



Schweizerisches Gesundheitsobservatorium
Observatoire suisse de la santé
Osservatorio svizzero della salute
Swiss Health Observatory

OBSAN RAPPORT 52

52

La santé psychique en Suisse

Monitorage 2012

Daniela Schuler, Laila Burla

L'**Observatoire suisse de la santé (Obsan)** est une institution mandatée par la Confédération et les cantons. L'Observatoire suisse de la santé analyse les informations existant en Suisse dans le domaine de la santé. Il soutient la Confédération, les cantons et d'autres institutions du secteur de la santé publique dans leur planification, leur prise de décisions et leur action. Pour plus d'informations, consultez www.obsan.ch.

Paraissent dans la **série «Obsan Rapport»** des rapports et des analyses consacrés au domaine de la santé. La réalisation des rapports est assurée par l'Obsan ou confiée à des experts externes. Une commission de révision contrôle la qualité des rapports. Le contenu de ces derniers est de la responsabilité de leurs auteurs. Les rapports de l'Obsan sont généralement publiés sous forme imprimée.

Impressum

Editeur

Observatoire suisse de la santé (Obsan)

Auteurs

- Daniela Schuler, Obsan
- Laila Burla, Obsan

Avec la collaboration de

- Lucy Bayer-Oglesby, Obsan
- Markus Buri, OFAS
- Sylvie Füglistner-Dousse, Obsan
- Martine Kaeser, OFS
- Florence Moreau-Gruet, Obsan
- Maik Roth, Obsan
- Isabelle Sturny, Obsan

Reviewboard

- Niklas Baer, Service cantonal de psychiatrie du canton de Bâle-Campagne
- Jürgen Barth, Institut de médecine sociale et préventive, Université de Berne
- Paul Camenzind, Obsan
- Christoph Junker, OFS
- Peter Rüesch, Fachstelle Gesundheitswissenschaften, ZHAW
- Isabelle Sturny, Obsan

Série et numéro

Obsan Rapport 52

Référence bibliographique

Schuler, D. & Burla, L. (2012). *La santé psychique en Suisse. Monitoring 2012* (Obsan Rapport 52). Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.

Renseignements/informations

Observatoire suisse de la santé
Office fédéral de la statistique
Espace de l'Europe 10
CH-2010 Neuchâtel
Tél. 032 713 60 45
E-mail: obsan@bfs.admin.ch
Internet: www.obsan.ch

Langue du texte original

Allemand

Traduction

Services linguistiques de l'OFS

Révision

Fabienne Bogádi, Genève

Graphisme et mise en page

DIAM, Prepress / Print, OFS

Page de couverture

Roland Hirter, Berne

Commande

Tél. 032 713 60 60
Fax 032 713 60 61
E-mail: order@bfs.admin.ch

Numéro de commande

874-1201

Prix

16 francs (TVA excl.)
Cette publication est également disponible en allemand (numéro de commande: 873-1202).

Téléchargement du fichier PDF

www.obsan.ch > Publications

ISBN

978-3-907872-97-0

© Obsan 2012

[Version corrigée du 3.5.2012](#)

[Rectifications voir erratum en dernière page](#)

Table des matières

Abréviations	2	4	Recours aux soins	40	
Résumé	3	4.1	Recours aux soins en général et prise de médicaments	41	
1	Introduction	7	4.2	Recours aux soins: cabinets	46
1.1	Santé psychique – maladie psychique	7	4.3	Recours aux soins: établissements psychiatriques ambulatoires/semi-hospitaliers	49
1.2	Importance des troubles psychiques	8	4.4	Recours aux soins: institutions médico-sociales	50
1.3	Politique de la santé	10	4.5	Recours aux soins: cliniques	51
1.4	Troisième édition du monitoring	13	5	Thèmes particuliers	58
1.5	Base de données	15	5.1	Le travail et la santé psychique	58
2	État de santé psychique	22	5.2	Rentes AI pour troubles psychiques	66
2.1	Force, énergie et optimisme	22	5.3	Suicide	68
2.2	Problèmes psychiques	24	5.4	Coûts des troubles psychiques	74
2.3	Dépression et états dépressifs	25	Encadré: Inégalité sociale et santé psychique	76	
2.4	Comorbidité	27	6	Synthèse	78
3	Facteurs de protection et facteurs de risque	32	Bibliographie	81	
3.1	Satisfaction	32	Annexe	89	
3.2	Sentiment de maîtriser sa vie	35			
3.3	Soutien social	36			
3.4	Événements critiques de l'existence	38			

Abréviations

AHV	Alters- und Hinterlassenenversicherung	HEA	Health Education Authority
AVS	Assurance-vieillesse et survivants	VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse (Allemagne)	CIM	Classification internationale des maladies (International Classification of Diseases ICD)
OFSP	Office fédéral de la santé publique	AI	Assurance-invalidité
OFS	Office fédéral de la statistique	LAI	Loi fédérale sur l'assurance-invalidité
OFAS	Office fédéral des assurances sociales	n	Nombre de personnes interrogées
DALY	Disability Adjusted Life Years (années de vie perdues en bonne santé)	Obsan	Observatoire suisse de la santé
DSQ	Depression Screening Questionnaire	OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques (Organisation for Economic Co-operation and Development OECD)
DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux)	AOS	Assurance obligatoire des soins
LPsy	Loi fédérale sur les professions de la psychologie	SASIS AG	Les assureurs-maladie suisses
ESAI	Enquête sur la santé des personnes âgées vivant en institution	SDI	Indice suisse des diagnostics
UE	Union européenne	SECO	Secrétariat d'État à l'économie
EUROFOUND	European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions	ESS	Enquête suisse sur la santé
EWCS	European Working Condition Survey	PSM	Panel suisse de ménages
FORS	Centre de compétences suisse en sciences sociales	SOMED	Statistique des institutions médico-sociales
FMH	Fédération des médecins suisses FMH	SUVA	Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents
GDS	Geriatric Depression Scale	OMS	Organisation Mondiale de la Santé (World Health Organization WHO)
CDS	Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé	WHO	World Health Organization (Organisation Mondiale de la Santé OMS)
GFS	Gesellschaft für praktische Sozialforschung (Société suisse de recherches sociales)		

Résumé

Ce troisième rapport de monitoring de l'Observatoire suisse de la santé (Obsan) donne une vue d'ensemble actuelle de l'état de santé psychique de la population suisse.

La *santé psychique* englobe le bien-être personnel, la satisfaction, la confiance en soi, la capacité à nouer des relations, à gérer le quotidien et à travailler. Elle n'est pas un état, mais un processus dynamique qui exige de l'individu une adaptation permanente. Inversement, les troubles psychiques sont une entrave à la vie quotidienne et ont des répercussions au niveau émotionnel, cognitif, interpersonnel, psychique et comportemental. Les *troubles psychiques* sont très répandus et font partie des maladies les plus fréquentes et les plus handicapantes. Leur effet se faisant souvent sentir dans tous les domaines de la vie, les troubles psychiques amoindrissent la qualité de la vie, la capacité de gérer le quotidien et de travailler, mettent les proches à contribution et peuvent mener jusqu'au suicide. Il n'est pourtant pas rare que ces troubles ne soient pas reconnus, qu'ils soient sous-estimés et que leur importance au plan personnel, social et économique soit minimisée.

Le présent rapport porte sur la santé psychique et les maladies s'y rapportant, sur les facteurs de risque et de protection, sur le recours aux traitements et sur d'importants thèmes spécifiques tels que le travail, l'invalidité, le suicide, les coûts et les inégalités sociales. Les résultats sont présentés dans l'ordre chronologique dans la mesure du possible et pour autant que cela soit judicieux. Comparée à celles des deux premiers rapports, la base de données a été élargie. La source principale reste l'enquête suisse sur la santé (ESS). Elle est complétée par les données d'autres enquêtes (le Panel suisse des ménages PSM, l'enquête sur l'état de santé des personnes âgées vivant en institution ESAI, par ex.) et d'autres relevés (la statistique médicale des hôpitaux, la statistique de l'AI, etc.).

État de santé psychique

Environ 74% des personnes interrogées ont (très) souvent le sentiment d'être pleines de *force, d'énergie et d'optimisme*. C'est davantage le cas des hommes et des jeunes que des femmes et des personnes âgées. La part des personnes qui ont très souvent ce sentiment a diminué d'un tiers entre 2004 et 2009. La proportion de celles qui le ressentent souvent est supérieure à la moyenne en Suisse orientale, dans l'Espace Mittelland et au Tessin, mais *inférieure* à la moyenne dans la région lémanique et dans celle de Zurich.

Un peu plus de 4% des personnes interrogées déclarent souffrir de *problèmes psychiques* importants et près de 13% de problèmes psychiques moyens. Par conséquent, la probabilité est (très) grande qu'une personne sur six environ souffre d'un problème psychique au sens clinique. Les femmes et les jeunes déclarent plus fréquemment avoir de tels problèmes que les hommes et les personnes âgées. La part des personnes interrogées souffrant de problèmes psychiques est la plus forte dans le canton du Tessin et dans la région lémanique, et la plus faible en Suisse centrale.

Parmi les personnes interrogées, 3% font état de *symptômes dépressifs* moyens à sévères et près de 16% de symptômes faibles. Les symptômes moyens à sévères présupposent une dépression nécessitant un traitement. A noter que les symptômes, et surtout les plus sévères, pourraient bien être sous-estimés du fait que l'enquête s'adressait à des personnes vivant dans des ménages privés. Les femmes et les personnes âgées font plus souvent état de symptômes dépressifs faibles; les symptômes moyens à sévères sont tout aussi répandus chez les hommes que chez les femmes et dans tous les groupes d'âges. La prévalence des symptômes dépressifs n'a pas changé de manière significative entre 2002 et 2007. Comme pour les problèmes psychiques, ce sont le Tessin et la région lémanique qui font état des parts les plus élevées de personnes souffrant de symptômes dépressifs et la Suisse centrale de la part la plus faible.

La *comorbidité*, c'est-à-dire la présence simultanée de plus d'une maladie, est fréquente chez les personnes souffrant de troubles psychiques. Les trois quarts des personnes qui ont des problèmes psychiques importants et deux tiers de celles ayant de sévères symptômes dépressifs souffrent également de troubles physiques importants. Les femmes déclarent plus souvent souffrir d'une telle combinaison de troubles que les hommes.

Facteurs de protection et facteurs de risque

Plus de 70% des personnes interrogées se disent (très) *satisfaites* de leur vie en général. C'est le cas de 66% des personnes interrogées spécifiquement sur leur satisfaction à l'égard de leur santé. Une personne sur dix déclare en être insatisfaite. Les femmes et les personnes âgées sont en général plus souvent satisfaites de leur vie que les hommes et les jeunes. La satisfaction par rapport à la santé diminue toutefois avec l'âge. Au cours des années considérées, la part des personnes très satisfaites s'est réduite considérablement dans tous les domaines, alors que celle des personnes très insatisfaites n'a pratiquement pas changé. En comparaison régionale, il est frappant de constater la proportion relativement large de personnes au Tessin qui font état d'une profonde insatisfaction de la vie en général. Comme on pouvait s'y attendre, moins la satisfaction générale est bonne, plus les problèmes psychiques sont importants.

Le *sentiment de maîtriser sa vie* est marqué pour environ 40% de la population; ces personnes estiment donc pouvoir déterminer elles-mêmes le cours de leur existence. Ce sentiment est faible pour 20% des personnes interrogées. La proportion des personnes chez qui le sentiment de maîtriser sa vie est fort augmente avec l'âge. Cette proportion est aussi plus élevée chez les hommes que chez les femmes, quel que soit le groupe d'âges. Les personnes qui éprouvent fortement le sentiment de maîtriser leur vie font nettement moins souvent état de problèmes psychiques moyens ou importants que celles chez qui ce sentiment est faible.

Environ 95% des personnes interrogées indiquent avoir au moins une *personne de confiance* dans leur entourage, pourtant près d'un tiers se *sentent seules* de temps à autre. Les femmes indiquent plus souvent avoir une ou plusieurs personnes de confiance, mais elles déclarent aussi davantage que les hommes ressentir de la solitude. La part des gens qui n'ont aucune personne de confiance ou qui n'en ont qu'une augmente avec l'âge. Ce sont toutefois avant tout des jeunes qui déclarent

ressentir de la solitude. L'absence de personne de confiance et le sentiment de solitude augmentent en présence de problèmes psychiques.

Le risque de souffrir de différentes maladies psychiques s'accroît en présence d'*événements critiques*, tels que des changements abrupts intervenant dans la vie des individus, surtout si plusieurs de ces événements se cumulent. Plus de 60% des personnes interrogées en Suisse avaient vécu un événement critique pendant l'année précédant l'enquête, 10% environ plus de trois événements de ce type. Les femmes et les personnes âgées sont plus souvent confrontées à des événements critiques que les hommes et les jeunes. Les problèmes psychiques s'accroissent à mesure que les événements critiques s'accumulent.

Recours aux soins

Des études ont montré que si les soins interviennent trop tard ou sont d'une qualité insuffisante en cas de troubles psychiques, le risque de développer une maladie grave, chronique ou plusieurs maladies en même temps (comorbidité), de souffrir d'isolement social ou de se suicider augmente. Plus de 5% (1997: 4%) des personnes interrogées se sont *fait traiter* en 2007 *pour des problèmes psychiques*, les femmes plus souvent que les hommes. La plupart de ces patients ont été suivis par des spécialistes en psychiatrie ou psychothérapie. Les traitements donnés par des médecins généralistes ont nettement diminué au cours des 10 dernières années. Proportionnellement, ce sont avant tout des personnes âgées et des femmes qui consultent des généralistes dans ce contexte. Si l'on compare les résultats en termes de prévalence et de recours aux soins en cas de dépression, on s'aperçoit que ce dernier est inférieur et donc insuffisant.

Environ 5% de la population avait pris des somnifères, des calmants ou des antidépresseurs au moins une fois pendant la semaine précédant l'enquête, la consommation augmentant avec l'aggravation des problèmes. La consommation de somnifère est surtout répandue chez les personnes âgées. Plus de la moitié des personnes traitées en cabinet médical ne se voient pas prescrire de médicament. En revanche, des médicaments sont administrés dans la plupart des cas de schizophrénie et de dépression. Les antidépresseurs sont les médicaments psychoactifs les plus souvent prescrits.

Entre 2006 et 2010, le nombre de personnes traitées *en ambulatoire* a augmenté de près de 9% dans l'ensemble. La hausse a même atteint 18% dans les cabinets

psychiatriques. Les personnes souffrant de problèmes psychiques, ou psychiques et physiques, se rendent plus souvent chez le médecin. Les diagnostics psychiatriques posés dans un cabinet ambulatoire le sont par un psychiatre dans 62% des cas et par un généraliste dans 36% des cas. Les généralistes diagnostiquent principalement des dépendances et des dépressions, ces dernières s'accompagnant dans trois quarts des cas de maladies comorbides. Les généralistes traitent généralement eux-mêmes leurs patients dépressifs avec des antidépresseurs dans près de la moitié des cas et en combinant antidépresseurs et psychothérapie dans près d'un quart des cas.

Le nombre de cas traités dans les 58 établissements psychiatriques ambulatoires et semi-hospitaliers varie, selon les cantons, entre 11 et 65 pour 1000 habitants. Ces établissements traitent le plus souvent des troubles névrotiques, des troubles liés au stress et des troubles somatoformes ou affectifs.

Environ 38% des personnes résidant dans des institutions médico-sociales pour personnes handicapées, pour personnes dépendantes et pour personnes présentant des troubles psychosociaux, sont traitées pour une affection psychique, une dépendance ou un problème d'insertion sociale. Ces institutions accueillent nettement plus d'hommes que de femmes. Les problèmes d'insertion sociale touchent avant tout des jeunes. Si elle peut prendre différentes formes selon le trouble principal, la prise en charge intra-muros est la plus fréquente.

En 2009, les hôpitaux de Suisse ont recensé 77'841 hospitalisations pour lesquelles le diagnostic principal était de nature psychique. Cela correspond à environ 12 hospitalisations pour 1000 habitants. Le taux d'hospitalisation (cas) a augmenté de près de 5% depuis 2002, alors que le taux de patients (personnes) est resté relativement stable. La hausse des réadmissions qui en résultent est attribuée en premier lieu à une plus grande mobilité des patients entre les prises en charge ambulatoire et hospitalière. Davantage de femmes que d'hommes ont été traitées intra-muros et une majorité de personnes d'un âge moyen. Les diagnostics les plus souvent constatés chez les hommes étaient les troubles liés à l'alcool, la dépression, ainsi que les troubles névrotiques, liés au stress et somatoformes. Chez les femmes, la dépression arrivait nettement en première position, suivie des troubles névrotiques, liés au stress et somatoformes et des troubles liés à l'alcool. En 2009, les traitements intra-muros de diagnostics psychiatriques représentaient 363 journées de soins pour 1000 habitants, soit 30 de moins qu'en 2002. Ce taux diffère selon le type de maladie, le sexe et l'âge et varie aussi considérablement entre les cantons.

Thèmes particuliers

Le travail a des conséquences importantes sur la santé psychique. En général, le travail vaut mieux que le chômage pour la santé psychique, mais certaines conditions de travail sont plus ou moins favorables à cette dernière. D'une part, les personnes au chômage déclarent nettement plus souvent souffrir de problèmes psychiques que les personnes actives occupées ou les personnes non actives. D'autre part, la proportion de personnes au chômage est plus grande chez les personnes qui souffrent de problèmes psychiques importants que chez celles dont ces problèmes sont moyens ou faibles.

La majorité des personnes actives occupées (88%) sont satisfaites professionnellement; les différences entre les femmes et les hommes sont insignifiantes en ce sens. Les personnes actives occupées insatisfaites professionnellement ont des problèmes psychiques plus importants que celles qui sont satisfaites de leur situation au travail; et les personnes qui ont de graves problèmes psychiques sont moins satisfaites de leur travail que celles dont les problèmes psychiques sont moins marqués.

Si près de la moitié des personnes actives occupées n'ont pas de problème de «Life Domain Balance», 20% font état d'un fort déséquilibre entre vie professionnelle et vie privée et d'importants problèmes psychiques. Ce fort déséquilibre rapporté a diminué entre 2002 et 2009.

