groupes à risque	Renforcer la résilience, créer un environnement qui favorise l'autoassistance et la demande d'aide, fournir des structures de support.	Individus, familles, organisations et associations d'aide, organisations multiculturelles, conseils locaux, clubs sportifs et de loisirs, lieux de travail, médias, organisations éducatives, médecins généralistes, clubs philanthropiques, etc.
Intervention indiquée	Pour des individus spécifiquement à risque	Renforcer la résilience, mettre en place des mesures d'accompagnement ; être à l'affût des signes précurseurs et prendre des mesures pour réduire les problèmes et les symptômes.	Individus, familles, organisations et associations d'aide, organisations multiculturelles, médecins généralistes, police, gérontologues, services de réadaptation, professionnels de l'urgence, médecins spécialistes, lieux de travail et d'éducation, clubs philanthropiques, etc.
Identification des symptômes	Pour les personnes vulnérables et à risque suicidaire	Être attentif aux signes de risque et aux facteurs déclencheurs, fournir du soutien et des soins adaptés.	Médecins généralistes, lignes d'aide téléphoniques, police, gérontologues, professionnels de la réadaptation, professionnels de l'urgence, médecins spécialistes, enseignants, pharmaciens, familles et amis de suicidants, lieux de travail, etc.
Traitements précoces	Pour les personnes nécessitant des soins précoces	Fournir un contact professionnel, un soutien ciblé; assurer le suivi et l'accès à d'autres informations et soins.	Médecins généralistes, psychologues, professionnels de la santé, services d'urgence, police, gérontologues, travailleurs d'urgence, médecins spécialistes, services de santé, lignes d'aide téléphoniques, services de crise, conseillers scolaires, etc.
Traitements standards	Pour les personnes nécessitant des soins spécialisés	Fournir des soins professionnels afin de gérer les comportements suicidaires et d'améliorer le bien-être comme étape de récupération.	Psychiatres, psychologues, médecins généralistes, professionnels de domaines connexes de santé mentale (aide au réemploi, etc.), professionnels de la santé, etc.
Traitement à long terme et accompagnement	Pour les personnes préparant un avenir plus positif	Fournir des soins continus intégrés pour consolider la récupération et pour réduire le risque de problèmes de santé.	Psychiatres, psychologues, médecins généralistes, familles, lieux de travail, organisations communautaires locales et clubs, services de réadaptation, lignes d'aide téléphoniques, etc..
Suivi après traitement et accompagnement	Pour les personnes retournant dans un état de normalité	Renforcer la capacité de résilience des personnes et les stratégies de faire face aux problèmes, fournir un environnement qui prend en charge l'autoassistance et la recherche d'aide. Créer des filets de sécurité*.	Médecins généralistes, professionnels de domaines connexes de santé mentale (aide au réemploi, etc.), professionnels de la santé, prestataires de services, familles, organisations, entreprises, etc.

\* Par filets de sécurité, l'on entend toute démarche visant à protéger les personnes en détresse entre les différents types d'interventions et le retour dans leur communauté (lieu de travail, école, famille, etc.). Ceci inclut également la communication entre les professionnels de santé mentale.

## d) Les principes de base du modèle *LIFE*

Il y a un certain nombre de principes qui dictent la démarche de *Living is for everyone (LIFE)*. Au nombre de 11, ces principes sont listés dans l'encadré ci-dessous :

### Les 11 principes de la démarche de *Living is for everyone (LIFE)*

1. Les actions de prévention du suicide ne doivent nuire à personne. En effet, certaines activités qui visent à protéger contre le suicide ont le potentiel d'augmenter le risque suicidaire de personnes vulnérables. Les actions doivent donc respecter le contexte, la santé, la réceptivité et les besoins de la personne suicidaire ou de la personne souffrant de troubles mentaux.
2. La prévention du suicide est une responsabilité partagée entre la communauté, les familles, les amis, les groupes professionnels, les services non gouvernementaux et les services gouvernementaux.
3. Les activités doivent être conçues et mises en œuvre pour cibler et faire participer :
  - a. l'ensemble de la population (prévention universelle)
  - b. les communautés spécifiques et groupes reconnus comme étant à haut risque de suicide (prévention sélective)
  - c. les personnes à risque suicidaire (prévention indiquée)
4. Les activités doivent inclure l'accès aux soins en milieu hospitalier et la prise en charge des personnes en situation de crise par des professionnels compétents, tout comme pour les personnes qui nécessitent un soutien et une réintégration dans la vie quotidienne.
5. Les activités doivent être adaptées aux spécificités sociales et aux besoins culturels des personnes ou groupes de personnes pris en charge.
6. L'information, les services et le soutien doivent être fournis au bon moment, c'est-à-dire quand ils peuvent être reçus, compris et appliqués.
7. Les actions doivent être menées dans des lieux et dans des environnements dans lesquels les groupes cibles se sentent à l'aise et où les activités atteindront les personnes qui en ont le plus besoin.
8. Les activités locales de prévention du suicide doivent être durables dans le temps afin d'assurer une continuité et une cohérence des services.
9. Les actions de prévention du suicide doivent être fondées sur des preuves validées, basées sur des résultats scientifiques et doivent donner lieu à une évaluation indépendante.
10. Les actions doivent être sensibles à l'étendue des facteurs pouvant influencer le risque de suicide. De nombreux facteurs sociaux, environnementaux, culturels et économiques influent sur la qualité de vie et varient en fonction des différences culturelles, des groupes d'intérêt, des individus, des familles et des communautés. Il est donc primordial d'être attentif à tous ces facteurs.
11. Les services œuvrant auprès de personnes reconnues comme étant suicidaires doivent adopter une approche pluridisciplinaire et veiller à fournir un environnement sécurisant, confortable et bienveillant pour la personne.

## e) Pourquoi avoir choisi le modèle *LIFE* ?

---

Plusieurs raisons nous ont encouragés à adopter le modèle *LIFE*, qui nous a semblé être le modèle le mieux documenté, notamment à travers le site internet ([www.livingisforeveryone.com.au](http://www.livingisforeveryone.com.au)). D'autres raisons sont à la base de notre décision :

- Le modèle est axé sur une approche bio-psycho-sociale qui développe une conception intégrative de la prévention du suicide où la responsabilité est partagée par l'ensemble de la communauté (cf. le modèle d'interaction (Hawton et Van Heeringen, 2000 ; Batt-Moillo, 2001) versus le modèle maladie/santé (Tudor, 1996) ;
- Le modèle *LIFE* s'est construit sur des preuves scientifiques issues d'initiatives australiennes en prévention du suicide datant du début des années '90 ;
- Plus qu'un plan d'action de prévention du suicide à appliquer, il est un cadre conceptuel et flexible et adaptable à son contexte national ou régional ;
- Le modèle *LIFE* ne vise pas exclusivement la réduction des comportements suicidaires, mais de manière plus générale la promotion de la santé mentale et le renforcement de la résilience individuelle et collective ;
- Le modèle *LIFE* a fait ses preuves, ayant été appliqué dans un certain nombre de pays (Australie, 2000 et 2007 ; Écosse, 2006 ; Nouvelle Zélande, 2010)
- Le modèle *LIFE*, à travers les recherches initiées, a contribué à améliorer les connaissances en matière de comportements suicidaires et en matière d'efficacité des actions de prévention du suicide.

## f) Les différents axes de la stratégie *LIFE*

---

L'objectif principal du modèle *LIFE* est de réduire le nombre de suicides, de tentatives de suicide et leur impact sur la communauté. Ceci nécessite le développement d'un certain nombre de stratégies interdépendantes et coordonnées reflétant ces approches universelles, sélectives et indiquées. L'objectif des activités de prévention du suicide est de renforcer :

- les individus, les familles et la communauté ;
- la résilience individuelle et de groupe face à des événements traumatisant ;
- la capacité des collectivités à identifier les besoins et à y répondre ;
- la capacité pour les collectivités et les particuliers à réagir rapidement et de manière adéquate ;
- la coordination entre les structures d'aide afin de permettre une transition douce entre les prestations d'aide.

Pour répondre à ces objectifs ambitieux, le modèle *LIFE* définit 6 axes d'interventions :

**AXE 1** – Améliorer la compréhension de la problématique suicidaire

**AXE 2** – Améliorer la résilience des individus et leur capacité à s'auto-aider

**AXE 3** – Améliorer les ressources sociales, la résilience collective et la capacité à prévenir le suicide

**AXE 4** – Adopter une approche coordonnée de la prévention du suicide

**AXE 5** – Fournir des activités ciblées de prévention du suicide

**AXE 6** – Instaurer des normes et standards de qualité en matière de prévention du suicide

Les six axes du modèle *LIFE* sont détaillés sur les pages qui suivent.

## AXE 1 – Améliorer la compréhension de la problématique suicidaire au Luxembourg

---

L'amélioration de la qualité des informations sur la promotion de la santé mentale et sur la prévention du suicide est primordiale pour le développement, la mise en œuvre et l'analyse de la politique et des bonnes pratiques en matière de prévention du suicide. Ces informations aideront à :

- améliorer la compréhension de l'épidémiologie du suicide ;
- améliorer la compréhension des interventions validées comme étant efficaces ;
- déterminer quels sont les services et les interventions nécessaires selon les différents groupes à risque ;
- évaluer les interventions et les services fournis ;
- fournir à la communauté des aidants des informations fiables sur le suicide et sa prévention.

### Stratégie 1.1 : Compréhension des facteurs de risque imminent et de la meilleure façon d'intervenir

- a) Identifier et clarifier le lien entre les actions et interventions de prévention et leur impact sur l'incidence des comportements suicidaires.
- b) Améliorer les connaissances relatives aux signes avant-coureurs, aux facteurs déclencheurs et aux facteurs de risque imminent.

### Stratégie 1.2 : Compréhension de l'ensemble des facteurs de risque et des facteurs de protection et renforcement de la résilience individuelle et collective

- a) Développer une meilleure compréhension de l'impact positif versus négatif des influences économiques, sociales et environnementales sur le suicide et les comportements suicidaires.
- b) Améliorer la compréhension de l'impact de la résilience collective sur la prévention du suicide à long terme, notamment dans les zones rurales.
- c) Promouvoir la recherche sur l'influence et l'impact des nouvelles technologies sur les comportements suicidaires (par exemple : les médias, Internet, MySpace, YouTube, Facebook, Twitter, forums de discussion, messagerie instantanée, Sexting, etc.).
- d) Améliorer la compréhension des significations culturelles par rapport au suicide et appréhender par quels moyens le suicide peut être évité dans les différents groupes culturels à risque.
- e) Améliorer la compréhension du suicide grâce à l'incorporation de la problématique dans des études systématiques, longitudinales, multidisciplinaires (par exemple : études démographiques).

### Stratégie 1.3 : Application et développement continu des recherches sur la prévention du suicide dans les populations à risque

- a) Appliquer et développer la recherche et les analyses d'interventions qui ont montré leur efficacité auprès des populations à risque.
- b) Appliquer et développer la recherche sur l'identification des besoins et des réponses à donner aux personnes endeuillées par un suicide.
- c) Appliquer et développer la recherche sur les interventions visant à encourager les hommes à rechercher de l'aide et à favoriser l'ouverture émotionnelle.



- d) Mesurer l'efficacité de la gestion des soins chez les personnes ayant commis une tentative de suicide ou s'étant livrées à des comportements autodestructeurs.

#### **Stratégie 1.4 : Amélioration de l'accès aux informations et aux ressources relatives à la prévention du suicide**

- a) Mettre à disposition un centre de collecte et de diffusion d'informations qualitatives en matière de prévention du suicide.
- b) Amélioration du système d'enregistrement national standardisé des décès par suicide et des tentatives de suicide.

## **AXE 2 – Améliorer la résilience des individus et leur capacité à s’auto-aider**

La protection contre les comportements suicidaires comprend la mise en œuvre de mesures préventives visant à créer des environnements offrant un soutien approprié et accessible aux personnes, ainsi que des programmes qui favorisent le bien-être, l'optimisme et les relations sociales.

### **Stratégie 2.1 : Amélioration de la résilience individuelle et du bien-être personnel**

- a. Développer et promouvoir des programmes dont l'objectif est de favoriser les compétences des individus et de renforcer la résilience individuelle et collective (par exemple : les compétences sociales, la communication, la résolution de problèmes, etc.).
- b. Développer des programmes de promotion à la santé mentale et de bien-être, autant pour la communauté toute venante, que pour les populations à haut risque suicidaire (par exemple : des programmes culturels pour diverses communautés, des initiatives pour les enfants dont les parents ont une maladie mentale, etc.).
- c. Apporter un soutien aux professions qui ont un rôle clé dans la prévention du suicide ou dans la prise en charge de traumatismes ; ceci afin de protéger la santé mentale et le bien-être des aidants, d'améliorer la qualité et la quantité des services disponibles (couverture géographique) afin d'éviter le turn-over du personnel et de minimiser le risque de suicide (notamment dans les métiers de la santé, les officiers de police, le personnel dans les urgences, le personnel de l'éducation et les professionnels œuvrant dans les services sociaux).
- d. Promouvoir des environnements (familles, écoles, lieux de travail) favorisant l'expression des émotions (anxiété, stress, tristesse, chagrin, etc.) sans devoir craindre la stigmatisation.

### **Stratégie 2.2 : Développement d'un environnement qui encourage la recherche d'aide**

- a. Développer et promouvoir des programmes qui sensibilisent à l'importance du bien-être émotionnel et social, qui informent sur les troubles mentaux et sur la prévention du suicide (par exemple : via les médias, les écoles et le lieu de travail).
- b. Développer et promouvoir des programmes visant à améliorer la recherche d'aide, surtout chez les groupes à haut risque suicidaire et chez les personnes qui sont connues pour être les moins susceptibles de demander de l'aide (par exemple : les jeunes, les hommes, les personnes de certaines cultures, les migrants, les personnes ne parlant pas les langues usuelles du pays).
- c. Combattre les stigmatisations qui favorisent le risque suicidaire (par exemple : les représentations relatives à la maladie mentale, les sans-abris, les surendettements, etc.), afin d'encourager la recherche d'aide.

## AXE 3 – Améliorer les ressources sociales, la résilience collective et la capacité à prévenir le suicide

---

Améliorer la conscience individuelle, familiale et communautaire, tout comme la compréhension du suicide et de sa prévention augmentent la capacité de la société à prévenir et à donner les bonnes réponses face au suicide.

### Stratégie 3.1 : Amélioration des ressources communautaires et de la résilience collective

- a) Promouvoir, soutenir et développer au sein des communautés des pratiques de bonne santé mentale et de résilience collective.
- b) Proposer des programmes de développement du leadership afin de promouvoir de bonnes pratiques auprès des diverses communautés.
- c) Développer et promouvoir des stratégies qui encouragent les groupes au sein des communautés locales à collaborer sur la prévention du suicide.

### Stratégie 3.2 : Sensibilisation auprès de la communauté de ce qui est nécessaire pour prévenir le suicide

- a) Sensibiliser les communautés à identifier et à répondre aux signes avant-coureurs, aux signes déclencheurs et aux facteurs de risque associés au suicide.
- b) Travailler ensemble avec les médias en vue d'améliorer les représentations sociales du suicide, tout comme la compréhension du suicide à travers une couverture médiatique responsable de ces questions.
- c) Réduire la stigmatisation et les mythes entourant le suicide par une communication fidèle de la complexité et de l'étendue des facteurs contribuant à des comportements suicidaires.
- d) Développer et promouvoir des stratégies qui permettent aux organisations de travailler ensemble pour réduire les facteurs de risque et de renforcer les facteurs de protection chez les individus et dans les communautés.

### Stratégie 3.3 : Amélioration de la capacité à répondre aux facteurs de risque et aux facteurs déclencheurs

- a) Supporter les réseaux existants et partenaires à répondre de manière efficace aux événements traumatisants pouvant affecter une personne (par exemple : fermeture d'une entreprise, accident traumatisant, catastrophe naturelle, etc.).
- b) Développement et mise à disposition de matériel de prévention du suicide afin de soutenir le personnel d'aide et les bénévoles et de distribuer ces supports dans les lieux de rencontre (pubs, clubs, centres culturels, centres religieux, centres de loisirs et groupes sportifs).
- c) Développer la capacité des écoles, des lieux de travail et d'autres lieux de rencontre à identifier et à fournir un soutien aux personnes à risque suicidaire.
- d) Utiliser les médias et les autres canaux de communication pour sensibiliser aux facteurs de risque, aux signes précurseurs et aux facteurs déclencheurs.
- e) Sensibiliser sur le rôle important que jouent la famille, les amis, les collègues et pairs dans la prévention du suicide et soutenir ces catégories d'aidants.

## **AXE 4 – Adopter une approche coordonnée de la prévention du suicide**

L'efficacité de la prévention du suicide repose sur un travail communautaire intersectoriel reliant les organisations professionnelles, non professionnelles et le gouvernement à tous ses niveaux. Ce travail communautaire doit se faire de manière coordonnée en adoptant une approche validée et en évaluant les actions menées.

### **Stratégie 4.1 : Services d'aide reliés efficacement afin que les gens n'éprouvent aucune rupture entre les services**

- a) Encourager à la mise en place de solutions intégratives, inter-fonctionnelles et inter-organisationnelles, pour des actions locales de prévention du suicide.
- b) Apprendre à connaître le déroulement des journées des personnes à risque afin de développer des services adaptés à leurs habitudes de vie.
- c) Développer et promouvoir une approche centrée sur le client, promouvoir des approches de style « case-management », afin de répondre à la prévention du suicide.
- d) Renforcer les aptitudes des familles, des écoles, des lieux de travail, des clubs sportifs, des cafetiers, des groupes de loisirs et sociaux à identifier rapidement et de manière efficace les indicateurs de comportement suicidaire.
- e) Développer des outils pratiques d'échange d'informations, y compris des conventions de partage d'informations entre structures d'aide, tenant compte des exigences de confidentialité des données ; développer et promouvoir des protocoles de services/client.
- f) Promouvoir et soutenir les liens entre les initiatives communautaires et la prise en charge clinique des personnes suicidaires.

### **Stratégie 4.2 : Programme, coordination politique et coopération, par le biais de partenariats entre le gouvernement, les organismes professionnels et les associations**

- a) Développer des mécanismes interministériels visant à améliorer l'intégration de la santé, du logement, de la politique communautaire, de la justice, de l'emploi et d'autres programmes, dans le but d'améliorer la prévention du suicide.
- b) Analyser et améliorer les liens de collaboration entre les instances gouvernementales, les institutions universitaires, les associations, les organismes d'aide et les professionnels aidants, afin de soutenir le partage d'informations et de réduire la duplication des efforts.
- c) Élaborer et mettre à disposition des ressources et des outils (par exemple : des lignes directrices de soins, des protocoles et outils d'évaluation pour les professionnels, les équipes multidisciplinaires et les fournisseurs de services) afin de soutenir le travail communautaire d'aide aux personnes en détresse.
- d) Répondre aux besoins d'information des différents groupes professionnels et communautaires concernés par la prévention du suicide (par exemple : structures d'aide en cas de crise, etc.).

### **Stratégie 4.3 : Des approches intégratives au niveau régional**

- a) Promouvoir des approches régionales visant à faciliter une meilleure coopération des activités de prévention du suicide, notamment en réduisant les barrières juridiques.
- b) Accroître la coopération au sein des régions afin d'améliorer les activités de prévention du suicide.
- c) Faire participer activement les collectivités locales dans la prévention du suicide.
- d) Renforcer les ressources locales en partageant les bonnes pratiques des organismes impliqués dans les services communautaires et d'urgence.
- e) Développer des accords de partage de services, des données locales, des paramètres de service, des protocoles de service et des évaluations de clients communs.

## **AXE 5 – Fournir des activités ciblées de prévention du suicide**

---

Pour répondre aux besoins des individus et prévenir le suicide, il y a un certain nombre d'éléments clés à concevoir :

- l'identification et l'intervention précoces ;
- développer la résilience individuelle et la capacité d'autoassistance ;
- créer des environnements qui encouragent et soutiennent la demande d'aide ;
- créer des environnements où il est acceptable d'exprimer ses émotions et ses pensées suicidaires, sans crainte d'être jugé comme faible ou d'être stigmatisé ;
- assurer l'accès à l'ensemble du soutien et des soins nécessaires pour la personne suicidaire.

### **Stratégie 5.1 : Amélioration de l'accès au soutien et aux soins pour les personnes suicidaires**

- a) Développer et promouvoir des programmes innovateurs de prévention visant à atteindre les personnes à risque qui, traditionnellement, n'ont pas accès aux services d'aide.
- b) Créer des services hautement visibles et accessibles. Développer des procédures de soutien pour les personnes qui ont tenté de se suicider et pour les membres de leurs familles.
- c) Soutenir les personnes atteintes de maladies mentales, voire de problèmes liés à ces maladies et qui sont à risque de suicide.

### **Stratégie 5.2 : Développement d'interventions systémiques, durables et structurelles dans les environnements les plus nécessaires**

- a) Identifier les populations dans lesquelles le suicide et les comportements suicidaires sont répandus et élaborer de façon proactive des stratégies et des services qui s'attaquent aux causes sous-jacentes et aux facteurs contributifs.
- b) Fournir de la supervision et du soutien pour les groupes à haut risque suicidaire, afin de leur permettre d'entreprendre des activités efficaces de prévention du suicide.

### **Stratégie 5.3 : Réduction de l'incidence du suicide et des comportements suicidaires dans les groupes les plus à risque**

- a) Développer des interventions pour les groupes identifiés comme étant à haut risque, notamment les hommes âgés de 20-54 et les plus de 75 ans, les personnes souffrant de maladie mentale, les personnes souffrant d'addiction, les personnes en difficulté avec le système judiciaire, les personnes ayant commis une ou plusieurs tentatives de suicide, les habitants des zones rurales, les personnes lesbiennes, gays, bisexuelles, transgenres et intersexe (LGBTI), les endeuillés par suicide, etc.
- b) Développer des interventions efficaces et durables pour les groupes et les communautés à forte incidence suicidaire, en encourageant la participation active et les propres initiatives.
- c) Développer et promouvoir des programmes de santé mentale et de bien-être pour les groupes de professionnels souvent soumis à des événements traumatisants (par exemple : les services de police, les services d'urgence, etc.).

- d) Fournir un soutien aux professionnels de la santé afin de réduire l'incidence du suicide chez les soignants et les autres professionnels de la santé.

#### **Stratégie 5.4 : Amélioration de la compréhension, des compétences et de la capacité des travailleurs de première ligne, des familles et des soignants**

- a) Mettre en œuvre des lignes directrices et des outils d'aide afin d'améliorer la compréhension et les compétences des travailleurs de première ligne régulièrement confrontés à des groupes à haut risque suicidaire ; le but étant d'identifier et de répondre rapidement aux signes précurseurs du suicide, aux facteurs déclencheurs et aux facteurs de risque imminent.
- b) Former les professionnels de la santé et les professionnels des métiers de l'éducation qui peuvent être confrontés à des personnes à risque, afin de leur permettre d'identifier et de répondre rapidement à des comportements suicidaires.
- c) Élaborer des plans de sorties, de transfert d'une structure d'aide à une autre et de transition entre les soins hospitaliers et extrahospitaliers. Ces plans doivent prendre en compte le risque accru de passage à l'acte à l'occasion du transfert d'un service à l'autre.
- d) Sensibiliser et informer les professionnels, les fournisseurs de services, les familles et les organisations sociales à la nécessité de créer des environnements de soins sains et sécurisés pour les personnes à risque.
- e) Intégrer des programmes de formation en prévention du suicide dans le cursus initial des professionnels de la santé, des professionnels du secteur social et des professionnels de l'enseignement. Dans la mesure du possible, ces programmes doivent être pluridisciplinaires.

## **AXE 6 – Instauration des normes et standards de qualité en prévention du suicide**

---

Les programmes de prévention du suicide doivent tenir compte des actions efficaces et en communiquer les résultats.

### **Stratégie 6.1 : Amélioration des pratiques et du partage des enseignements**

- a) Développer et promouvoir des standards nationaux spécifiques à la prévention du suicide.
- b) Diffuser des informations scientifiques pour étayer la pratique.
- c) Identifier les compétences et les formations requises pour travailler efficacement dans la prévention du suicide.

### **Stratégie 6.2 : Amélioration des connaissances par la promotion d'évaluations scientifiques**

- a) Promouvoir l'évaluation systématique des initiatives en matière de prévention du suicide.
- b) Promouvoir le rôle de l'évaluation et de la recherche en matière de prévention du suicide afin de contribuer à une amélioration continue des pratiques.
- c) Développer et promouvoir des modèles et des processus d'évaluation robustes.
- d) Promouvoir et faciliter les évaluations des pratiques de prévention du suicide.

### **Stratégie 6.3 : Amélioration systématique de la qualité, de la quantité et de l'accès à l'information concernant la stratégie de prévention du suicide et les services associés**

- a) Développer des systèmes de rapports d'évaluation transparents et fiables d'un point de vue scientifique et veiller à ce que les informations soient disponibles pour les acteurs contribuant au plan national de prévention du suicide.
- b) Documenter les résultats relatifs aux programmes de prévention du suicide et permettre l'accès aux informations y relatives, afin que les programmes ultérieurs puissent considérer les résultats des expériences passées.
- c) Encourager et soutenir le partage des enseignements afin de réduire les doubles emplois et de promouvoir les bonnes pratiques.
- d) Promouvoir et fournir des mécanismes de financement afin de permettre des réponses flexibles à des pratiques émergentes identifiées comme nécessaires.