Près de 42% des personnes actives occupées déclarent subir des tensions psychiques élevées au travail. Leur proportion a quelque peu baissé entre 2002 et 2007. En 2007, environ 13% des personnes actives occupées craignaient de perdre leur emploi. La part des personnes actives occupées ressentant une baisse de leur productivité ou se sentant incapables de travailler étaient plus conséquente chez celles qui souffraient de problèmes psychiques importants.

Une rente invalidité est attribuée quand une (ré)-insertion dans la vie active est jugée impossible. Le nombre des nouvelles rentes AI a baissé entre 2003 et 2006, puis s'est stabilisé. Les maladies psychiques constituent la cause d'invalidité la plus fréquente. Elles étaient à l'origine de l'octroi de 36% des nouvelles rente AI en 2000, contre 43% en 2010. La plupart des nouveaux bénéficiaires d'une rente motivée par une maladie psychique souffrent de troubles psychogènes (tels que troubles de la personnalité, formes dépressives récurrentes et douleurs somatoformes), de schizophrénie ou d'autres psychoses. Parmi les nouveaux bénéficiaires de rentes AI motivées par une maladie psychique, la part des femmes est plus importante que celle des hommes.

A partir de l'année 2009, les cas d'assistance au suicide (suicide assisté) ne sont plus comptés comme des *suicides* mais comme des décès dus à une maladie préexistante. Il en résulte, du point de vue statistique, une réduction de 20% environ du nombre de suicides. 1105 personnes se sont suicidées en 2009. Le taux de suicide est à peu près trois fois plus élevé chez les hommes (19,3 cas pour 100'000 hommes) que chez les femmes (6,2 cas pour 100'000 femmes) et s'établit au total, à 12,5 cas pour 100'000 habitants. Le taux de suicide augmente avec l'âge. Il est relativement constant depuis 2003. Il varie toutefois considérablement entre plus de 8 et 19 cas pour 100'000 habitants selon le canton. Les méthodes de suicide les plus fréquentes sont la pendaison, le saut dans le vide et l'arme à feu, avec toutefois des différences considérables entre les sexes.

Les troubles psychiques génèrent des *coûts* économiques élevés. En Suisse, ces coûts sont estimés à plus de 11 milliards de francs par an, les coûts indirects (absentéisme, retraites anticipées, etc.) en représentant une bonne partie. Les coûts de l'assurance obligatoire des soins (AOS) pour traitements psychiatriques ont augmenté ces dernières années, comme d'ailleurs l'ensemble des coûts AOS. Une forte hausse a en particulier été enregistrée pour les soins psychiatriques ambulatoires en milieu hospitalier.

Le rapport entre le statut socioéconomique et la santé psychique est incontesté. L'état de santé d'une personne a ainsi une influence sur sa position sociale et, inversement. Le présent rapport prend la *formation* comme indicateur du statut social. Des liens parfois très marqués sont observés dans tous les domaines examinés entre la formation et les indicateurs de la santé psychique et des maladies psychiques.

1 Introduction

Le présent rapport livre une vue d'ensemble de la santé mentale et des maladies psychiques dans la population suisse. Comme les rapports sur la santé, il est conçu dans une optique de périodicité et de comparabilité, et il se rapporte en maints endroits aux thèmes des deux premiers rapports de monitoring sur la santé mentale en Suisse (Rüesch & Manzoni, 2003; Schuler et al., 2007). Étant donné qu'il se concentre sur les résultats obtenus au niveau national, il n'intègre pas le contexte international.

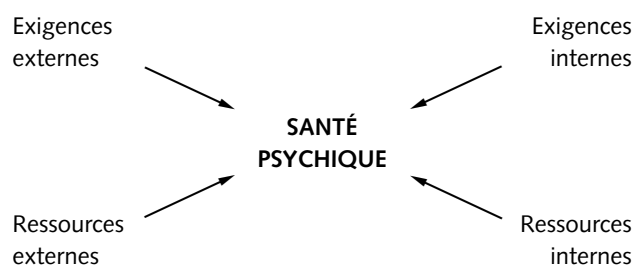
1.1 Santé psychique – maladie psychique

La *santé psychique* comporte des aspects tels que le bien-être personnel, la satisfaction d'exister, la confiance en soi, la capacité relationnelle, l'aptitude à gérer sa vie quotidienne et à exercer une profession, comme aussi la capacité de participer à la vie collective. Être psychiquement sain signifie également croire à sa propre valeur et à sa propre dignité et savoir apprécier la valeur des autres (HEA, 1999).

La santé psychique requiert un équilibre entre ce qui est exigé de nous et les ressources dont nous disposons (cf. chapitre 3). Les exigences externes et internes sont des facteurs de stress susceptibles d'être modifiés et maîtrisés par les ressources externes et internes (fig. 1.1). L'action des facteurs de stress s'amplifie lorsqu'ils s'exercent de façon cumulative et continue. La période de la vie au cours de laquelle survient le stress joue par ailleurs un rôle déterminant. La santé psychique requiert une adaptation constante et active à des réalités objectives et subjectives qui évoluent sans cesse. Elle peut être entendue comme le résultat d'interactions complexes entre des facteurs biologiques, psychologiques, socioéconomiques, socioculturels et institutionnels. Elle n'est pas seulement un état résultant des dispositions personnelles et des comportements du sujet, mais un processus dynamique à plusieurs niveaux, influencé à la fois par des paramètres individuels et par des facteurs exogènes (WHO, 2001).

Modèle ressources – exigences

Fig. 1.1



Source: selon Becker et al., 1994

© Obsan

Les *troubles psychiques* ont un effet limitatif sur les fonctions humaines au niveau existentiel et comportemental. Ils peuvent se manifester par des limitations émotionnelles, cognitives, comportementales, physiques, ou par une forme d'inaptitude aux relations personnelles. Ils s'accompagnent de souffrances aiguës ou peuvent augmenter sensiblement le risque d'avoir à souffrir d'une perte de liberté ou de qualité de vie (Bastine, 1998; Sass et al., 1996). Tandis que les termes maladie psychique ou problème psychique étaient autrefois couramment utilisés, le terme trouble, plus descriptif et moins arbitraire, s'est aujourd'hui imposé. Dans le présent rapport, les termes *trouble* et *maladie* sont employés comme synonymes.

Il existe plusieurs modèles de relation entre santé et maladie. Dans le domaine de la santé et des maladies psychiques, l'approche se base majoritairement sur une conception bipolaire, plus que dichotomique. Par conséquent, la santé et la maladie sont considérées comme les pôles d'un continuum entre lesquels chacun évolue, dans un sens ou dans l'autre, sans jamais se trouver foncièrement malade ou en bonne santé (dichotomie), mais toujours plus ou moins l'un ou l'autre. Pour pouvoir situer la position d'un individu à l'intérieur de ce continuum, il faut prendre en compte le contexte socioculturel dans lequel il évolue autant que le point de vue adopté: il est ainsi possible qu'une appréciation partant d'un point de vue subjectif ne concorde pas avec celle qui procède d'un point de vue médical et qu'une personne se juge par exemple «plus malade» qu'elle ne l'est aux yeux de la médecine.

Dans la pratique, cependant, il est souvent nécessaire, dans des domaines tels que l'assurance-maladie ou les services sociaux, de prendre des décisions sur la base d'une définition dichotomique de la santé et de la maladie. Les systèmes de classification et de diagnostics, comme la Classification internationale des maladies CIM-10 de l'OMS¹ et le *Manuel diagnostic et statistique des troubles mentaux* (DSM-IV) de l'Association américaine de psychiatrie (Sass et al., 1998), fixent des critères contraignants de délimitation entre la santé et la maladie. Ne sont considérés comme pathologiques que les symptômes qui, compte tenu de la biographie du sujet et de son milieu socioculturel, présentent des caractéristiques déterminées de gravité, d'intensité, de fréquence et de durée, et qui entraînent des souffrances personnelles ou des restrictions fonctionnelles (Scharfetter, 2002). Si les indices et les symptômes ne sont pas suffisamment marqués et persistants pour remplir les critères d'une maladie psychique, on parle de stress, de souffrances ou de problèmes psychiques. La présente publication contient, notamment, un grand nombre de résultats sur les problèmes psychiques (cf. sous-chapitre 2.2, annexe). Ces résultats s'appuient sur une auto-évaluation des personnes interrogées (dans le cadre de l'Enquête suisse sur la santé ESS) quant à leur bien-être psychique. Ils ne se réfèrent pas à des diagnostics cliniques portés par des spécialistes. Néanmoins, lorsque le degré de gravité s'avère moyen à élevé, l'existence d'un trouble psychique peut être considérée comme probable. Il n'en est pas de même des résultats concernant les hospitalisations en clinique, où il s'agit de troubles psychiques diagnostiqués par des membres du corps médical.

1.2 Importance des troubles psychiques

1.2.1 Extension des maladies psychiques

Dans leurs travaux, Wittchen et Jacobi (2005) ont constaté que près d'une personne sur deux souffre, un jour ou l'autre, de troubles psychiques. La récente recherche épidémiologique de Wittchen et Jacobi et al. (2011), qui intègre des études issues des 27 États de l'UE, de la Suisse, de l'Islande et de la Norvège, révèle que 38% de la population de l'UE élargie souffre d'un trouble psychique une fois par année. Cela représente près de 164,7 millions de personnes. Le tableau 1.1 offre une vue d'ensemble de certains troubles psychiques et de leur prévalence annuelle². L'en-tête de colonne «Intervalle» se réfère aux valeurs de prévalence minimum et maximum indiquées par les différentes études. La colonne «Estimation des experts» contient les valeurs de prévalence les plus probables selon l'estimation des experts. Les troubles les plus courants sont les troubles anxieux (14,0%), les troubles affectifs (7,8%) – essentiellement les dépressions (6,9%) – les troubles somatoformes (4,9%) et les troubles dus à l'alcool (3,4%). Les femmes sont deux à trois fois plus souvent touchées que les hommes, si l'on excepte les troubles liés à l'utilisation de substances et les troubles psychotiques. Aucune différence notable n'a pu être constatée entre les pays ou les cultures, sauf en ce qui concerne les troubles liés à l'utilisation de substances (pour les données spécifiques à la Suisse, voir Ajdacic-Gross & Graf, 2003).

On évalue souvent la proportion dans laquelle une population donnée est touchée par telle ou telle maladie en faisant appel non seulement aux valeurs de prévalence, mais encore en procédant à une quantification de ce que l'on appelle la charge de morbidité (*Burden of Disease*). La charge de morbidité d'une population correspond à la différence entre l'état de santé actuel et la situation sanitaire idéale (Murray & Lopez, 1996). Pour la mesurer, on utilise les DALY (*Disability Adjusted Life Years ou années de vie perdues en bonne santé*), c'est-à-dire la somme des années de vie potentielle perdues en raison d'une mortalité prématurée ou d'une incapacité. La charge de morbidité induite par les troubles psychiques est forte: ceux-ci sont la cause de 20,2% des DALY calculées sur l'ensemble des 27 États de l'UE, soit

¹ www.cim10.ch/index.asp?lang=FR&consulter=oui (consulté le 18.01.2012)

² Part des individus malades dans une population donnée sur une période d'une année.

Tab. 1.1 Aperçu des diagnostics spécifiques pour une prévalence d'une année en Europe

Diagnostic selon DSM-IV	Intervalle %	Médian %	Estimation des experts %	Nombre estimé de personnes concernées (mio)	Groupes d'âge considérés	«Ratio Femmes: Hommes»
Démence	p.v. ¹		5,4	6,3	60+	1,6
Troubles liés à l'utilisation de substances						
Dépendance à l'alcool	0,0–9,3	3,4	3,4	14,6	15+	0,3
Troubles psychotiques	0,2–2,6	1,0	1,2	5,0	18+	0,8
Troubles affectifs						
Dépression majeure	1,0–10,1	5,7	6,9	30,3	14+	2,3
Trouble bipolaire	0,2–1,1	0,7	0,9	3,0	18–65	1,2
Troubles anxieux						
Trouble panique	0,6–3,1	1,2	1,8	7,9	14+	2,5
Agoraphobie	0,1–3,1	1,2	2,0	8,8	14+	3,1
Phobie sociale	0,6–7,9	2,0	2,3	10,1	14+	2,0
Phobies spécifiques	3,1–11,1	4,9	6,4	22,7	14–65	2,4
Anxiété généralisée	0,2–4,3	2,0	1,7–3,4 ²	8,9	14+	2,1
Trouble obsessionnel-compulsif	0,1–2,3	0,7	0,7	2,9	18+	1,6
Etat de stress post-traumatique	0,6–6,7	2,3	1,1–2,9 ²	7,7	14+	3,4
Troubles somatoformes	1,1–11,0	6,3	4,9	20,4	18–65	2,1
Troubles de l'alimentation						
Anorexie mentale	0,0–0,6	0,1	0,2–0,5 ²	0,8	14–65	4,5
Boulimie	0,0–0,9	0,3	0,1–0,9 ²	0,7	14–65	8,0
Troubles de la personnalité						
Personnalité borderline	0,7–0,7	0,7	0,7	2,3	18–65	0,5
Personnalité antisociale	0,6–0,7	0,6	0,6	2,0	18–65	0,2

Source: Wittchen und Jacobi et al., 2011

© Obsan

¹ Pas de valeurs, car les différences entre les divers groupes d'âge sont importantes (60–65 ans: 0,3–1%; 85+ ans: 11,5–31,7%)² dépendant de l'âge

au total 17,8% des hommes et 22,9% des femmes (Wittchen et al., 2011). La dépression, qui est à la source de 7,2% des DALY, figure au premier rang des maladies psychiques en cause, en Europe, en termes de charge de morbidité. En deuxième position se trouve la démence (3,7%) et, en troisième position, la dépendance à l'alcool (3,4%). Ce classement est le même chez les femmes, tandis que chez les hommes la dépendance à l'alcool se place au premier rang avant la dépression et la démence. En Suisse – parmi toutes les maladies physiques et psychiques – les maladies induisant la charge de morbidité la plus importante sont la dépression unipolaire (10,2%), les maladies cardiaques ischémiques (5,7%), la maladie d'Alzheimer et les autres formes de sénilité (4,7%), la perte auditive chez les adultes (4,1%), la dépendance à l'alcool (3,4%) ainsi que le cancer de l'appareil respiratoire (3,1%).³

1.2.2 Évolution de la prévalence des troubles psychiques

Au 19^e siècle faisait déjà débat ce que l'on appelait alors la «progression de la folie» (Maudsley, 1872). Comme explications possibles, on avançait déjà la concurrence du marché et la pression du succès, ainsi que la rapidité de transport acquise grâce au rail. Tout comme au 19^e siècle, il règne aujourd'hui, dans l'opinion publique et surtout dans les médias, l'idée que les troubles psychiques sont en progression. Cette idée se trouve confortée par les polémiques autour de ce thème, qui vont croissant dans nos sociétés, par une augmentation du nombre des rentes AI pour cause de troubles psychiques, par la hausse des coûts des traitements dispensés dans les cliniques psychiatriques et par le nombre élevé des suicides. En réalité, il n'existe aucune preuve scientifique de cette hypothèse. Pour pouvoir étudier l'évolution dans le temps, il est nécessaire de disposer d'études sur les troubles psychiques effectuées de façon répétée, sur une plus longue période et faisant appel à chaque fois à des méthodes de mesure identiques. L'une des études les

³ Source: www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates_country/en/index.html (consultée le 08.12.2011)

plus vastes et les plus pertinentes, qui a été effectuée aux États-Unis entre 1990 et 1992, puis entre 2001 et 2003, n'a fait ressortir aucun changement significatif en matière de prévalence des troubles psychiques (Kessler et al., 2005b). En outre, une revue de la littérature portant sur 44 études, n'a laissé apparaître aucune tendance claire permettant de conclure à une augmentation constante de la prévalence des troubles psychiques dans les pays occidentaux (Richter et al., 2008). Wittchen et Jacobi n'ont pas trouvé davantage de différences, en termes de prévalence des troubles psychiques, après comparaison de leurs travaux de 2005 et de 2011 (Wittchen & Jacobi, 2005; Wittchen et al., 2011). La hausse «perçue» relève manifestement d'autre chose que d'une augmentation réelle. Il existe la thèse d'une psychologisation ou psychiatrisation des problèmes de la vie quotidienne (Horwitz & Wakefield, 2007). Par ailleurs, l'évolution démographique joue un rôle décisif, plus particulièrement en ce qui concerne les maladies de la démence dues au vieillissement de la population. D'autre part, on peut constater, au sein de la population et des milieux professionnels, une certaine amélioration dans la détection des troubles psychiques, ce qui va de pair avec un accueil plus favorable de la part de la société à cet égard ainsi qu'avec une disposition accrue à recourir à l'aide de professionnels. Malgré tout, beaucoup de troubles psychiques – près de deux tiers – restent non traités (Wittchen et al., 2011).

1.2.3 Conséquences des troubles psychiques sur l'individu et la société

Le paragraphe 1.2.1 signalait déjà que les troubles psychiques peuvent se trouver à l'origine d'une importante charge de morbidité. La qualité de vie des personnes souffrant de troubles psychiques est nettement inférieure à celle des autres groupes de population. Les expériences de souffrance et d'impuissance, l'absence de perspectives, la stigmatisation et la discrimination, ou à l'inverse les sentiments de compétence, d'autonomie et d'utilité et, surtout, celui d'être pris au sérieux par les spécialistes, sont autant de facteurs émotionnels qui jouent un rôle primordial dans la qualité de vie subjective. Par contre, les conditions de vie objectives, telles que le revenu, les conditions de logement et la situation professionnelle, ont moins d'influence sur la qualité de vie subjective (Baer et al., 2003; Barry, 1997).

Les troubles psychiques peuvent avoir de lourdes conséquences dans la mesure où leurs effets se répercutent souvent sur tous les domaines de la vie. L'activité

professionnelle, notamment, est souvent entravée, ce qui peut se traduire par une capacité de production réduite ou par de l'absentéisme (OECD, 2012; cf. sous-chapitre 5.1). Les personnes affectées vivent souvent avec la peur de perdre leur emploi. Par ailleurs, la stigmatisation rend plus difficile la réinsertion professionnelle.