Il y a suicide quand la crainte  
de la vie l'emporte sur la  
crainte de la mort

*Victor Hugo*

## III. Le Plan National de Prévention du Suicide Luxembourg (PNPSL)

### a) La méthodologie de travail

La réussite d'un plan d'action en santé mentale tient d'une part sur la pertinence de son cadre théorique, et d'autre part sur la participation active des acteurs de terrain. Afin de favoriser ce deuxième point, il a été décidé de mettre en place une méthodologie de travail tenant compte de l'importance de la participation active. Rappelons que la prévention du suicide est une responsabilité partagée, et qu'elle demande par conséquent un effort collectif et concerté entre chaque groupe de la société : les professionnels de la santé, la communauté d'aide, les bénévoles, les agences de bénévolat, les organisations, les parents, les collègues, les voisins, etc. Le tout, combiné dans une approche intégrative et coordonnée autour d'une structure exécutante.

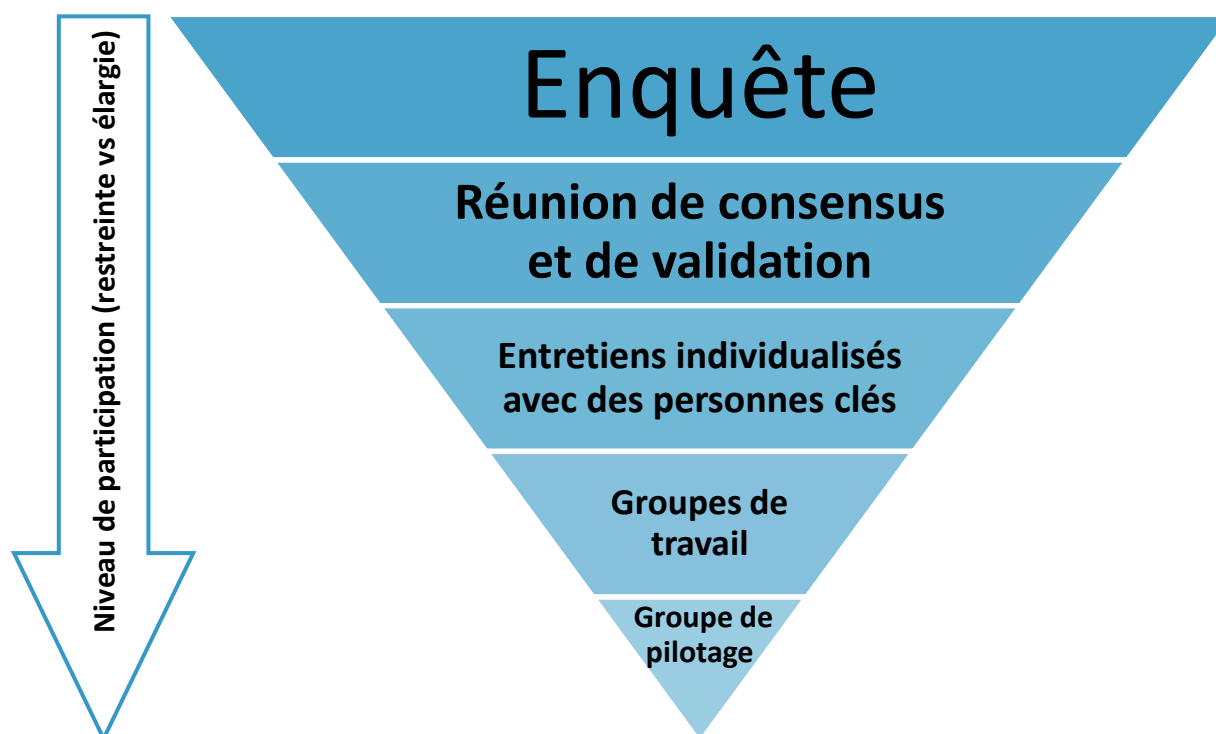
Dans ce souci de participation intégrative, nous avons mis en place cinq outils de participation (cf. figure 22), à savoir :

- 1) **Une enquête** envoyée à 953 structures œuvrant dans le domaine social et de la santé, ainsi qu'aux entreprises de plus de 150 salariés (cf. Annexe 6). L'enquête avait pour objectif de recenser, en dehors des institutions hospitalières, les structures qui sont amenées à prendre en charge des personnes en souffrance psychique et notamment des personnes suicidaires. Elle visait à connaître les missions de ces structures et leur mode de fonctionnement et de mettre en évidence si les structures sont confrontées à la problématique de la suicidalité. L'enquête visait également à connaître les liens et la coordination entre les différentes structures. Elle avait également une visée pédagogique, mais surtout une visée participative, dans la mesure où elle a recensé les lacunes en matière de prévention et de prise en charge des souffrances psychiques, les bonnes pratiques et les besoins spécifiques en matière de suicidalité au Luxembourg.
- 2) **Une réunion finale de consensus** pour tous les acteurs impliqués dans le processus de mise en place et dont l'objectif était de prendre connaissance, de discuter et de valider le projet de plan national de prévention du suicide avant sa présentation officielle.
- 3) **Des entretiens individualisés avec des personnes clés** ont eu lieu, entre autres, afin de confronter les plans d'action existants et de synchroniser, dans la mesure du possible, le plan national de prévention du suicide avec ceux en cours d'exécution. Des réunions ont eu lieu avec les personnes suivantes : Prof. Charles Pull (Clinique des troubles émotionnels) ; Dr Yolande Wagener (Direction de la Santé) ; Marie Lise Lair & Véronique Louazel (CRP – Centre de Recherche Public Santé) ; Léo Kraus & Charles Bruck (GSP - Groupe de Support Psychologique) ; Fabrice Brière (Centre de Crise du CHEM) ; René Schlechter (ORK - Ombuds-Comité fir d'Rechter vum Kand) ; Simon Gross & Dr Martine Hoffmann (RBS - Center fir Altersfroen) ; Roger Consbruck (Ministère de la Santé) ; Plateforme psychiatrie (Ministère de la Santé) ; Dr Paul Hentgen (CTU - Centre Thérapeutique d'Useldange) ; Marcelle Walch (SOS détresse) ; Dr Jean-Paul Nilles (CePT – Centre de Prévention des Toxicomanies) ; Guy Weber (Direction de la Santé) ; Dr Erik Schneider & Sophie Barbut (Intersex & Transgender Luxembourg asbl) ; Isabelle Klein, Isabelle Heuertz, Romaine Boever (Ministère de la Famille, de l'Intégration et à la Grande Région) ; Isabelle Schroeder & Ralph Kass (Ministère de

l'Égalité des Chances). Deux réunions avec l'ancien Ministre de la Santé, Monsieur Mars Di Bartolomeo et deux réunions avec la Ministre de la Santé Madame Lydia Mutsch, ont eu lieu.

- 4) Le **Débat d'actualité** sur la Prévention du Suicide qui s'est déroulé à la Chambre des Députés en date du 4 novembre 2014, avec les contributions des députés, a également servi à reconsidérer certains aspects du plan et à les intégrer durant son élaboration. La **Conférence Nationale de Santé** qui s'est tenue à la date du 5 novembre 2014 portant sur la prévention et le repérage de la crise suicidaire a par ailleurs permis de discuter le plan et d'améliorer certains aspects se référant au repérage et à la prise en charge de la crise suicidaire. Par ailleurs, le plan reprend les dernières observations du **Conseil de Gouvernement** (30 avril 2015).
- 5) **Des Groupes de Travail (GT)** existants ou nouveaux ont été activés ou mis en place. En tout six groupes de travail thématiques ont réfléchi et élaboré les actions du plan national de prévention du suicide, en se basant sur le modèle *LIFE*. Il s'agissait d'un GT de prévention du suicide en milieu professionnel, un GT de prévention du suicide en lien avec les addictions, un GT de prévention du suicide chez les personnes âgées, un GT de prévention du suicide chez les jeunes, un GT de prévention du suicide en lien avec les traumatismes et un GT d'intervention en cas de crise suicidaire. Ces groupes de travail se sont réunis 24 fois durant la période d'avril 2012 à avril 2013.
- 6) **Un groupe de pilotage interministériel** a été mis en place regroupant en tout 6 ministères, à savoir **1)** le Ministère de la Santé, **2)** le Ministère de la Famille, de l'Intégration et à la Grande Région, **3)** le Ministère du Travail, de l'Emploi et de l'Économie Sociale et Solidaire, **4)** le Ministère de l'Égalité des Chances, **5)** le Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche, **6)** le Ministère de l'Éducation Nationale, de l'Enfance et de la Jeunesse (cf. Annexe 1). Ce groupe s'est réuni à 5 reprises entre juillet 2012 et février 2014 avec pour objectif de définir les grandes lignes du PNPSL, c'est-à-dire les objectifs généraux et spécifiques, la méthode de travail, le modèle servant de base de travail (*LIFE*), et de valider toutes les étapes importantes de planification.

Figure 21 – Outils de participation pour une approche intégrative de prévention du suicide



La méthode de travail est axée sur 6 phases (cf. figure 22) :

**La première phase** visait à établir un état des lieux de la problématique du suicide au Luxembourg, à impliquer les structures d'aide par le biais d'une enquête sur le sujet (cf. Annexe 6) et à définir au sein du groupe de pilotage interministériel les objectifs du plan et le modèle à utiliser.

**La deuxième phase** consistait à lister les actions du PNPSL en se servant du modèle choisi (*LIFE*). Ce travail de listage des actions a été réalisé au sein des six groupes de travail (GT) et au cours d'entretiens individuels de personnes clés issues du domaine de la santé mentale au Luxembourg. Cette phase a également permis de procéder à une priorisation des actions listées et à définir les indicateurs d'évaluation.

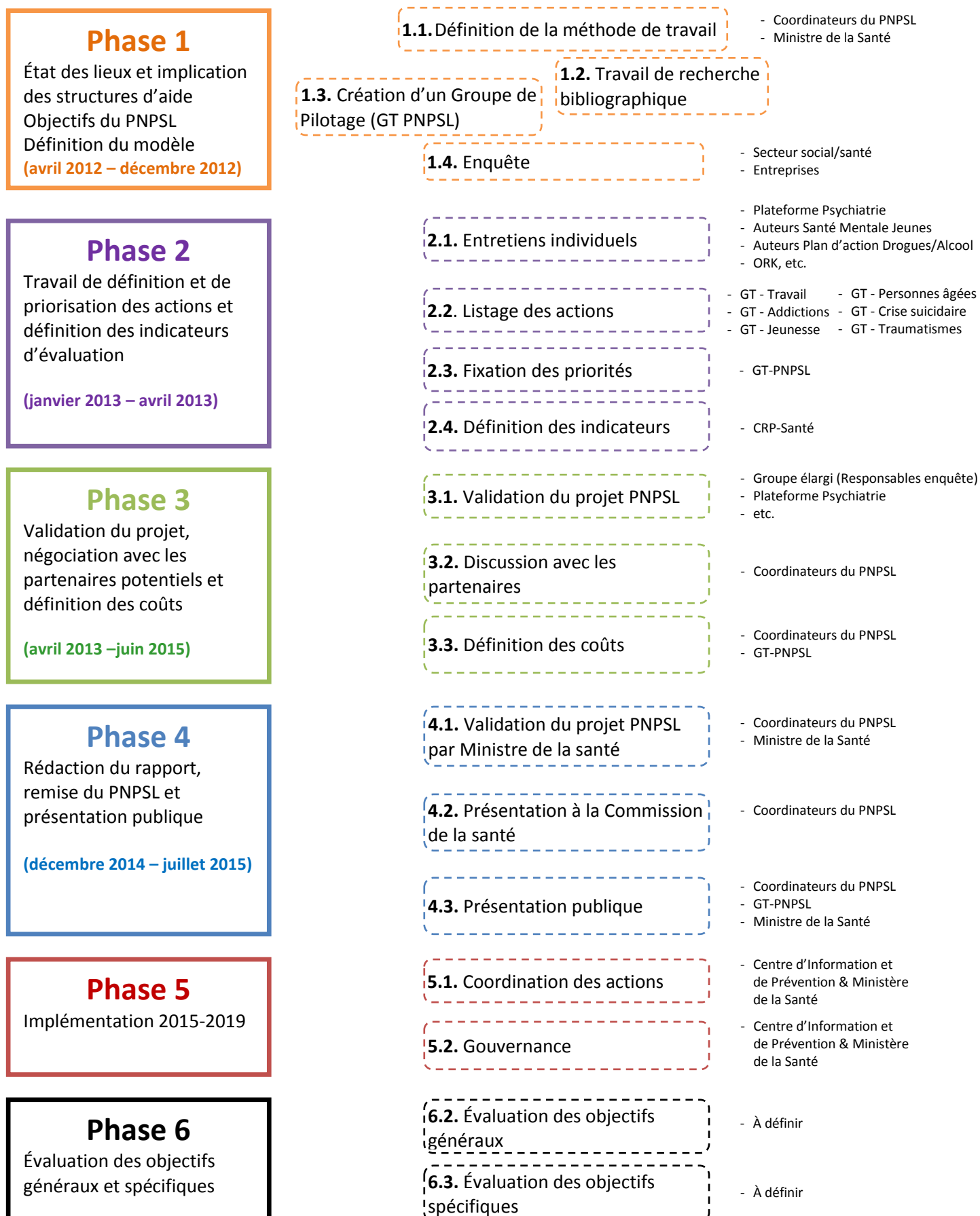
**La troisième phase** consistait à faire valider le projet PNPSL par les acteurs de terrain et de discuter la mise en place des actions avec les partenaires potentiels. Cette phase visait également à chiffrer le coût total du PNSPL.

La **quatrième phase** visait la rédaction du rapport final et la présentation du rapport auprès de la Ministre de la Santé, de la commission parlementaire de santé et du grand public par le biais d'une conférence de presse.

**La cinquième phase** consiste en l'implémentation du PNPSL durant la période 2015 à 2019.

**La sixième phase** consiste en l'évaluation des objectifs spécifiques et généraux.

Figure 22 - Méthode de travail pour l'élaboration du PNPSL



## b) Définition des actions et critères de priorisation

En tout 81 actions ont été listées par les divers groupes de travail et les partenaires de terrain interrogés individuellement. Considérant que toutes ces actions ne pouvaient être retenues dans ce premier PNPSL, nous avons procédé à une priorisation des actions en tenant compte de cinq critères :

1. **Faisabilité** : Facilité de mise en œuvre de l'action, soit parce qu'elle est déjà en cours, soit parce les partenaires potentiels sont présents et sensibilisés sur le bienfondé de l'action, soit parce qu'il y a une forte mobilisation pour l'action (action souvent citée dans les GT).
2. **Impact Budget** : Coût financier engendré par l'action (plus le nombre de « + » augmente, moins l'action est couteuse et plus l'impact budgétaire est favorable).
3. **Multiplicateur** : Capacité de l'action à créer des multiplicateurs, soit à multiplier le savoir sur les facteurs de risque, soit à multiplier la méthode et le niveau de prise en charge.
4. **Population à risque** : Action qui concerne une population à risque suicidaire élevée (personne âgée, chômeurs, antécédents suicidaires, malades chroniques, patients souffrant de troubles psychiatriques, détenus, militaires ou agents de police)
5. **Pertinence suicide** : Action qui a un lien fort avec la prévention du suicide.

Les actions ont été évaluées sur la base de ces 5 critères qui contiennent chacun les 4 possibilités de réponses suivantes :

	<b>Pas du tout favorable</b> <b>0</b>	<b>Peu favorable</b> <b>+</b>	<b>Moyennement favorable</b> <b>++</b>	<b>Très favorable</b> <b>+++</b>
Faisabilité				
Impact budget				
Multiplicateur				
Population à risque				
Pertinence suicide				

### **Décision finale :**

**Score à partir de 10 (+)** : Actions fortement prioritaires, à réaliser absolument entre 2015 et 2019

**Score à partir de 8 (+) à 9 (+)** : Actions moyennement prioritaires, à réaliser à moyen terme (à partir de 2020, l'action peut dans la mesure du possible intégrer le PNPSL 2015-2019)

**Score à partir de 1 (+) à 7 (+)** : Actions faiblement prioritaires, à réaliser à long terme (à partir de 2020, l'action ne rentre pas dans le PNPSL 2015-2019).

**Résultat final du travail de priorisation :**

Les 81 actions listées ont été priorisées comme suit :

- 33 actions sont considérées comme fortement prioritaires (2015 – 2019) (cf. Partie c) ci-dessous)
- 23 actions sont considérées comme moyennement prioritaires ( $\geq$  2020, éventuellement entre 2015 et 2019) (cf. Annexe 4)
- 25 actions sont considérées comme faiblement prioritaires ( $\geq$  2020) (cf. Annexe 5)

Il est important de noter que les actions qui n'ont pas été retenues comme fortement prioritaires dans ce plan, sont des actions qui ont tout à fait leur importance dans un système de santé mentale. Elles n'ont pas été retenues comme fortement prioritaires, parce qu'elles ne sont pas fortement corrélées à la thématique de la prévention du suicide, bien qu'elles puissent être très pertinentes dans d'autres plans en santé mentale.

## c) Actions retenues comme fortement prioritaires (à réaliser entre 2015 et 2019)

### AXE 1 : Améliorer la compréhension de la problématique suicidaire au Luxembourg

Objectifs spécifiques : Améliorer les connaissances relatives aux signes avant-coureurs, aux facteurs déclencheurs et aux facteurs de risque imminent.		
1.	<p>Conduite <b>d'études bibliographiques</b> visant à mieux comprendre le risque suicidaire en fonction du <b>type d'addictions</b> et de faire connaître les conclusions de ces études. De manière générale, il est recommandable d'encourager les recherches épidémiologiques nationales en relation avec les addictions.</p> <p><u>Stratégie dans LIFE</u> : 1.1 (b)                      <u>Domaine</u> : sélectif</p> <p><u>Calendrier</u> : 2015-2016                              <u>Coût de l'action</u> : 10.000.- € + 100 heures de psychologue</p> <p><u>Partenaires potentiels</u> : UNI LUX, CRP, CEPT</p> <p><u>Financier</u> : MISA</p>	<p><b>Indicateurs de réalisations</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Conduite d'études bibliographiques pour une meilleure compréhension du risque suicidaire en fonction du type d'addictions</b> (O/N et nombre)</li> <li>- Mode de diffusion des résultats (Conseil scientifique, Portail santé, revues scientifiques, AMMD, conférences...)</li> </ul> <p><b>Indicateur de résultats</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Adaptations réalisées au PNPSL en fonction des résultats des études bibliographiques réalisées (O/N)</li> </ul>
2.	<p>Réalisation d'études scientifiques, notamment à travers des <b>autopsies psychologiques</b> afin de mieux comprendre les facteurs de risque des personnes suicidaires et suicidées.</p> <p><u>Remarque</u> : les coûts comprennent la formation des enquêteurs, méthode basée sur l'étude au Nouveau Brunswick - Canada)</p> <p><u>Stratégie dans LIFE</u> : 1.1 (b)                      <u>Domaine</u> : sélectif</p> <p><u>Calendrier</u> : 2016-2019                              <u>Coût de l'action</u> : 350.000.- €</p> <p><u>Partenaires potentiels</u> : UNI LUX , CIP</p> <p><u>Financier</u> : MISA</p>	<p><b>Indicateurs de réalisations</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Réalisation d'études scientifiques afin de mieux comprendre les facteurs de risque des personnes suicidaires et suicidées</b> (O/N et nombre)</li> <li>- Mode de diffusion des résultats (Conseil scientifique, Portail santé, revues scientifiques, AMMD, conférences...)</li> </ul> <p><b>Indicateur de résultats</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Utilisation des résultats des études pour l'amélioration des outils pédagogiques de repérage du risque suicidaire (O/N) (Actions n°27, n°29, n°31)</li> <li>- Utilisation des résultats pour l'amélioration d'un système proactif d'évaluation suicidaire (O/N) (Action n°21)</li> </ul>



**Objectifs spécifiques :** Amélioration du système d'enregistrement national standardisé des décès par suicide et des tentatives de suicide

<b>3.</b>	<p><b>1) Renforcement du système d'enregistrement national des décès par suicide et 2) développement du système d'enregistrement national des tentatives de suicide et 3) mise en place d'un Groupe de Travail sur l'épidémiologie des comportements suicidaires</b>, dont l'objet serait de définir des indicateurs et d'analyser annuellement les tendances épidémiologiques nationales et internationales.</p> <p><i>Stratégie dans LIFE : 1.4 (b)</i>                      <i>Domaine : universel</i></p> <p><i>Calendrier : 2015</i>                                      <i>Coût de l'action : à définir</i></p> <p><i>Partenaires potentiels : à définir</i></p> <p><i>Financier : MISA</i></p>	<p><b>Indicateurs de réalisations</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mise en place d'un groupe de travail sur l'épidémiologie des comportements suicidaires (O/N)</li> <li>- Propositions d'amélioration de l'information médicale déclarée par le médecin déclarant le décès (O/N)</li> <li>- <b>Propositions pour la mise en place d'un système national d'enregistrement des tentatives de suicide</b> (O/N)</li> </ul> <p><b>Indicateur de résultats</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Propositions d'amélioration des indicateurs de suivi (O/N)</li> <li>- Publication d'un rapport sur les tentatives de suicide et décès par suicide en fin du PNPSL (O/N)</li> </ul>
-----------	--	--

**Objectifs spécifiques :** Coordonner et superviser les différentes actions du Plan National de Prévention du Suicide.

<b>4.</b>	<p>Gouvernance du PNPSL et création d'un <b>comité de surveillance interministériel</b> de prévention du suicide, dont l'objet serait d'assurer le suivi du PNPSL et de définir les politiques nationales au travers de recommandations visant son amélioration et sa pérennisation.</p> <p><i>Remarque :</i> Maintien du poste de coordination du PNPSL (0,5 ETP Psychologue au CIP)</p> <p><i>Stratégie dans LIFE : hors stratégie</i>                      <i>Domaine : universel</i></p> <p><i>Calendrier : 2015-2019</i>                                      <i>Coût de l'action : non applicable</i></p> <p><i>Partenaires potentiels : Représentations nationales officielles des professions de santé et des sociétés savantes médicales</i></p> <p><i>Financier : MISA</i></p>	<p><b>Indicateurs de réalisations</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Création d'un comité interministériel de surveillance des comportements suicidaires et définition des modalités de travail</b> (O/N)</li> <li>- Supervision du PNPSL par le comité (O/N)</li> <li>- Élaboration de recommandations d'amélioration (O/N)</li> </ul> <p><b>Indicateur de résultats</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Modifications argumentées du PNPSL à moyen et à long terme (O/N)</li> </ul>
-----------	--	---

## AXE 2 : Améliorer la résilience des individus et leur capacité à s'auto-aider

**Objectifs spécifiques :** Développer des programmes de promotion à la santé mentale et de bien-être, autant pour la communauté toute venante, que pour les populations à haut risque suicidaire. Promouvoir des environnements (familles, écoles, lieux de travail) favorisant l'expression des émotions (anxiété, stress, tristesse, chagrin, etc.) sans devoir craindre la stigmatisation.