Une enquête auprès des petites et moyennes entreprises du canton de Bâle-Campagne a montré que la majeure partie d'entre elles embaucheraient plus volontiers une personne non fiable mais en bonne santé qu'un candidat souffrant de maladie physique chronique et qu'elles engageraient encore moins volontiers une personne atteinte de troubles psychiques (Baer, 2007). Les troubles psychiques sont, en outre, la cause la plus fréquente d'invalidité: le pourcentage des nouvelles rentes octroyées en raison de troubles psychiques a augmenté, ces dix dernières années, d'environ 20% (cf. sous-chapitre 5.2). Et ils sont, en outre, la principale cause des suicides, qui, avec quelque 1100 cas⁴ par année, sont loin d'être rares (cf. sous-chapitre 5.3).

Outre la souffrance que les troubles psychiques peuvent infliger aux personnes directement concernées, il n'est pas rare qu'ils mettent également l'entourage à rude épreuve. Les parents, frères, sœurs ou enfants des personnes souffrant de troubles mentaux sont moins équilibrés du point de vue psychique, ont une moins bonne santé, consultent plus fréquemment un médecin et sont plus souvent hospitalisés dans des hôpitaux somatiques (Baer & Cahn, 2009). Au niveau sociétal, les répercussions financières sont également importantes. Outre les coûts directs résultant du traitement des troubles psychiques, surviennent en particulier des coûts indirects liés, par ex., à des pertes de productivité ou à de l'absentéisme (cf. sous-chapitre 5.4).

1.3 Politique de la santé

1.3.1 Politiques internationales dans le domaine de la santé mentale

Dans la politique de la santé à l'échelle mondiale, la santé mentale a longtemps été négligée. Actuellement, certains acquis de la psychologie de la santé et de la thérapie psychosociale montrent à l'évidence que la santé mentale est d'une importance vitale et primordiale pour

⁴ Assistance au suicide exclue; assistance au suicide incluse, environ 1300 (cf. sous-chapitre 5.3)

le capital humain, social et économique, et cela non seulement au niveau des individus, mais encore pour toute la société. Le constat de l'OMS «Pas de santé sans santé mentale», aujourd'hui largement accepté, a été mis en exergue en 2005, lors de la *Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur la santé mentale*, réunie à Helsinki, et consigné par écrit dans la *Déclaration sur la santé mentale pour l'Europe* (OMS Europe, 2005). En outre, les États membres ont approuvé, sous la devise «Relever les défis, trouver des solutions», un plan d'action comportant 12 objectifs intermédiaires pour la période de 2005 à 2010 (OMS Europe, 2006). Les défis seront d'élaborer, de mettre en œuvre et d'évaluer des politiques et des législations qui déboucheront sur des actions permettant d'améliorer le bien-être de l'ensemble de la population, d'éviter les problèmes de santé mentale et de favoriser l'intégration et le fonctionnement des personnes atteintes de ce type de problèmes. Selon ce plan d'action il s'agit de:

1. mieux faire comprendre l'importance du bien-être mental;
2. lutter collectivement contre la stigmatisation, la discrimination et l'inégalité;
3. concevoir et mettre en œuvre des systèmes de santé mentale complets, intégrés et efficaces;
4. répondre au besoin de disposer d'un personnel compétent et efficace;
5. reconnaître l'expérience et l'expertise des patients et de l'entourage, et s'en inspirer dans la planification et l'élaboration des services.

Par la suite, diverses activités ont été initiées dans le domaine de la santé mentale au niveau de l'UE, notamment lors de la conférence de haut-niveau de l'UE *Ensemble pour la santé mentale et le bien-être* en 2008, à Bruxelles, a été fondé le *Pacte européen pour la santé mentale et le bien-être* (Conférence de l'UE, 2008), qui a force obligatoire pour la totalité des 27 États membres de l'UE. Les signataires du pacte appellent à l'action dans cinq domaines prioritaires:

1. la prévention de la dépression et du suicide
2. la santé mentale chez les jeunes et dans le système éducatif
3. la santé mentale sur le lieu de travail
4. la santé mentale des personnes âgées
5. la lutte contre la stigmatisation et l'exclusion sociale

Informations complémentaires

Commission européenne en relation avec la santé mentale: http://ec.europa.eu/health/mental_health/policy/index_fr.htm (consulté le 28.11.2011)

1.3.2 Mesures mises en œuvre au niveau national

La Confédération et les cantons, qui avaient déjà reconnu en 2000, soit bien avant la conférence de l'OMS en 2005 à Helsinki, l'importance de la santé mentale en matière de politique de la santé et sur le plan économique, ont élaboré, dans le cadre du projet *Politique nationale de la santé*, un projet de stratégie nationale visant à protéger, promouvoir, sauvegarder et rétablir la santé mentale de la population suisse (Politique nationale suisse de la santé & Lehmann, 2004). En outre, les résultats d'un cycle de consultations élargies ont été présentés en résumé dans un rapport (Politique nationale suisse de la santé & Ricka, 2004). La Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) et l'OFSP considèrent le projet de stratégie qui a été développé et le rapport sur les résultats de la consultation comme un «cadre de référence» à partir duquel les cantons, la Confédération et des institutions de droit privé peuvent concevoir et réaliser des projets de mise en œuvre ayant une portée nationale. En 2005, dans le cadre de leur dialogue en matière de politique de la santé, la Confédération et les cantons ont décidé de conserver comme thème commun la santé mentale au niveau national et d'organiser des échanges réguliers sur l'évolution actuelle.

En outre, le Dialogue de la politique nationale de la santé a été à l'origine de l'Observatoire suisse de la santé (Obsan), qui a débuté ses activités en 2001 avec, notamment, un domaine de compétences *Santé mentale, maladie et handicap*. Depuis lors, l'Obsan observe et analyse les principaux faits en rapport avec la situation et l'évolution de la santé mentale, les maladies mentales et leur traitement par le système de santé au niveau national. Il s'agit en premier lieu d'analyses dans le domaine de l'épidémiologie et des soins médicaux, mais également d'études relatives à la santé mentale et aux conséquences des maladies mentales pour le système de santé en Suisse.

Afin de prévenir, d'identifier à temps et de soigner par un traitement approprié la dépression et les tendances suicidaires, l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) a, pour l'ensemble de la Suisse, acheté en Allemagne des licences de *Alliance contre la dépression* et les remet gratuitement aux prestataires régionaux de l'Alliance. Cette démarche faisait suite à celle du canton de Zoug

qui avait introduit avec succès le programme d'action dans les années 2003 à 2005 et démontré que le modèle était transposable en Suisse au prix de quelques légères modifications. A l'heure actuelle, neuf cantons ont mis en œuvre ce programme pour leur population: Appenzell Rhodes-Extérieures et Rhodes-Intérieures, Bâle-Ville, Berne, Genève, Grisons, Lucerne, Soleure, Saint-Gall, Thurgovie et Zoug. D'autres cantons se montrent intéressés. Ce succès a incité l'OFSP à adapter le matériel d'information aux besoins culturels spécifiques de la population étrangère et à le faire traduire dans les langues concernées.

En mars 2011, le Parlement a adopté la loi fédérale sur les professions de la psychologie (LPsy). Le but de cette loi est d'améliorer la protection de la santé mentale et de protéger les personnes ayant recours à des services psychologiques. A cette fin, la LPsy instaure des dénominations professionnelles protégées, elle crée par le biais de titres postgrades fédéraux un label de qualité fiable et régleme les formations de base et postgrades ainsi que l'exercice de la psychothérapie par des psychologues. L'entrée en vigueur de la LPsy est prévue pour le 1^{er} janvier 2013.

La Confédération s'engage à œuvrer, à moyen et long terme, à l'amélioration des bases légales. Le projet de loi fédérale sur la prévention et la promotion de la santé, qui doit également régir la prévention des maladies mentales et la promotion de la santé mentale, a été transmis au Parlement le 28 septembre 2009. Comme le Conseil des États n'est pas entré en matière, l'affaire est retournée au Conseil national (état en décembre 2011). La loi a pour objectif de renforcer les mesures de prévention et de promotion de la santé en Suisse ainsi que de remédier à certaines déficiences au niveau de l'organisation et des structures.

Le groupe de travail *Planification hospitalière* de la CDS, qui a publié en 2008 un guide pour la «Planification de la psychiatrie» au niveau cantonal (CDS, 2008), assure un suivi de la mise en œuvre et organise régulièrement à cet effet des réunions d'experts et de spécialistes.

La Confédération (OFSP, SECO, OFAS), la CDS et la fondation Promotion Santé Suisse collaborent à la mise sur pied d'un *réseau Santé psychique* ayant pour but d'améliorer la coordination, l'échange de connaissances et la gestion des interfaces entre un maximum d'acteurs et de mesures dans les domaines de la santé mentale et de la promotion de la santé. Pour sa réalisation sera créé, en décembre 2011, un service de coordination qui aura son siège auprès de la fondation Promotion Santé Suisse.

Informations complémentaires

Dialogue Politique nationale suisse de la santé, santé mentale: www.nationalegesundheits.ch/fr/projets/sante-mentale/index.html (consulté le 30.11.2011)

OFSP, Santé psychique: www.bag.admin.ch/themen/medizin/00683/01916/index.html?lang=fr (consulté le 30.11.2011)

OFSP, Loi sur les professions de la psychologie: www.bag.admin.ch/themen/berufe/00994/index.html?lang=fr (consulté le 30.11.2011)

OFSP, Loi sur la prévention: www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/07492/index.html?lang=fr (consulté le 07.12.2011)

CDS, Planification psychiatrique: www.gdk-cds.ch/index.php?id=615&L=1 (consulté le 30.11.2011)

Obsan, Santé mentale, maladie et handicap: www.obsan.admin.ch/bfs/obsan/de/index/02/04.html (consulté le 30.11.2011)

CDS, Réseau Santé psychique: www.gdk-cds.ch/index.php?id=877&L=1 (consulté le 07.12.2011)

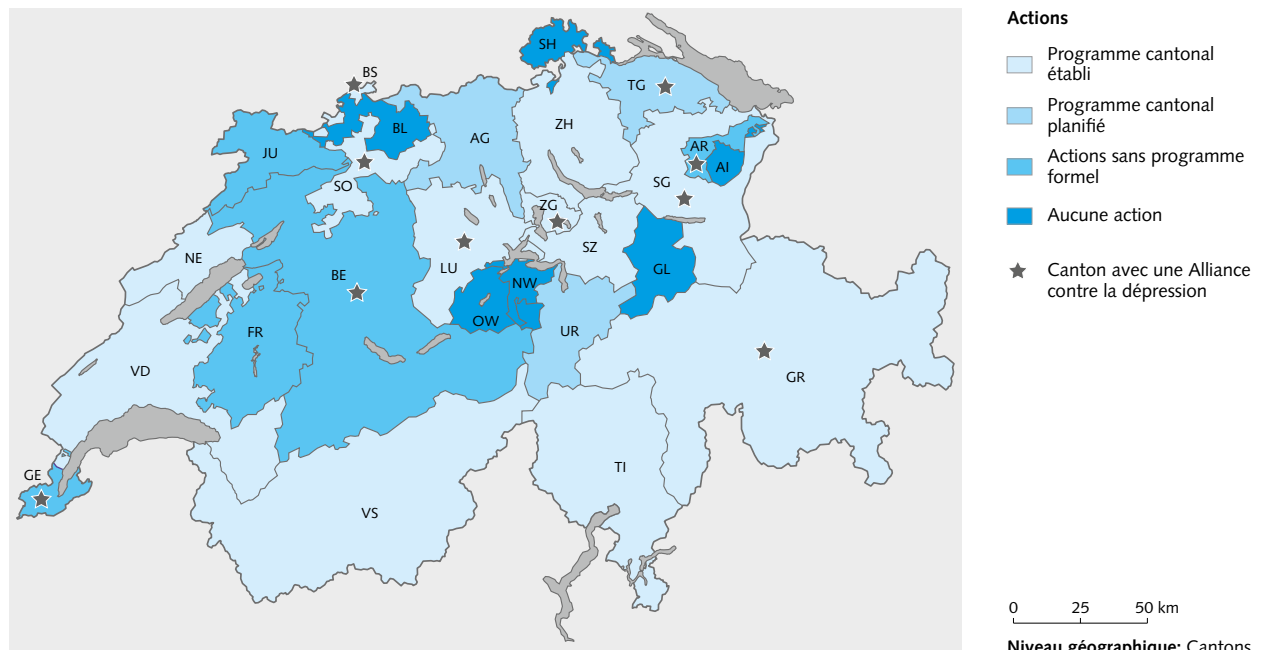
1.3.3 Mesures mises en œuvre au niveau cantonal

Plusieurs cantons ont lancé des programmes de protection et de promotion de la santé mentale. La publication *Les politiques suisses de santé – potentiel pour une politique nationale* présente une vue d'ensemble des stratégies et programmes actuels. Un premier tome analyse les politiques de santé des cantons et de la Confédération (Politique nationale suisse de la santé et al., 2006a) et le second tome présente dix portraits donnant un aperçu de la multiplicité des activités cantonales (Politique nationale suisse de la santé et al., 2006b). Dans le domaine de la santé mentale, il s'agit essentiellement de projets concernant la prévention des toxicomanies et la gestion du stress.

Actuellement, des *Alliances contre la dépression* sont à pied d'œuvre dans neuf cantons: Appenzell Rhodes-Extérieures et Rhodes-Intérieures, Bâle-Ville, Berne, Genève, Grisons, Soleure, Saint-Gall et Thurgovie en vue d'identifier à temps et de soigner par un traitement approprié la dépression et les tendances suicidaires. D'autres cantons ont fait part de leur intérêt. Dès la mise sur pied de leurs «Alliances», les cantons de Zoug et de Lucerne ont lancé chacun un programme élargi en matière de santé mentale. La figure 1.2 présente une vue d'ensemble concernant les autres cantons ayant mis en œuvre ou planifié des programmes cantonaux dans le domaine de la santé mentale ainsi que les cantons qui organisent de telles activités sans programme formel. Les résultats

Actions cantonales dans le domaine de la santé psychique, 2011

Fig. 1.2



Source: ARPS 2011

© OFS, ThemaKart, Neuchâtel 2012

proviennent d'une enquête auprès des cantons et il y a lieu de tenir compte du fait que les cantons portent parfois sur leurs programmes et activités des jugements de valeur assez différents.

Informations complémentaires

OFSP, L'Alliance contre la dépression dans les cantons: www.bag.admin.ch/themen/medizin/00683/03923/04120/index.html?lang=fr (consulté le 30.11.2011)

1.4 Troisième édition du monitoring

En ce qui concerne sa structure et le choix de ses indicateurs, la présente édition du monitoring sur *La santé psychique en Suisse* s'appuie sur les deux éditions précédentes, celle de 2003 (Rüesch & Manzoni) et celle de 2007 (Schuler et al., 2007). Elle comporte néanmoins quelques modifications, ne serait-ce que du fait d'indicateurs qui sont nouvellement disponibles ou, à l'inverse, qui ne le sont plus. Le rapport est structuré comme suit:

- Le chapitre 2, consacré à l'état de santé mentale, traite de la dimension de force, d'énergie et d'optimisme, une des caractéristiques de la santé mentale positive, ainsi que du stress et des problèmes psychiques.
- Le chapitre 3 intitulé *facteurs de protection et de risque* traite de la satisfaction, du sentiment de maîtriser sa vie, du soutien social et des événements critiques de

l'existence comme de facteurs en rapport avec la santé mentale et qui peuvent exercer sur elle une influence autant positive que négative.

- Le chapitre 4 traite du *recours*, par des personnes souffrant de problèmes psychiques, aux traitements pratiqués par divers prestataires de services (cabinets médicaux, traitements ambulatoire et semi-hospitalier, institutions médico-sociales, cliniques).
- Le chapitre 5 traite de quelques thèmes importants en rapport avec la santé mentale, comme le *travail* et les *rentes AI*, le *suicide* et les *coûts* de l'assistance psychiatrique. Il fait en outre une digression pour aborder la question de la santé mentale en rapport avec l'*inégalité sociale*.

Lorsque cela était possible, les auteurs ont complété ces chapitres en indiquant les résultats relatifs aux personnes âgées vivant en institution. Ces résultats figurent à la fin des chapitres en question, dans l'encadré sur fond gris. Des explications sur l'opérationnalisation des indicateurs utilisés figurent en annexe.

La base de données a été étendue par rapport aux deux versions précédentes (tab. 1.2). La réunion de plusieurs sources de données différentes a permis de dégager une vue d'ensemble des problèmes de santé et de maladie mentale en Suisse. Toutefois, les banques de données ayant chacune une orientation différente, il

n'est pas possible d'établir des comparaisons directes. Par conséquent, seules les comparaisons effectuées dans les limites de la banque de données elle-même, sont envisageables. En raison de modifications dans le relevé des données et des nouvelles définitions mises en application, la comparaison entre les derniers résultats et ceux des versions précédentes n'est possible qu'avec réserve. Le cas échéant, il en est fait explicitement mention.

En ce qui concerne les analyses, ce sont toujours les données les plus récentes qui ont été utilisées. Lorsqu'il est possible et utile de le faire, les résultats sont également présentés avec une comparaison dans le temps. Le tableau 1.2 indique en quelle année et à partir de quelle source de données chaque indicateur a été considéré.

Tab. 1.2 Vue d'ensemble des indicateurs et des banques de données de référence

Indicateurs	Banques de données	Années d'enquête	Producteur de données
2 État de santé psychique			
2.1 Force, énergie et optimisme	Panel suisse de ménages PSM	2000, 2004, 2009	FORS
2.2 Problèmes psychiques	Enquête suisse sur la santé ESS	2007	OFS
2.3 Dépression et états dépressifs	Enquête suisse sur la santé ESS	2002, 2007	OFS
2.4 Comorbidité	Enquête suisse sur la santé ESS	2007	OFS
<i>État de santé psychique: pathologies spécifiques</i>	Enquête sur la santé des personnes âgées vivant en institution ESAI	2008/2009	OFS
3 Facteurs de protection et facteurs de risque			
3.1 Satisfaction	Panel suisse de ménages PSM	2000, 2004, 2009	FORS
3.2 Sentiment de maîtriser sa vie	Enquête suisse sur la santé ESS	1992, 1997, 2002, 2007	OFS
3.3 Soutien social	Enquête suisse sur la santé ESS	1997, 2002, 2007	OFS
3.4 Événements critiques de l'existence	Panel suisse de ménages PSM	2009	FORS
<i>Contacts sociaux: visites et appels téléphoniques</i>	Enquête sur la santé des personnes âgées vivant en institution ESAI	2008/2009	OFS
4 Recours aux soins			
4.1 Recours aux soins en général et prise de médicaments	Enquête suisse sur la santé ESS Indice suisse des diagnostics SDI	1997, 2002, 2007 2010	OFS IMS Health
4.2 Recours aux soins: cabinets	Enquête suisse sur la santé ESS Indice suisse des diagnostics SDI Sentinella Pool de données santésuisse	2007 2010 2008/2009 2006–2010	OFS IMS Health OFS santésuisse
4.3 Recours aux soins: établissements psychiatriques ambulatoires/semi-hospitaliers	Inventaire des structures psychiatriques ambulatoires et semi-hospitalières en Suisse	2006	Obsan
4.4 Recours aux soins: institutions médico-sociales	Statistique des institutions médico-sociales SOMED	2006–2009	OFS
4.5 Recours aux soins: cliniques	Statistique médicale des hôpitaux	2002–2009	OFS
<i>Recours des personnes âgées aux soins</i>	Enquête sur la santé des personnes âgées vivant en institution ESAI	2008/2009	OFS
5 Thèmes particuliers			
5.1 Le travail et la santé psychique	Enquête suisse sur la santé ESS European Working Condition Survey Panel suisse de ménages PSM	2002, 2007 2005 2002, 2004, 2009	OFS Eurofound FORS
5.2 Rentes AI pour troubles psychiques	Statistique de l'AI	2000–2010	OFS
5.3 Suicide	Statistique des causes de décès et des mortinaissances	1990–2009	OFS WHO
5.4 Coûts des troubles psychiques	European health for all database HFA-DB Datenpool santésuisse	2006–2009 2006–2010	santésuisse
<i>Encadré: inégalité sociale et santé psychique</i>	Panel suisse de ménages PSM Enquête suisse sur la santé ESS European Working Condition Survey EWCS	2009 2007 2005	FORS OFS Eurofound

© Obsan

1.5 Base de données

Le monitoring se fonde essentiellement sur les données existantes mises à jour périodiquement. Ces informations proviennent d'enquêtes (échantillons) ainsi que de données officielles (enquêtes exhaustives). Les données

provenant d'enquêtes ont chaque fois été pondérées pour effectuer les calculs. Chaque collection de données n'illustre qu'un aspect de la problématique et présente des limites qui lui sont propres. Ci-après sont brièvement décrites les bases de données utilisées, ainsi que leurs limites spécifiques.

1.5.1 Enquête suisse sur la santé ESS

Description	Relevé de données sur l'état de santé et ses facteurs déterminants, sur les conséquences de la maladie, sur le recours aux services de santé et sur la couverture d'assurance de la population résidente de la Suisse.
Producteur de données	Office fédéral de la statistique OFS, Section Santé
Univers de base et unités d'enquête	Population résidente permanente âgée de 15 ans et plus
Type d'enquête	Enquête par échantillonnage auprès des ménages, sélection aléatoire effectuée à partir de l'annuaire électronique de la Suisse. L'enquête a été réalisée en deux phases: 1. interview téléphonique 2. questionnaire écrit. Les personnes âgées de 75 ans et plus peuvent choisir entre le sondage téléphonique et l'enquête personnelle.
Degré de régionalisation	Régions, parfois cantons (pour les cantons où les échantillons sont importants)
Périodicité	Tous les cinq ans. Enquêtes réalisées jusqu'ici: 1992/1993, 1997, 2002, 2007. Prochaine enquête: 2012.
Website	www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/infotek/erhebungen__quellen/blank/blank/ess/04.html (consulté le 01.12.2011)

Cette enquête constitue une importante source de données pour la Suisse dans le domaine de la santé, en raison du large éventail de thèmes qu'elle aborde et de sa représentativité nationale. De nombreux thèmes ne sont couverts que par cette seule enquête. Par sondage auprès d'échantillons représentatifs de la population, l'ESS fournit des renseignements sur l'ensemble de la population, c'est-à-dire non seulement sur les patients, mais aussi sur les personnes en plus ou moins bonne santé. L'état de santé individuel peut, de plus, être mis en relation avec d'autres facteurs influant sur la santé, tels que les conditions de vie, les comportements favorables ou défavorables à la santé, ou la manière de faire face aux problèmes de santé.

Pour l'interprétation, il convient de tenir compte des faits suivants:

- L'enquête repose sur les indications fournies par les personnes directement concernées, ce qui peut entraîner certaines imprécisions ou lacunes dans les données (mémoire imparfaite, refus de répondre, désirabilité sociale).
- Il s'agit d'une enquête par échantillonnage réalisée auprès des ménages privés. Les personnes vivant dans des établissements bénéficiant d'un accompagnement médicosocial ne sont pas interrogées. L'enquête tend donc à sélectionner plutôt des personnes en bonne santé.

- Il se peut que des personnes très malades – en particulier les personnes atteintes d'une dépression ou d'autres troubles psychiques – ne veuillent pas ou ne puissent pas remplir le questionnaire ni participer à l'interview téléphonique. Il en résulte, notamment pour les questions en rapport avec la santé psychique, un effet de sélection en faveur des personnes en bonne santé, dont il faut tenir compte.
- L'enquête a été effectuée uniquement en allemand, en français et en italien. Par conséquent, les personnes issues de l'immigration possédant des connaissances linguistiques limitées sont insuffisamment représentées.
- Les données publiées sont pondérées de manière à correspondre à l'ensemble des personnes (de 15 ans et plus) vivant en Suisse de manière permanente. Pour les résultats qui reposent sur de petites fréquences, l'erreur aléatoire peut ainsi rapidement devenir importante.

1.5.2 Panel suisse de ménages PSM

Description	Données concernant les conditions et modes de vie, le travail, le temps libre, la santé ainsi que les opinions et les valeurs. L'objectif principal du PSM est d'observer l'évolution sociale, notamment la dynamique de l'évolution des conditions de vie de la population en Suisse.
Producteur de données	Centre de compétence suisse en sciences sociales
Univers de base et unités d'enquête	Population résidente permanente âgée de 15 ans et plus
Type d'enquête	Enquête téléphonique dans les ménages privés, sous forme de panel (enquête longitudinale). L'enquête comprend un questionnaire ménage et un questionnaire individuel. Pour chaque enfant de moins de 14 ans et chaque personne qui ne peut pas être interrogée, une personne de référence répond, à leur place, au questionnaire «Proxy».
Degré de régionalisation	Régions
Périodicité	Annuelle, depuis 1999
Website	www.swisspanel.ch (consulté le 01.12.2011)

Bien que le PSM ne constitue pas une véritable enquête sur la santé, il comporte quelques questions à ce sujet – en particulier sur la santé psychique et sociale – qui n'ont pas été abordées par l'ESS. Du fait que les questions portent sur un large éventail de domaines de la vie, les différentes variables peuvent également être en mises en relation les unes avec les autres.

Pour l'interprétation, il convient de tenir compte des faits suivants:

- L'enquête repose sur les indications fournies par les personnes directement concernées, ce qui peut entraîner certaines imprécisions ou lacunes dans les données (mémoire imparfaite, refus de répondre, désirabilité sociale).
- Un certain biais d'échantillonnage peut survenir sous la forme d'une mortalité sélective au sein du panel.
- En raison de modifications ou de raccourcissements du questionnaire, la validité des comparaisons dans le temps peut être limitée.
- Il s'agit d'une enquête par échantillonnage réalisée auprès des ménages privés. Les personnes vivant dans des établissements bénéficiant d'un accompagnement médicosocial ne sont pas interrogées. L'enquête tend donc à sélectionner plutôt des personnes en bonne santé.
- Certaines personnes très malades ne veulent pas ou ne peuvent pas participer à une interview téléphonique. Le cas échéant, une autre personne du ménage répond alors à certaines questions spécifiques à la place de la personne cible. Il existe un effet de sélection en faveur des personnes en bonne santé, dont il faut tenir compte pour les questions relatives à la santé psychique. Dans les données du Panel, il faut prendre en considération le fait que la probabilité pour les personnes ayant des problèmes de santé d'abandonner leur participation à l'enquête est plus élevée que pour les personnes en bonne santé.
- L'enquête a été effectuée uniquement en allemand, en français et en italien. Par conséquent, les personnes issues de l'immigration possédant des connaissances linguistiques trop limitées sont insuffisamment représentées.

1.5.3 Statistique médicale des hôpitaux

Description	Recensement de toutes les hospitalisations au sein des hôpitaux suisses. Concernant les patients, des informations sociodémographiques, aussi bien que des données administratives (par ex. type d'assurance) et médicales sont relevées.
Producteur de données	Office fédéral de la statistique OFS, Section Santé
Univers de base et unités d'enquête	Hôpitaux
Type d'enquête	Enquête exhaustive
Degré de régionalisation	Environ 600 régions MedStat
Périodicité	Annuelle, depuis 1998
Website	www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/infothek/erhebungen__quellen/blank/blank/mkh/01.html (consulté le 01.12.2011)

Étant donné que tous les patients hospitalisés en Suisse sont recensés dans la statistique médicale des hôpitaux, les informations livrent également un tableau précis des maladies psychiques traitées dans les cliniques de Suisse.

Pour l'interprétation, il convient de tenir compte des faits suivants:

- Les données reflètent le recours aux soins, et non la demande y relative ou la morbidité.
- Pour les hôpitaux, la saisie des données complémentaires sur la psychiatrie est facultative. Certains cantons et certains établissements psychiatriques n'y participent pas. En 2004, environ 80% des cliniques psychiatriques ont fourni ces données.

La statistique des traitements semi-hospitaliers fait partie de la statistique médicale, mais ces traitements sont loin d'être saisis de manière complète et harmonisée par les hôpitaux. Le relevé de données dans le domaine hospitalier ambulatoire n'est pas obligatoire. Les données ne sont pas fiables, raison pour laquelle elles ne sont pas utilisées.

1.5.4 Statistique des institutions médico-sociales SOMED

Description	Relevé de données relatives à l'administration et à l'exploitation: description de l'infrastructure, prestations fournies, population hébergée et personnel assurant son accompagnement
Producteur de données	Office fédéral de la statistique OFS, Section Santé
Univers de base et unités d'enquête	Maisons pour personnes âgées et établissements médico-sociaux Institutions pour invalides et pour personnes dépendantes Établissements pour personnes présentant des troubles psycho-sociaux
Type d'enquête	Enquête exhaustive
Degré de régionalisation	Cantons
Périodicité	Annuelle, depuis 1997
Website	www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/infothek/erhebungen__quellen/blank/blank/ssmi/01.html (consulté le 01.12.2011)

La SOMED se référant à une statistique administrative et ne relevant aucune donnée individuelle relative à la population hébergée, les analyses possibles au sujet des personnes assistées sont très limitées. En ce qui concerne la santé psychique, il convient en outre de prendre en considération la limitation suivante:

- Aucun diagnostic CIM-10 n'est relevé et aucune distinction n'est faite entre les handicaps psychiques.

1.5.5 Statistique de l'AI

Description	Données relatives aux finances de l'AI et aux bénéficiaires de prestations (classés par caractéristiques telles que l'âge, le sexe, l'invalidité ou le canton)
Producteur de données	Office fédéral des assurances sociales OFAS, Secteur Statistique
Univers de base et unités d'enquête	Personnes obtenant des prestations de l'AI
Type d'enquête	Données administratives
Degré de régionalisation	Cantons
Périodicité	Annuelle, depuis 1983
Website	www.bsv.admin.ch/dokumentation/zahlen/00095/00442/index.html?lang=fr (consulté le 01.12.2011)

La statistique de l'AI est intéressante dans le cadre de ce rapport, car elle permet de distinguer les invalidités dues à des troubles mentaux. A cet égard, il convient toutefois de tenir compte des faits suivants:

- La classification des troubles psychiques établie par l'AI diffère des classifications psychiatriques reconnues, comme la CIM-10 (WHO, 1994) ou le DSM-IV (Sass et al., 1998). Dans la statistique de l'AI, les troubles psychiques ne peuvent pas être ventilés selon les tableaux cliniques habituels. Ils sont classés dans les quatre groupes suivants:
 1. maladies psychiques graves comme la schizophrénie et autres maladies psychotiques;
 2. troubles névrotiques et autres troubles réactifs du milieu ou psychogènes;
 3. troubles dus à une dépendance (alcoolisme et autres toxicomanies);

4. autres troubles du caractère, du comportement et de l'intelligence, y compris les troubles du développement du langage.

- En particulier le code AI 646 *troubles névrotiques et autres troubles «réactifs du milieu» ou «psychogènes»* ne semble pas défini avec suffisamment de clarté et risque de réunir des troubles difficiles à diagnostiquer.
- Les maladies de la dépendance ne sont pas considérées comme des motifs justifiant à eux seuls le versement d'une rente AI. Un diagnostic psychique ou somatique secondaire est nécessaire. Il est dès lors possible que les maladies de la dépendance soient tendanciellement sous-estimées dans les données de l'AI. Il se pourrait également que des diagnostics secondaires soient attribués plus facilement, dans le cadre des procédures de demande d'une rente AI, aux personnes qui présentent des troubles de la dépendance.

1.5.6 Statistique des causes de décès et des mortinaissances

Description	Relevé des causes de décès (Code CIM-10) en fonction de l'âge, du sexe, de l'état civil, de la profession, de la commune de domicile (domicile civil) et de la nationalité
Producteur de données	Office fédéral de la statistique OFS, Section Santé
Univers de base et unités d'enquête	Personnes décédées parmi la population résidente permanente.
Type d'enquête	Enquête exhaustive établie sur la base des indications des offices d'état civil et les déclarations de décès rendues par les médecins.
Degré de régionalisation	Communes
Périodicité	Annuelle, depuis 1876
Website	www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/infothek/erhebungen__quellen/blank/blank/cod/02.html (consulté le 01.12.2011)

Pour l'interprétation, il convient de tenir compte des faits suivants:

- La Classification internationale des maladies (CIM) est modifiée tous les 10 à 20 ans, ce qui interrompt les séries chronologiques.

- Les causes de décès des personnes domiciliées en Suisse mais décédées à l'étranger sont rarement connues.

1.5.7 Enquête sur la santé des personnes âgées vivant en institution ESAI

Description	Données sur la santé, les maladies, le recours aux soins, les besoins en soins, les ressources sociales et les conditions de vie générales des personnes qui vivent durablement dans un établissement pour personnes âgées.
Producteur de données	Office fédéral de la statistique OFS, Section Santé
Univers de base et unités d'enquête	Personnes âgées de plus de 65 ans vivant dans un établissement médico-social depuis au moins 30 jours
Type d'enquête	Enquête par échantillonnage dans les établissements médico-sociaux réalisée en deux phases: 1) interview personnelle des résidents; 2) questionnaire papier à l'intention du personnel soignant. Pour les personnes incapables de répondre à une interview personnelle, un questionnaire écrit plus long est rempli par le personnel soignant.
Degré de régionalisation	Régions
Périodicité	Enquête unique en 2008/2009
Website	www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/infotek/erhebungen__quellen/blank/blank/esai/01.html (consulté le 01.12.2011)

Pour l'interprétation, il convient de tenir compte des faits suivants:

- Les informations tirées de l'interview se basent sur une auto-évaluation, ce qui peut entraîner certaines imprécisions ou lacunes dans les données (mémoire imparfaite, refus de répondre, désirabilité sociale).
- Les informations fournies par le personnel soignant, à la place de personnes ne pouvant pas répondre à une interview personnelle, peuvent également comporter certaines imprécisions ou lacunes dans les données.

- En raison de difficultés concernant le relevé des données, celles-ci ne représentent que de manière limitée la population des personnes âgées vivant, en Suisse, dans des établissements médico-sociaux.

1.5.8 Indice suisse des diagnostics SDI

Description	Données sur les diagnostics et ordonnances des médecins dispensants.
Producteur de données	IMS Health GmbH
Univers de base et unités d'enquête	Médecins dispensants établis en Suisse
Type d'enquête	Relevé partiel se rapportant aux médecins dispensants établis en Suisse. Échantillon stratifié et renouvelé. Réparti selon 5 régions et 8 groupes de médecins spécialisés. Instrument d'enquête: carnet standard
Degré de régionalisation	Régions linguistiques
Périodicité	Trimestrielle, depuis 1990
Website	www.imshealth.ch (consulté le 01.12.2011)

Pour l'interprétation, il convient de tenir compte des faits suivants:

- Il s'agit d'une enquête par échantillonnage basée sur un échantillon relativement petit et qui est extrapolé.
- L'exactitude scientifique des données soulève quelques doutes car elles sont établies, avant tout, à des fins de marketing et d'observation du marché.

1.5.9 Inventaire des structures psychiatriques ambulatoires et semi-hospitalières en Suisse

Description	Inventaire des structures psychiatriques ambulatoires et semi-hospitalières en Suisse
Producteur de données	Observatoire suisse de la santé Obsan
Univers de base et unités d'enquête	Structures psychiatriques ambulatoires et semi-hospitalières de Suisse
Type d'enquête	Inventaire
Degré de régionalisation	Cantons
Périodicité	2006, une mise à jour est à l'étude
Website	www.obsan.admin.ch/bfs/obsan/fr/index/07/10/03.html (consulté le 01.12.2011)

En raison de l'absence de données sur les traitements ambulatoires, l'Obsan a demandé en 2006 l'établissement d'un inventaire des structures psychiatriques et semi-hospitalières en Suisse. L'inventaire définit aussi bien les organisations que les structures ambulantes et semi-hospitalières:

1. qui traitent des personnes souffrant de troubles psychiques;
2. qui sont gérées comme des structures de jour, sauf en cas d'urgence ou en situation de crise;
3. qui ne sont pas des cabinets médicaux privés;
4. qui – ne serait-ce que partiellement – remplissent un mandat public;
5. dont les prestations – du moins en partie – sont prises en charge par l'assurance obligatoire des soins (AOS) et/ou les prestations des assurances complémentaires (LCA) (c'est-à-dire à l'exclusion de toute institution financée uniquement au moyen de contributions privées ou exclusivement par l'AI);

6. qui sont dirigées par un médecin (institutions médico-sociales ou médico-pédagogiques, et non seulement sociales).

En ce qui concerne l'organisation hiérarchique des établissements, trois niveaux ont été définis: l'*institution*, en tant que niveau le plus élevé, correspond à l'administration de la psychiatrie sur le plan régional; le *service* représente un niveau intermédiaire au sein de structures complexes et l'*unité* correspond au niveau qui fournit les prestations.