5.	<p>Développement et mise à disposition de <b>programmes de promotion de la santé mentale en entreprise</b> dans le but de lutter contre la stigmatisation des maladies mentales. Information à la reconnaissance des troubles dépressifs, du stress chronique, du harcèlement, des troubles anxieux, des troubles de l'addiction et de l'intervention en cas de crise suicidaire en élaborant et distribuant du matériel de sensibilisation à l'ensemble des entreprises avec pour informations essentielles les possibilités d'aide et d'entraide.</p> <p><u>Remarque</u> : Brochures, affiches, site internet (cf. <a href="http://www.trajet.lu">www.trajet.lu</a>), supports disponibles, etc. (L/D/F/GB/P)</p> <p><u>Stratégie dans LIFE</u> : 2.1 (b) (d)                      <u>Domaine</u> : sélectif</p> <p><u>Calendrier</u> : 2016-2017                                      <u>Coût</u> : 25.000.- € + 600 heures de psychologue</p> <p><u>Partenaires potentiels</u> : CIP, en coll. avec UEL, Chambres de Commerce, Chambre des Salariés, AAA, MTEESS, Services de la médecine du travail (multisectoriel, secteur bancaire, etc.)</p> <p><u>Financier</u> : MTEESS</p>	<p><b>Indicateurs de réalisations</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Réalisation et validation de programmes de promotion de la santé mentale dans les entreprises (O/N)</li> <li>- Réalisation et validation d'information à la reconnaissance des troubles dépressifs, du stress chronique, du harcèlement, des troubles anxieux, des troubles de l'addiction et de l'intervention en cas de crise suicidaire (O/N)</li> <li>- Réalisation et validation d'information sur les possibilités d'aide et d'entraide (O/N)</li> <li>- Modalités de mise en place des programmes (formations, flyers, site internet : forme et nombre)</li> </ul> <p><b>Indicateur de résultats</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Nombre de salariés concernés chaque année par la mise en place de programmes de promotion de la santé mentale, reconnaissance des troubles et possibilités d'aide</b></li> </ul>
6.	<p>Développement d'une action de sensibilisation <b>sur les comportements d'addiction dès le plus jeune âge</b> suite aux résultats des données sur les études bibliographiques (Action N°1).</p> <p><u>Stratégie dans LIFE</u> : 2.1 (b)                                      <u>Domaine</u> : sélectif</p> <p><u>Calendrier</u> : 2017    Coût : 15.000.- € + 100 heures de psychologue</p> <p>Partenaires potentiels : CePT, Médecine scolaire, CPOS, Anonym Glécksspilller, etc.</p> <p><u>Financier</u> : MISA</p>	<p><b>Indicateurs de réalisations</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mise en place de programmes éducatifs sur les comportements addictifs (O/N)</li> <li>- <b>Nombre d'enfants ou adolescents ayant bénéficié de programmes éducatifs sur les comportements d'addiction</b></li> </ul> <p><b>Indicateur d'impact</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pourcentage d'élèves qui a consommé au moins 10 fois de l'alcool dans les 30 derniers jours (HBSC)</li> <li>- Pourcentage d'élèves qui a consommé au moins une fois du cannabis au cours des 30 derniers jours (HBSC)</li> <li>- Pourcentage d'élèves qui a consommé une autre drogue que le cannabis au moins une fois dans leur vie (HBSC)</li> </ul>

<b>Objectifs spécifiques</b> : Développer et promouvoir des programmes visant à améliorer la recherche d'aide, surtout chez les groupes à haut risque suicidaire et chez les personnes qui sont connues pour être les moins susceptibles de demander de l'aide.		
<b>7.</b>	<p>Augmentation progressive du temps d'écoute de SOS Détresse.</p> <p>Remarque : Voir si possibilité de collaborer avec des services identiques à l'étranger et au Luxembourg (Kanner a Jugend-Telefon, Elteren-Telefon, Helplines, Téléalarme, etc.)</p> <p><u>Stratégie dans LIFE</u> : <b>2.2 (b)</b>      <u>Domaine</u> : <b>universel</b></p> <p><u>Calendrier</u> : <b>2016-2019</b>      <u>Coût de l'action</u> : <b>15.000.- € + ½ ETP de psychologue</b></p> <p><u>Partenaires potentiels</u> : <b>SOS Détresse</b>      <u>Financier</u> : <b>MIFA</b></p>	<p><b>Indicateurs de réalisations</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Temps d'écoute proposé à SOS Détresse (Heures/an)</b></li> <li>- Réalisation d'une campagne d'information sur la hotline (O/N)</li> <li>- Nombre d'appels enregistrés chaque année de fonctionnement</li> <li>- Nombre de mails traités chaque année de fonctionnement</li> <li>- Nature des demandes d'aide (à catégoriser)</li> </ul>
<b>8.</b>	<p>Développement d'actions visant à <b>1) promouvoir la connaissance des problématiques des groupes stigmatisés et 2) améliorer l'orientation vers les services d'aide</b>, notamment pour les populations à risque de discrimination/stigmatisation dû à :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- orientation sexuelle et identité sexuelle du genre (enfants et adultes intersexes et trans'),</li> <li>- un trouble psychique/psychiatrique,</li> <li>- lieu de travail (burnout, harcèlement sexuel, mobbing, etc.)</li> <li>- une privation de liberté (détenus),</li> <li>- un parcours migratoire,</li> <li>- etc.</li> </ul> <p><u>Stratégie dans LIFE</u> : <b>2.2 (b)</b>      <u>Domaine</u> : <b>sélectif</b></p> <p><u>Calendrier</u> : <b>2016-2019</b>      <u>Coût de l'action</u> : <b>25.000.- € + 1200 heures de psychologue</b></p> <p><u>Partenaires potentiels</u> : <b>à définir</b>      <u>Financier</u> : <b>MIFA</b></p>	<p><b>Indicateurs de réalisations</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Réalisation d'actions de promotion de la connaissance des problématiques des groupes stigmatisés (O/N)</li> <li>- <b>Réalisation d'actions visant à améliorer l'orientation de groupes cibles stigmatisés vers les services d'aide</b> (homosexuels, inter sexes et transsexuels, migrants, détenus) (O/N)</li> <li>- Type d'actions mises en place (Soutien aux associations existantes, Information et formation des professionnels, Portail santé, Livret d'orientation, etc.)</li> </ul> <p><b>Indicateurs de résultats</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Satisfaction des populations visées quant à l'information donnée sur leurs problématiques et sur les services d'aide</li> </ul>
<b>9</b>	<p><b>Promotion des métiers de la santé mentale</b> auprès du grand public (psychiatre, psychologue, psychothérapeute, infirmier psychiatrique, etc.) pour une meilleure connaissance de leur champ d'action, pour améliorer l'<b>accessibilité</b> des soins et <b>déstigmatiser la maladie mentale</b>.</p> <p><b>Remarque</b> : Guide et répertoire des métiers de la Santé (support papier ou électronique)</p> <p><u>Stratégie dans LIFE</u> : <b>2.2 (b)</b>      <u>Domaine</u> : <b>universel</b></p> <p><u>Calendrier</u> : <b>2017</b>      <u>Coût de l'action</u> : <b>2.500.- € + 150 heures de psychologue</b></p> <p><u>Partenaires potentiels</u> : <b>CIP, SLP, SLPPP, ANIL, etc.</b>      <u>Financier</u> : <b>MISA</b></p>	<p><b>Indicateurs de réalisations</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Type d'information mise en place pour une meilleure connaissance des métiers de la santé mentale (guide, répertoire, conférence, participation au salon de l'étudiant...)</li> </ul> <p><b>Indicateurs d'impact</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nombre de consultations et de thérapies réalisées par les psychiatres en exercice sur le territoire national pour une année<sup>1</sup></li> </ul>

<sup>1</sup> Cet indicateur fait partie des principaux indicateurs de suivi du Plan (Indicateur Core). Il est défini en Annexe 7.

### AXE 3 : Améliorer les ressources sociales, la résilience collective et la capacité à prévenir le suicide

<b>Objectifs spécifiques :</b> Promouvoir, soutenir et développer au sein des communautés des pratiques de bonne santé mentale et de résilience collective.		
10.	<p>Information et sensibilisation de la population à l'importance de l'<b>entraide sociale</b> et initiation, voire soutien des projets de <b>support de voisinage</b> (ex : travail avec les commissions consultatives du 3<sup>ième</sup> âge).</p> <p><u>Stratégie dans LIFE : 3.1 (a)</u>      <u>Domaine : universel</u></p> <p><u>Calendrier : 2017-2018</u>      <u>Coût de l'action : 25.000.- € + 150 heures de psychologue</u></p> <p><u>Partenaires potentiels : RBS, en collaboration avec le Syvicol</u>      <u>Financeur : MFI</u></p>	<p><b>Indicateurs de réalisations</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Nombre de projets de support de voisinage initiés et soutenus</b></li> <li>- Modalités de mise en place des projets : nombre de partenaires impliqués dans les projets, Forme participative ou non des actions mises en place</li> </ul>
<b>Objectifs spécifiques :</b> Sensibiliser les communautés à identifier et à répondre aux signes avant-coureurs, aux signes déclencheurs et aux facteurs de risque associés au suicide.		
11.	<p>Promotion de la <b>vigilance partagée</b> (à l'instar des risques d'accident de travail traditionnels) rapportée aux maladies psychiques en entreprise, afin de responsabiliser l'ensemble des salariés.</p> <p><u>Stratégie dans LIFE : 3.2 (a)</u>      <u>Domaine : sélectif</u></p> <p><u>Calendrier : 2015-2016</u>      <u>Coût de l'action : 15.000.- € + 250 heures de psychologue</u></p> <p><u>Partenaires potentiels : AAA, UEL, Chambre des salariés, MTEESS, Santé au Travail, etc.</u></p> <p><u>Financeur : MTEESS</u></p>	<p><b>Indicateurs de réalisations</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Développement de supports/formation pour la promotion de la vigilance partagée en entreprise rapportée aux maladies psychiques (O/N)</li> <li>- <b>Type de supports développés (formations, flyers, type de campagne...) et nombre</b></li> <li>- Nombre et type d'entreprises et professionnels partenaires</li> </ul>
12.	<p>Développement et amélioration de l'<b>information et de la sensibilisation relatives aux addictions</b>, et notamment sur les effets des nouvelles drogues (L/D/F/GB/P).</p> <p>Remarque : (type Radio 100,7 : semaine de la maladie mentale)</p> <p><u>Stratégie dans LIFE : 3.2 (a)</u>      <u>Domaine : universel</u></p> <p><u>Calendrier : 2017-2019</u>      <u>Coût de l'action : 10.000.- € + 100 heures de psychologue</u></p> <p><u>Partenaires potentiels : CePT</u></p> <p><u>Financeur : MISA</u></p>	<p><b>Indicateurs de réalisations</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Développement d'outils d'information et de sensibilisation sur les addictions et notamment sur les effets des nouvelles drogues (O/N)</b></li> <li>- Mode de diffusion des outils (presse, radio, TV, conférence, etc.) et nombre</li> <li>- Type de public visé</li> </ul>

<p><b>Objectifs spécifiques :</b> Travailler ensemble avec les médias en vue d'améliorer les représentations sociales du suicide, tout comme la compréhension du suicide à travers une couverture médiatique responsable de ces questions.</p>	
<p><b>13.</b> Élaboration d'une <b>directive à intégrer dans le code de déontologie de presse</b> existant, dont le but est d'encourager à la rédaction responsable et préventive de reportages autour de la thématique du suicide.</p> <p><i>Stratégie dans LIFE : 3.2 (b)      Domaine : sélectif</i></p> <p><i>Calendrier : 2015-2016      Coût de l'action : 5.000.- € + 200 heures de psychologue</i></p> <p><i>Partenaires potentiels : Conseil de Presse avec la coll. du CIP</i></p> <p><i>Financier : MISA</i></p>	<p><b>Indicateurs de réalisations</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Élaboration d'une directive à intégrer dans le code de bonne conduite de déontologie de presse existant pour la rédaction responsable et préventive de reportages autour de la thématique du suicide (O/N)</li> </ul> <p><b>Indicateurs de résultats</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Nombre de reportages réalisés autour de la thématique du suicide en accord avec la directive</b></li> </ul>
<p><b>14.</b> Élaboration et offre de <b>formations à l'attention des journalistes</b> sur la thématique du suicide et de sa prévention, afin d'encourager à la rédaction responsable et préventive de reportages autour de la thématique du suicide.</p> <p>Remarque : 100 personnes à former en 5 ans. Participation par personne : 100 €</p> <p><i>Stratégie dans LIFE : 3.2 (b)      Domaine : sélectif</i></p> <p><i>Calendrier : 2015-2019      Coût de l'action : 10.000.- € + 100 heures de psychologue</i></p> <p><i>Partenaires potentiels : CIP en coll. avec le Conseil de Presse</i></p> <p><i>Financier : MISA</i></p>	<p><b>Indicateurs de réalisations</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Élaboration de formations à l'attention des journalistes sur la thématique du suicide (O/N)</li> <li>- Nombre de journées de formations réalisées</li> <li>- <b>Nombre de journalistes ayant bénéficié de la formation</b></li> </ul> <p><b>Indicateur de résultats</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Satisfaction des journalistes vis-à-vis de la formation reçue autour de la thématique du suicide</li> </ul>
<p><b>Objectifs spécifiques :</b> Réduire la stigmatisation et les mythes entourant le suicide par une communication fidèle de la complexité et de l'étendue des facteurs contribuant à des comportements suicidaires.</p>	
<p><b>15.</b> Réalisation et promotion des <b>journées de la santé mentale</b> en collaboration avec les communes dans le but d'informer la population sur les maladies mentales.</p> <p>Remarque : Actions à prévoir annuellement en automne dans les différentes régions du pays</p> <p><i>Stratégie dans LIFE : 3.2 (c)      Domaine : universel</i></p> <p><i>Calendrier : 2015-2019      Coût de l'action : 40.000.- € + 250 heures de psychologue</i></p> <p><i>Partenaires potentiels : CIP</i></p> <p><i>Financier : MISA</i></p>	<p><b>Indicateurs de réalisations</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Nombre de journées « santé mentale » organisées dans les communes</b></li> <li>- Type d'organisation de ces journées (nombre et type de partenaires, type de média utilisé pour la promotion de la journée, etc.)</li> <li>- Fréquentation de ces journées</li> </ul>

<p>16.</p>	<p>Information et <b>sensibilisation</b> à l'attention du <b>grand public</b> sur les problèmes de santé mentale, et plus particulièrement :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- les états de stress post-traumatique (PTSD)</li> <li>- les troubles de l'humeur</li> <li>- le stress chronique et le harcèlement</li> <li>- les troubles de l'anxiété</li> <li>- la crise suicidaire</li> <li>- etc.</li> </ul> <p>Remarque : Réalisation d'une campagne de sensibilisation tous les ans pendant 5 ans (L/D/F/GB/P).</p> <p><u>Stratégie dans LIFE</u> : <b>3.2 (c)</b>      <u>Domaine</u> : <b>universel</b></p> <p><u>Calendrier</u> : <b>2016-2019</b>      <u>Coût de l'action</u> : <b>75.000.- € + 800 heures de psychologue</b></p> <p><u>Partenaires potentiels</u> : <b>CIP, en coll. avec mobbing asbl, Stressberodung, LASH, etc.</b></p> <p><u>Financier</u> : <b>MISA</b></p>	<p><b>Indicateurs de réalisations</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Développement d'outils d'information et de sensibilisation sur les problèmes de santé mentale à l'attention du grand public (O/N)</b></li> <li>- Type de diffusion des outils (presse, radio, TV, conférence, etc.) et nombre</li> <li>- Type de thèmes abordés, public visé</li> </ul> <p><b>Indicateur de résultats</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Satisfaction du public visé quant aux outils développés d'information et de sensibilisation aux problèmes de santé mentale</li> </ul>
<p><b>Objectifs spécifiques</b> : Supporter les réseaux existants et partenaires à répondre de manière efficace aux événements traumatisants pouvant affecter une personne.</p>		
<p>17.</p>	<p>Information et sensibilisation des professionnels de la santé et du grand public sur les risques de la <b>perte de l'autonomie chez la personne âgée</b> (mise en retraite, perte du permis de conduire, mise en institution, etc.)</p> <p><u>Stratégie dans LIFE</u> : <b>3.3 (a)</b>      <u>Domaine</u> : <b>universel</b></p> <p><u>Calendrier</u> : <b>2018-2019</b>      <u>Coût de l'action</u> : <b>25.000.- € + 250 heures de psychologue</b></p> <p><u>Partenaires potentiels</u> : <b>RBS, Club Senior, Amiperas, etc.</b></p> <p><u>Financier</u> : <b>MISA</b></p>	<p><b>Indicateurs de réalisations</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Réalisation d'outils de sensibilisation des professionnels de santé sur les risques de la perte d'autonomie chez la personne âgée (O/N)</b></li> <li>- Réalisation d'outils de sensibilisation du grand public sur les risques de la perte d'autonomie chez la personne âgée (O/N)</li> <li>- Type de diffusion des outils (campagnes de presse, livret, articles, etc.) (type et nombre)</li> </ul> <p><b>Indicateur de résultats</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Satisfaction des professionnels de la santé vis-à-vis du type d'outils de sensibilisation développés sur les risques de la perte d'autonomie chez la personne âgée</li> </ul>

**Objectifs spécifiques :** Développer la capacité des écoles, des lieux de travail et d'autres lieux de rencontre à identifier et à fournir un soutien aux personnes à risque suicidaire.

<p><b>18.</b></p>	<p>Création et mise à disposition d'un <b>protocole de prise en charge</b> pour <b>enseignants</b> lorsque ceux-ci constatent un <b>signal d'alarme de risque suicidaire et de dépression</b> auprès d'un élève (comportement en classe, dissertation, témoignage, stigmatisation d'un élève, etc.) et création et mise à disposition d'un <b>protocole de postvention suicidaire pour les établissements scolaires.</b></p> <p><i>Stratégie dans LIFE : 3.3 (c)</i>                      <i>Domaine : sélectif</i></p> <p><i>Calendrier : 2015-2016</i>                              <i>Coût de l'action : 5.000.- € + 500 heures de Psychologue</i></p> <p><i>Partenaires potentiels : CPOS, CIP, Collège des directeurs, MENJE</i></p> <p><i>Financeur : MENJE</i></p>	<p><b>Indicateurs de réalisations</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Elaboration d'un protocole de prise en charge pour enseignants en cas de signes d'alerte de risque suicidaire constaté chez un élève (O/N)</b></li> <li>- Validation du protocole</li> <li>- Forme de mise à disposition du protocole</li> </ul> <p><b>Indicateurs de résultats</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Satisfaction d'un panel d'enseignants quant à la mise à disposition, au contenu et à l'aide apportée par le protocole</li> </ul>
-------------------	---	---

## AXE 4 : Adopter une approche coordonnée de la prévention du suicide

<b>Objectifs spécifiques :</b> Développer et promouvoir une approche centrée sur le client, promouvoir des approches de style « case-management », afin de répondre à la prévention du suicide.	
<p>19. Promotion du <b>travail de coordination</b> dans la prise en charge des personnes en souffrances psychiques (cf. <b>case management</b>)</p> <p>Remarque : Étude sur Case-management en cours</p> <p><u>Stratégie dans LIFE</u> : 4.1 (c)      <u>Domaine</u> : <b>indiqué</b></p> <p><u>Calendrier</u> : 2019      <u>Coût de l'action</u> : <b>à définir</b></p> <p><u>Partenaires potentiels</u> : <b>MISA, SPAD, IUIL</b></p> <p><u>Financeur</u> : <b>MISA</b></p>	<p><b>Indicateurs de réalisations</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rédaction d'un profil de mission de coordinateur ou case-manager pour la prise en charge des personnes en souffrance psychique (O/N)</li> <li>- Identification des services ou professionnels assurant ou pouvant assurer la fonction de coordination (O/N)</li> </ul> <p><b>Indicateur de résultats</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Satisfaction des services et professionnels dont les prises en charge de patients ou d'utilisateurs bénéficient d'un case-management</b></li> </ul>
<b>Objectifs spécifiques :</b> Analyser et améliorer les liens de collaboration entre les instances gouvernementales, les institutions universitaires, les associations, les organismes d'aide et les professionnels aidants, afin de soutenir le partage d'informations et de réduire la duplication des efforts.	
<p>20. Création de <b>mandats</b> et de procédures financières (<b>grille de rémunération</b> dans les nomenclatures) permettant de faire participer les acteurs de terrain dans des réunions interministériels ou pluridisciplinaires. Honorer les professionnels qui souhaitent travailler dans une approche pluridisciplinaire.</p> <p><u>Stratégie dans LIFE</u> : 4.2 (b)      <u>Domaine</u> : <b>sélectif</b></p> <p><u>Calendrier</u> : 2015-2016      <u>Coût de l'action</u> : <b>à définir</b></p> <p><u>Partenaires potentiels</u> : <b>MISA, CNS</b></p> <p><u>Financeur</u> : <b>MISA</b></p>	<p><b>Indicateurs de réalisations</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rédaction de procédures financières pour la rémunération des acteurs de terrain participant aux réunions de travail pluridisciplinaires (O/N)</li> <li>- <b>Type de moyens financiers négociés (CNS, Ministère...)</b></li> </ul>



## AXE 5 : Fournir des activités ciblées de prévention du suicide

**Objectifs spécifiques :** Développer et promouvoir des programmes innovateurs de prévention visant à atteindre les personnes à risque qui, traditionnellement, n'ont pas accès aux services d'aide.

<p>21.</p>	<p>Mise en place d'un projet pilote sur un <b>système proactif d'évaluation suicidaire</b>, par le biais des dossiers informatiques permettant d'agir en amont (possibilités d'avertissement) sur le potentiel suicidaire d'une population à haut risque suicidaire selon un algorithme de différents facteurs de risque versus de protection.</p> <p><u>Stratégie dans LIFE</u> : 5.1 (a)      <u>Domaine</u> : universel</p> <p><u>Calendrier</u> : 2019      <u>Coût de l'action</u> : 40.000.- € + 200 heures de psychologue</p> <p><u>Partenaires potentiels</u> : à définir</p> <p><u>Financier</u> : MISA</p>	<p><b>Indicateurs de réalisations</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identification des facteurs de risque (O/N)</li> <li>- Construction de l'algorithme (O/N)</li> <li>- Test de faisabilité et validation (O/N)</li> <li>- Mise en place d'un projet pilote sur un système proactif d'évaluation suicidaire dans les services utilisant un dossier électronique pour leurs usagers (O/N)</li> <li>- Nombre d'usagers pour lesquels le système d'évaluation a été utilisé</li> <li>- Définition d'un outil d'évaluation du projet en vue d'une pérennisation ou généralisation (O/N)</li> </ul> <p><b>Indicateur de résultats</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nombre d'avertissements donnés par rapport au nombre d'usagers reçus</li> <li>- <b>Nombre de patients détectés par le système proactif pour lesquels une procédure de prise en charge a été mise en place</b></li> </ul> <p><b>Indicateurs d'impact</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Proportion de la population ayant été admise dans un des services d'urgence des hôpitaux au cours de l'année, pour cause de tentative de suicide<sup>2</sup></li> </ul>
------------	--	--

<sup>2</sup> Cet indicateur fait partie des principaux indicateurs de suivi du Plan (Indicateur Core). Il est défini en Annexe 7.

Objectifs spécifiques : Créer des services hautement visibles et accessibles. Développer des procédures de soutien pour les personnes qui ont tenté de se suicider et pour les membres de leurs familles.		
22.	<p>Élaboration et mise à disposition des familles concernées d'un guide de <b>recommandations en cas de crise suicidaire</b> d'un membre de la famille (L/D/F/GB/P).</p> <p><u>Stratégie dans LIFE</u> : 5.1 (b)      <u>Domaine</u> : indiqué</p> <p><u>Calendrier</u> : 2015-2016      <u>Coût de l'action</u> : 15.000.- € + 200 heures de psychologue</p> <p><u>Partenaires potentiels</u> : CIP</p> <p><u>Financier</u> : MISA</p>	<p><b>Indicateurs de réalisations</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Elaboration d'un guide de recommandations en cas de crise suicidaire à l'attention des familles concernées (O/N)</b></li> <li>- Nombre de guides diffusés</li> </ul>
23.	<p>Amélioration de l'accompagnement des familles ou des proches par l'élaboration d'un <b>protocole</b> visant à <b>annoncer le décès par suicide</b> et proposer systématiquement un soutien aux endeuillés (cf. point 25) (L/D/F/GB/P).</p> <p><u>Stratégie dans LIFE</u> : 5.1 (b)      <u>Domaine</u> : indiqué</p> <p><u>Calendrier</u> : 2016      <u>Coût de l'action</u> : 2.500.- € + 200 heures de psychologue</p> <p><u>Partenaires potentiels</u> : GSP, Police, Armée, etc.</p> <p><u>Financier</u> : MISA</p>	<p><b>Indicateurs de réalisations</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Élaboration d'un protocole visant à annoncer un décès par suicide à la famille (O/N)</b></li> <li>- Validation du protocole (O/N)</li> <li>- Forme de la mise à disposition du protocole</li> </ul> <p><b>Indicateurs de résultats</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Satisfaction des services ayant en charge l'annonce d'un décès par suicide vis-à-vis du protocole</li> </ul>
24.	<p>Proposition systématique (par la police, le médecin sur place, etc.) aux familles touchées par le suicide ou par une tentative de suicide, d'un <b>dépliant listant les adresses utiles</b> en cas de besoin (L/D/F/GB/P).</p> <p><u>Stratégie dans LIFE</u> : 5.1 (b)      <u>Domaine</u> : indiqué</p> <p><u>Calendrier</u> : 2016      <u>Coût de l'action</u> : 5.000.- € + 100 heures de psychologue</p> <p><u>Partenaires potentiels</u> : CIP en coll. avec Police</p> <p><u>Financier</u> : MISA</p>	<p><b>Indicateurs de réalisations</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Élaboration d'un dépliant listant les adresses utiles pour une prise en charge en cas de suicide ou tentative de suicide dans la famille (O/N)</b></li> <li>- Type de professionnels procédant à la distribution du dépliant : médecins, services des urgences des hôpitaux, police, GSP, etc.</li> <li>- Nombre de dépliants diffusés</li> </ul>

<p>25.</p>	<p>Mise en place d'une <b>procédure proactive</b> de suivi de l'entourage en cas d'intervention du GSP à la suite d'un <b>suicide dans la famille</b>, dans l'entourage (privé et/ou professionnel) (appel des personnes de l'entourage après un certain temps pour voir comment vont les personnes).</p> <p>Remarque : Élaboration du concept au cours de 2015. Mise en place d'un projet pilote et évaluation en 2016. Mise en route de l'action en 2017</p> <p><u>Stratégie dans LIFE</u> : 5.1 (b)      <u>Domaine</u> : indiqué</p> <p><u>Calendrier</u> : 2015-2016      <u>Coût de l'action</u> : 35.000.- € + 100 heures de psychologue</p> <p><u>Partenaires potentiels</u> : GSP</p> <p><u>Financier</u> : MISA</p>	<p><b>Indicateurs de réalisations</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Développement et validation d'une procédure de suivi de l'entourage en cas de suicide dans la famille (O/N)</li> <li>- <b>Nombre de personnes de l'entourage qui demandent une prise en charge</b></li> <li>- Nombre de personnes de l'entourage qui montrent des signes d'alerte (dépression, anxiété, etc.) et qui ne demandent pas de prise en charge</li> <li>- Évaluation du projet pilote (O/N)</li> </ul>
<p><b>Objectifs spécifiques</b> : Identifier les populations dans lesquelles le suicide et les comportements suicidaires sont répandus et élaborer de façon proactive des stratégies et des services qui s'attaquent aux causes sous-jacentes et aux facteurs contribuant.</p>		
<p>26.</p>	<p>Promouvoir et généraliser auprès des sages-femmes, des gynécologues et autres intervenants, <b>1) le dépistage des situations familiales à risque pour les femmes enceintes et/ou avec un nouveau-né</b> et <b>2) leur orientation vers les structures adéquates</b>, dans l'objectif de proposer une prise en charge adéquate visant à favoriser les besoins d'attachement des enfants et de favoriser le dépistage des épisodes de <b>dépression postnatale</b>.</p> <p><u>Stratégie dans LIFE</u> : 5.2 (a)      <u>Domaine</u> : indiqué</p> <p><u>Calendrier</u> : 2019      <u>Coût de l'action</u> : 2.500.- € + 100 heures de psychologue</p> <p><u>Partenaires potentiels</u> : Initiative Liewensufank, Ligue médico-sociale (consultations nourrissons), ALUPSE, etc.</p> <p><u>Financier</u> : MISA</p>	<p><b>Indicateurs de réalisations</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Type d'informations développées pour un dépistage et une orientation précoces vers les structures adéquates des situations familiales à risque par les sages-femmes, gynécologues et autres intervenants (livret d'information et d'orientation, formation initiale et continue, articles dans revues médicales, conférences, etc.) (Type, nombre diffusé, nombre de participants, etc.)</li> <li>- <b>Nombre de conventions signées entre les maternités et les structures adéquates de prise en charge</b></li> </ul> <p><b>Indicateur de résultats</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nombre de situations familiales à risque orientées avant et après l'accouchement vers les structures adéquates</li> </ul>

**Objectifs spécifiques :** Mettre en œuvre des lignes directrices et des outils d'aide afin d'améliorer la compréhension et les compétences des travailleurs de première ligne régulièrement confrontés à des groupes à haut risque suicidaire ; le but étant d'identifier et de répondre rapidement aux signes précurseurs du suicide, aux facteurs déclencheurs et aux facteurs de risque imminent.

<p>27.</p>	<p>Élaboration et mise à disposition des institutions (entreprises, administrations, etc.) de <b>protocoles de prise en charge</b> (on the job et off the job) en cas de crise suicidaire d'un salarié (ou écolier) et élaboration et mise à disposition de <b>protocole de postvention suicidaire</b> (L/D/F/GB/P).</p> <p><u>Stratégie dans LIFE</u> : 5.4 (a)      <u>Domaine</u> : sélectif</p> <p><u>Calendrier</u> : 2015-2016      <u>Coût de l'action</u> : 5.000.- € + 200 heures de psychologue</p> <p><u>Partenaires potentiels</u> : CIP</p> <p><u>Financier</u> : MENJE</p>	<p><b>Indicateurs de réalisations</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Élaboration de protocoles de prise en charge pour les entreprises en cas de crise suicidaire d'un salarié</b> (O/N)</li> <li>- Validation du protocole (O/N)</li> <li>- Forme de mise à disposition du protocole (livret, etc.)</li> </ul> <p><b>Indicateurs de résultats</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Satisfaction des entreprises quant à l'information reçue sur le protocole de prise en charge en cas de crise suicidaire (connaissance de l'existence du protocole, mode de procuration, informations et aides trouvées via le protocole)</li> </ul>
<p>28.</p>	<p>Mise à disposition des professionnels de la santé, et notamment des médecins généralistes, des psychologues et des psychothérapeutes, <b>d'outils de dépistage, de diagnostic et de traitement de la dépression</b></p> <p>Remarque : cf. <a href="http://www.ifightdepression.com">www.ifightdepression.com</a> ou malette <i>Obiquial</i> (Dépression)</p> <p><u>Stratégie dans LIFE</u> : 5.4 (a)      <u>Domaine</u> : sélectif</p> <p><u>Calendrier</u> : 2016-2019      <u>Coût de l'action</u> : 25.000.- €</p> <p><u>Partenaires potentiels</u> : CIP, MISA</p> <p><u>Financier</u> : MISA</p>	<p><b>Indicateurs de réalisations</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Mise à disposition d'outils de dépistage, de diagnostic et de traitement de la dépression à l'attention des médecins généralistes, des psychologues et des psychothérapeutes</b> (O/N)</li> <li>- Forme de mise à disposition des outils (site internet, mallette, livret...) pour les professionnels</li> <li>- Nombre de professionnels pouvant être concernés par l'utilisation de ces outils et nombre de professionnels auprès desquels les outils ont été diffusés</li> </ul> <p><b>Indicateurs de résultats</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Évaluation auprès des professionnels des outils mis à disposition: utilisation régulière, obstacles, apports, etc.</li> <li>- Vente de psychotropes : Nombre de personnes résidentes assurées avec un remboursement pour une prescription pour les produits suivants : antidépresseurs, antipsychotiques, anxiolytiques, hypnotiques, psychostimulants<sup>3</sup></li> </ul>

<sup>3</sup> Cet indicateur fait partie des principaux indicateurs de suivi du Plan (Indicateur Core). Il est défini en Annexe 7.

**Objectifs spécifiques :** Former les professionnels de la santé et les professionnels des métiers de l'éducation qui peuvent être confrontés à des personnes à risque, afin de leur permettre d'identifier et de répondre rapidement à des comportements suicidaires.

<p>29.</p>	<p>Formation des professionnels de première ligne à l'intervention en cas de crise suicidaire et plus particulièrement :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- le <b>personnel des SPOS et les équipes médico-scolaires</b></li> <li>- les <b>médecins généralistes</b></li> <li>- les <b>médecins du travail</b></li> <li>- les <b>intervenants travaillant dans le domaine des addictions</b></li> <li>- les <b>professionnels de la santé</b>, travaillant dans les structures hospitalières et extrahospitalières</li> <li>- les <b>enseignants de l'enseignement secondaire</b> (durant la période de stage et en formation continue SCRIPT)</li> <li>- le <b>personnel pénitencier</b></li> <li>- <b>personnel s'occupant de personnes âgées</b></li> </ul> <p><i>Remarque :</i> 5 formateurs actuellement formés au Luxembourg. Formations possibles dans les 3 langues usuelles du pays. 500 personnes à former en 5 ans. Participation par personne : 200 €. Formation sur 2 jours</p> <p><u>Stratégie dans LIFE :</u> <b>5.4 (b)</b>                      <u>Domaine :</u> <b>sélectif</b></p> <p><u>Calendrier :</u> <b>2015-2019</b>                      <u>Coût de l'action :</u> <b>100.000 € + 800 heures de psychologue</b></p> <p><u>Partenaires potentiels :</u> <b>CIP, formateurs agréés RUD</b>                      <u>Financier :</u> <b>MISA</b></p>	<p><b>Indicateurs de réalisations</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Création de modules de formation à l'intervention de repérage de crise suicidaire pour les professionnels de première ligne (O/N)</li> <li>- <b>Nombre de professionnels formés :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>o SPOS et équipes médico scolaires</li> <li>o Médecins généralistes</li> <li>o Médecins du travail</li> <li>o Intervenants dans le domaine des addictions</li> <li>o Professionnels de santé (hospitaliers et extrahospitaliers)</li> <li>o Enseignants second degré</li> <li>o Personnel pénitencier</li> </ul> </li> </ul> <p><b>Indicateurs de résultats</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Satisfaction des professionnels quant à la formation reçue sur le repérage de crise suicidaire</li> </ul>
------------	--	--

**Objectifs spécifiques :** Élaborer des plans de sorties, de transfert d'une structure d'aide à une autre et de transition entre les soins hospitaliers et extrahospitaliers. Ces plans doivent prendre en compte le risque accru de passage à l'acte à l'occasion du transfert d'un service à l'autre.

<p>30.</p>	<p>Mise en place de <b>protocoles de prise en charge</b> de personnes ayant fait une tentative de suicide en renforçant les liens entre les hôpitaux et les services de santé mentale et en améliorant le suivi des suicidants à leur sortie.</p> <p><u>Stratégie dans LIFE :</u> <b>5.4 (c)</b>                      <u>Domaine :</u> <b>indiqué</b></p> <p><u>Calendrier :</u> <b>2018</b>                      <u>Coût de l'action :</u> <b>5.000.- € + 200 heures de psychologue</b></p> <p><u>Partenaires potentiels :</u> <b>à définir</b></p> <p><u>Financier :</u> <b>MISA</b></p>	<p><b>Indicateurs de réalisations</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Rédaction d'un protocole de prise en charge post-hospitalisation pour les personnes ayant fait une tentative de suicide</b> (O/N)</li> <li>- Nombre de services impliqués dans l'élaboration du protocole</li> <li>- Nombre de conventions signées entre hôpitaux et services de santé mentale</li> <li>- Nombre de personnes ayant fait une tentative de suicide prise en charge par ces services</li> </ul> <p><b>Indicateurs de résultats</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Satisfaction des équipes assurant le suivi post hospitalisation pour lequel le protocole de prise en charge est mis en place</li> </ul>
------------	--	---

**Objectifs spécifiques :** Intégrer des programmes de formation en prévention du suicide dans le cursus initial des professionnels de la santé, des professionnels du secteur social et des professionnels de l'enseignement. Dans la mesure du possible, ces programmes doivent être pluridisciplinaires.

<p><b>31.</b> Intégration dans la formation initiale des professionnels de première ligne des cours sur l'intervention de repérage de crise suicidaire et plus particulièrement pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- les <b>Aides Socio Familiales (ASF)</b></li> <li>- les <b>Aides Soignant(e)s</b></li> <li>- les <b>Infirmier(e)s</b></li> <li>- les <b>Educateurs</b></li> <li>- etc.</li> </ul> <p><i>Remarque :</i> 5 formateurs actuellement formés au Luxembourg. Formations possibles dans les 3 langues usuelles du pays. 150 personnes à former en 5 ans. Participation par personne : 200 €</p> <p><u>Stratégie dans LIFE :</u> <b>5.4 (e)</b>                      <u>Domaine :</u> <b>sélectif</b></p> <p><u>Calendrier :</u> <b>2016-2019</b>                      <u>Coût de l'action :</u> <b>30.000.- €</b></p> <p><u>Partenaires potentiels :</u> <b>CIP, formateurs agréés RUD</b></p> <p><u>Financier :</u> <b>MISA</b></p>	<p><b>Indicateurs de réalisations</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Création d'un module d'enseignement sur le repérage de crise suicidaire (O/N)</li> <li>- Application du module d'enseignement dans la formation des aides socio-familiales (O/N), des aides-soignants (O/N) et des infirmiers (O/N)</li> <li>- Nombre de professionnels formés chaque année pour chacun des métiers dont la formation comprend le module d'enseignement sur les crises suicidaires</li> </ul> <p><b>Indicateurs de résultats</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Satisfaction quant à la formation initiale reçue sur le repérage de crise suicidaire</li> </ul>
--	--

## AXE 6 : Instaurer des normes et standards de qualité en prévention du suicide

Objectifs spécifiques : Développer et promouvoir des standards nationaux spécifiques à la prévention du suicide.		
32.	<p>Création d'un <b>réseau d'experts</b> dont l'objectif est d'œuvrer autour de la lutte contre la <b>dépression sous toutes ses formes</b> (prévention, document de recommandations (cf. point 33), suivi des données épidémiologiques, etc.)</p> <p>Remarque : cf. Vernetzungsinstitut für Suizidprävention ou Bündnis gegen Depressionen</p> <p><u>Stratégie dans LIFE</u> : 6.1(a)      <u>Domaine</u> : sélectif</p> <p><u>Calendrier</u> : 2017-2019      <u>Coût de l'action</u> : non-applicable</p> <p><u>Partenaires potentiels</u> : <b>Plateforme PSY, MISA, CIP</b></p> <p><u>Financier</u> : <b>MISA</b></p>	<p><b>Indicateurs de réalisations</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Création d'un réseau d'experts de lutte contre la dépression (O/N)</li> <li>- <b>Activités développées par le comité : élaboration de bonnes pratiques (O/N), de recommandations nationales (O/N), développement d'actions spécifiques de prévention (O/N)</b></li> <li>- Validation et publication des bonnes pratiques par le comité scientifique (O/N)</li> <li>- Définition des données épidémiologiques suivies et recueil des données (O/N)</li> </ul>
33.	<p>Élaboration par le réseau d'expert (cf. point 32) d'un <b>document de consensus</b> et de bonnes pratiques pour le <b>traitement de la dépression</b> à l'attention des médecins généralistes, des psychiatres, des psychologues et des psychothérapeutes</p> <p>Remarque : cf. Bronchite aiguë, Groupe National de guidance en matière de Prévention de l'Infection Nosocomiale (GNPIN)</p> <p><u>Stratégie dans LIFE</u> : 6.1 (a)      <u>Domaine</u> : sélectif</p> <p><u>Calendrier</u> : 2018-2019      <u>Coût de l'action</u> : <b>10.000.- € + 300 heures de psychologue</b></p> <p><u>Partenaires potentiels</u> : <b>Plateforme Psy, MISA, CIP</b></p> <p><u>Financier</u> : <b>MISA</b></p>	<p><b>Indicateurs de réalisations</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Élaboration d'un document de consensus et bonnes pratiques pour la prise en charge de la dépression à l'attention des médecins généralistes, des psychiatres, des psychologues et des psychothérapeutes (O/N)</b></li> <li>- Validation du document de consensus</li> <li>- Forme de mise à disposition du document de consensus</li> <li>- Nombre de professionnels pouvant être concernés par l'utilisation du document et nombre de professionnels auprès desquels le document a été diffusé</li> </ul> <p><b>Indicateurs de résultats</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Satisfaction d'un échantillon de professionnels quant à la mise à disposition, au contenu et à l'aide apportée par le document</li> <li>- Vente de psychotropes : Nombre de personnes résidentes assurées avec un remboursement pour une prescription pour les produits suivants : antidépresseurs, antipsychotiques, anxiolytiques, hypnotiques, psychostimulants<sup>4</sup></li> </ul>

<sup>4</sup> Cet indicateur fait partie des principaux indicateurs de suivi du Plan (Indicateur Core). Il est défini en Annexe 7.

d) Logo et message(s) clé(s)

---

***La prévention du suicide est l'affaire de nous tous !***



***Suizidprävention geht uns alle an!***



## e) Coût total du PNPSL

---

Le suicide est un fléau incommensurable pour la famille, pour les proches des suicidés et pour la collectivité en général. Outre les répercussions humaines, le suicide et les tentatives de suicide représentent également un coût économique important pour la collectivité. Mesurer l'impact financier des suicides pour la collectivité peut paraître irrespectueux pour certains d'entre nous, tant ces statistiques sont chargées émotionnellement. Néanmoins, nous estimons qu'il est important de connaître les coûts supportés par la société et de les confronter avec ceux investis dans la prévention du suicide. Aussi il nous semble important d'informer sur le rapport coûts/bénéfices des actions de prévention du suicide, dont certaines sont prévues dans ce plan.

De nombreuses études sont parvenues à estimer le coût engendré par les suicides. Dans ces études, l'on distingue les coûts directs des coûts indirects. Par coûts directs, l'on entend les coûts directement traçables, tels les frais de traitement et de réhabilitation, les frais de secours, les frais d'autopsie ou d'enquête policière, les funérailles, les frais de santé, etc. Par coûts indirects, l'on entend les coûts indirectement associé à l'événement, qui représentent la perte de valeur dans le temps d'un membre de la société, telles les pertes de recettes dû à un décès prématuré, les pertes de productivité du défunt et des membres de sa famille, etc.

Dans une étude réalisée dans le Nouveau Brunswick, Clayton et al. (1999) ont estimé à 849.877\$ (+/- 780.000€) le coût d'un suicide pour la collectivité. Aux États-Unis le coût total des suicides pour l'année 2000 a été estimé à 12,6 milliards de dollar pour environ 30.000 décès, soit 420.000\$ (+/- 385.000€) en moyenne par suicide (Center for Disease Control, 2012). En Nouvelle Zélande, O'Dea et al (2002) estiment le coût moyen d'un suicide à 448.243\$ (+/- 411.000€) et d'une tentative de suicide à 46.816\$ (+/- 43.000€). Plus récemment, Vinet et al. (2014) ont estimé le coût des suicides et des tentatives de suicide en France pour l'année 2009. Ils ont pu observer des coûts avoisinant les 10 milliards d'Euros rien que pour l'année 2009, à savoir 1.219.161.852€ pour les seuls frais directs et 8.599.660.747€ pour les frais indirects. La répartition des coûts des suicides et des tentatives de suicide était respectivement 88% et 12%. Le coût moyen pour un suicide est estimé à plus de 820.000€ en France pour l'année 2009.

Le rapport coûts/bénéfices d'actions de prévention du suicide a également été étudié dans de nombreuses études. L'une d'entre elles (Sari et al., 2006) a évalué le rapport coûts/bénéfices de deux actions de prévention du suicide dans des établissements scolaires américains, à savoir une action psycho-éducative sur la prévention du suicide et un programme de support par pairs. L'action psycho-éducative visait à sensibiliser les élèves sur le suicide, sur les signes d'alarme et sur les possibilités d'aide en cas de détresse psychologique. Le programme de support par pairs visant quant à lui à promouvoir de bonnes relations entre pairs, à développer les compétences sociales et d'entraide. Le rapport coûts/bénéfices est évalué à 2,03 pour l'action psycho-éducative et à 3,71 pour le programme de support par pairs. Dit autrement, un Euro investit dans des actions psycho-éducatives dans les écoles permet d'en économiser 2,03 et un Euro investit dans des programmes de support par pairs permet d'en économiser 3,71.

Le rapport coûts/bénéfices a également été évalué dans une étude de Knapp et al. (2011) sur deux actions, l'une visant les médecins généralistes (formations de repérage et de sensibilisation aux signes d'alarme suicidaires) et l'autre visant le grand public (sécurisation des ponts par des barrières de sécurité). Le rapport coûts/bénéfices est estimé à 43,99 pour l'action de formation et à 54,45 pour l'action relative à la sécurisation des ponts. Dit autrement, un Euro investit dans la formation au repérage des signes précurseurs de suicide permet d'en économiser 44 et un Euro investi dans la sécurisation des ponts permet d'en économiser 54,5 à la collectivité.

Enfin, dans une étude menée en entreprise, McDaid et al. (2011) ont pu montrer un rapport coûts/bénéfices de 1 sur 4 pour une action visant à détecter et à prendre en charge (6 séances de thérapie cognitivo-comportementale) des salariés souffrant de dépression ou des troubles anxieux. Dit autrement, un Euro investit dans la détection et la prise en charge de la dépression et de l'anxiété des salariés permet d'en faire économiser 4€ à la collectivité.

Tout comme pour les actions citées dans les études ci-dessus, le coût du PNPSL est à envisager sous l'angle des économies qu'il permettra de faire. Ci-dessous le détail des coûts des 33 actions envisagées.

## Plan de travail pluriannuel

Actions du plan		2015	2016	2017	2018	2019	coût total (en €)	coût humain (en heures)
1	Conduite <b>d'études bibliographiques</b> visant à mieux comprendre le risque suicidaire en fonction du <b>type d'addictions</b> et de faire connaître les conclusions de ces études. De manière générale, il est recommandable d'encourager les recherches épidémiologiques nationales en relation avec les addictions.						10.000	100 heures Psy*
2	Réalisation d'études scientifiques, notamment à travers des <b>autopsies psychologiques</b> afin de mieux comprendre les facteurs de risque des personnes suicidaires et suicidées.						350.000	
3	1) Renforcement du <b>système d'enregistrement national des décès par suicide</b> et 2) développement du <b>système d'enregistrement national des tentatives de suicide</b> et 3) mise en place d'un <b>Groupe de Travail sur l'épidémiologie des comportements suicidaires</b> , dont l'objet serait de définir des indicateurs et d'analyser annuellement les tendances épidémiologiques nationales et internationales.						à définir MISA	
4	Gouvernance du PNPSL et création d'un <b>comité de surveillance interministériel</b> de prévention du suicide, dont l'objet serait d'assurer le suivi du PNPSL et de définir les politiques nationales au travers de recommandations visant son amélioration et sa pérennisation.						n.a.	
5	Développement et mise à disposition de <b>programmes de promotion de la santé mentale en entreprise</b> dans le but de lutter contre la stigmatisation des maladies mentales. Information à la reconnaissance des troubles dépressifs, du stress chronique, du harcèlement, des troubles anxieux, des troubles de l'addiction et de l'intervention en cas de crise suicidaire en élaborant et distribuant du matériel de sensibilisation à l'ensemble des entreprises avec pour informations essentielles les possibilités d'aide et d'entraide.						25.000	600 heures Psy*
6	Développement d'une action de sensibilisation <b>sur les comportements d'addiction dès le plus jeune âge</b> suite aux résultats des données sur les études bibliographiques (Action N°1).						15.000	100 heures Psy*
7	Augmentation progressive du temps d'écoute de SOS Détresse.						15.000	1/2 ETP Psy**

Actions du plan		2015	2016	2017	2018	2019	coût total (en €)	coût humain (en heures)
8	Développement d'actions visant à <b>1) promouvoir la connaissance des problématiques des groupes stigmatisés et 2) améliorer l'orientation vers les services d'aide</b> , notamment pour les populations à risque de stigmatisation dû à : - orientation sexuelle et identité de genre (enfants et adultes intersexes et trans'), - un trouble psychique/psychiatrique, - lieu de travail (burnout, harcèlement sexuel, mobbing, etc) - une privation de liberté (détenus), - un parcours migratoire, - etc.						25.000	1.200 heures Psy*
9	<b>Promotion des métiers de la santé mentale</b> auprès du grand public (psychiatre, psychologue, psychothérapeute, infirmier psychiatrique, etc.) pour une meilleure connaissance de leur champ d'action, pour améliorer l' <b>accessibilité</b> des soins et pour <b>déstigmatiser la maladie mentale</b> .						2.500	150 heures Psy*
10	Information et sensibilisation de la population à l'importance de l' <b>entraide sociale</b> et initiation, voire soutien des projets de <b>support de voisinage</b> (ex : travail avec les commissions consultatives du 3ième âge).						25.000	150 heures Psy*
11	Promotion de la <b>vigilance partagée</b> (à l'instar des risques d'accidents de travail traditionnels) rapportée aux maladies psychiques en entreprise, afin de responsabiliser l'ensemble des salariés.						15.000	250 heures Psy*
12	Développement et amélioration de l' <b>information et de la sensibilisation relatives aux addictions</b> , et notamment sur les effets des nouvelles drogues.						10.000	100 heures Psy*
13	Élaboration d'une <b>directive à intégrer dans le code de déontologie de presse</b> existant, dont le but est d'encourager à la rédaction responsable et préventive de reportages autour de la thématique du suicide						5.000	200 heures Psy*
14	Élaboration et offre de <b>formations à l'attention des journalistes</b> sur la thématique du suicide et de sa prévention, afin d'encourager à la rédaction responsable et préventive de reportages autour de la thématique du suicide.						10.000	100 heures Psy*
15	Réalisation et promotion des <b>journées de la santé mentale</b> en collaboration avec les communes dans le but d'informer la population sur les maladies mentales.						40.000	250 heures Psy*

Actions du plan		2015	2016	2017	2018	2019	coût total (en €)	coût humain (en heures)
16	Information et <b>sensibilisation</b> à l'attention du <b>grand public</b> sur les problèmes de santé mentale, et plus particulièrement : - les états de stress post-traumatique (PTSD) - les troubles de l'humeur - le stress chronique et le harcèlement - les troubles de l'angoisse - la crise suicidaire - etc.						75.000	800 heures Psy*
17	Information et sensibilisation des professionnels de la santé et du grand public sur les risques de la <b>perte de l'autonomie chez la personne âgée</b> (mise en retraite, perte du permis de conduire, mise en institution, etc.)						25.000	250 heures Psy*
18	Création et mise à disposition d'un <b>protocole de prise en charge</b> pour <b>enseignants</b> lorsque ceux-ci constatent un <b>signal d'alarme de risque suicidaire et de dépression</b> auprès d'un élève (comportement en classe, dissertation, témoignage, stigmatisation d'un élève, etc.) et création et mise à disposition d'un <b>protocole de postvention suicidaire pour les établissements scolaires</b> .						5.000	500 heures Psy*
19	Promotion du <b>travail de coordination</b> dans la prise en charge des personnes en souffrances psychiques (cf. <b>case management</b> )						à définir	
20	Création de <b>mandats</b> et de procédures financières ( <b>grille de rémunération</b> dans les nomenclatures) permettant de faire participer les acteurs de terrain dans des réunions interministériels ou pluri-disciplinaires. Honorer les professionnels qui souhaitent travailler dans une approche pluridisciplinaire.						à définir	
21	Mise en place d'un projet pilote sur un <b>système proactif d'évaluation suicidaire</b> , par le biais des dossiers informatiques permettant d'agir en amont (possibilités d'avertissement) sur le potentiel suicidaire d'une population à haut risque suicidaire selon un algorithme de différents facteurs de risque versus de protection.						40.000	200 heures Psy*
22	Élaboration et mise à disposition des familles concernées d'un guide de <b>recommandations en cas de crise suicidaire</b> d'un membre de la famille.						15.000	200 heures Psy*
23	Amélioration de l'accompagnement des familles ou des proches par l'élaboration d'un <b>protocole</b> visant à <b>annoncer le décès par suicide</b> et proposer systématiquement un soutien aux endeuillés (cf. point 25).						2.500	200 heures Psy*