Parallèlement à l'élaboration de l'inventaire, un relevé a été effectué pour déterminer le nombre de recours à des soins dans les établissements. Une mise à jour de l'inventaire et, le cas échéant, sa planification, se trouvent actuellement à l'étude.

Pour l'interprétation, il convient de tenir compte des faits suivants:

- L'inventaire n'est pas tout à fait complet (renseignement volontaire, absence de bases légales).
- Certains indicateurs ont été définis de manière peu précise.

1.5.10 Pool de données santésuisse (données des assureurs-maladie affiliés)

Description	Données agrégées d'environ 98% des assurés; fournit des renseignements sur le comportement des prestataires (notamment contrôles de l'économicité des prestations) ainsi que sur l'évolution des coûts et des primes.
Producteur de données	SASIS AG
Univers de base et unités d'enquête	Assureurs-maladie
Type d'enquête	Données administratives (relevé partiel se rapportant aux assureurs-maladie reconnus)
Degré de régionalisation	Cantons
Périodicité	Mensuelle, depuis 1998
Website	www.sasis.ch/fr/472 (consulté le 01.12.2011)

Pour l'interprétation, il convient de tenir compte des faits suivants:

- Des données ne sont relevées que dans les cas où le traitement est pris en charge par l'assurance obligatoire des soins.

1.5.11 Sentinella – Surveillance d’une sélection de maladies en médecine de premier recours

Description	Relevé de données se rapportant aux maladies transmissibles et autres maladies aiguës (par ex. suspicion d’influenza, rougeole, rubéole, oreillons, coqueluche). En outre, des données se rapportant à d’autres maladies et thèmes de déclaration sont relevées périodiquement.
Producteur de données	Office fédéral de la santé publique OFSP, Section Système de déclaration
Univers de base et unités d’enquête	Cabinets de premiers recours
Type d’enquête	Eventail semi représentatif de médecins de premier recours participant sur une base volontaire (environ 200 cabinets). Instrument d’enquête: questionnaire papier ou électronique
Degré de régionalisation	Régions
Périodicité	Hebdomadaire, depuis 1986; en cas de thème spécial, la durée du recensement est limitée à une ou deux années.
Website	www.sentinella.ch (consulté le 01.12.2011)

Parallèlement à la surveillance permanente des maladies, des données se rapportant à d’autres thèmes sont relevées de manière répétée sur une durée de recensement d’un à deux ans (par ex. obésité et troubles alimentaires, violence domestique). Ainsi, entre 2008 et 2009, le formulaire d’inscription comprenait des questions relatives à la dépression.

Pour l’interprétation des résultats relatifs à la dépression, il convient de tenir compte des faits suivants:

- Les dépressions légères n’ayant donné lieu à aucune intervention médicale ne sont pas recensées, leur déclaration ayant été jugée trop onéreuse par le médecin.
- Certains intérêts personnels, l’attitude personnelle du médecin face à la dépression ainsi que des différences dans la pratique thérapeutique ont pu exercer une influence sur la qualité des déclarations.

1.5.12 European Working Conditions Surveys EWCS

Description	Relevé de données se rapportant aux thèmes suivants: statut d’activité, temps de travail et organisation du travail, formation et perfectionnement, facteurs de risque physique/psychosocial, santé et sécurité sur le lieu de travail, possibilité de concilier vie professionnelle et vie privée, participation des collaborateurs, gain et sécurité financière, travail et santé
Producteur de données	Eurofound (Fondation européenne pour l’amélioration des conditions de vie et de travail)
Univers de base et unités d’enquête	Personnes actives occupées des pays d’Europe, âgées de 15 ans et plus (travailleurs salariés et indépendants)
Type d’enquête	Enquête par échantillonnage auprès de personnes actives occupées. Instrument d’enquête: enquête téléphonique.
Degré de régionalisation	Suisse
Périodicité	Tous les 5 ans, depuis 1990 (participation de la Suisse: 2005, 2010)
Website	www.eurofound.europa.eu/ewco/surveys/index.htm (consulté le 01.12.2011)

Pour l’interprétation des résultats, il convient de tenir compte des faits suivants:

- L’enquête repose sur les indications fournies par les personnes directement concernées, ce qui peut entraîner certaines imprécisions ou lacunes dans les données (mémoire imparfaite, refus de répondre, désirabilité sociale).
- L’enquête a été effectuée uniquement en allemand, en français et en italien. Par conséquent, les personnes issues de l’immigration possédant des connaissances linguistiques trop limitées sont insuffisamment représentées.

2 État de santé psychique

Dans le chapitre introductif (cf. chapitre 1), la santé psychique a été décrite au niveau théorique, en tant qu'élément de l'état de santé général, avec ses aspects positifs et négatifs et dans une perspective pathologique et salutogénique. Le présent chapitre présente les résultats des analyses de l'état de santé psychique de la population suisse. Il aborde tout d'abord la perspective salutogénique en présentant des résultats sur l'état psychique positif *force, énergie et optimisme* (2.1), puis les *problèmes psychiques en général* (2.2) et finalement les *états dépressifs et la dépression* en particulier (2.3). Le sous-chapitre 2.4 est consacré à la *comorbidité*, c'est-à-dire la concomitance de deux maladies ou plus. Le chapitre comporte en outre un encadré gris relatif à *l'état de santé psychique des personnes âgées vivant en institution*, qui prête une attention particulière à la dépression.

2.1 Force, énergie et optimisme

Environ 74% des personnes interrogées se sentent (très) souvent pleines de force, d'énergie et d'optimisme. C'est davantage le cas des hommes et des jeunes que des femmes et des personnes âgées. La part des personnes qui ont très souvent le sentiment d'être pleines de force et d'énergie a nettement diminué entre 2004 et 2009. On observe par ailleurs des différences marquées entre les régions.

La psychologie et la psychothérapie concernent généralement les troubles psychiques et leur traitement. À côté de cet aspect de la psychologie qui se concentre avant tout sur les déficits, il existe aussi une approche axée sur les ressources, et qui porte donc sur les aspects positifs. Dans la tradition de la psychologie humaniste, de la thérapie orientée sur les ressources et sur la recherche du bonheur, ou ce qu'on appelle la psychologie positive, on étudie les états et les sentiments d'optimisme, de force et d'énergie ainsi que leurs effets sur la santé. Des études ont par exemple permis d'établir des liens entre l'optimisme d'une part, la maîtrise du stress et un meilleur état de santé d'autre part (Segerstrom, 2005).

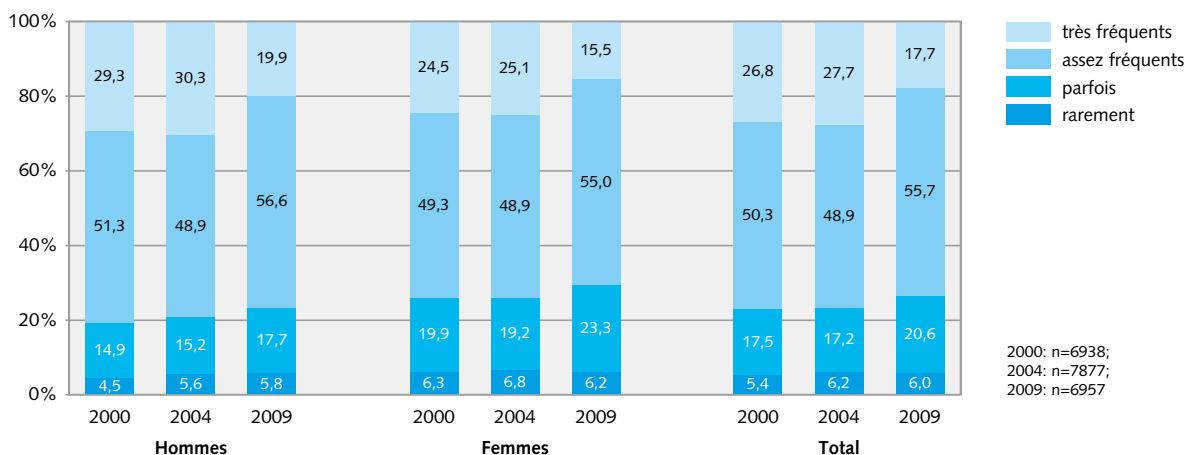
Dans le dernier rapport de monitoring de l'Obsan (Schuler et al., 2007), la santé psychique «positive» a été décrite au moyen de résultats obtenus au sujet de l'équilibre psychique et du bien-être psychique. Ces deux indicateurs provenaient de l'Enquête suisse sur la santé (ESS) 2002. Dans l'ESS 2007 ni l'équilibre psychique, ni le bien-être psychique n'ont été relevés. Les données du Panel suisse de ménages (PSM) ont été prises en compte afin d'aborder, dans le présent rapport, une part de l'aspect de la santé psychique positive. Les résultats présentés dans ce sous-chapitre sont basés sur la question «Êtes-vous souvent plein(e) de force, d'énergie et d'optimisme?» (cf. annexe). La variable est aussi mise en relation avec la question de la fréquence de sentiments négatifs comme la déprime, le désespoir, l'anxiété et la dépression.

Un peu moins des trois quarts (73,5%) de la population suisse se sentent (très) souvent pleins de force, d'énergie et d'optimisme; pour 6,0%, il s'agit par contre d'un état qu'ils éprouvent rarement (fig. 2.1). Les hommes font plus souvent mention d'un état positif que les femmes.

La comparaison temporelle entre 2004 et 2009 montre un net recul de la part des personnes (hommes et femmes) qui se sentent très souvent optimistes, pleines de force et d'énergie (fig. 2.1). Cette diminution pourrait notamment être en corrélation avec la crise économique mondiale survenue en 2008 et qui, en Suisse, a eu pour conséquences par ex. des licenciements et l'introduction du chômage partiel.

La part des personnes ayant très fréquemment des sentiments de force, d'énergie et d'optimisme reste stable dans toutes les classes d'âge (fig. 2.2). Par contre, la proportion de celles qui se sentent rarement, ou seulement de temps en temps, pleines de force et d'énergie augmente avec l'âge. Chez les personnes de 15 à 34 ans, cette part se situe à 21,6% contre 37,0% chez celles de 65 ans et plus. Ces écarts sont similaires pour les deux sexes. Dans toutes les classes d'âge, les femmes se sentent moins souvent pleines de force, d'énergie et d'optimisme que les hommes (données non présentées).

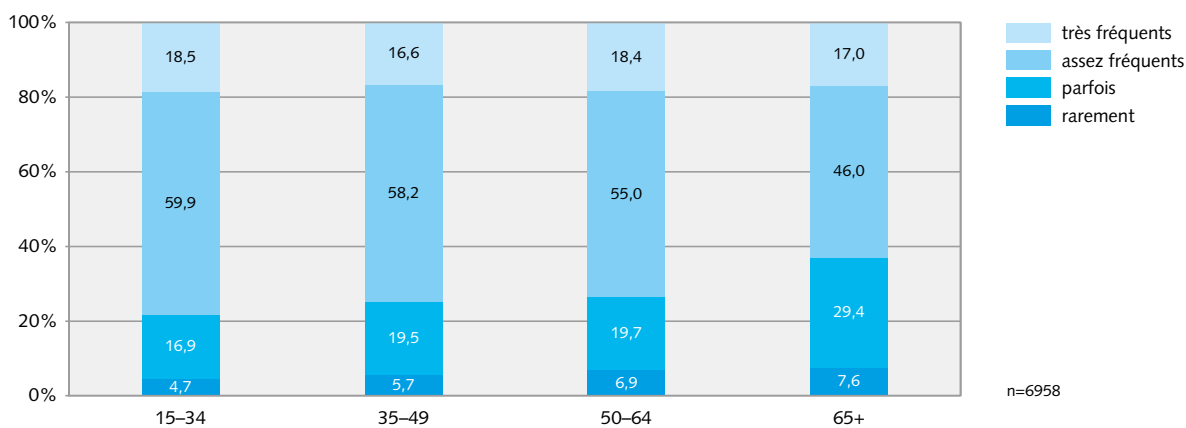
Sentiments de force, d'énergie et optimisme selon le sexe, 2000–2009 Fig. 2.1



Source: FORS, Panel suisse de ménages 2000/2004/2009

© Obsan

Sentiments de force, d'énergie et optimisme selon l'âge, 2009 Fig. 2.2



Source: FORS, Panel suisse de ménages 2009

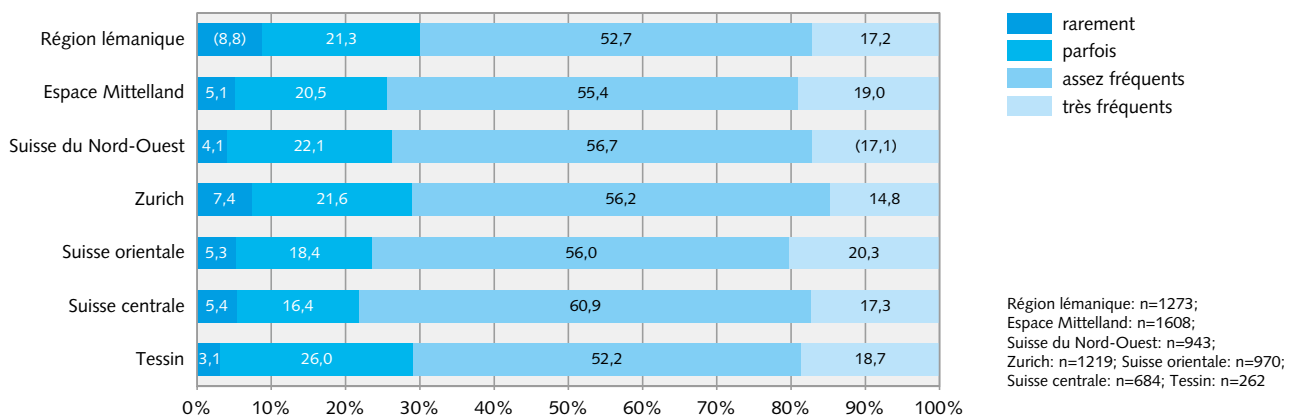
© Obsan

La figure 2.3 montre que la fréquence du sentiment d'être plein de force, d'énergie et d'optimisme est différente selon les régions. Dans la région lémanique (8,8%) et la région de Zurich (7,4%), le nombre des personnes éprouvant rarement le sentiment d'être pleines de force, d'énergie et d'optimisme est supérieur à la moyenne. Par contre, les habitants de la Suisse orientale, les personnes vivant dans l'Espace Mittelland ainsi que les Tessinois et Tessinoises semblent éprouver très fréquemment ce sentiment dans une proportion nettement supérieure à la moyenne.

Comme on pouvait s'y attendre, les sentiments négatifs tels que l'abattement, le désespoir, l'anxiété et la dépression sont en corrélation négative avec une santé psychique positive (données non présentées). Parmi les personnes qui n'éprouvent que rarement, voire jamais, de sentiments négatifs de ce genre, 3,1% sont rarement optimistes, pleines de force et d'énergie, alors que la proportion correspondante est de 31,4% chez celles qui ont fréquemment des sentiments négatifs. Inversement, 83,0% de celles pour qui ces sentiments négatifs sont rares et 35,7% de celles qui les éprouvent fréquemment se sentent souvent, voire très souvent, optimistes, pleines de force et d'énergie.

Sentiments de force, d'énergie et optimisme selon les régions, 2009

Fig. 2.3



Les pourcentages entre parenthèses indiquent une fiabilité statistique limitée (n=10-29)

Source: FORS, Panel suisse de ménages 2009

© Obsan

2.2 Problèmes psychiques

Plus de 4% de la population suisse déclare souffrir de problèmes psychiques importants et près de 13% de problèmes psychiques moyens. Les femmes se plaignent plus souvent de tels problèmes moyens/importants que les hommes et les jeunes plus fréquemment que les personnes âgées. C'est dans le Tessin et la région lémanique que les personnes interrogées déclarent le plus souvent souffrir de problèmes psychiques.

Les problèmes psychiques couvrent un large spectre de souffrances. Ils vont d'états de stress émotionnel léger jusqu'à de véritables troubles psychiques, lesquels se distinguent des premiers par leur gravité et par leur fréquence ainsi que par la durée des symptômes et le degré de déficience qu'elles entraînent (Scharfetter, 2002).

Les résultats ici présentés se basent sur l'Enquête suisse sur la santé (ESS). Les problèmes psychiques y sont évalués au moyen de cinq questions portant sur la fréquence, au cours des quatre semaines précédant l'interview, des états émotionnels suivants: nervosité; abattement ou mauvaise humeur; calme, équilibre psychique ou sérénité; découragement ou abattement; sentiment de bonheur (*Mental Health Inventory* MHI-5). La catégorisation – en problèmes inexistantes ou faibles, moyens et importants – ne revient pas à poser un diagnostic, mais permet de déterminer des groupes de personnes qui sont touchées par des problèmes psychiques d'une certaine gravité (BFS, 2010): du point de vue clinique, la présence d'un trouble psychique est probable en cas de problèmes psychiques moyens, et même très plausible en cas de problèmes psychiques importants (OFS, 2008a). Le *Mental Health Inventory* a été utilisé pour

la première fois pour mesurer les problèmes psychiques dans l'ESS 2007. C'est pourquoi, il n'est pas possible de montrer l'évolution dans le temps.