Actions du plan		2015	2016	2017	2018	2019	coût total (en €)	coût humain (en heures)
24	Proposition systématique (par la police, le médecin sur place, etc.) aux familles touchées par le suicide ou par une tentative de suicide, d'un <b>dépliant listant les adresses utiles</b> en cas de besoin.						5.000	100 heures Psy*
25	Mise en place d'une <b>procédure proactive</b> de suivi de l'entourage en cas d'intervention du GSP à la suite d'un <b>suicide dans la famille</b> , dans l'entourage (privé et/ou professionnel) (appel des personnes de l'entourage après un certain temps pour voir comment vont les personnes).						35.000	100 heures Psy*
26	Promouvoir et généraliser auprès des sages-femmes, des gynécologues et autres intervenants, <b>1) le dépistage des situations familiales à risque pour les femmes enceinte et/ou avec un nouveau-né et 2) leur orientation vers les structures adéquates</b> , dans l'objectif de proposer une prise en charge adéquate visant à favoriser les besoins d'attachement des enfants et de favoriser le dépistage des épisodes de <b>dépression post-natale</b> .						2.500	100 heures Psy*
27	Élaboration et mise à disposition des institutions (entreprises, administrations, etc.) de <b>protocoles de prise en charge</b> (on the job et off the job) en cas de crise suicidaire d'un salarié (ou écolier) et élaboration et mise à disposition de <b>protocole de postvention suicidaire</b> .						5.000	200 heures Psy*
28	Mise à disposition des professionnels de la santé, et notamment des médecins généralistes, des psychologues et des psychothérapeutes, <b>d'outils de dépistage, de diagnostic et de traitement de la dépression</b>						25.000	
29	Formation des professionnels de première ligne à l'intervention en cas de crise suicidaire et plus particulièrement : <ul style="list-style-type: none"> <li>- le <b>personnel des SPOS et les équipes médico-scolaires</b>,</li> <li>- les <b>médecins généralistes</b>,</li> <li>- les <b>médecins du travail</b>,</li> <li>- les <b>intervenants travaillant dans le domaine des addictions</b>,</li> <li>- les <b>professionnels de la santé</b>, travaillant dans les structures hospitalières et extra-hospitalières,</li> <li>- les <b>enseignants de l'enseignement secondaire</b> (durant la période de stage et en formation continue SCRIPT),</li> <li>- le <b>personnel pénitencier</b>,</li> <li>- <b>personnel s'occupant de personnes âgées</b>.</li> </ul>						100.000	800 heures Psy*

Actions du plan		2015	2016	2017	2018	2019	coût total (en €)	coût humain (en heures)
30	Mise en place de <b>protocoles de prise en charge</b> de personnes ayant fait une tentative de suicide en renforçant les liens entre les hôpitaux et les services de santé mentale et en améliorant le suivi des suicidants à leur sortie.						5.000	200 heures Psy*
31	Intégration dans la formation initiale des professionnels de première ligne des cours sur l'intervention de repérage de crise suicidaire et plus particulièrement pour : - les <b>Aides Socio Familiales (ASF)</b> , - les <b>Aides Soignant(e)s</b> , - les <b>Infirmier(e)s</b> , - les <b>Educateurs</b> , - etc.						30.000	
32	Création d'un <b>réseau d'experts</b> dont l'objectif est d'œuvrer autour de la lutte contre la <b>dépression sous toute ses formes</b> (prévention, document de recommandations (cf. point 33), suivi des données épidémiologiques, etc.).						n.a.	
33	Élaboration par le réseau d'expert (cf. point 32) d'un <b>document de consensus</b> et de bonnes pratiques pour le <b>traitement de la dépression</b> à l'attention des médecins généralistes, des psychiatres, des psychologues et des psychothérapeutes.						10.000	300 heures Psy*

\* 7.150 heures/5 ans = +/- 0,75 ETP Psychologue pour le Centre d'Information et de Prévention

\*\* 0,50 ETP Psychologue pour SOS Détresse

## Récapitulatif des coûts, du financeur et des besoins en ressources humaines

N° de l'action	COÛTS	FINANCEUR
1.	10.000.- €	MISA
2.	350.000.- €	MISA
3.	à définir avec MISA	MISA
4.	non applicable	MISA
5.	25.000.- €	MTEESS
6.	15.000.- €	MISA
7.	15.000.- €	MIFA
8.	25.000.- €	MIFA
9.	2.500.- €	MISA
10.	25.000.- €	MIFA
11.	15.000.- €	MTEESS
12.	10.000.- €	MISA
13.	5.000.- €	MISA
14.	10.000.- €	MISA
15.	40.000.- €	MISA
16.	75.000.- €	MISA
17.	25.000.- €	MISA
18.	5.000.- €	MENJE
19.	à définir	MISA
20.	non applicable	MISA
21.	40.000.- €	MISA
22.	15.000.- €	MISA
23.	2.500.- €	MISA
24.	5.000.- €	MISA
25.	35.000.- €	MISA
26.	2.500.- €	MISA
27.	5.000.- €	MENJE
28.	25.000.- €	MISA
29.	100.000 €	MISA
30.	5.000.- €	MISA
31.	30.000 €	MISA
32.	non-applicable	MISA
33.	10.000.-€	MISA
Évaluation du PNPSL	30.000.-€	MISA
<b>TOTAL</b>	<b>Minimum 957.500.-€</b>	

**Besoins en ressources humaines nécessaires à la mise en œuvre du plan : 1,25 ETP d'équivalent psychologue, répartis de la manière suivante :**

- 0,5 ETP d'équivalent psychologue financé par le MIFA afin d'augmenter les prestations de SOS Détresse
- 0,75 ETP d'équivalent psychologue financé par le MISA afin de renforcer l'équipe du CIP pour la mise en place de différentes actions du PNPSL



**En bref :**

<b>Ministères concernés</b>	<b>Coûts</b>	<b>Poste</b>
Ministère de la Santé	812.500 €	0,75 ETP
Ministère de la Famille	65.000 €	0,5 ETP
Ministère de l'Education	10.000 €	-
Ministère Egalité des chances*	-	-
Ministère de la Recherche **	-	-
Ministère du Travail	40.000 €	-
Evaluateur externe	30.000 €	-

\* est prêt à contribuer à certaines actions comme p.ex. actions/compagnes de prévention et de formations spécifiques qui tiennent compte de la dimension du genre.

\*\* est d'accord d'être mandaté à la réalisation d'études scientifiques (autopsies psychologiques)



C'est parce qu'il y a trop de rendez-vous  
manqués entre les vivants ...

... que certains n'envisagent plus que le  
rendez-vous avec la mort.

*Michel Debout*

## IV. L'évaluation du Plan National de Prévention du Suicide

Dans le cadre du PNPSL, l'évaluation interroge à la fois **l'efficacité de la politique mise en œuvre et son efficience** : Les objectifs fixés sont-ils atteints ? L'attribution des moyens est-elle optimale au vu des résultats obtenus ? Elle vérifie **la pertinence** de l'action menée : Les choix sont-ils les bons pour améliorer la situation ?

Selon Djeddar et Gateau-Leblanc (2008) : « Évaluer une politique, c'est rechercher si les moyens juridiques, administratifs ou financiers mis en œuvre permettent de produire les effets attendus de cette politique et d'atteindre les objectifs qui lui sont fixés ».

**L'évaluation est une étape qui doit pouvoir se dérouler tout au long de la mise en œuvre du PNPSL.** En effet, il est nécessaire d'avoir une image de la situation avant le démarrage des actions puis d'évaluer leur impact sur le moyen et long terme dans le but d'optimiser l'affectation des ressources et d'aider à la décision sur le plan en cours et sur la suite qui lui sera donnée.

L'évaluation proposée est cadrée par le référentiel présenté ci-après, mais il est important de préciser en préambule qu'un certain nombre de domaines influencent la santé mentale de la population sans qu'ils puissent être mesurés : environnement, support social, capacités éducatives de la famille, de l'école, compétences individuelles, etc.

L'évaluation porte sur 3 niveaux distincts :

- Au niveau national, elle permet d'évaluer les enjeux, les effets durables et globaux pour les destinataires directs et indirects, avec des indicateurs cohérents et comparables internationalement : **Indicateurs d'impact**
- Au niveau de la stratégie, elle évalue les résultats, les effets immédiats pour les destinataires directs et les changements attendus : **Indicateurs de résultats**
- Au niveau des actions, elle évalue la mise en œuvre du plan, le produit de l'activité des gestionnaires du plan : **Indicateurs de réalisations.**

Les indicateurs sont regroupés en 4 catégories, selon les indicateurs de santé mentale définis dans ECHI<sup>5</sup> :

- Facteurs socio-économiques et démographiques
- Statut de la santé: mortalité et morbidité
- Déterminants de santé: facteurs personnels, environnement culturel et social
- Système de la santé : prévention, promotion de la santé, ressources du système de soins et utilisation de ce système, services sociaux, dépenses et indicateurs de qualité des systèmes

### Précautions :

Les effectifs nationaux étant très petits, les variations d'une année à une autre, des données de mortalité en particulier, peuvent s'avérer inégales. L'impact du PNPSL est par conséquent

<sup>5</sup> [http://ec.europa.eu/health/ph\\_projects/1998/monitoring/fp\\_monitoring\\_1998\\_frep\\_09\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/health/ph_projects/1998/monitoring/fp_monitoring_1998_frep_09_en.pdf)

difficilement mesurable. Il est alors essentiel de procéder à une analyse des chiffres sur plusieurs années avec une étude des moyennes sur 3 ou 5 ans.

L'évaluation doit répondre à la question suivante :

**Le PNPSL permet-il de :**

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

## Référentiel Prévention du Suicide<sup>6</sup>

Thématiques évaluatives	Indicateurs retenus
Gouvernance	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Modifications argumentées du PNPSL à moyen et long terme par le comité interministériel de surveillance des comportements suicidaires mis en place (O/N)</li> <li>- Moyens financiers négociés pour une participation des acteurs de terrain aux réunions interministériels et pluridisciplinaires (Nombre de professionnels financés)</li> </ul>
Facteurs de risque / Facteurs de protection	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Taux de chômage</li> <li>- Taux de risque de pauvreté</li> <li>- Taux de décrochage scolaire</li> <li>- Nombre d'enfants et adolescents ayant bénéficié de programmes éducatifs sur les comportements d'addiction</li> <li>- Nombre de projets de support de voisinage soutenus</li> <li>- Nombre de journalistes ayant bénéficié d'une formation pour une rédaction préventive autour du suicide et nombre de reportages réalisés</li> <li>- Nombre de conventions signées entre les maternités et les structures adéquates de prise en charge à l'attention des femmes enceintes ou avec un nourrisson présentant des risques psychosociaux</li> </ul>

<sup>6</sup> Les indicateurs retenus sont catégorisés pour répondre à une des thématiques évaluatives, mais certains peuvent répondre à plusieurs thématiques sans y être répétés.

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mode de diffusion d'outils d'information et de sensibilisation sur les effets des nouvelles drogues</li> </ul>
<p>Mortalité, Tentatives de suicide et Dépression</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Taux de mortalité due au suicide</li> <li>- Mise en place d'un système national d'enregistrement des tentatives de suicide (O/N)</li> <li>- Nombre de tentatives de suicide prises en charge aux services des urgences des hôpitaux</li> <li>- Tentatives de suicide chez les adolescents (%)</li> <li>- Nombre de psychiatres pour 100 000 habitants</li> <li>- Nombre de consultations et de thérapies par psychiatre par an</li> <li>- Vente de psychotropes (Taux dans la population)</li> <li>- Nombre de professionnels de premières lignes formés à l'intervention en cas de crise suicidaire</li> <li>- Satisfaction des équipes assurant le suivi post hospitalisation des personnes ayant fait une tentative de suicide quant au protocole de prise en charge mis en place</li> <li>- Nombre d'épisodes d'hospitalisation pour troubles mentaux</li> <li>- Nombre de patients hospitalisés pour troubles mentaux</li> </ul>
<p>Reconnaissance des signes d'alerte</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Adaptations réalisées au PNPSL en fonction des résultats d'études bibliographiques pour une meilleure compréhension du risque suicidaire en fonction du type d'addictions (O/N)</li> <li>- Utilisation des résultats d'études scientifiques sur les facteurs de risque des personnes suicidaires et suicidées afin d'améliorer les outils de repérage du risque (O/N)</li> <li>- Type et nombre de supports développés pour la promotion de la vigilance partagée en entreprise rapportés aux maladies psychiques</li> <li>- Satisfaction des professionnels de santé vis-à-vis des outils de sensibilisation développés sur les risques de la perte d'autonomie chez la personne âgée</li> <li>- Satisfaction d'un panel d'enseignants quant à la mise à disposition, au contenu et à l'aide apportée par le protocole de prise en charge élaboré pour les enseignants en cas de signes d'alerte de risque suicidaire constaté chez un élève</li> <li>- Nombre de patients suicidaires détectés par le système proactif</li> </ul>

	<p>pour lesquels une procédure de prise en charge a été mise en place</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Satisfaction des professionnels de première ligne quant à la formation initiale reçue sur le repérage de la crise suicidaire</li> </ul>
Demande d'aide	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Satisfaction des groupes cibles stigmatisés quant à l'information donnée sur leurs problématiques spécifiques et sur les services d'aide</li> <li>- Nombre de salariés concernés chaque année par la mise en place de programmes de promotion de la santé mentale, la reconnaissance des troubles et les possibilités d'aide</li> <li>- Nombre de journées « santé mentale » organisées dans les communes</li> <li>- Satisfaction du public visé quant aux outils développés d'information et de sensibilisation sur les problèmes de santé mentale</li> <li>- Satisfaction des entreprises quant à l'information reçue sur le protocole de prise en charge en cas de crise suicidaire d'un salarié</li> </ul>
Qualité de l'accompagnement des personnes suicidaires	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Temps d'écoute proposé à SOS détresse (heures/an)</li> <li>- Satisfaction des services et professionnels dont la prise en charge de patients bénéficie d'un case-management</li> </ul>
Qualité de l'accompagnement de l'entourage	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nombre de guides de recommandations diffusés en cas de crise suicidaire à l'attention des familles concernées</li> <li>- Satisfaction des services ayant la charge de l'annonce d'un décès par suicide vis-à-vis du protocole élaboré</li> <li>- Nombre de dépliants diffusés listant les adresses utiles pour une prise en charge de la famille après un suicide ou une tentative de suicide</li> <li>- Nombre de personnes qui demandent une prise en charge grâce à la procédure de suivi de l'entourage</li> </ul>

## V. Références

---

- Appleby, L., Shaw, J., Amos, T., McDonnell, R., Harris, C., Mc Cann, K., Kiernan, K., Davies, S., Bickley, H. et Parsons, R. (1999). Suicide within 12 months of contact with mental health services: national clinical survey. *British Medical Journal*, Vol. 312, page 1235-1239.
- Batt-Moillo, A. (2001). Les facteurs de risque précédant la crise suicidaire : le point de vue du chercheur, dans FFP, *La crise suicidaire, reconnaître et prendre en charge*. Paris : John Libbey Eurotext.
- Beck, F., Guilbert, F. et Gautier, A. (2007). Baromètre Santé 2005 : Attitudes et comportements de santé. Paris : INPES.
- Bourgeois, M., Swendsen, J., Young, F., Amador, X., Pini, S., Cassano, G.B., Lindenmayer, J.P., Chuanchieh, H., Alphas, L. et Meltzer, H.Y. (2004). Awareness of Disorder and Suicide Risk in the Treatment of Schizophrenia : Results of the international Suicide Prevention Trial. *American Journal of Psychiatry*, Vol. 161, N°8, page 1494-1496.
- Boyer, R., ST-Laurent, D., Prévile, M., Légaré, G., Massé, N. et Poulin, C. (2001). Idées suicidaires et parasuicides, dans institut de la statistique du Québec, Enquête sociale et de santé 1998, 2<sup>ième</sup> édition. Québec : ISQ, page 355-367.
- Center for Disease Control. (2012). Suicide facts at a glance. Consulté en avril 2014 depuis [http://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/index.html](http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/en/index.html)
- Chambre des Salariés (2010). Présentation officielle de l'étude « Le bien-être au travail au Luxembourg en 2010 » le 13 avril 2010.
- Clayton, D. et Barcelo, A. (1999). The cost of suicide mortality in New Brunswick. *Chronic Diseases in Canada*. Vol 20(2), page 89-95.
- Commission on Chronic Illness (1957). Chronic Illness in the United States. Volume I: Prevention of Chronic Illness. *Journal of the American Medical Association*, Vol. 165, N° 11
- Commonwealth Department of Health and Aged Care (1995). National Youth Suicide Prevention Strategy. AGPS, Canberra.
- Commonwealth Department of Health and Aged Care (1999). Mental Health Promotion and Prevention National Action Plan. Department of Health and Aged Care, Canberra.
- De Leo, D. et Krysinska, K. (2008). Suicidal behaviour by train collision in Queensland, 1990-2004. *Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 42 (9), 772-779.
- Department of Health (2002). National Suicide Prevention Strategy for England. London: Department of Health.
- Djezzar, L. et Gateau-Leblanc, C. (2008). Contribution à l'élaboration d'un guide de l'évaluation des politiques publiques. Assemblée des Départements de France, 2008. Consulté en février 2015 depuis <http://www.sfe-asso.fr/intranet/ckfinder/userfiles/files/Bibliotheque/ADF%20GUIDE%20DE%20L%27EVALUATION%20DES%20POLITIQUES%20PUBLIQUES.pdf>

- Geddes, J.R., Juszczak, E., O'Brien, F. et Kendrick, S. (1997). Suicide in the 12 months after discharge from psychiatric inpatient care, Scotland 1968-92. *Journal of Epidemiology and Community Health*, Vol. 51, page 430-434.
- Goldacre, M. (1993). Suicide after discharge from psychiatric inpatient care. *The Lancet*, Vol. 342, (8866), page 283-286.
- Gordon, R.S. (1983). An operational classification of disease prevention. *Public Health Reports*. Vol. 98 (2), page 107-109.
- Hauret, L. et Zanardelli, M. (2011). *Contribution à une étude sur le bien-être au travail au Luxembourg*. Luxembourg : Chambre des Salariés.
- Hawton, K. et Van Heeringen, K. (2000). *The international handbook of suicide and attempted suicide*. New York: John Wiley & Sons Ltd.
- Health Service Executive (2005). *Reach Out: Irish National Strategy for Action on Suicide Prevention (2005-2014)*.
- HMG/DH (2012). *Preventing suicide in England: A cross-government outcomes strategy to save lives*. London: Mental Health and Disability Division.
- Hoyer, E.H., Olesen, A.V. et Mortensen, P.B. (2004). Suicide risk in patients hospitalised because of an affective disorder: a follow-up study, 1973-1993. *Journal of Affective Disorders*, Vol. 78, (3), page 209-217.
- Kerkhof, Ad J. F. M. (1999). Crisis: *The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, Vol 20(2), 1999, 50, 63.
- Khan, A. et Schwartz, K. (2007). Suicide Risk and Symptom Reduction in Patients Assigned to Placebo in Duloxetine and Escitalopram Clinical Trials: Analysis of the FDA Summary Basis of Approval Reports. *Annals of Clinical Psychiatry*, Vol. 19, N°1, page 31-36.
- Knapp, M., McDaid, D. et Parsonage, M.(ed.) (2011). *Mental Health Promotion and Prevention: The Economic Case*. London: Department of Health.
- Laflamme, F. (2007). *Prévenir le suicide pour préserver la vie : Guide pratique clinique*. Québec : Ordre des infirmières et infirmiers du Québec.
- LIFE-Living Is For Everyone (2008). *A framework for prevention of suicide in Australia*. Australia: Department of Health and Aging.
- Mark, L., Samm, A., Tooding, L. M., Sisask, M., Aasvee, K., Zaborskis, A., Zemaitien, N. et Värnik, A. (2013). Suicidal Ideation, risk factors, and communication with parents. *Crisis*, Vol. 34 (1), page 3-12.
- Martin, G. et Page, A. (2009). *National Suicide Prevention Strategies: a Comparison*. The University of Queensland. ISBN 978-0-9808207-9-9. Consulté en octobre 2014 depuis : <http://www.suicidepreventionstudies.org/index.html>
- Ministère de l'Emploi et de la Solidarité – France (2000). *Stratégie nationale d'actions face au suicide 2000 à 2005*. Bureau de la Santé Mentale, Secrétariat d'État à la Santé et aux Handicapés.



- Ministère de la Santé et des Solidarités – France (2006). Évaluation de la Stratégie nationale d'actions face au suicide 2000 à 2005.
- Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé – France (2011). Programme national d'actions contre le suicide 2011-2014.
- Mrazek, P.J. et Haggerty, R.J. (1994). Reducing risks for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research. Washington : National Academy Press.
- Nazmi S., De Castro, S. Newman, F.L. et Mills, G. (2008). Should we invest in suicide prevention programmes ? *The Journal of Socio-Economics*. Vol 37, page 262-275.
- O'Dea, D. et Tucker, S. (2005). *The cost of suicide to society*. Wellington: Ministry of Health.
- OMS (2002). Deuil et suicide : Indications pour la mise en place d'un groupe de soutien à ceux qui restent. Genève : OMS.
- OMS (2014). Prévention du Suicide : L'état d'urgence mondial. Genève : OMS.
- Qin, P. et Nordentoft, M. (2005). Suicide Risk in Relation to Psychiatric Hospitalization: Evidence Based on Longitudinal Registers. *Archives of General Psychiatry*. Vol. 62 (4) page 427-432.
- Scottish Executive (2002). Choose life: A National Strategy and Action Plan to Prevent Suicide in Scotland. Edinburgh: Scottish Executive.
- Thomas, A.C., Lair, M.L et Consbruck R. (2013). Carte Sanitaire 2012 – 5<sup>ième</sup> édition. Luxembourg : Ministère de la Santé.
- Tudor, K. (1996). *Mental Health Promotion. Paradigms and practise*. London: Routledge.
- United Nations (1996). Prevention of Suicide: Guidelines for the Formulation and Implementation of National Strategies. New York: U.N. Department of Policy Coordination and Sustainable Development, ST/ESA/245.
- Upanne, M., Hakanen, J., Rautava, M. (1997). Finland's National Suicide Prevention Project: implementation, experiences, evaluation. Cornerstones for Mental Health, Lahti and Helsinki.
- Vinet, M.A., Le Jeanic, A., Lefèvre, T., Quelen, C. et Chevreul, K. (2014). Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique. Vol 62, page 39.
- White, J. et Jodoin, N. (1998). Before-the-Fact Interventions : A Manual of Best Practices in Youth Suicide Prevention, Victoria (Canada) : Ministry for Children and Families.
- World Health Organization (1999). Figures and facts about suicide. Geneva : WHO.

## Liste des abréviations

---

AAA	Association d'Assurances Accidents
ALUPSE	Association Luxembourgeoise pour la Prévention des Services à Enfants
ANIL	Association Nationale des Infirmiers et Infirmières Luxembourgeoises
CePT	Centre de Prévention des Toxicomanies
CIP	Centre d'Information et de Prévention
CNS	Caisse Nationale de Santé
CPOS	Centre de Psychologie et d'Orientation Scolaire
CRP	Centre de Recherche Publique (Santé)
DALY	Disability-Adjusted Life Year
EAAD	European Alliance Against Depression
GSP	Groupe de Support Psychologique
GT-PNPSL	Groupe de travail interministériel « Plan National de Prévention du Suicide Luxembourg »
HBSC	Health Behaviour in School-aged Children
ICD-10	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems – 10 <sup>ième</sup> édition
LASH	Lëtzebuenger Angscht Stéierung Hëllef
LIFE	Living is for everyone
MEGA	Ministère de l'Égalité des Chances
MENJE	Ministère de l'Éducation Nationale, de l'Enfance et de la Jeunesse
MESR	Ministère de l'Enseignement Supérieur et de la Recherche
MFA	Ministère de la Famille, de l'Intégration et à la Grande Région
MISA	Ministère de la Santé
MTEESS	Ministère du Travail de l'Emploi et de l'Économie Sociale et Solidaire
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
OSPI	Optimising Suicide Prevention Programmes and their Implementation in Europe
PNPSL	Plan National de Prévention du Suicide Luxembourg
PREDI-NU	Preventing Depression and Improving Awareness through Networking in the EU
RBS	Center fir Altersfroën
RUD	Risque Urgence Dangersité
SLP	Société Luxembourgeoise de Psychologie
SLPPP	Société Luxembourgeoise de psychiatrie, pédopsychiatrie et psychothérapie
SYVICOL	Syndicat des Villes et Communes Luxembourgeoises
TS	Tentative de suicide
UEL	Union des Entreprises Luxembourgeoises
UNI LUX	Université du Luxembourg
WHO	World Health Organization

## VI. Annexes

---

### Liste des annexes

---

Annexe 1 - Partenaires potentiels pour le groupe de travail interministériel « Plan National de Prévention du Suicide » - GT-PNPSL .....	99
Annexe 2 - Tableau de codification des lésions auto-infligées selon la classification internationale ICD-10 .....	100
Annexe 3 - Tableau de codification des événements dont l'intention n'est pas déterminée selon la classification internationale ICD-10 .....	101
Annexe 4 - Actions retenues comme moyennement prioritaires (≥ 2020 ; éventuellement 2015 – 2019) .....	102
Annexe 5 - Actions retenues comme faiblement prioritaires (≥ 2020) .....	106
Annexe 6 - Enquête auprès des structures et services du réseau social luxembourgeois en vue de l'élaboration du Plan National de Prévention du Suicide .....	110
Annexe 7 - Fiches des indicateurs d'évaluation du Plan National de Prévention du Suicide .....	125

## Annexe 1 - Partenaires potentiels pour le groupe de travail interministériel « Plan National de Prévention du Suicide » - GT-PNPSL

(1) PRÉVENTION	(2) TRAITEMENT	(3) LOBBY	(4) POLITIQUE	(5) CONCERNÉS	(6) EVALUATION
<b>Conseil de Presse</b> Fernand Weides	<b>CHL</b> Directeur médical	<b>CPOS</b> Antoinette Thill	<b>Ministère de la Santé</b>	<b>LASH</b> Président	<b>C.R.P. Santé</b> Marie-Lise Lair Véronique Louazel
<b>Police</b> Marc Stein	<b>CHEM</b> Directeur médical	<b>ITM</b> Paul Weber	<b>Ministère de la Famille, de l'intégration et à la Grande Région</b>	<b>Jo Zu Mir</b> Hans-Peter Wacker	
<b>SOS Détresse</b> Marcelle Walch	<b>CHNP</b> Directeur médical	<b>Collège Médical</b> Président		<b>Ministère du Travail, de l'Emploi et de l'Économie Sociale et Solidaire</b>	<b>AMA</b> Michelle Wennmacher
<b>COPAS</b> Marc Fischbach	<b>CHDN</b> Directeur médical		<b>Ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche</b>		
<b>Agence du Bénévolat</b> Caroline Milbert-Bové	<b>Zitha Klinik</b> Directeur médical			<b>Ministère de l'Éducation Nationale, de l'Enfance et de la Jeunesse</b>	
<b>CEPT</b> Thérèse Michaelis Dr Jean-Paul Nilles	<b>Hôpital du Kirchberg</b> Directeur médical		<b>Ministère de l'Égalité des Chances</b>		
<b>ALSAT</b> Dr Marc Jacoby	<b>Ass. des Pédopsychiatres</b> Dr Claudio Pignoloni				
<b>Ass. des Pharmaciens</b> Président	<b>Ass. des Psychiatres</b> Dr Paul Rauchs				
<b>GSP</b> Léon Kraus	<b>Ass. des Psychologues</b> Dr Gilles Michaux				
	<b>Ass. de Gériatrie</b> Dr René Dondelinger				
	<b>EGSP</b> Dr Marc Gleis				
	<b>AMMD</b> Dr Jil Koullen				

## Annexe 2 - Tableau de codification des lésions auto-infligées selon la classification internationale ICD-10

Code ICD-10	Intitulé
X60	Auto-intoxication par des analgésiques, antipyrétiques et antirhumatismaux non opiacés et exposition à ces produits
X61	Auto-intoxication par des antiépileptiques, sédatifs, hypnotiques, antiparkinsoniens et psychotropes et exposition à ces produits, non classés ailleurs
X62	Auto-intoxication par des narcotiques et psychodysléptiques [hallucinogènes] et exposition à ces produits, non classés ailleurs
X63	Auto-intoxication par d'autres substances pharmacologiques agissant sur le système nerveux autonome et exposition à ces produits
X64	Auto-intoxication par des médicaments et substances biologiques et exposition à ces produits, autres et sans précision
X65	Auto-intoxication par l'alcool et exposition à l'alcool
X66	Auto-intoxication par des solvants organiques et des hydrocarbures halogénés et leurs émanations et exposition à ces produits
X67	Auto-intoxication par d'autres gaz et émanations et exposition à ces produits
X68	Auto-intoxication par des pesticides et exposition à ces produits
X69	Auto-intoxication par des produits chimiques et substances nocives et exposition à ces produits, autres et sans précision
X70	Lésion auto-infligée par pendaison, strangulation et suffocation
X71	Lésion auto-infligée par noyade et submersion
X72	Lésion auto-infligée par décharge d'une arme de poing
X73	Lésion auto-infligée par décharge de fusil, de carabine et d'arme de plus grande taille
X74	Lésion auto-infligée par décharge d'armes à feu, autres et sans précision
X75	Lésion auto-infligée par utilisation de matériel explosif
X76	Lésion auto-infligée par exposition à la fumée, au feu et aux flammes
X77	Lésion auto-infligée par exposition à la vapeur d'eau, à des gaz et objets brûlants
X78	Lésion auto-infligée par utilisation d'objet tranchant
X79	Lésion auto-infligée par utilisation d'objet contondant
X80	Lésion auto-infligée par saut dans le vide
X81	Lésion auto-infligée en sautant ou en se couchant devant un objet en mouvement
X82	Lésion auto-infligée par collision d'un véhicule à moteur
X83	Lésion auto-infligée par d'autres moyens précisés
X84	Lésion auto-infligée par un moyen non précisé

### Annexe 3 - Tableau de codification des événements dont l'intention n'est pas déterminée selon la classification internationale ICD-10

Code ICD-10	Intitulé
Y10	Intoxication par des analgésiques, antipyrétiques et antirhumatismaux non opiacés et exposition à ces produits, intention non déterminée
Y11	Intoxication par des antiépileptiques, sédatifs, hypnotiques, antiparkinsoniens et psychotropes et exposition à ces produits, non classés ailleurs, intention non déterminée
Y12	Intoxication par des narcotiques et psychodysléptiques [hallucinogènes] et exposition à ces produits, non classés ailleurs, intention non déterminée
Y13	Intoxication par d'autres substances pharmacologiques agissant sur le système nerveux autonome et exposition à ces produits, intention non déterminée
Y14	Intoxication par des médicaments et substances biologiques, autres et sans précision et exposition à ces produits, intention non déterminée
Y15	Intoxication par l'alcool et exposition à l'alcool, intention non déterminée
Y16	Intoxication par des solvants organiques et des hydrocarbures halogénés et leurs émanations et exposition à ces produits, intention non déterminée
Y17	Intoxication par d'autres gaz et émanations et exposition à ces produits, intention non déterminée
Y18	Intoxication par des pesticides et exposition à ces produits, intention non déterminée
Y19	Intoxication par des produits chimiques et substances nocives et exposition à ces produits, autres et sans précision, intention non déterminée
Y20	Pendaison, strangulation et suffocation, intention non déterminée
Y21	Noyade et submersion, intention non déterminée
Y22	Décharge d'une arme de poing, intention non déterminée
Y23	Décharge de fusil, de carabine et d'arme de plus grande taille, intention non déterminée
Y24	Décharge d'armes à feu, autres et sans précision, intention non déterminée
Y25	Contact avec matériel explosif, intention non déterminée
Y26	Exposition à la fumée, au feu et aux flammes, intention non déterminée
Y27	Contact avec de la vapeur d'eau, à des gaz et objets brûlants, intention non déterminée
Y28	Contact avec objet tranchant, intention non déterminée
Y29	Contact avec d'objet contondant, intention non déterminée
Y30	Chute, saut ou précipitation dans le vide, intention non déterminée
Y31	Lésion traumatique par un objet en mouvement (la victime étant tombée ou couchée devant l'objet ou entrée en collision avec celui-ci), intention non déterminée
Y32	Collision de véhicule à moteur, intention non déterminée
Y33	Autres événements précisés, intention non déterminée
Y34	Événement sans précision, intention non déterminée

## Annexe 4 - Actions retenues comme moyennement prioritaires (≥ 2020 ; éventuellement 2015 – 2019)

N°	Axe	Stratégie	Domaine	Gestionnaire	Actions	Commentaires	Coût de l'action	Calendrier	Indicateurs de résultats (R) ou d'impact (I)
1.	1	1.2	sélectif		Évaluation et mise à disposition des données sur la progression des <b>idéations suicidaires</b> par le biais de l'index « <b>Quality of work</b> » mis en place par la Chambre des Salariés en collaboration avec l'Université de Luxembourg	À livrer au groupe de travail épidémiologie			
2.	1	1.2	sélectif		Continuer les études régulières <b>HBSC</b> , maintenir les questions optionnelles sur le suicide et mettre à disposition les données dans un délai <b>maximum de 2 ans</b> après la réalisation de l'enquête.				
3.	2	2.2	universel	<i>Cf médecine préventive</i>	Sensibiliser le grand public et les acteurs œuvrant dans le domaine social et de la santé à <b>l'utilisation appropriée des Benzodiazépines</b> , afin de réduire les risques de dépendances liés à une consommation prolongée.	(cf campagnes sur les antibiotiques)			
4.	2	2.2	sélectif		<b>Sensibiliser les parents</b> à travers une publication sur l'importance de <b>bien gérer leur divorce</b> , notamment lorsque les enfants sont en bas âge.				
5.	3	3.1	sélectif		Réaliser des campagnes de sensibilisation intergénérationnelles d'envergure nationale (parents, enfants, enseignants) <b>sur la gestion des émotions</b> , en tenant compte des différences culturelles.				

6.	3	3.2	sélectif		Inclure dans les formations existantes des cours sur le repérage des signes de mal-être psychique (burnout, dépression, addictions, anxiété, etc.) et des cours à l'intervention de repérage de crise suicidaire et plus particulièrement pour : - les <b>délégués à la sécurité et à la santé</b> - les <b>travailleurs désignés</b> - les <b>directions des ressources humaines</b> - les <b>chefs de personnel</b> - les <b>médecins du travail</b>				
7.	3	3.2	sélectif		Élaborer ensemble avec les commissions des programmes scolaires et proposer des <b>ateliers de prévention aux enseignants</b> de l'enseignement secondaire qui souhaitent thématiser la dépression ou le suicide pendant un cours (livres, projets pédagogiques, dissertation, etc.).				
8.	3	3.3	universel		Réaliser des campagnes nationales visant à améliorer et <b>promouvoir l'image des personnes âgées</b> en insistant sur leur utilité sociale.				
9.	3	3.3	sélectif		Encourager les communes à évaluer les besoins sociaux des seniors et mettre en place de <b>stratégies d'intégration des seniors dans les réseaux sociaux</b> existants ou à développer, dans le but de prévenir l'isolement social chez les personnes âgées.				
10.	4	4.1	sélectif		Favoriser la collaboration entre les structures nationales de santé mentale en <b>créant des opportunités de rencontres</b> (subsidés pour événements regroupant plusieurs structures, etc.).				



11.	4	4.1	sélectif		Régler par des conventions la <b>collaboration entre les services et les professionnels</b> œuvrant dans la prévention du suicide, et ce afin de pérenniser les collaborations et d'éviter qu'elles ne soient le résultat de simples pratiques individuelles.				
12.	4	4.2	sélectif		Encourager l'Université de Luxembourg à proposer des <b>cours optionnels</b> ou obligatoires sur la <b>prévention du suicide</b> et le repérage de crises suicidaires dans les formations universitaires de psychologie et des sciences de l'éducation.				
13.	4	4.3	sélectif		Améliorer la <b>collaboration</b> entre les structures <b>hospitalières nationales et étrangères et les structures Luxembourgeoises</b> afin de garantir un transfert sécurisant des personnes prises en charge (création de filets de sécurité).				
14.	5	5.1	sélectif		Élaboration de <b>protocoles de prise en charge et de réintégration au travail</b> pour des salariés après une longue absence (ex. : burnout, dépression, tentative de suicide, etc.).				
15.	5	5.1	sélectif		Création d'une <b>clinique psychosomatique</b> au Luxembourg (burnout, troubles affectifs de l'humeur, addictions, troubles alimentaires, PTSD, etc.)				
16.	5	5.1	sélectif		Étudier l'efficacité des structures de type <b>Samu Psychiatrique</b> (cf. SPAD, psymobile de Lyon) et en cas d'efficacité, élargir l'offre au niveau national.				
17.	5	5.1	indiqué		Étudier les besoins de mise en place et renforcer la mise à disposition de centres de crise avec lits (style Centre de Crise au CHEM), et ce de <b>manière régionale</b> .				

18.	5	5.1	sélectif		Mettre en place des actions de prise en charge des enfants en cas de <b>troubles psychiques d'un parent</b> , notamment lorsque le parent est seul à élever le ou les enfants.				
19.	5	5.2	sélectif		Mettre à disposition des actions visant à diminuer l'impact du <b>décrochage scolaire sur la santé mentale de l'enfant et du jeune.</b>				
20.	5	5.3	indiqué		Former les <b>médecins du travail</b> à la prise en charge des employés après un événement traumatisant.				
21.	5	5.3	sélectif		Élaboration et distribution par les services de l'état civil des communes d'une brochure « <b>Que faire en cas de deuil suite à un décès traumatisant ?</b> ».				
22.	5	5.4	sélectif		Former les professionnels de première ligne au repérage des signes de mal-être psychique en général et à l'intervention de repérage de crise suicidaire, et plus particulièrement : <ul style="list-style-type: none"> <li>- les <b>enseignants de l'enseignement fondamental</b></li> <li>- le <b>personnel parascolaire</b> (Maison Relais, Maison des Jeunes, etc.)</li> <li>- les <b>ergothérapeutes/kinésithérapeutes</b></li> </ul>				
23.	5	5.4	sélectif		Encourager les <b>médecins généralistes</b> entre autres à une <b>prescription responsable des médicaments à fort risque suicidaire</b> (p.ex. les benzodiazépines, les antidépresseurs, etc.) en diminuant sa durée, surtout pour les patients impulsifs ou avec un ou plusieurs antécédents suicidaires.				

## Annexe 5 - Actions retenues comme faiblement prioritaires ( $\geq 2020$ )

N°	Axe	Stratégie	Domaine	Gestionnaire	Actions	Commentaires	Critères de priorités	Importance	Calendrier
1.	1	1.1	sélectif		Améliorer l'exploitation et la mise à disposition des données provenant de <b>l'observatoire de l'absentéisme</b> afin de mettre en place des actions de prévention des risques psychosociaux.				
2.	1	1.1	sélectif		Étudier la <b>morbidité psychique des enfants après un placement</b> (à l'étranger et à Luxembourg) et des décrocheurs scolaires.				
3.	1	1.2	sélectif		Inclure dans le <b>rapport</b> rédigé tous les 3 ans par le <b>médecin de travail</b> , un volet permettant de mesurer l'état psychique de la personne vue.				
4.	1	1.2	sélectif		Elaboration d'une meilleure définition des données sur la santé psychique des enfants recensées dans le cadre de la médecine scolaire ( <b>carnet médico-scolaire</b> ), inclure des grilles d'observation dans la procédure d'examen des médecins scolaires et favoriser l'exploitation et le partage de ces données par une centralisation des données au niveau national.				
5.	1	1.2	sélectif		Étudier la <b>morbidité psychique des personnes âgées</b> par des études à intervalles réguliers (sondage téléphonique, ou de type étude SENSE).				
6.	2	2.1	sélectif	<i>Ecole des parents ???</i>	Mise en place de formations à l'attention des parents sur la <b>promotion des liens d'attachement Parents-Enfants</b> (Modèle SAFE®)				

7.	2	2.1	sélectif		Élaborer et mettre à disposition des enfants de l'enseignement fondamental des <b>actions pédagogiques sur la gestion des émotions</b> (préscolaire, parascolaire, etc.)				
8.	2	2.2	universel		Profiter de la <b>plateforme e-Learning</b> de la Chambre de Commerce afin de faire passer des messages <b>sur les risques psycho-sociaux</b> , la dépression, les troubles anxieux, les addictions, les signes précurseurs de suicide, etc.				
9.	3	3.1	sélectif		Mise en place et promotion de <b>programmes de soutien communautaire</b> (ex. : sentinelles) dans les entreprises, y compris dans les petites entreprises.				
10.	3	3.2	sélectif		Proposer en partenariat avec le Personnel Officers' Group pour <b>les chefs d'entreprise</b> des actions de formation sur la nécessité d'investir dans la lutte contre les risques psycho-sociaux.				
11.	3	3.3	universel		Mise à disposition d'un <b>portail public</b> sur les structures d'aides disponibles en cas de <b>troubles psychiques</b> . Ce portail devra être actualisé régulièrement et auto-fonctionnel	(cf. Mag-Net, Wegweiser).			
12.	3	3.3	sélectif		<b>Promouvoir le travail avec les familles</b> , notamment entre les enfants placés et leurs familles, non pas sur un niveau informatif, mais sur un niveau de prise en charge et de développement du jeune.				
13.	3	3.3.	sélectif		Élaborer et mettre à disposition des entreprises un <b>guide</b> expliquant les étapes à prévoir en cas <b>d'accident traumatisant</b> ou <b>d'accident mortel</b> au sein de l'entreprise.				

14.	4	4.1	sélectif		Améliorer et <b>favoriser les échanges</b> entre les structures œuvrant dans la prévention des risques de santé mentale et les services de santé au travail.				
15.	4	4.1	sélectif		Encourager les <b>fédérations professionnelles de la santé à se rassembler</b> afin de promouvoir et d'encourager la multidisciplinarité.	cf. journées de la multidisciplinarité			
16.	4	4.2	universel		Création d'un <b>Comité Interministériel « Bien-être et Santé mentale »</b> , dont l'objectif est de définir les priorités nationales en matière promotion et surveillance de la santé mentale.				
17.	5	5.1	sélectif		Améliorer la <b>couverture des besoins primaires</b> (logement, repas, etc.) des personnes présentant une <b>addiction</b> .				
18.	5	5.3	sélectif		Mise en place d'un service de <b>soutien psychologique avec des bénévoles</b> qui se rendent chez des personnes en souffrance	(cf. Call for Help)			
19.	5	5.3	sélectif		Créer un <b>réseau de superviseurs</b> et favoriser sa mise en pratique, essentiellement pour les professionnels œuvrant dans le domaine de la santé mentale.				
20.	5	5.4	sélectif		<b>Elargir le mandat du psychologue scolaire</b> de l'enseignement fondamental à d'autres tâches que l'évaluation cognitive, à savoir à des missions de prévention dans les écoles, à des missions de facilitateur entre parents-enfants-enseignants, etc.				
21.	5	5.4	sélectif		<b>Sensibiliser les magistrats</b> sur les relations parents/enfants et grands-parents/enfants, notamment sur les <b>liens d'attachement</b> , en vue d'une meilleure compréhension des besoins				

					élémentaires des enfants en cas de placement.				
22.	6	6.1	sélectif		<b>Élaborer des socles de compétences</b> à l'attention des <b>travailleurs désignés</b> et des <b>délégués à la sécurité</b> , notamment pour le dépistage du mal-être psychique.				
23.	6	6.1	sélectif		<b>Inclure dans les labels existants</b> (cf. Entreprise Socialement Responsable, Best Work Place, etc.), <b>la dimension psychosociale</b> et notamment la prévention des souffrances psychiques, qui sont de loin les maladies les plus impactantes en termes d'absentéisme au travail.				
24.	6	6.1	sélectif		Insister auprès des autorités que soit intégré dans <b>la loi sur la protection de la jeunesse</b> l'interdiction <b>a)</b> de consommer des substances psychoactives avant l'âge de 18 ans et <b>b)</b> de consommer des billets de loterie et de jouer à des jeux de hasard (Zupito, machines à sous, etc.) avant l'âge de 18 ans.				
25.	6	6.1.	sélectif		<b>Réglementer la vente de certains médicaments conditionnés</b> sous forme de flacons et privilégier <b>l'emballage à bulles</b> , notamment pour les médicaments les plus utilisés pour se suicider, à savoir les benzodiazépines, les antidépresseurs, les analgésiques, etc. (Pas plus de comprimés que pour un traitement standard d'une durée d'un mois).				

## Annexe 6 - Enquête auprès des structures et services du réseau social luxembourgeois en vue de l'élaboration du Plan National de Prévention du Suicide

### Question préliminaire

Qa1-Êtes-vous amenés à rencontrer des personnes suicidaires dans le cadre de votre structure ou de votre service ?	
<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
Si <b>OUI</b> , nous vous prions de remplir le questionnaire qui suit en veillant à répondre le plus exhaustivement possible aux questions posées.	
Si <b>NON</b> , nous vous demandons de retourner (uniquement) la présente feuille en veillant à bien répondre à la question qui suit ci-dessous et à indiquer le nom de votre structure ou de votre service, l'adresse et les coordonnées de la personne de contact.	
Si vous avez répondu <b>NON</b> à la Question Qa1, à quel endroit enverriez-vous une personne qui exprime des idées suicidaires dans le cadre de votre structure ou de votre service ?	
<input type="checkbox"/> ne sais pas	
<input type="checkbox"/> aux endroits suivants :	
Nom de votre structure/service :	
Adresse de votre structure/service :	
Coordonnées de la personne de contact :	Nom, Prénom :
	Téléphone :
	Fax :
	Email :

En cas de questions particulières, n'hésitez pas à contacter Dr Fränz D'Onghia du Centre d'Information et de Prévention au 45 55 33 ou par email [f.donghia@prevention-suicide.lu](mailto:f.donghia@prevention-suicide.lu)

**Nous vous remercions très chaleureusement pour votre participation.**

Merci de retourner la présente feuille à l'adresse ci-dessous

jusqu'au **1<sup>er</sup> octobre 2012** au plus tard :

**Centre d'Information et de Prévention**

21, boulevard Pierre Dupong, L-1430

ou

par Fax au 45 55 33 55



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

# Enquête auprès des structures et services du réseau social luxembourgeois en vue de l'élaboration du Plan National de Prévention du Suicide

Août 2012



## Objectif de ce questionnaire

Ce questionnaire a pour but de mieux connaître les structures confrontées à la question du suicide et à sa prévention. Il vise à recueillir des informations importantes en vue de l'élaboration du Plan National de Prévention du Suicide en cours de réalisation.

Votre participation est importante, car elle permet d'une part d'acquérir une vue d'ensemble des pratiques mobilisées à ce sujet, et d'autre part de recenser vos besoins en matière de prise en charge de personnes suicidaires et de prévention du suicide. Enfin, ce questionnaire vise également à examiner les ressources à apporter pour lutter contre le problème du suicide au Luxembourg.

## Conseils pour le remplissage du questionnaire

- Si votre structure est composée de plusieurs services distincts les uns des autres, nous vous prions de le faire remplir par le service qui est le plus confronté à la question du suicide et à sa prévention. Si vous en voyez l'utilité, vous pouvez également photocopier le questionnaire et le faire remplir par plusieurs de vos services.
- Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses, c'est votre perception et vos opinions qui nous intéressent.
- Nous vous demandons de répondre le plus exhaustivement possible aux questions posées. Si vous n'avez pas assez d'espace dans les encadrés prévus, nous vous prions de rapporter vos réponses sur une feuille blanche en veillant à bien indiquer le numéro de la question à laquelle vous répondez.
- Il est très important pour la qualité de l'enquête que vous remplissiez le questionnaire dans son intégralité.
- En cas de questions particulières, n'hésitez pas à contacter Dr Fränz D'Onghia du Centre d'Information et de Prévention au 45 55 33 ou par email [f.donghia@prevention-suicide.lu](mailto:f.donghia@prevention-suicide.lu)

### Informations générales sur votre structure/service

Nom de votre structure/service :	
Nom du responsable de votre structure/service :	
Personne de contact pour l'enquête :	
Coordonnées de la personne de contact :	Téléphone :
	Fax :
	Email :
Adresse de votre structure/service :	
Accessibilité de votre structure/service pour des personnes à mobilité réduite :	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> OUI, mais difficilement <input type="checkbox"/> NON
Accessibilité en transport en commun :	<input type="checkbox"/> OUI en Bus <input type="checkbox"/> OUI en Train <input type="checkbox"/> NON
Q1-Votre structure/service s'adresse-t-elle/il à une population d'une classe d'âge particulière ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Si OUI, pouvez-vous préciser ? (plusieurs réponses possibles)	<input type="checkbox"/> Enfants (0 à 13 ans) <input type="checkbox"/> Adolescents (14 à 17 ans) <input type="checkbox"/> Jeunes adultes (18 à 30 ans) <input type="checkbox"/> Adultes (31 à 64 ans) <input type="checkbox"/> Personnes âgées (> 65 ans)
Q2-Votre structure/service accueille-t-elle/il : (plusieurs réponses possibles)	<input type="checkbox"/> uniquement des hommes <input type="checkbox"/> uniquement des femmes <input type="checkbox"/> des hommes et des femmes <input type="checkbox"/> des familles <input type="checkbox"/> des enfants/adolescents seuls
Q3-L'accès et la prise en charge dans votre structure/service sont-ils :	<input type="checkbox"/> gratuits pour tous <input type="checkbox"/> gratuits sous certaines conditions <input type="checkbox"/> payants
Q4-L'accès ou la prise en charge dans votre structure/service sont-ils anonymes ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Q5-Si vous êtes une structure/un service qui accueille du public, pouvez-vous préciser les jours et horaires d'ouverture au public ?	