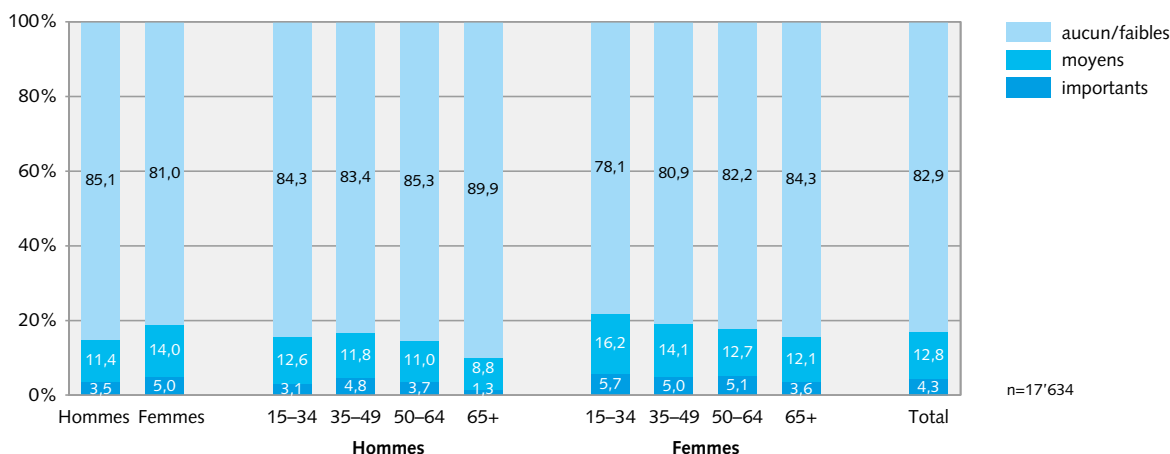
4,3% de la population suisse souffre de problèmes psychiques importants, et 12,8% d'entre elles de problèmes psychiques moyens (fig. 2.4). Les femmes font plus souvent état de problèmes psychiques moyens ou importants que les hommes, et les personnes jeunes plus fréquemment que les gens plus âgés. Chez les femmes, cette évolution se manifeste clairement avec l'âge: 21,9% des femmes de 15 à 34 ans et 15,7% de celles de 65 ans et plus déclarent avoir des problèmes psychiques moyens à importants. Chez les hommes, par contre, ce sont ceux de 35 à 49 ans qui se disent le plus concernés (16,7%). Toutes classes d'âge confondues, les femmes apparaissent 1,1 à 1,5 fois plus touchées que les hommes sur le plan psychique. C'est chez les personnes de 35 à 49 ans que la différence entre les sexes est la plus faible, et dans la classe d'âge la plus jeune que cette différence est la plus prononcée.

On observe de nettes différences entre les régions (fig. 2.5): c'est dans le Tessin et dans la région lémanique que les personnes interrogées disent le plus souvent éprouver des problèmes psychiques (21,8% dans les deux cas); mais la part des personnes ayant des problèmes psychiques importants est plus grande dans le Tessin (7,0%) que dans la région lémanique (5,3%). La Suisse centrale est la région pour laquelle sont rapportés le moins de problèmes psychiques.

Dans le présent rapport, l'ampleur des problèmes psychiques sert d'indicateur essentiel de la santé ou de la maladie psychique. Dans les chapitres qui suivent, cet indicateur sera régulièrement mis en rapport avec le thème traité.

Problèmes psychiques selon le sexe et l'âge, 2007

Fig. 2.4

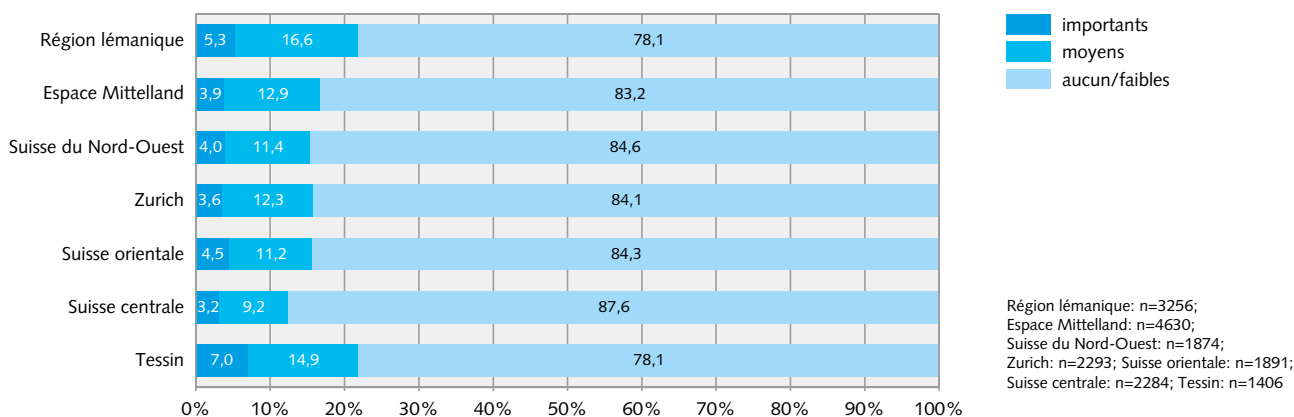


Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Obsan

Problèmes psychiques selon les régions, 2007

Fig. 2.5



Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Obsan

2.3 Dépression et états dépressifs

20% environ des personnes interrogées font état de symptômes dépressifs. Les symptômes faibles sont très répandus chez les femmes, alors que la part des symptômes moyens/sévères est comparable pour les deux sexes. La proportion de symptômes faibles augmente chez les personnes âgées, tandis que celle des symptômes moyens/sévères ne varie pas considérablement d'un groupe d'âge à l'autre. Ce sont les personnes interrogées dans la région lémanique et au Tessin qui déclarent le plus souvent souffrir de symptômes dépressifs.

La dépression est une maladie psychique fréquente et lourde de conséquences. En Suisse, on estime qu'une personne sur quatre ou cinq souffre d'une dépression sérieuse durant sa vie (Ajdacic-Gross & Graf, 2003). La dépression, qui est souvent récurrente et dont le taux de

comorbidité avec d'autres maladies somatiques et psychiques est élevé (cf. sous-chapitre 2.4), passe pour être la cause fréquente de retraites anticipées et d'accidents de travail dus à la maladie (Stamm & Salize, 2006; cf. sous-chapitre 5.2). Avec 2,5 cas pour 1000 habitants, la dépression – surtout chez les femmes – est le diagnostic psychiatrique le plus souvent traité dans les hôpitaux. C'est d'ailleurs à elle qu'est imputable la majeure partie des jours d'hospitalisation, tant pour les hommes que pour les femmes. En Suisse, la charge de la dépression unipolaire (*Burden of Disease*) est plus élevée que celle de toute autre maladie somatique ou psychique (cf. 1.2.1).

Les résultats présentés ci-après proviennent des données de l'Enquête suisse sur la santé (ESS). En 2002 et en 2007, le *Depression Screening Questionnaire* (DSQ-10,

également appelé «échelle de Wittchen») a été utilisé de manière ciblée pour relever les principaux symptômes des maladies dépressives⁵ observés au cours des deux semaines précédant l'enquête (Wittchen, 2000; Wittchen et al., 2001; Wittchen & Perkonigg, 1997). Les symptômes relevés doivent être considérés comme les indices d'épisodes dépressifs, mais non comme un diagnostic clinique. Ils peuvent être néanmoins les prodromes d'une forte dépression à venir, et ils ont souvent de lourdes conséquences sur la qualité de vie, les capacités de travail et relationnelles. L'humeur dépressive est ici subdivisée en trois niveaux de gravité: symptomatiquement absente, faible et moyenne à sévère (Wittchen et al., 2000). Lorsque le niveau de gravité des symptômes est moyen à sévère, on est probablement en présence d'une dépression suffisamment sérieuse pour justifier un traitement par un professionnel.

Les analyses montrent qu'environ 20% des personnes interrogées manifestent des symptômes dépressifs (fig. 2.6). Il s'agit, dans la majorité des cas, de symptômes faibles (15,8%) et, plus rarement, moyens à sévères (3,1%). Il convient ici d'observer que les symptômes, et surtout les plus sévères, pourraient bien être sous-estimés du fait que l'enquête s'adressait à des personnes vivant dans des ménages privés (cf. 1.5.1). La part des personnes présentant des symptômes dépressifs moyens à sévères est comparable chez les hommes et

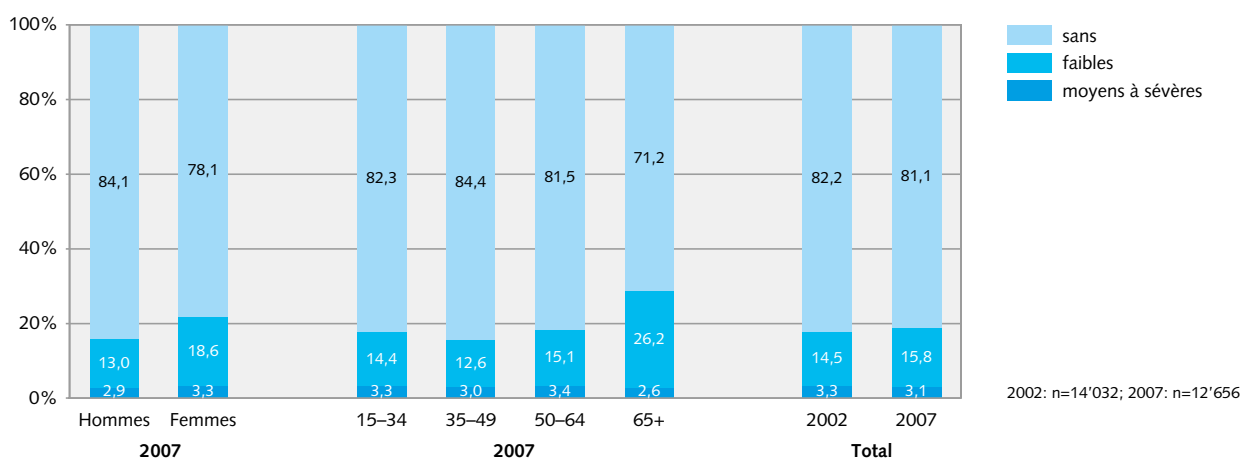
chez les femmes (respectivement 2,9% et 3,3%). Toutefois, les femmes font plus souvent état que les hommes de symptômes dépressifs faibles (respectivement 18,6% et 13,0%). Sur toute la durée de l'existence, la part des personnes accusant des symptômes moyens à forts se situe aux alentours de 3% et reste relativement stable. Les symptômes faibles sont moins fréquents (12,6%) entre 35 et 49 ans, mais augmentent nettement à un âge plus avancé (26,2%). Si l'on considère les personnes âgées vivant en institution, 42,7% d'entre elles présentent, selon leurs propres indications, une forte probabilité de dépression. Chez 25,6% des résidents – hommes et femmes – une dépression a d'ailleurs été diagnostiquée (cf. encadré à la fin du chapitre). Étant donné le vieillissement démographique, on peut s'attendre à ce que le nombre de personnes dépressives augmente encore dans les homes médicalisés et les foyers pour personnes âgées (Höpflinger et al., 2011).

La prévalence de symptômes dépressifs entre 2002 et 2007 ne diffère pas significativement (fig. 2.6). En 2002, la part des symptômes moyens à sévères est de 3,3% et de 14,5% pour les symptômes faibles, contre respectivement 3,1% et 15,8% en 2007.

En 2007, c'est dans la région lémanique (22,4%) et au Tessin (21,8%) qu'ont été le plus souvent mentionnés des symptômes dépressifs, avec une part de symptômes moyens à sévères plus importante au Tessin (5,6%) que

Symptômes dépressifs selon le sexe et l'âge, 2002/2007

Fig. 2.6



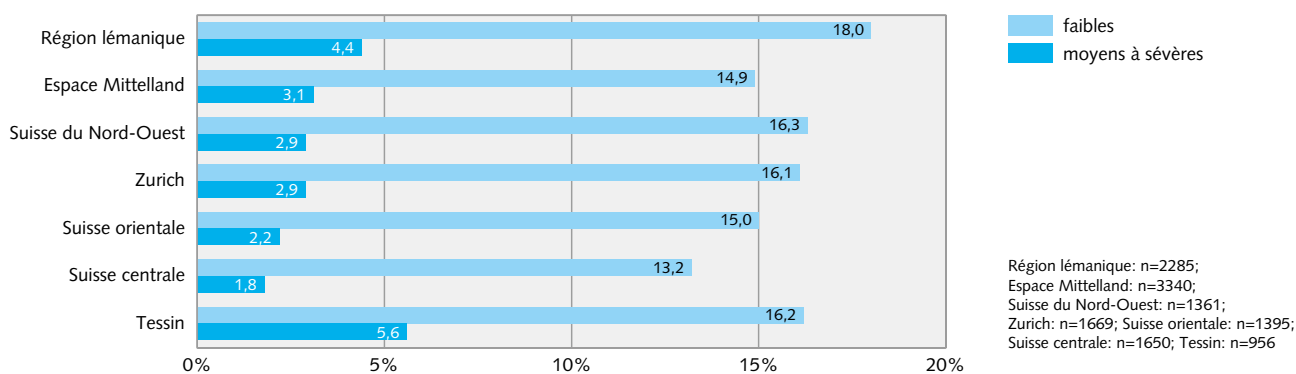
Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2002/2007

© Obsan

⁵ Tristesse, abattement ou déprime; indifférence; fatigue ou épuisement; inappétence ou perte de poids; troubles du sommeil; lenteur d'élocution ou de locomotion; manque de désir sexuel; perte de confiance en soi ou autoaccusation; difficultés à se concentrer ou à décider; idées noires ou suicidaires.

Symptômes dépressifs selon les régions, 2007

Fig. 2.7



Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Obsan

dans la région lémanique (4,4%; fig. 2.7), alors qu'on relevait en Suisse centrale les parts les plus minimales, tant en ce qui concerne les symptômes faibles (13,2%) que moyens à sévères (1,8%).

Bien que les dépressions soient fréquentes, elles sont rarement reconnues et souvent mal comprises. Si l'on en croit les résultats d'une enquête à ce sujet, 1% des personnes interrogées n'ont encore jamais entendu parler de dépression, 11% en ont bien entendu parlé mais ignorent ce qu'il faut entendre par ce terme (GFS, 2010a), 33% en connaissent approximativement la signification, 17% sont informés des symptômes et du cours de la dépression et 38% possèdent parmi leurs connaissances des personnes dépressives. Les femmes et les jeunes en savent davantage sur ce sujet et sont plus ouverts au dialogue avec des tiers que les hommes et les gens plus âgés.

D'autres résultats concernant les états dépressifs en Suisse se trouvent dans les rapports cantonaux de l'Obsan sur la santé (Obsan, 2010) et dans le rapport thématique sur la Suisse latine (Obsan, 2011). La dépression en Suisse fait en outre l'objet d'un rapport thématique de l'Obsan en cours d'élaboration, qui sera publié en 2012 et qui rassemblera des informations, tirées de diverses banques de données. Du point de vue thématique, ce rapport sera essentiellement axé sur les relations entre la dépression et certaines caractéristiques sociodémographiques, sur la santé physique, le travail et l'environnement social. Il abordera également d'autres questions, comme le traitement des troubles dépressifs, et présentera quelques comparaisons internationales.

2.4 Comorbidité

Les trois quarts des personnes qui ont des problèmes psychiques importants et deux tiers de celles ayant de sévères symptômes dépressifs souffrent également de troubles physiques importants. Les femmes déclarent plus souvent avoir aussi bien des problèmes psychiques importants que des troubles physiques importants. La part des problèmes psychiques a considérablement augmenté chez les malades chroniques fortement limités dans leurs activités quotidiennes.

La comorbidité désigne l'existence de plus d'un trouble spécifique diagnostiqué chez une personne sur une période déterminée (Burke et al., 1990). Face aux troubles psychiques, les diagnostics doubles et multiples sont particulièrement fréquents. On l'observe d'abord dans les cas de présence concomitante de deux ou plusieurs maladies psychiques. Ainsi, dans leur étude effectuée aux États-Unis, Kessler et al. (2005a) ont constaté, chez 45% des malades psychiques, au moins un trouble psychique comorbide (comorbidité sur 12 mois). Ces résultats recourent ceux de la *Bundes-Gesundheitssurvey* (GHS), en Allemagne; en l'occurrence, Jacobi, Wittchen et al. (2004a) ont relevé, selon les troubles psychiques, des taux de comorbidité pouvant aller de 44 à 94%. Plusieurs autres études épidémiologiques⁶ portant sur les troubles psychiques chiffrent le taux de comorbidité sur la durée de la vie en indiquant des valeurs de l'ordre de 42 à 60% (Tholen, 2006). Les cas les plus fréquents sont des combinaisons de troubles affectifs, de problèmes d'anxiété et de consommation de substances.

⁶ National Comorbidity Survey (NCS), Epidemiologic Catchment Area Study (ECA), Mental Health Supplement to the Ontario Health Survey (MHS-OHS), Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS), Epidemiologic Catchment Area Study in São Paulo (ECA-SP)

Par ailleurs, on observe aussi (Härter et al., 2007; Klesse et al., 2008) que les troubles psychiques s'accompagnent très souvent de maladies somatiques (chroniques): la part de la population atteinte de maladie psychique en même temps que d'une maladie somatique est de l'ordre de 45% (Lobo et al., 2005; Thiel et al., 1998). D'après Knol et al. (2006), le risque de diabète est par ex. de 37% plus élevé pour les adultes souffrant de dépression. Le même lien de cause à effet existe naturellement en sens inverse: les patients atteints par ex. d'un cancer, du VIH/sida, du diabète ou ayant fait un infarctus du myocarde ou une attaque, sont davantage exposés à un risque de dépression (Anderson et al., 2001; OMS, 2004; OMS Europe, 2006). Des troubles psychiques peuvent ainsi précéder les premiers symptômes d'une maladie somatique et, inversement, une maladie somatique, voire son traitement, peut engendrer des problèmes psychiques. Un point crucial, en particulier pour la prévention, est de savoir où résident les vulnérabilités et quels sont les problèmes à ne pas considérer séparément. Il est également important de détecter assez tôt les états de comorbidité, et de les prendre en charge de manière adéquate. Car, comparés à des diagnostics «isolés», ces diagnostics-là sont liés à de multiples conséquences négatives possibles, concernant la gravité et la durée de la maladie, le succès de la thérapie, les limitations psychosociales ou professionnelles et les tentatives de suicide, ainsi que la mise à contribution du système de santé (Bircusa & Iacono, 2007).