Q13-De façon plus détaillé, pouvez-vous nous dire ce que vous êtes amenés à faire dans votre structure/service ?	
<p style="text-align: center;"><b>Vie quotidienne / Aide sociale</b></p> <p><input type="checkbox"/> Hébergement d'urgence</p> <p><input type="checkbox"/> Hébergement d'insertion</p> <p><input type="checkbox"/> Accueil de jour</p> <p><input type="checkbox"/> Orientation professionnelle</p> <p><input type="checkbox"/> Aide alimentaire ou vestimentaire</p> <p><input type="checkbox"/> Aide à la recherche d'emploi/formation</p> <p><input type="checkbox"/> Aide à l'insertion</p> <p><input type="checkbox"/> Aide financière</p> <p><input type="checkbox"/> Aide administrative</p> <p><input type="checkbox"/> Activité de tutelle</p> <p><input type="checkbox"/> Aide à la parentalité</p> <p><input type="checkbox"/> Aide sociale à l'enfance</p> <p><input type="checkbox"/> Autre, précisez :</p>	<p style="text-align: center;"><b>Soins et soutien</b></p> <p><input type="checkbox"/> Soins infirmiers</p> <p><input type="checkbox"/> Consultation d'un médecin généraliste</p> <p><input type="checkbox"/> Consultation d'un médecin spécialiste</p> <p><input type="checkbox"/> Bilan de santé</p> <p><input type="checkbox"/> Dépistage (cancers, VIH, VHC, etc.)</p> <p><input type="checkbox"/> Prévention et promotion de la santé</p> <p><input type="checkbox"/> Repérage/dépistage des troubles psychiques</p> <p><input type="checkbox"/> Diagnostic de troubles psychiques</p> <p><input type="checkbox"/> Soutien psychologique</p> <p><input type="checkbox"/> Soins psychiatriques</p> <p><input type="checkbox"/> Ecoute</p> <p><input type="checkbox"/> Dépistage et prévention du suicide</p> <p><input type="checkbox"/> Orientation vers des soins « santé mentale »</p> <p><input type="checkbox"/> Autre, précisez :</p>
<p style="text-align: center;"><b>Abus de substances</b></p> <p><input type="checkbox"/> Prévention et informations</p> <p><input type="checkbox"/> Réduction des risques</p> <p><input type="checkbox"/> Repérage et dépistage des abus de consommations problématiques</p> <p><input type="checkbox"/> Prescription de traitements de substitution</p> <p><input type="checkbox"/> Aide au sevrage</p> <p><input type="checkbox"/> Autre, précisez :</p>	<p style="text-align: center;"><b>Activités/développement personnel</b></p> <p><input type="checkbox"/> Activités de loisirs, culturelles, sportives</p> <p><input type="checkbox"/> Activités centrées sur le bien-être</p> <p><input type="checkbox"/> Activités de revalorisation, de resocialisation</p> <p><input type="checkbox"/> Alphabétisation</p> <p><input type="checkbox"/> Activités éducatives et cours</p> <p><input type="checkbox"/> Autre, précisez :</p>
<p style="text-align: center;"><b>Travail auprès des proches/sur le quartier</b></p> <p><input type="checkbox"/> Groupe de parole pour les proches</p> <p><input type="checkbox"/> Méditation sociale entre habitants</p> <p><input type="checkbox"/> Autre, précisez :</p>	<p style="text-align: center;"><b>Justice</b></p> <p><input type="checkbox"/> Information sur les droits</p> <p><input type="checkbox"/> Aide juridique</p> <p><input type="checkbox"/> Aide à la sortie de prison</p> <p><input type="checkbox"/> Injonction thérapeutique / de soins</p> <p><input type="checkbox"/> Prévention de la délinquance</p> <p><input type="checkbox"/> Autre, précisez :</p>
<p style="text-align: center;"><b>Autres, précisez :</b></p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p style="text-align: center;"><b>Autres, précisez :</b></p> <p><input type="checkbox"/></p>
<p><input type="checkbox"/></p>	<p><input type="checkbox"/></p>

Q14-L'équipe qui exerce dans votre structure/service est-elle composée (précisez le nombre d'équivalents temps plein) :	
Fonction	Equivalents temps pleins
<input type="checkbox"/> d'assistants sociaux	
<input type="checkbox"/> de bénévoles qui font des interventions fixes et spécialisées	
<input type="checkbox"/> de bénévoles qui apportent une aide ponctuelle	
<input type="checkbox"/> de bénévoles qui participent à la vie quotidienne de la structure	
<input type="checkbox"/> Autre bénévoles, précisez leur fonction :	
<input type="checkbox"/> d'éducateurs diplômés	
<input type="checkbox"/> d'éducateurs gradués	
<input type="checkbox"/> de médiateurs sociaux	
<input type="checkbox"/> de conseillers en insertion	
<input type="checkbox"/> de juristes	
<input type="checkbox"/> d'infirmier(e)s	
<input type="checkbox"/> d'infirmier(e)s spécialisé(e)s en psychiatrie	
<input type="checkbox"/> de psychologues	
<input type="checkbox"/> de psychiatres	
<input type="checkbox"/> de médecins généralistes	
<input type="checkbox"/> de médecins spécialistes, précisez leur spécialisation :	
<input type="checkbox"/> Autre, précisez :	

<p>Q15-Votre structure/service a-t-elle/il une équipe mobile ?</p>	<p><input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p>
<p>Si OUI, s'agit-il : (plusieurs réponses possibles)</p>	<p><input type="checkbox"/> d'une équipe de travail de rue <input type="checkbox"/> d'une équipe de liaison avec d'autres structures <input type="checkbox"/> d'une équipe faisant des visites à domicile <input type="checkbox"/> autre, précisez :</p>
<p>Q16-Quels sont les principaux motifs de prise de contact avec votre structure/service ?</p>	

## Confrontation aux problèmes de suicidalité

Q17-Vous avez indiqué que vous êtes amenés à rencontrer des personnes suicidaires. Pouvez-vous préciser comment se manifestent les souffrances de ces personnes dans le cadre de votre structure/service ?


Q18-Selon vous, dans quelle étape les personnes suicidaires que vous voyez dans votre structure/service se retrouvent-elles majoritairement ? (cochez la case qui convient)

Risque suicidaire moyen			Risque suicidaire élevé			Risque suicidaire extrême		
1	2	3	4	5	6	7	8	9
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ne pense pas au suicide	A parfois des flashes d'idées suicidaires	Pense au suicide de plus en plus souvent	Un plan commence à se préciser	Le plan apparaît comme une idée nécessaire	Tous les éléments d'un scénario suicidaire sont fixés, mais l'acte n'est pas immédiat	Passage à l'acte dans moins de 48 heures	Passage à l'acte immédiat	Tentative de suicide en cours

Q19-Vous arrive-t-il parfois de rencontrer des obstacles ou des limites qui vous empêchent de prendre en charge ou d'accueillir dans votre structure/service des personnes suicidaires ?

OUI, souvent   
  OUI, parfois   
  NON, jamais

Si OUI, quels sont ces obstacles/limites ?


## Bonnes pratiques et besoins spécifiques de votre structure/service

Q20-Dans votre structure/service, pouvez-vous préciser s'il existe (merci de cocher la case correspondante) :			
	OUI, en interne	OUI, avec des équipes extérieures ou en externe	NON
Des réunions d'analyse de la pratique (exemple : interventions, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Des formations spécifiques sur les souffrances psychiques	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Des formations spécifiques sur la prévention du suicide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Q21-Dans votre structure/service, pouvez-vous préciser s'il existe des supervisions d'équipe ?			
<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON (reportez-vous à la Q23)			
Q22-Si OUI, pouvez-vous préciser si ces supervisions sont effectuées (plusieurs réponses possibles) :			
<input type="checkbox"/> en interne			
<input type="checkbox"/> avec des équipes extérieures ou en externe			
<input type="checkbox"/> de manière systématique et régulière (plusieurs fois par an)			
<input type="checkbox"/> de manière sporadique			
Q23-Si NON à Q21, pouvez-vous en préciser les raisons (plusieurs réponses possibles) :			
<input type="checkbox"/> par manque de temps			
<input type="checkbox"/> par manque de moyens financiers			
<input type="checkbox"/> par manque de superviseurs			
<input type="checkbox"/> par manque d'intérêt de l'équipe			
<input type="checkbox"/> parce que les supervisions se font en dehors des heures de travail			
<input type="checkbox"/> autres, précisez :			
Q24-Dans votre structure/service, pouvez-vous préciser s'il y a eu un ou plusieurs cas de suicide de patients ou de collègues de travail durant les 5 dernières années ?			
<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON (reportez-vous à la Q26)			
Q25-Si OUI, pouvez-vous préciser si pour ce(s) suicide(s) il y a eu : (plusieurs réponses possibles)			
	OUI	NON	
Un(e) suivi/prise en charge systématique <u>du personnel</u> de votre structure/service suite à ce suicide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Un(e) suivi/prise en charge systématique <u>des patients</u> de votre structure/service suite à ce suicide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Un(e) suivi/prise en charge systématique <u>des proches de la personne</u> suicidée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	



Q26-Pouvez-vous nous décrire tout ce qui existe dans votre structure/service en direction des personnes en souffrance psychique et/ou en direction des personnes suicidaires ?		
Description de la prestation ou de l'intervention	Compétences/formation de la ou des personnes(s) s'occupant de cette prestation	Rattachement de cette ou ces personne(s)
		<input type="checkbox"/> personne de l'équipe <input type="checkbox"/> intervenant(e)s externe(s)
		<input type="checkbox"/> personne de l'équipe <input type="checkbox"/> intervenant(e)s externe(s)
		<input type="checkbox"/> personne de l'équipe <input type="checkbox"/> intervenant(e)s externe(s)
		<input type="checkbox"/> personne de l'équipe <input type="checkbox"/> intervenant(e)s externe(s)
		<input type="checkbox"/> personne de l'équipe <input type="checkbox"/> intervenant(e)s externe(s)
		<input type="checkbox"/> personne de l'équipe <input type="checkbox"/> intervenant(e)s externe(s)
		<input type="checkbox"/> personne de l'équipe <input type="checkbox"/> intervenant(e)s externe(s)
		<input type="checkbox"/> personne de l'équipe <input type="checkbox"/> intervenant(e)s externe(s)
		<input type="checkbox"/> personne de l'équipe <input type="checkbox"/> intervenant(e)s externe(s)
		<input type="checkbox"/> personne de l'équipe <input type="checkbox"/> intervenant(e)s externe(s)
		<input type="checkbox"/> personne de l'équipe <input type="checkbox"/> intervenant(e)s externe(s)
		<input type="checkbox"/> personne de l'équipe <input type="checkbox"/> intervenant(e)s externe(s)
Q27-Connaissez-vous des lieux où des organismes vers lesquels vous pouvez vous tourner si vous avez des questions relatives au suicide et à sa prévention ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
Si OUI, merci de préciser le(s)quel(s) :	<hr/> <hr/> <hr/>	

<p>Q28-Pensez-vous être suffisamment informé sur les lieux ou les organismes susceptibles d'apporter une aide ou un soutien aux personnes suicidaires et/ou à leur entourage ?</p>	<p><input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p>
<p>Si OUI, merci de préciser le(s)quel(s) :</p>	<p> </p> <p> </p> <p> </p>
<p>Q29-Pensez-vous être suffisamment bien informé(e) sur les signes précurseurs, les facteurs déclencheurs et les facteurs de risque qui peuvent mener au passage à l'acte suicidaire ?</p>	<p><input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p>
<p>Q30-Pensez-vous être suffisamment bien formé(e) pour gérer une situation de crise suicidaire d'un patient/client/collègue de travail ?</p>	<p><input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p>
<p>Q31-Si NON, seriez-vous disposé(e) à participer à des formations ou d'autres actions de repérage de crises suicidaires ?</p>	<p><input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON</p>
<p>Q32-Pouvez-vous décrire en quelques mots les besoins spécifiques dont vous pensez avoir besoin dans la prise en charge de personnes suicidaires ?</p>	
<p> </p>	
<p> </p>	
<p> </p>	
<p> </p>	
<p> </p>	
<p> </p>	
<p> </p>	
<p> </p>	
<p> </p>	
<p> </p>	
<p> </p>	
<p> </p>	
<p> </p>	
<p> </p>	
<p> </p>	
<p> </p>	
<p> </p>	
<p> </p>	
<p> </p>	
<p> </p>	

## La coordination entre les structures

Q34-Pour la prise en charge ou l'accueil des personnes suicidaires, êtes-vous parfois amenés à demander conseil ou à prendre un avis auprès d'autres professionnels ou structures ?

OUI  NON

Si OUI, quels sont le type de professionnels et/ou les structures auxquels vous demandez conseil ?

Q35-Pour la prise en charge ou l'accueil des personnes suicidaires, êtes-vous parfois amenés à orienter ces personnes vers d'autres structures ou professionnels ?

OUI  NON

Si OUI, existe-t-il dans votre structure/service des conventions avec des professionnels ou des structures réglant la collaboration et/ou le partage des informations ?

OUI  NON

Q36-Existe-t-il dans votre structure/service des protocoles d'orientation visant à protéger les personnes suicidaires lors du passage de votre structure/service à une autre structure ou vers un professionnel externe ?

OUI  NON

Si OUI, pouvez-vous brièvement décrire ces protocoles ou les annexer en copie à ce questionnaire ?

Q37-Existe-t-il dans votre structure/service des protocoles de suivi des personnes après la fin de leur prise en charge (cf. case manager, etc.) ?

OUI  NON

Si OUI, pouvez-vous brièvement décrire ces protocoles ou les annexer en copie à ce questionnaire ?



## Annexe 7 - Fiches des indicateurs d'évaluation du Plan National de Prévention du Suicide

<b>Code</b>	<b>MORT_suic_2015</b>
<b>Titre</b>	<b>Taux de mortalité due au suicide</b>
<b>Domaine</b>	Mortalité
<b>Définition de l'Indicateur</b>	Taux brut de mortalité due au suicide ICD-10 (X60-X84, Y10-Y34) (Nombre de décès par 100 000 habitants)
<b>Objectif visé</b>	Le suivi de la mortalité par suicide a pour objectif de surveiller la tendance nationale et contribue à l'évaluation des mesures mises en place
<b>Population cible</b>	Population nationale résidente décédée sur le territoire national
<b>Formule de calcul</b>	<p><b>Numérateur</b> Nombre de décès par suicide ayant eu lieu sur le territoire, avec les codes diagnostics ICD-10 : suicide et violence intentionnelle contre soi-même (X60-X84) + mortalité de cause violente pour laquelle l'intention n'est pas identifiée (Y10-Y34) chez les personnes résidentes au cours de l'année</p> <p><b>Dénominateur</b> Effectif moyen annuel de la population résidente (Source STATEC)</p> <p><b>Déclinaisons possibles de la formule</b></p> <p>Répartition par sexe</p> <p>Répartition par classe d'âge</p> <p>Définition WHO et Eurostat: lésions auto-infligées X60-X84 uniquement</p>
<b>Type de mesure</b>	Taux
<b>Année</b>	1998-2015
<b>Périodicité de la mesure</b>	Annuelle
<b>Sources des données</b>	Direction de la santé - STATEC
<b>Qualité des sources</b>	Bonne
<b>Type d'indicateur</b>	Indicateur de résultat
<b>Caractéristiques de l'indicateur</b>	Quantitatif
<b>Références bibliographiques</b>	<p><a href="http://www.sante.public.lu/fr/catalogue-publications/maladies-traitements/statistiques-causes-deces/statistiques-causes-deces-2012/index.html">http://www.sante.public.lu/fr/catalogue-publications/maladies-traitements/statistiques-causes-deces/statistiques-causes-deces-2012/index.html</a></p> <p><a href="http://data.euro.who.int/hfad/">http://data.euro.who.int/hfad/</a></p> <p><a href="http://www.who.int/mental_health/media/luxe.pdf">http://www.who.int/mental_health/media/luxe.pdf</a></p>
<b>Remarques</b>	Compte tenu des petits chiffres observés au Luxembourg, les données doivent être analysées dans une perspective de plusieurs années.
<b>Perspectives</b>	Le STATEC dispose de données sur les résidents décédés à l'étranger, mais sans détail sur les causes de décès. 5% des décès de résidents luxembourgeois ont eu lieu à l'étranger en 2012. Compte tenu de cette donnée, il serait nécessaire d'envisager améliorer l'information par la mise en place d'une collaboration avec l'état civil des pays voisins.

<b>Code</b>	<b>CHOM_2015</b>
<b>Titre</b>	<b>Taux de chômage</b>
<b>Domaine</b>	Indicateur sociodémographique
<b>Définition de l'Indicateur</b>	<p>Le taux de chômage représente le pourcentage de chômeurs dans la population active, sur la base de la définition de l'Organisation Internationale du Travail (OIT). La population active représente le nombre total des personnes ayant un emploi ou étant au chômage. Les chômeurs sont les personnes âgées de 15 à 74 ans qui:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- sont sans travail pendant la semaine de référence,</li> <li>- sont disponibles à commencer à travailler dans les deux semaines suivantes,</li> <li>- qui soit ont été à la recherche active d'un travail pendant les quatre semaines précédentes, soit qui ont trouvé un travail à commencer dans les trois mois suivants.</li> </ul> <p>Les données sont présentées corrigées des variations saisonnières. (Source Eurostat).</p>
<b>Objectif visé en suivant cet indicateur</b>	Le taux de chômage a pour objectif de donner une image du contexte socioéconomique et des facteurs de risque vécus par la population : risque d'isolement, de pauvreté, de perte de confiance en soi, risque pour la santé globale, le bien-être et la santé mentale en particulier
<b>Population cible</b>	Population résidente âgée de 15 à 74 ans
<b>Formule de calcul</b>	<p><b>Numérateur</b> : chômeurs de 15-74 ans  <b>Dénominateur</b> : population active de 15-74 ans  <b>Déclinaisons possibles de la formule</b>          Déclinaison par sexe et par âge          Déclinaison par durée de chômage          Déclinaison par niveau d'études</p>
<b>Type de mesure</b>	Taux
<b>Année</b>	1995 – 2015
<b>Périodicité de la mesure</b>	Annuelle
<b>Sources des données</b>	Eurostat (données fournies par le STATEC et l'ADEM)
<b>Qualité des sources</b>	Contrôle qualité du STATEC
<b>Type d'indicateur</b>	Indicateur de résultat
<b>Caractéristiques de l'indicateur</b>	Quantitatif
<b>Références bibliographiques</b>	<p><a href="http://stats.oecd.org/mei/default.asp?lang=f&amp;subject=10">http://stats.oecd.org/mei/default.asp?lang=f&amp;subject=10</a>  <a href="http://epp.eurostat.ec.europa.eu/tgm/table.do?tab=table&amp;language=en&amp;pcode=teilm020&amp;tableSelection=1&amp;plugin=1">http://epp.eurostat.ec.europa.eu/tgm/table.do?tab=table&amp;language=en&amp;pcode=teilm020&amp;tableSelection=1&amp;plugin=1</a></p>
<b>Remarques</b>	

<b>Code</b>	<a href="#">DECROC_scol_2015</a>
<b>Titre</b>	<b>Taux de décrocheurs scolaires</b>
<b>Domaine</b>	Indicateur sociodémographique
<b>Définition de l'Indicateur</b>	Taux moyen d'élèves ayant quitté prématurément l'école au cours de l'année scolaire étudiée, sans obtention d'un certificat ou d'un diplôme final (Source Ministère de l'Education Nationale)
<b>Objectif visé en suivant cet indicateur</b>	Le suivi de cet indicateur permet d'évaluer l'envergure de la problématique du décrochage dans le pays et de suivre son évolution dans le temps, d'étudier les spécificités de la population concernée et de contribuer à l'évaluation des mesures mises en place.
<b>Population cible</b>	Elèves de l'enseignement secondaire de moins de 26 ans
<b>Formule de calcul</b>	<p><b>Numérateur</b> Nombre d'élèves ayant quitté le système scolaire sans obtention d'un certificat ou d'un diplôme final de manière permanente ou temporaire</p> <p><b>Dénominateur</b> Nombre d'élèves total pour la même année scolaire inscrits dans les écoles publiques ou privées de l'enseignement post-primaire appliquant les programmes officiels du Ministère de l'éducation nationale et de la formation professionnelle</p> <p><b>Déclinaisons possibles de la formule</b></p> <p>Sexe, Âge, Nationalité Situation après le décrochage Enseignement fréquenté Retard scolaire accumulé Cause de l'échec</p>
<b>Type de mesure</b>	Taux
<b>Année</b>	2004 - 2015
<b>Périodicité de la mesure</b>	Annuelle
<b>Sources des données</b>	Ministère de l'éducation nationale
<b>Qualité des sources</b>	Bonne Méthode de calcul identique depuis la publication de 2005
<b>Type d'indicateur</b>	Indicateur de résultat
<b>Caractéristiques de l'indicateur</b>	Quantitatif
<b>Références bibliographiques</b>	<p><a href="http://ec.europa.eu/news/culture/110202_en.htm">http://ec.europa.eu/news/culture/110202_en.htm</a></p> <p><a href="http://www.men.public.lu/fr/publications/secondeire/statistiques-analyses/decrochage-scolaire/index.html">http://www.men.public.lu/fr/publications/secondeire/statistiques-analyses/decrochage-scolaire/index.html</a></p>
<b>Remarques</b>	<p>Les élèves perdus de vue (qui sont souvent des jeunes qui déménagent et quittent le Luxembourg) sont pris en compte dans le taux de décrocheurs. Sont exclus les élèves qui ont officiellement déménagé à l'étranger ainsi que les élèves de l'enseignement fondamental qui ont quitté le système luxembourgeois pour une école à l'étranger.</p> <p>Les données du MENJE ne sont pas celles transmises à l'OCDE et à Eurostat. Les données OCDE et Eurostat sont recueillies lors de l'enquête en population générale « Force de travail » et prennent en compte toutes les personnes (18-24 ans) décrocheurs dont celles qui ont fait leurs études à l'étranger. L'enquête est le reflet du décrochage pour la population générale résidente et non du système scolaire national.</p>

<b>Code</b>	<b>PAUVR_2015</b>
<b>Titre</b>	<b>Taux de risque de pauvreté</b>
<b>Domaine</b>	Indicateur sociodémographique
<b>Définition de l'Indicateur</b>	Le taux de risque de pauvreté est défini comme la part des personnes d'un ménage ayant un <a href="#">revenu disponible équivalent</a> (après transferts sociaux) inférieur au seuil de risque de pauvreté, fixé à 60 % du revenu disponible équivalent <a href="#">médian</a> national après <a href="#">transferts sociaux</a> .
<b>Objectif visé en suivant cet indicateur</b>	Cet indicateur permet de suivre l'évolution d'une population pouvant présenter des risques de précarité économique et d'en décrire les spécificités. Il permet de situer les ménages présentant de bas revenus par rapport aux revenus des autres habitants et de mesurer les effets des mesures socioéconomiques mises en place
<b>Population cible</b>	Population générale
<b>Formule de calcul</b>	Le seuil national de risque de pauvreté (soit 60% du revenu médian national en euro/mois) sert de point de référence. Le taux de risque de pauvreté est la proportion d'individus à avoir un revenu au-dessous de ce seuil. <b>Numérateur</b> Revenu disponible du ménage <b>Dénominateur</b> Nombre d'unités de consommation (uc) dans le ménage (1 uc au 1 <sup>er</sup> adulte, 0.5 uc aux autres membres de 14 ans et plus, 0.3 uc pour les enfants de moins de 14 ans) <b>Déclinaisons possibles de la formule :</b> Déclinaison par âge et par sexe Déclinaison par niveau maximum d'éducation atteint
<b>Type de mesure</b>	Taux
<b>Périodicité de la mesure</b>	Annuelle
<b>Année</b>	2003 - 2015
<b>Sources des données</b>	Eurostat, STATEC
<b>Qualité des sources</b>	Bonne
<b>Type d'indicateur</b>	Indicateur de résultat
<b>Caractéristiques de l'indicateur</b>	Quantitatif
<b>Références bibliographiques</b>	<a href="http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php/Glossary:At-risk-of-poverty_rate/fr">http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php/Glossary:At-risk-of-poverty_rate/fr</a> <a href="http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php/Income_distribution_statistics/fr#M.C3.A9thodologie_2F_M.C3.A9tadonn.C3.A9es">http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php/Income_distribution_statistics/fr#M.C3.A9thodologie_2F_M.C3.A9tadonn.C3.A9es</a> <a href="http://www.statistiques.public.lu/stat/TableViewer/tableView.aspx">http://www.statistiques.public.lu/stat/TableViewer/tableView.aspx</a>
<b>Remarques</b>	Il ne s'agit pas d'un indicateur de richesse ou de pauvreté. Cet indicateur offre un point de comparaison des bas revenus par rapport aux revenus des autres habitants d'un pays donné.



<b>Code</b>	<b>Dépress_2015</b>
<b>Titre</b>	<b>Dépression en population générale</b>
<b>Domaine</b>	Morbidité spécifique
<b>Définition de l'Indicateur</b>	Proportion de personnes qui déclarent avoir eu une dépression au cours des 12 derniers mois
<b>Objectif visé en suivant cet indicateur</b>	Cet indicateur permet d'évaluer le poids de la dépression en population générale et de cibler les actions de prévention et de prise en charge à mettre en place
<b>Population cible</b>	Echantillon en population générale de ≈ 4000 personnes > 14 ans, tirées au sort dans le registre CNS
<b>Formule de calcul</b>	<u>Numérateur</u> : Nombre de personnes de plus de 14 ans qui déclarent avoir eu une dépression au cours des 12 derniers mois <u>Dénominateur</u> : Nombre de répondants à la question dans l'enquête EHIS <u>Déclinaisons possibles</u> : Sexe, âge
<b>Type de mesure</b>	Pourcentage
<b>Périodicité de la mesure</b>	Unique
<b>Année</b>	2014
<b>Sources des données</b>	CRP-Santé, Direction de la santé (enquête EHIS)
<b>Qualité des sources</b>	Données auto déclarées
<b>Type d'indicateur</b>	Indicateur d'impact
<b>Caractéristiques de l'indicateur</b>	Quantitatif
<b>Références bibliographiques</b>	<a href="http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-RA-13-018/EN/KS-RA-13-018-EN.PDF">http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-RA-13-018/EN/KS-RA-13-018-EN.PDF</a>
<b>Remarques</b>	Dans l'enquête EHIS, un questionnaire portant sur l'état dépressif est proposé, comportant 8 questions permettant de donner un score d'évaluation diagnostic (PHQ-8). Dans l'investigation EHES, une neuvième question est posée par le professionnel menant l'enquête (PHQ-9), à savoir « Au cours des deux dernières semaines, selon quelle fréquence avez-vous été gêné par les problèmes suivants : Penser qu'il vaudrait mieux mourir ou envisager de vous faire du mal d'une manière ou d'une autre » (réponse : jamais, plusieurs jours, plus de la moitié du temps, presque tous les jours).
<b>Perspectives</b>	Un travail de recherche est en cours sur ces deux indicateurs avec les données recueillies en 2014.

<b>Code</b>	<b>ABS_depres_2015</b>
<b>Titre</b>	<b>Taux d'absentéisme de longue durée lié aux dépressions et au stress</b>
<b>Domaine</b>	Morbidité spécifique
<b>Définition de l'Indicateur</b>	Taux d'absentéisme de longue durée (égale ou supérieure à 21 jours) dont la raison médicale principale est « dépressions et autres problèmes liés au stress »
<b>Objectif visé en suivant cet indicateur</b>	L'objectif de cet indicateur est de surveiller le poids des problèmes de santé mentale dans l'absentéisme au travail de longue durée.
<b>Population cible</b>	Population active résidente
<b>Formule de calcul</b>	<b>Formule</b> : Taux d'absentéisme de longue durée X Proportion de jours de maladie longue durée dont la raison médicale principale est le stress et la dépression <b>Déclinaisons possibles</b> : Sexe Secteur d'activité
<b>Type de mesure</b>	Taux
<b>Année</b>	2006-2015
<b>Périodicité de la mesure</b>	Annuelle
<b>Sources des données</b>	IGSS
<b>Qualité des sources</b>	Bonne
<b>Type d'indicateur</b>	Indicateur de résultat
<b>Caractéristiques de l'indicateur</b>	Quantitatif
<b>Références bibliographiques</b>	<a href="http://www.observatoire-absenteisme.public.lu/chiffres_cles/Absenteisme_maladie_2012.pdf">http://www.observatoire-absenteisme.public.lu/chiffres_cles/Absenteisme_maladie_2012.pdf</a>
<b>Remarques</b>	Le taux d'absentéisme au travail est analysé en fonction de la durée de l'arrêt de travail : courte (<21 jours) ou longue (≥ 21 jours) puis selon la raison médicale principale. 23% des jours de maladie de longue durée sont dues à des problèmes de dépression ou de stress en 2012, soit un taux d'absentéisme de longue durée de 0.33 pour cette raison médicale en 2012.

<b>Code</b>	<b>VENT_psychot_2015</b>
<b>Titre</b>	<b>Vente de psychotropes</b>
<b>Domaine</b>	Utilisation du système de soins
<b>Définition de l'Indicateur</b>	Sujets exposés aux psychotropes pour les produits suivants : antidépresseurs (ATC classe N06A), antipsychotiques (ATC classe N05A), anxiolytiques (ATC classe N05B), hypnotiques (ATC classe N05C), psychostimulants (ATC classe N06B) à partir des données de vente en pharmacie et en hôpital (définition nationale en lien avec celles retenues par l'OCDE et l'OMS).
<b>Objectif visé en suivant cet indicateur</b>	La vente de psychotropes prescrits donne une image de la prise en charge pharmaco thérapeutique des troubles de santé mentale sur le plan national et permet un suivi du nombre de personnes traitées pour des troubles psychiques. En outre, cet indicateur rend compte de tendances nationales sur plusieurs années voire d'éventuels mésusages en matière de consommation de médicaments.
<b>Population cible</b>	Population nationale résidente
<b>Formule de calcul</b>	<b>Numérateur</b> Nombre de personnes résidentes assurées avec un remboursement pour une prescription pour les produits suivants : antidépresseurs (ATC classe N06A), antipsychotiques (ATC classe N05A), anxiolytiques (ATC classe N05B), hypnotiques (ATC classe N05C), psychostimulants (ATC classe N06B). <b>Dénominateur</b> Nombre de personnes assurées résidentes <b>Déclinaisons possibles de la formule :</b> Sexe Age Déclinaison par classe ATC Déclinaison par spécialité du prescripteur (généraliste, pédopsychiatre, neurologue)
<b>Type de mesure</b>	Taux
<b>Année</b>	2006-2015
<b>Périodicité de la mesure</b>	Annuelle
<b>Sources des données</b>	Ministère de la santé-Division des pharmacies IGSS Statec
<b>Qualité des sources</b>	Bonne
<b>Type d'indicateur</b>	Indicateur de résultat
<b>Caractéristiques de l'indicateur</b>	Quantitatif
<b>Références bibliographiques</b>	<a href="http://www.who.int/mental_health/policy/services/10_improving%20access_WEB_07.pdf">http://www.who.int/mental_health/policy/services/10_improving%20access_WEB_07.pdf</a>
<b>Remarques</b>	Cet indicateur provient des bases de remboursement de la caisse maladie. Il s'agit donc des prescriptions de psychotropes qui ont été remboursées et non des médicaments qui ont été consommés.

<b>Code</b>	<b>HOSPI_epis_2015</b>
<b>Titre</b>	<b>Episodes d'hospitalisation pour troubles mentaux (code diagnostic F)</b>
<b>Domaine</b>	Utilisation des services
<b>Définition de l'Indicateur</b>	Nombre d'épisodes d'hospitalisation avec un code diagnostic de sortie F de la ICD-10 dans l'année pour la population résidente par 100 000 habitants (ECHI)
<b>Objectif visé en suivant cet indicateur</b>	Cet indicateur permet d'évaluer à la fois l'ampleur des hospitalisations pour troubles de santé mentale et de suivre l'utilisation faite des services pour la prise en charge de la santé mentale.
<b>Population cible</b>	Population affiliée CNS
<b>Formule de calcul</b>	<p><b>Numérateur</b> Nombre annuel d'épisodes d'hospitalisation avec un code diagnostic de sortie F de la ICD-10 pour les assurés résidents</p> <p><b>Dénominateur</b> Population moyenne assurée résidente pour l'année considérée</p> <p><b>Déclinaisons possibles de la formule :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Déclinaison par âge et sexe</li> <li>Résidents / Non-résidents</li> <li>Déclinaison par code diagnostic</li> <li>Nombre de journée par code diagnostic</li> <li>Déclinaison par hôpital</li> <li>Ajout des séjours qui ont concerné des non-résidents (avec code diagnostic F)</li> <li>Ajout du nombre d'autorisations de prise en charge à l'étranger (avec code diagnostic F)</li> </ul>
<b>Type de mesure</b>	Taux
<b>Année</b>	1999 - 2015
<b>Périodicité de la mesure</b>	Annuelle
<b>Sources des données</b>	IGSS, Contrôle médical et STATEC
<b>Qualité des sources</b>	En fonction de l'encodage des codes diagnostic
<b>Type d'indicateur</b>	Indicateur de résultat
<b>Caractéristiques de l'indicateur</b>	Quantitatif
<b>Références bibliographiques</b>	<a href="http://ec.europa.eu/health/ph_projects/1998/monitoring/fp_monitoring_1998_fre_p_09_en.pdf">http://ec.europa.eu/health/ph_projects/1998/monitoring/fp_monitoring_1998_fre_p_09_en.pdf</a>
<b>Remarques</b>	<p>Les numéros de sécurité sociale associés à chaque patient sont anonymisés par l'IGSS avant l'exploitation de la base de données</p> <p>Cet indicateur peut être mis en relation avec l'indicateur : nombre de patients hospitalisés pour avoir une idée de l'ampleur des cas de réadmissions : taux de réadmission à 30 jours, à 90 jours et sur l'année</p>

<b>Code</b>	<b>HOSPI_pat_2015</b>
<b>Titre</b>	<b>Patients hospitalisés pour troubles mentaux (code diagnostic F)</b>
<b>Domaine</b>	Utilisation des services
<b>Définition de l'Indicateur</b>	Nombre de patients résidents hospitalisés avec un code diagnostic de sortie F de la ICD-10 dans l'année par 100 000 habitants
<b>Objectif visé en suivant cet indicateur</b>	Cet indicateur permet d'évaluer à la fois l'ampleur des hospitalisations pour troubles de santé mentale et de suivre l'utilisation faite des services pour la prise en charge de la santé mentale.
<b>Population cible</b>	Population affiliée CNS
<b>Formule de calcul</b>	<p><b>Numérateur</b> : Nombre annuel de patients hospitalisés avec un code diagnostic de sortie F de la ICD-10 pour les assurés résidents</p> <p><b>Dénominateur</b> : Population moyenne assurée résidente pour l'année considérée</p> <p><b>Déclinaisons possibles de la formule</b> :</p> <p>Déclinaison par âge et sexe</p> <p>Déclinaison par code diagnostic</p> <p>Résidents / Non-résidents</p> <p>Nombre de journée moyen et médian par patient</p> <p>Ajout du nombre de personnes autorisées à suivre un traitement à l'étranger (avec code diagnostic F)</p>
<b>Type de mesure</b>	Taux
<b>Année</b>	1999 - 2015
<b>Périodicité de la mesure</b>	Annuelle
<b>Sources des données</b>	IGSS, Contrôle médical et Statec
<b>Qualité des sources</b>	En fonction de l'encodage des codes diagnostic
<b>Type d'indicateur</b>	Indicateur de résultat
<b>Caractéristiques de l'indicateur</b>	Quantitatif
<b>Références bibliographiques</b>	<a href="http://ec.europa.eu/health/ph_projects/1998/monitoring/fp_monitoring_1998_fre_p_09_en.pdf">http://ec.europa.eu/health/ph_projects/1998/monitoring/fp_monitoring_1998_fre_p_09_en.pdf</a>
<b>Remarques</b>	<p>Les numéros de sécurité sociale associés à chaque patient sont anonymisés par l'IGSS avant l'exploitation de la base de données</p> <p>Cet indicateur peut être mis en relation avec l'indicateur : nombre d'épisodes d'hospitalisation pour avoir une idée de l'ampleur des cas de réadmissions : taux de réadmission à 30 jours, à 90 jours et sur l'année</p>

<b>Code</b>	<b>TENT_suic_2015</b>
<b>Titre</b>	<b>Tentative de suicide prise en charge aux services des urgences</b>
<b>Domaine</b>	Morbidité spécifique
<b>Définition de l'Indicateur</b>	Proportion de la population ayant été admise dans un des services d'urgence des hôpitaux au cours de l'année, pour cause de tentative de suicide
<b>Objectif visé en suivant cet indicateur</b>	Une évaluation de la proportion de personnes admises à l'hôpital pour cause de tentative de suicide est un indicateur important permettant de décrire une population à risque, approcher le chiffre des tentatives de suicide observées dans le pays et envisager une politique préventive.
<b>Population cible</b>	Population générale
<b>Formule de calcul</b>	<p><b>Numérateur</b> Nombre de patients reçus aux urgences avec une lésion auto infligée  <b>Dénominateur</b> Population moyenne résidente pour l'année considérée  <b>Déclinaisons possibles de la formule</b>  Pour tous les hôpitaux (Minimum Data Set) :  Déclinaison par âge  Déclinaison par sexe  Type de traitement reçu  Type de lésion  Partie du corps lésé  Intention (2 = auto infligé, intentionnel et délibéré)  Mécanisme ayant causé la blessure</p> <p>Pour le CHL uniquement (Full Data Set) :  Si la blessure est intentionnelle et auto-infligée alors est ajouté  Le facteur de risque : conflit, décès, problèmes d'argent...  Le lien avec un incident semblable précédent  Objet ou substance en cause</p>
<b>Type de mesure</b>	Taux
<b>Année</b>	2014 - 2015
<b>Périodicité de la mesure</b>	Annuelle
<b>Sources des données</b>	Direction de la santé : Registre des accidents
<b>Qualité des sources</b>	Bonne
<b>Type d'indicateur</b>	Indicateur de résultat Indicateur d'impact
<b>Caractéristiques de l'indicateur</b>	Quantitatif
<b>Références bibliographiques</b>	<a href="http://www.eurosafe.eu.com/csi/eurosafe2006.nsf/wwwAssets/D5FC1077E7DC33FCC1257C120038002B/\$file/IDB-MDS%20Data%20Dictionary%20OCT%202013.pdf">http://www.eurosafe.eu.com/csi/eurosafe2006.nsf/wwwAssets/D5FC1077E7DC33FCC1257C120038002B/\$file/IDB-MDS%20Data%20Dictionary%20OCT%202013.pdf</a> <a href="http://www.eurosafe.eu.com/csi/eurosafe2006.nsf/wwwAssets/11498398F0475DD5C1257A010052C0BE/\$file/B.%20IDB%20Full%20data%20Set-Coding%20manual%20%28FDS%29.pdf">http://www.eurosafe.eu.com/csi/eurosafe2006.nsf/wwwAssets/11498398F0475DD5C1257A010052C0BE/\$file/B.%20IDB%20Full%20data%20Set-Coding%20manual%20%28FDS%29.pdf</a>
<b>Remarques</b>	Pour le pays, cet indicateur ne reflète que les tentatives de suicide admises aux services d'urgence, excluant les tentatives de suicide prises en charge en dehors de l'hôpital ou non prises en charge.

	<p>Le CHL applique le « Full data set » pour le recueil des données du registre des accidents alors que les autres hôpitaux n'appliquent que le « Minimum data set ». Ce dernier ne permet pas de distinguer les suicides des autres lésions auto infligées (hormis si dans la partie narrative le soignant donne des éléments plus précis). Actuellement 80% des données sont manquantes.</p> <p>Cette donnée est comparable avec les résultats de la base de données européenne « Injury Database IDB » pour la partie « intentional self-harm module »<sup>7</sup>.</p>
<b>Perspectives</b>	<p>Le recueil demande à être amélioré sur le moyen terme afin de pouvoir comptabiliser facilement l'ensemble des tentatives de suicide qui arrivent aux urgences par un encodage systématique. De plus, le recueil devrait permettre à termes d'avoir une idée plus juste du nombre de tentatives existantes en considérant les tentatives prises en charge en ambulatoire, en particulier auprès des médecins libéraux.</p>

---

<sup>7</sup> The Injury Data Base (IDB) Coding Manual, Version 1.1 – June 2005.

[http://www.eurosafe.eu.com/csi/eurosafe2006.nsf/wwwAssets/11498398F0475DD5C1257A010052C0BE/\\$file/B.%20IDB%20Full%20data%20Set-Coding%20manual%20\(FDS\).pdf](http://www.eurosafe.eu.com/csi/eurosafe2006.nsf/wwwAssets/11498398F0475DD5C1257A010052C0BE/$file/B.%20IDB%20Full%20data%20Set-Coding%20manual%20(FDS).pdf).

<b>Code</b>	<b>IDSUIC_trav_2015</b>
<b>Titre</b>	<b>Idées suicidaires liées au travail</b>
<b>Domaine</b>	Morbidité spécifique
<b>Définition de l'Indicateur</b>	Proportion de salariés ayant déjà eu des idées suicidaires liées au travail
<b>Objectif visé en suivant cet indicateur</b>	L'indicateur sur les idées suicidaires liées au travail décrit la qualité du travail perçue par les salariés au Luxembourg. Il permet de donner une image de l'état de santé psychique de la population active et cibler d'éventuelles actions préventives vers le monde de l'entreprise
<b>Population cible</b>	Salariés : Echantillon représentatif de 1500 salariés résidents et frontaliers
<b>Formule de calcul</b>	<p><u>Numérateur</u> : Nombre de salariés de l'échantillon qui déclarent avoir déjà eu des idées suicidaires liées au travail</p> <p><u>Dénominateur</u> : Nombre de répondants à la question sur les idées suicidaires</p> <p><u>Déclinaison possible</u> :</p> <p>Sexe, âge</p> <p>Secteur d'activité</p> <p>En cas de réponse positive sur les idées suicidaires, une estimation de la fréquence de ces idées sur l'année passée est demandée : jamais, rarement, parfois, souvent ou (presque) tout le temps</p>
<b>Type de mesure</b>	Pourcentage
<b>Périodicité de la mesure</b>	Annuelle
<b>Année</b>	2012 - 2015
<b>Sources des données</b>	Chambre des salariés (Index du travail)
<b>Qualité des sources</b>	Données auto reportées par enquête CATI
<b>Type d'indicateur</b>	Indicateur de résultats Indicateur d'impact
<b>Caractéristiques de l'indicateur</b>	Quantitatif
<b>Références bibliographiques</b>	<a href="http://www.statistiques.public.lu/fr/publications/thematique/population-emploi/bienetre-travail/bien-etre-au-travail.pdf">http://www.statistiques.public.lu/fr/publications/thematique/population-emploi/bienetre-travail/bien-etre-au-travail.pdf</a>
<b>Remarques</b>	La question posée dans l'enquête lie les idées suicidaires aux problèmes dus au travail. Or, comme toute question de santé, la problématique est souvent plus globale.
<b>Perspectives</b>	La question posée dans le questionnaire nécessite des améliorations afin de recueillir des idées suicidaires dont les origines sont souvent multifactorielles.



<b>Code</b>	<b>TENT_suic_jeun_2015</b>
<b>Titre</b>	<b>Tentative de suicide chez les adolescents</b>
<b>Domaine</b>	Morbidité spécifique
<b>Définition de l'Indicateur</b>	Proportion de jeunes de 11 à 18 ans ayant fait une tentative de suicide au cours des 12 derniers mois
<b>Objectif visé en suivant cet indicateur</b>	Une évaluation de la proportion de jeunes ayant fait une tentative de suicide dans les douze derniers mois est un indicateur important pour décrire la population des jeunes les plus à risque et envisager une politique préventive favorisant le bien-être des adolescents.
<b>Population cible</b>	Elèves de 11 à 18 ans de l'enseignement secondaire (les questionnaires adressés aux élèves de l'enseignement fondamental ne contenant pas cette question)
<b>Formule de calcul</b>	<b>Numérateur</b> Nombre d'élèves ayant fait une tentative de suicide dans les 12 derniers mois <b>Dénominateur</b> Total des élèves de la base de données HBSC ayant répondu à la question <b>Déclinaisons possibles de la formule</b> Déclinaison par âge, par sexe et par régime scolaire Mise en lien avec l'indicateur « avoir pensé au suicide » et « l'avoir planifié » Mise en lien avec la mortalité par suicide chez les jeunes du même âge
<b>Type de mesure</b>	Taux
<b>Année</b>	2006 - 2010 - 2014
<b>Périodicité de la mesure</b>	Tous les 4 ans
<b>Sources des données</b>	HBSC Direction de la santé pour le registre des décès
<b>Qualité des sources</b>	Données auto-reportées pour les données HBSC Bonne qualité des données pour le registre
<b>Seuil minimal attendu</b>	
<b>Seuil maximal attendu</b>	
<b>Interprétation du score</b>	
<b>Type d'indicateur</b>	Indicateur de résultat Indicateur d'impact
<b>Caractéristiques de l'indicateur</b>	Quantitatif
<b>Références bibliographiques</b>	<a href="http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1201149/">http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1201149/</a> <a href="http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/conf&amp;rm/conf/confsuicide/choquet.html">http://psydoc-fr.broca.inserm.fr/conf&amp;rm/conf/confsuicide/choquet.html</a> Fortune S, Stewart A, Yadav V, Hawton K. Suicide in adolescents: using life charts to understand the suicidal process. <i>J Affect Disord</i> 2007; <b>100</b> : 199–210 Baca-Garcia, E., Diaz-Sastre, C., Garcia Resa, E., Blasco, H., Braquehais Conesa, D., Oquendo, M. A., et al. (2005). Suicide attempts and impulsivity. <i>European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience</i> , 255(2), 152e156
<b>Remarques</b>	Pour cet indicateur spécifique, la littérature recommande de considérer en priorité les données HBSC et non les données hospitalières. En effet, une grande majorité des tentatives de suicide ne sont pas connues des services hospitaliers. Toutefois, cet indicateur est à mettre en lien avec le taux de mortalité par suicide. Il est fréquent d'observer une baisse des tentatives expliquée par une augmentation des décès.

<b>Code</b>	<b>DEMOG_psych_2015</b>
<b>Titre</b>	<b>Nombre de psychiatre pour 100 000 habitants</b>
<b>Domaine</b>	Ressources du système de soins
<b>Définition de l'Indicateur</b>	Nombre de psychiatres, pédopsychiatres et neuropsychiatres en exercice pour 100 000 habitants
<b>Objectif visé en suivant cet indicateur</b>	Cet indicateur permet de décrire les ressources médicales disponibles pour une prise en charge des troubles de santé mentale en général, des idées suicidaires et tentatives de suicide en particulier
<b>Population cible</b>	Psychiatres en exercice
<b>Formule de calcul</b>	<p><b>Numérateur</b> Nombre de psychiatres pédopsychiatres et neuropsychiatres en exercice (incluent les médecins à la retraite qui ont toujours un droit d'exercice)</p> <p><b>Dénominateur</b> Population moyenne résidente pour l'année considérée</p> <p><b>Déclinaisons possibles de la formule :</b></p> <p>Déclinaison par spécialité</p> <p>Déclinaison entre praticien exerçant en milieu hospitalier (libéral ou non), en milieu extrahospitalier et praticien exerçant uniquement hors hôpital</p>
<b>Type de mesure</b>	Taux
<b>Périodicité de la mesure</b>	Annuelle
<b>Année</b>	1999 - 2015
<b>Sources des données</b>	IGSS, Direction de la santé, STATEC
<b>Qualité des sources</b>	Bonne
<b>Type d'indicateur</b>	Indicateur de résultat
<b>Caractéristiques de l'indicateur</b>	Quantitatif
<b>Références bibliographiques</b>	<p><a href="http://www.oecd-ilibrary.org/sites/health_glance-2011-fr/03/06/g3-06-01.html?contentType=&amp;itemId=%2Fcontent%2Fchapter%2Fhealth_glance-2011-25-fr&amp;mimeType=text%2Fhtml&amp;containerItemId=%2Fcontent%2Fserial%2F19991320&amp;accessItemIds=%2Fcontent%2Fbook%2Fhealth_glance-2011-fr&amp;csp=423f5ec5bf33553214da98e02694e7eb">http://www.oecd-ilibrary.org/sites/health_glance-2011-fr/03/06/g3-06-01.html?contentType=&amp;itemId=%2Fcontent%2Fchapter%2Fhealth_glance-2011-25-fr&amp;mimeType=text%2Fhtml&amp;containerItemId=%2Fcontent%2Fserial%2F19991320&amp;accessItemIds=%2Fcontent%2Fbook%2Fhealth_glance-2011-fr&amp;csp=423f5ec5bf33553214da98e02694e7eb</a></p> <p><a href="http://www.mss.public.lu/publications/rapport_general/rg2012/rg_2012.pdf">http://www.mss.public.lu/publications/rapport_general/rg2012/rg_2012.pdf</a></p>
<b>Remarques</b>	Les médecins peuvent soit travailler uniquement à l'hôpital, en libéral ou en tant que salarié, soit uniquement en cabinet hors hôpital, soit avoir les deux types d'activités
<b>Perspectives</b>	La loi sur la psychothérapie devrait permettre de pouvoir considérer les psychothérapeutes et psychologues en exercice pour assurer une prise en charge de la santé mentale de la population nationale. Pour l'instant, les psychothérapeutes en exercice ne sont pas comptabilisés.

<b>Code</b>	CONS_psy_2015
<b>Titre</b>	<b>Nombre de consultations et de thérapies par psychiatre par an</b>
<b>Domaine</b>	Utilisation du système de soins
<b>Définition de l'Indicateur</b>	Nombre de consultations et de thérapies réalisées par les psychiatres en exercice sur le territoire national pour une année
<b>Objectif visé en suivant cet indicateur</b>	Cet indicateur permet de décrire l'activité des psychiatres : nombre de consultations et de psychothérapies réalisées et d'en suivre l'évolution
<b>Population cible</b>	Médecins psychiatres, pédopsychiatres et neuropsychiatres et exercice
<b>Formule de calcul</b>	<p><b>Numérateur</b> Nombre de consultations réalisées par les psychiatres, pédopsychiatres et neuropsychiatres sur l'année (consultations spécialistes : codes C9 et C10, consultations majorées : codes C32 et C33, psychothérapies : 1N52, 1N61, 1N62, 1N63, 1N64, 1N65, 1N66, 1N71, 1N72, forfait pour traitement en hôpital de jour psychiatrique : J1, J3 et J4)</p> <p><b>Dénominateur</b> Nombre de psychiatres en exercice sur l'année</p> <p><b>Déclinaisons possibles de la formule :</b> Déclinaison par type de consultations et de thérapies réalisées Déclinaison par spécialité médicale Nombre de patients concernés</p>
<b>Type de mesure</b>	Taux
<b>Périodicité de la mesure</b>	Annuelle
<b>Année</b>	1999 - 2015
<b>Sources des données</b>	IGSS, CNS
<b>Qualité des sources</b>	Bonne
<b>Type d'indicateur</b>	Indicateur de résultat
<b>Caractéristiques de l'indicateur</b>	Quantitatif
<b>Références bibliographiques</b>	<a href="http://cns.lu/files/listepos/Tarifs_med_062014.pdf">http://cns.lu/files/listepos/Tarifs_med_062014.pdf</a>
<b>Remarques</b>	La base de données ne doit pas seulement contenir le nombre de consultations et thérapies réalisées, mais informer sur le nombre de patients concernés par les consultations et thérapies. La base de données doit donc être organisée par patient avec une anonymisation des matricules
<b>Perspectives</b>	Les consultations thérapeutiques organisées dans les services extrahospitaliers de psychiatrie sont enregistrées depuis 2013 par les services eux-mêmes. Actuellement ces données n'ont pas été analysées. Il pourrait être envisagé un travail d'harmonisation entre les services autour d'un certain nombre d'indicateurs afin de rendre l'outil performant pour les équipes et pour l'épidémiologie nationale