Les résultats présentés ci-après proviennent de l'Enquête suisse sur la santé (ESS). Ils se focalisent sur le rapport entre problèmes psychiques (ou états dépressifs) et

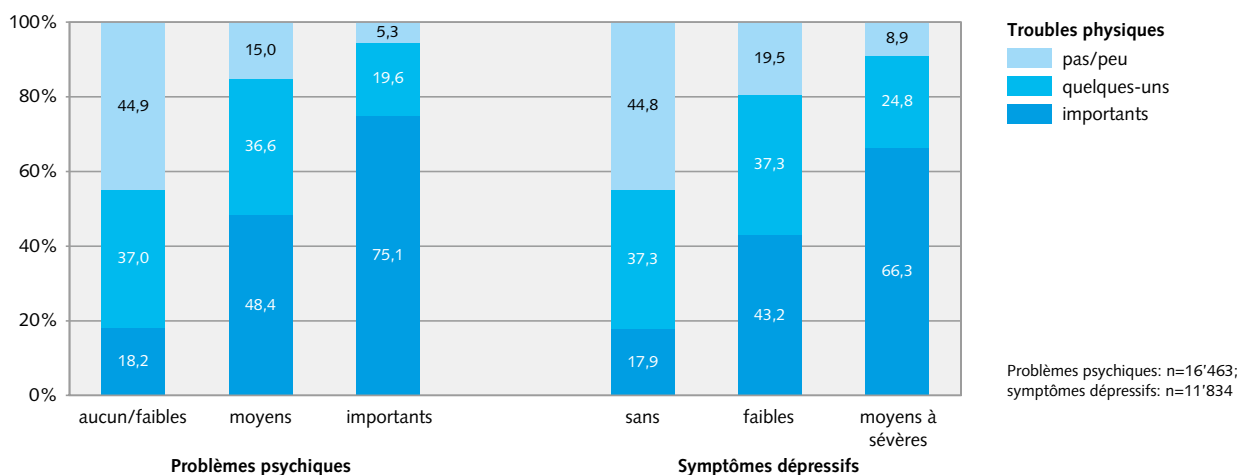
troubles physiques. Ces derniers sont construits comme des indices tirés de questions sur les dorsalgies, la faiblesse et la fatigue, les douleurs abdominales, la diarrhée et la constipation, les troubles du sommeil, les maux de tête, les troubles cardiaques, les douleurs dans la poitrine (cf. annexe). Il est ensuite plus précisément question des problèmes psychiques et de la comorbidité en cas de maladies chroniques.

La concomitance de troubles psychiques et physiques apparaît également dans les analyses. Lorsque les problèmes psychiques sont absents ou faibles ou qu'aucun symptôme dépressif n'est présent, on observe des troubles physiques importants chez un peu moins d'un cinquième (respectivement 18,2% et 17,9%) des personnes interrogées (fig. 2.8). Lorsque les problèmes psychiques sont importants ou que les symptômes dépressifs sont moyens à sévères, respectivement trois quarts (75,1%) et deux tiers (66,3%) des personnes souffrent également de troubles physiques importants. Seules 5,3% des personnes rencontrant des problèmes psychiques importants et 8,9% de celles présentant des symptômes dépressifs moyens à sévères déclarent avoir peu ou pas de troubles physiques.

Les femmes se plaignent plus souvent (79,8%) que les hommes (68,1%) de problèmes psychiques importants en concomitance avec l'apparition de troubles physiques importants (données non présentées). Avec l'âge, les troubles physiques importants s'aggravent chez les personnes rencontrant des problèmes psychiques importants (70,3% chez les personnes de 15 à 34 ans; 82,4% dès 65 ans). Lorsque les problèmes psychiques sont faibles ou inexistantes, la part des personnes affectées

Troubles physiques selon les problèmes psychiques et les symptômes dépressifs, 2007

Fig. 2.8



Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Obsan

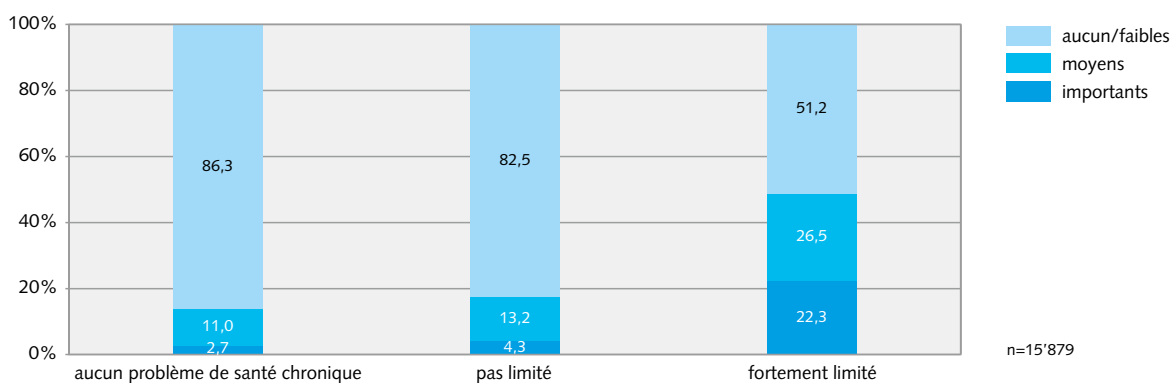
de troubles physiques importants reste stable jusqu'à la classe d'âge de 50 à 64 ans (environ 17%); elle n'atteint 23,0% que chez celles ayant 65 ans et plus.

Comme exposé dans l'introduction, les maladies chroniques peuvent réduire sensiblement la qualité de vie des personnes concernées et entraîner des problèmes psychiques, ce qu'attestent également les résultats de l'ESS. Lorsqu'une personne se sent limitée dans ses activités quotidiennes par la maladie, ses problèmes psychiques s'en trouvent nettement accrus. Les malades chroniques très limités dans leurs activités quotidiennes déclarent éprouver des problèmes psychiques importants dans 22,3% des cas (fig. 2.9). A l'inverse, les personnes qui

ne se sentent pas limitées ou qui ne souffrent d'aucune maladie chronique, sont respectivement 4,3% et 2,7% à éprouver des problèmes psychiques importants.

Les dépressions apparaissent souvent en concomitance avec des maladies physiques chroniques. La figure 2.10 montre que les personnes ayant été traitées pour cause de migraine, de diabète, d'hypertension, d'infarctus du myocarde, d'attaque ou de cancer, suivent également nettement plus souvent un traitement pour dépression que celles qui ne sont affectées par aucune de ces maladies. A titre de comparaison, 4,5% de la population totale a suivi un traitement pour dépression.⁷

Problèmes psychiques selon la limitation due à un problème de santé, 2007 Fig. 2.9



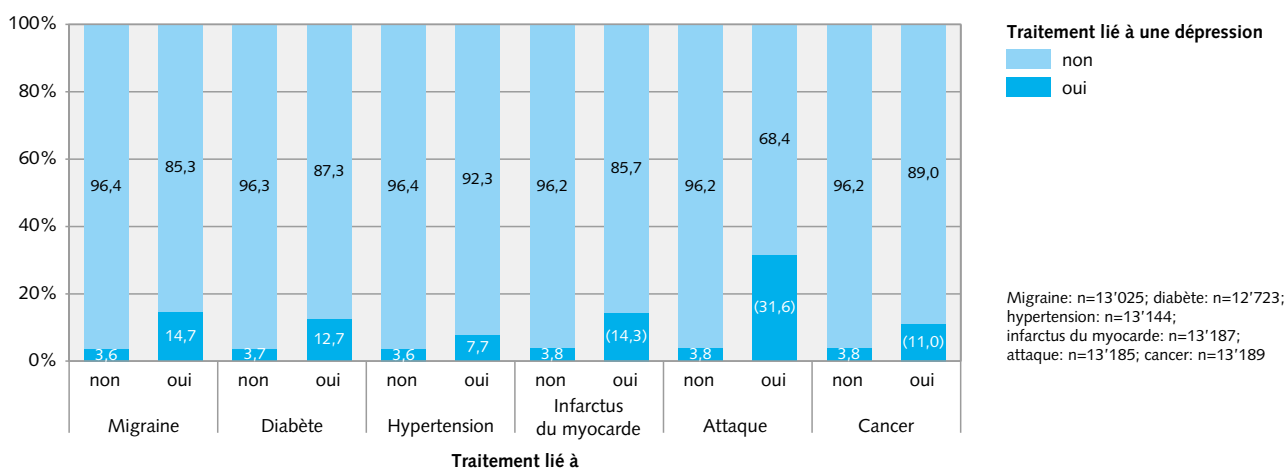
La question des problèmes psychiques se réfère aux 12 mois précédant l'enquête, celle de la limitation par un problème de santé chronique aux deux dernières semaines

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Obsan

Traitement lié à une dépression en fonction d'un traitement lié à d'autres maladies, 2007

Fig. 2.10



Les pourcentages entre parenthèses indiquent une fiabilité statistique limitée (n=10-29)

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Obsan

⁷ Il faut tenir compte lors de l'interprétation que les données présentées ici ne permettent pas d'établir de lien de causalité.

Enquête sur l'état de santé des personnes âgées vivant dans les institutions (ESAI):

État de santé psychique: pathologies spécifiques

Dans l'ESAI sont récoltées des données relatives à diverses pathologies. Les données ci-après concernant les diagnostics médicaux reposent sur des informations fournies par le personnel soignant. Pour les troubles dépressifs, il est toutefois possible d'établir un indice de dépression également sur la base des réponses données par les personnes interrogées (cf. commentaires ci-après).

La figure 2.11 met en évidence la part des personnes souffrant de troubles psychiques spécifiques au moment de l'enquête. Ci-après est abordée la question des deux maladies psychiques les plus fréquentes chez les personnes résidant dans des homes: la démence et la dépression.

Démences

Les maladies démentielles sont la principale cause de la dépendance fonctionnelle chez les personnes âgées (cf. Höpflinger et al., 2011). Selon certaines estimations, il y aurait en Suisse entre 100'000 et 120'000 personnes atteintes de démence (Association Alzheimer Suisse, 2009; Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung, 2011).

Près de deux cinquièmes (38,5%) des résidents inclus dans l'ESAI souffrent de démence. Les femmes en sont plus souvent atteintes que les hommes. Les diagnostics de démence augmentent fortement avec l'âge: leur proportion est de 21,7% chez les personnes de 65 à 74 ans et de 40,9% chez celles de 85 ans et plus.

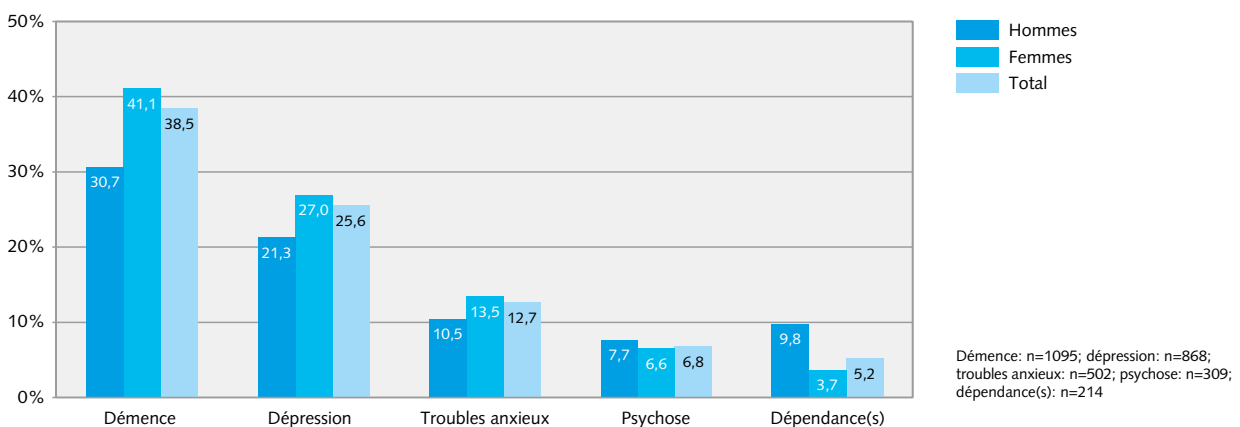
Dépressions

Un quart (25,6%) des personnes résidant dans des homes souffrent de dépression. Les analyses statistiques par âge montrent que la part des personnes souffrant de dépression commence d'abord par augmenter, puis diminue dans le grand âge (85 ans et plus; données non présentées).

L'ESAI permet non seulement d'établir le diagnostic médical de la dépression, mais également l'échelle dite GDS (*Geriatric Depression Scale* ou échelle gériatrique de dépression). Les diagnostics médicaux sont fondés sur des informations fournies par le personnel soignant, tandis que le niveau GDS est déterminé à partir d'informations données directement par les personnes interrogées sur la fréquence des différents symptômes. Le tableau 2.1 illustre la concordance entre le diagnostic de dépression et l'échelle GDS. Le diagnostic de dépression coïncide avec le résultat GDS obtenu pour 56,7% des personnes interrogées. Cependant, chez plus d'un tiers de ces personnes (34,6%), la valeur GDS indique une forte probabilité de dépression sans même qu'un diagnostic de dépression ait été prononcé. Il arrive, mais moins fréquemment, qu'un diagnostic de dépression soit posé alors que l'évaluation GDS n'indique pas de dépression (8,7%). Ces résultats pourraient indiquer que dans les homes médicalisés et les foyers pour personnes âgées, les maladies dépressives ne sont souvent pas diagnostiquées et ne font, par conséquent, l'objet d'aucun traitement. Cette tendance pourrait s'expliquer notamment par le fait que l'identification de l'état dépressif chez les personnes âgées est rendue difficile par différents facteurs (Hell & Böker, 2005; Stoppe, 2006). Les personnes âgées n'exprimant guère leurs sentiments et

Diagnostics des maladies psychiques des résidents selon le sexe, 2008/2009

Fig. 2.11



Source: OFS, Enquête sur l'état de santé des personnes âgées vivant dans les institutions 2008/2009

© Obsan

leur malaise, leurs problèmes psychiques se traduisent souvent par des troubles physiques. Il n'est pas rare non plus que des symptômes dépressifs soient simplement interprétés comme des signes normaux de vieillesse et ne soient pas reconnus pour ce qu'ils sont. En outre, il est plus difficile de diagnostiquer une dépression dans les cas où la personne est démente.⁸

Dans l'ESAI, la part des personnes présentant des symptômes de dépression est nettement plus élevée que dans l'Enquête suisse sur la santé (ESS). Une comparaison n'est cependant possible qu'avec réserve, car l'évaluation des symptômes de dépression fait appel à des instruments différents (cf. sous-chapitre 2.3) et la période de relevé⁹ n'est pas la même.

Tab. 2.1 Dépression: concordance entre diagnostic médical et GDS, 2008/2009

		GDS	
		oui	non
Diagnostic médical	oui	16,9	8,7
	non	34,6	39,8

Source: OFS, ESAI 2008/2009
n=1389

Informations complémentaires

OFS, Diagnostics et handicaps parmi les personnes âgées vivant dans les homes: www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/14/02/01/key/07/03.html (consulté le 01.12.2011)

Association Alzheimer Suisse: www.alz.ch/f/html/ (consulté le 01.12.2011)

OFSP, L'Alliance contre la dépression, Partenaires et réseaux: www.bag.admin.ch/themen/medizin/00683/03923/04120/index.html?lang=fr (consulté le 01.12.2011)

Pro Mente Sana: www.promentesana.ch (consulté le 01.12.2011)

⁸ Voir également à ce sujet: www.buendnis-depression.de/depression/im-alter.php (consulté le 25.06.2011)

⁹ Dans l'ESAI, les questions se réfèrent à la situation de la personne au cours des quatre semaines précédant l'enquête; dans l'ESS, elles ne se rapportent qu'aux deux semaines précédant l'enquête.

3 Facteurs de protection et facteurs de risque

Le stress, qu'il soit de nature psychique, physique ou sociale, peut constituer un facteur de risque en ce qui concerne les maladies physiques ou psychiques. Certains modèles dits «de ressources contre le stress» partent du principe que la maîtrise du stress dépend des ressources dont dispose la personne concernée (Hurrelmann, 2002). Ces ressources ou facteurs de protection peuvent atténuer ou empêcher l'effet du stress en permettant, par exemple, de mieux le gérer. Toutefois, certains facteurs peuvent également avoir un effet direct sur la santé et leur action peut être telle que la personne ne se trouve même pas exposée à certaines formes de stress.

Les facteurs de protection ou de risque peuvent découler d'un certain nombre de caractéristiques propres à la personne elle-même ou à son environnement. Délimiter les facteurs de protection et les facteurs de risque est ardu, et sujet à controverse. On suppose parfois qu'un facteur – ou l'absence de ce même facteur – peut agir comme facteur de risque ou de protection, et ce en fonction de son empreinte et de certaines prédispositions individuelles. Les sous-chapitres ci-après aborderont donc certains facteurs pouvant agir positivement et/ou négativement sur la santé psychique, étant entendu qu'aucune distinction stricte n'y est faite entre les différents groupes de facteurs. Les facteurs de protection et de risque étudiés plus en détails ci-après sont:

- la *satisfaction* (3.1),
- le *sentiment de maîtrise de sa propre vie* (3.2),
- le *soutien social*, c'est-à-dire la présence d'un entourage et la solitude (3.3), et
- les *événements critiques de l'existence* (3.4).

Le chapitre contient, en outre, un encadré gris traitant des contacts sociaux – visites et appels téléphoniques – des personnes âgées vivant en institution.

3.1 Satisfaction

70% des personnes interrogées se disent (très) satisfaites de leur vie en général; c'est le cas des deux tiers des personnes interrogées pour ce qui est de la santé. Les personnes âgées se déclarent plus souvent satisfaites de leur vie en général que les plus jeunes; elles sont par contre moins satisfaites de leur santé que ces dernières. Un faible degré général de satisfaction induit communément un risque plus élevé de souffrir de problèmes psychiques.

La satisfaction par rapport à la vie en général et à ses différents aspects est une importante ressource de santé. Un faible degré de satisfaction par rapport à la vie peut aussi bien être la cause que la conséquence de troubles de santé physiques et psychiques. Plusieurs études ont montré qu'un faible degré de satisfaction s'accompagne d'un risque plus élevé de dépression et de suicide (Koivumaa-Honkanen et al., 2001; Koivumaa-Honkanen et al., 2004).

Le présent sous-chapitre aborde le thème de la satisfaction générale quant à la vie, à la santé, à la situation financière et aux relations personnelles, à partir des données du Panel suisse de ménages (PSM; cf. annexe). Quant au thème de la satisfaction au travail, il est traité au paragraphe 5.1.2.

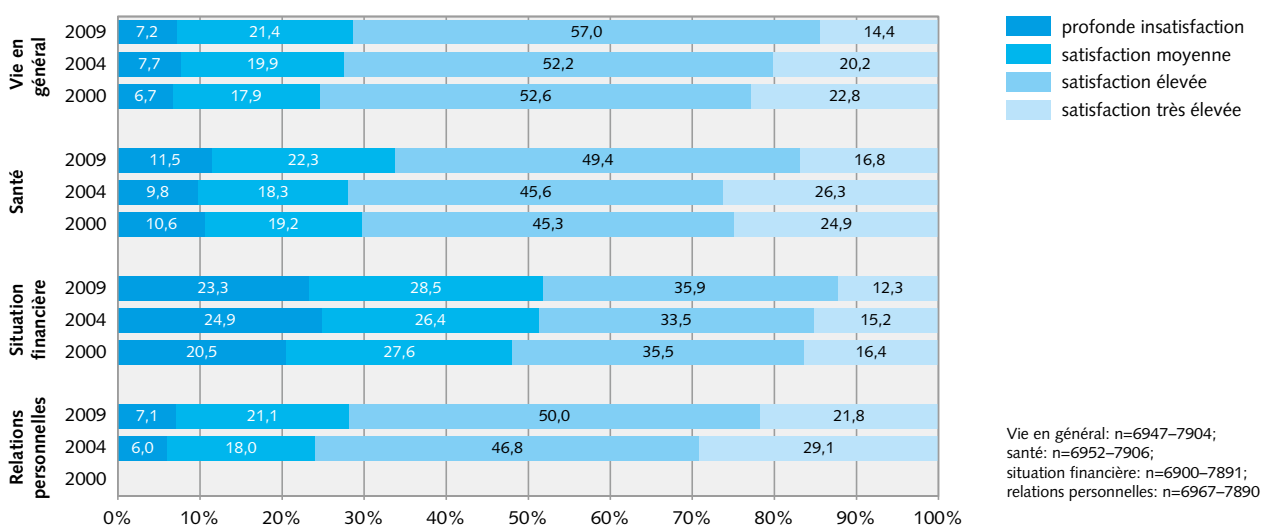
En 2009, plus de 70% des personnes interrogées se déclarent satisfaites, voire très satisfaites de leur vie, tandis que 7,2% d'entre elles font état d'une profonde insatisfaction générale (fig. 3.1). De même, en termes de santé, une majorité de ces personnes (66,2%) se montrent satisfaites ou très satisfaites, au contraire d'une sur dix qui se déclare insatisfaite à cet égard (11,5%). C'est sur le plan de la situation financière que l'insatisfaction observée est la plus fréquente (23,3%).

Les femmes se montrent, dans l'ensemble, un peu plus satisfaites que les hommes: la proportion de personnes très satisfaites est plus importante chez les femmes, dans tous les domaines. En ce qui concerne les personnes profondément insatisfaites, les chiffres sont semblables chez les deux sexes.

La comparaison par classe d'âge montre que les personnes de 65 ans et plus sont, par rapport à la vie en général, bien plus souvent très satisfaites que les jeunes (fig. 3.2). Quant aux personnes témoignant d'une profonde insatisfaction, leur part s'accroît également avec l'âge, mais de façon moins flagrante. Une tendance similaire s'observe en ce qui concerne la satisfaction générée par les relations personnelles. En matière de santé, le degré de satisfaction chute avec l'âge, comme on peut s'y attendre; par contre, il s'accroît pour ce qui est de la situation financière.

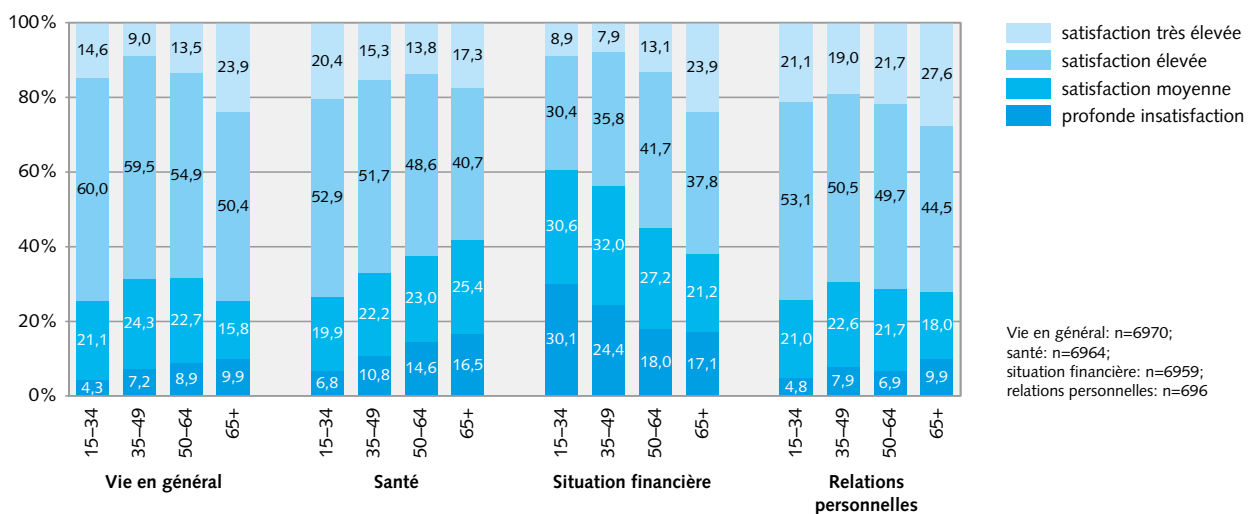
La comparaison dans le temps entre 2000 et 2009 révèle une ambivalence (fig. 3.1): d'un côté, la proportion des personnes profondément insatisfaites n'a pas beaucoup changé; de l'autre, la part des personnes très satisfaites s'est rétrécie dans tous les domaines (et dans certains, très nettement).

Satisfaction à l'égard de certains domaines importants de la vie, 2000–2009 Fig. 3.1



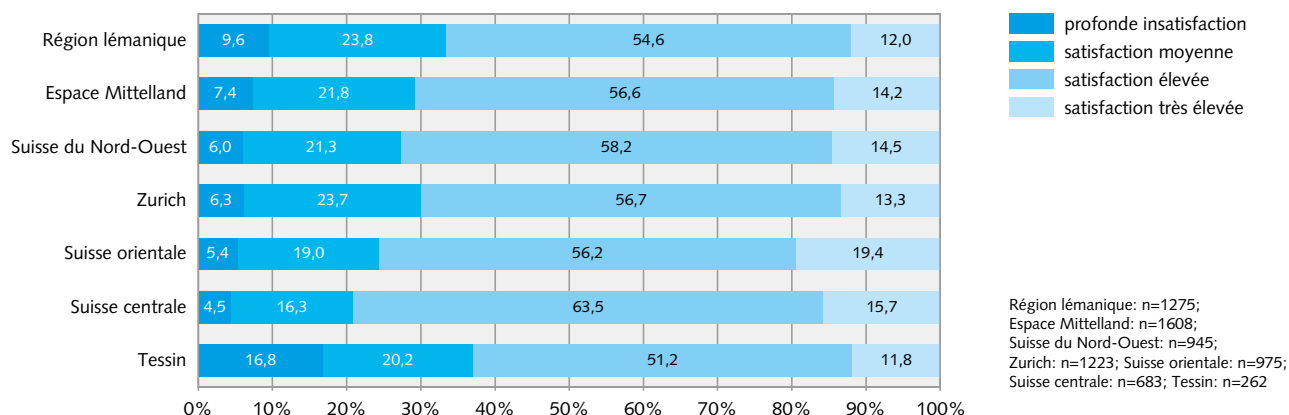
Satisfaction à l'égard de certains domaines importants de la vie selon l'âge, 2009

Fig. 3.2



Satisfaction par rapport à la vie en général selon les régions, 2009

Fig. 3.3

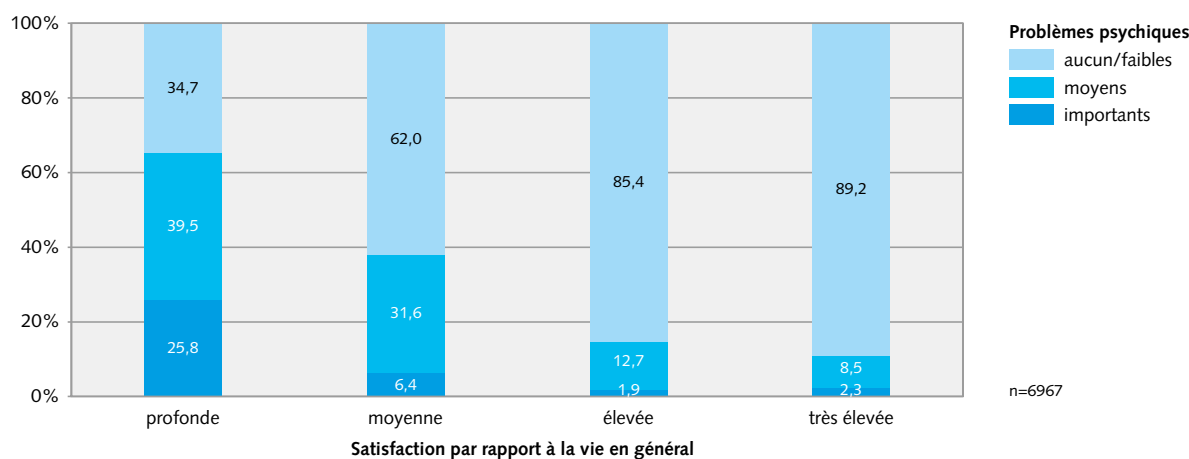


Source: FORS, Panel suisse de ménages 2009

© Obsan

Satisfaction par rapport à la vie en général selon les problèmes psychiques, 2009

Fig. 3.4



Source: FORS, Panel suisse de ménages 2009

© Obsan

En comparaison régionale, il est frappant de constater la relative large proportion (16,8%) de personnes interrogées dans le Tessin qui font état d'une profonde insatisfaction de la vie en général (fig. 3.3).

La figure 3.4 montre clairement que les personnes dont le degré de satisfaction est faible souffrent aussi beaucoup plus fréquemment de problèmes psychiques: 25,8% des personnes ressentant une profonde insatisfaction générale souffrent également de problèmes psychiques importants, ce qui ne concerne que 2% des personnes satisfaites et très satisfaites.

Informations complémentaires

Indicateur «Satisfaction: vie en général» OFS: www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/20/03/blank/key/09/01.html (consulté le 01.12.2011)

3.2 Sentiment de maîtriser sa vie

Le sentiment de maîtriser sa vie est marqué pour 40% de la population suisse, alors qu'il est faible pour plus de 20% des personnes interrogées. La part des personnes qui ont le sentiment de maîtriser leur vie augmente avec l'âge. Les résultats montrent un lien évident entre ce sentiment et les problèmes psychiques.

Le sentiment de maîtriser sa vie, dans sa conception, nous renvoie à Rotter et à sa théorie de l'apprentissage social (1966) qui, par l'expression «Kontrollüberzeugung», désigne l'appréciation subjective d'une personne quant à l'influence qu'elle peut exercer sur sa propre vie. Les personnes chez qui ce sentiment est fort sont convaincues de pouvoir déterminer le cours de leur propre vie (sentiment de maîtrise intérieure de sa propre vie). Celles chez qui ce sentiment est plus faible considèrent la vie comme conditionnée par des facteurs extérieurs, comme le hasard, la destinée ou le contrôle d'autres personnes, si bien qu'ils jugent leur propre influence comme mineure à cet égard (sentiment de contrôle extérieur de sa propre vie). Des études ont montré qu'un fort sentiment de maîtrise de sa propre vie est lié à un meilleur état de santé en général, à une plus grande satisfaction quant à ce que la vie leur apporte et à une meilleure gestion du stress. A l'inverse, le sentiment de peu maîtriser sa vie est plutôt lié à une activité réduite, à l'impuissance apprise, à la dépression et au désespoir (Deci, 1975; Seligman, 1975).

Les résultats ci-après concernant le sentiment de maîtriser sa vie sont tirés de l'Enquête suisse sur la santé (ESS; cf. annexe).

En 2007, un cinquième de la population suisse ressentait un faible sentiment de maîtrise de la vie, tandis que ce sentiment était moyen (40,1%) ou élevé (39,5%)

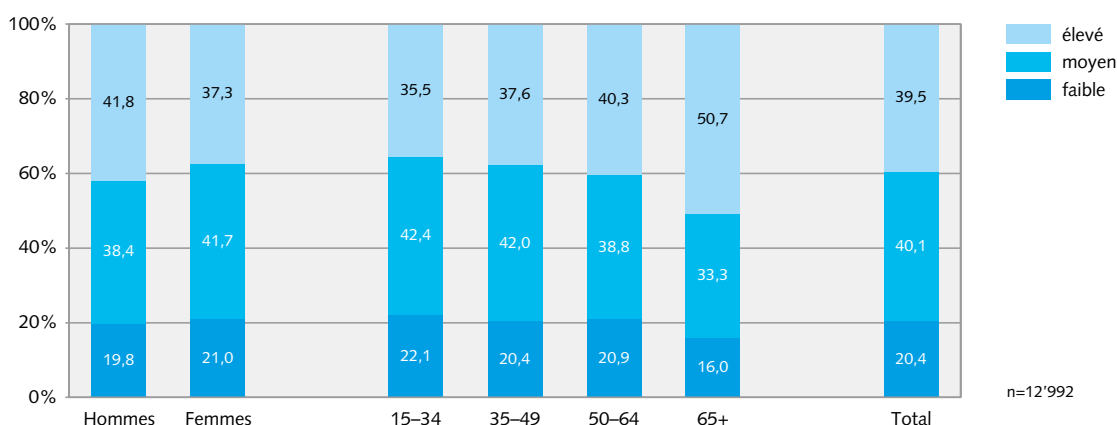
chez les quatre cinquièmes restants (fig. 3.5). La proportion d'hommes est plus importante que celle de femmes parmi les personnes dont le sentiment de maîtriser leur vie est élevé (respectivement 41,8% et 7,3%). Par contre, la part des personnes ayant un faible sentiment de maîtrise de leur vie est égale entre les deux sexes. L'âge augmentant, la conviction de maîtriser sa vie tend à se renforcer: si cette conviction est élevée pour 35,5% de la classe d'âge des 15 à 34 ans, elle l'est également pour 50,7% des personnes de 65 ans et plus. La part des personnes vivant avec un faible sentiment de maîtrise de leur vie reste relativement stable jusqu'à la tranche d'âge de 50 à 64 ans (environ 21%), tandis qu'elle est notablement plus réduite dans la classe des 65 ans et plus (16,0%). Chez les personnes jouissant d'un sentiment de maîtrise de leur vie élevé, c'est, là aussi, lors du passage à l'âge de la retraite que l'on observe les différences les plus frappantes.

L'évolution, avec l'âge, du sentiment de maîtriser sa vie se révèle comparable entre les hommes et les femmes, si l'on excepte la classe des 65 ans et plus, où l'augmentation chez les femmes est moins nette en ce qui concerne le faible sentiment de maîtriser sa vie (femmes: 50–64: 22,2%, 65+: 18,5%; hommes: 50–64: 19,7%, 65+: 13,2%; données non présentées). Un sentiment de maîtriser sa vie élevé est majoritairement l'apanage des hommes, dans toutes les classes d'âge.

La répartition des personnes selon que le sentiment de maîtrise de leur propre vie est faible, moyen ou élevé, est restée similaire en 1992, 2002 et 2007. En 1997, par contre, la proportion des personnes ayant un faible sentiment de maîtrise de leur vie était plus importante que pour les autres années prises en compte (données non présentées).

Sentiment de maîtriser la vie selon le sexe et l'âge, 2007

Fig. 3.5

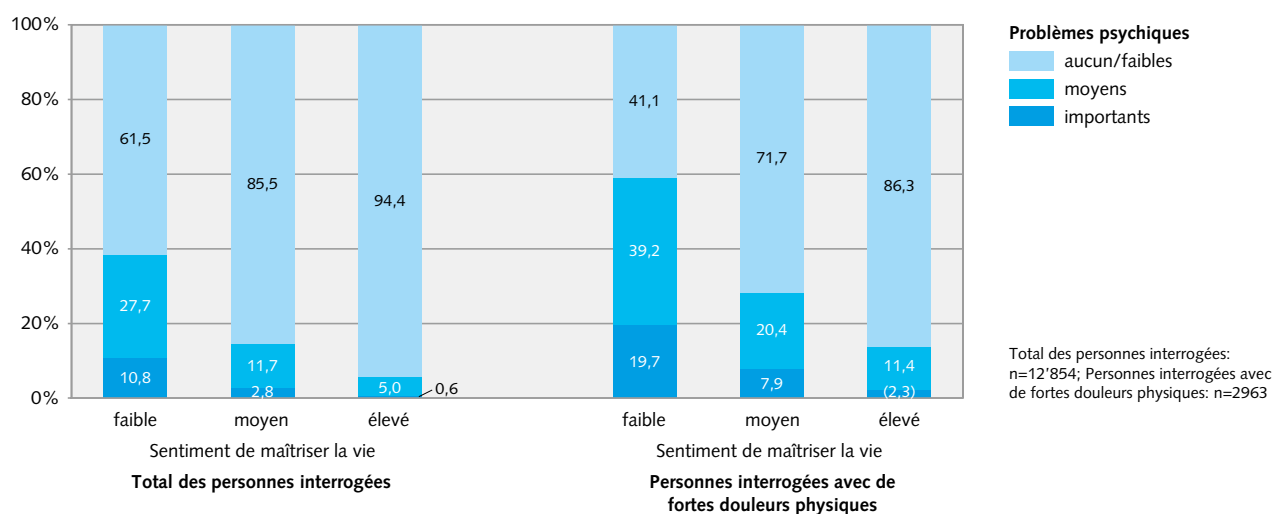


Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Obsan

Problèmes psychiques selon le sentiment de maîtriser la vie, 2007

Fig. 3.6



Les pourcentages entre parenthèses indiquent une fiabilité statistique limitée (n=10-29)

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Obsan

La figure 3.6 met en rapport l'existence de problèmes psychiques et le sentiment de maîtriser sa propre vie. Les personnes chez qui le sentiment de maîtriser sa propre vie est élevé souffrent beaucoup plus rarement que les autres de problèmes psychiques moyens ou importants. En comparaison, les résultats du croisement de ces deux variables sont présentés pour les personnes souffrant de fortes douleurs physiques. Ces personnes, comme on peut s'y attendre, sont plus fréquemment victimes de troubles psychiques, moyens à importants que l'ensemble des personnes interrogées. Ceci s'applique en particulier aux personnes ayant un faible sentiment de maîtrise de leur vie. Comparativement, les personnes ayant un sentiment de maîtrise leur vie élevé et souffrant de fortes douleurs physiques rencontrent moins de problèmes psychiques importants.

3.3 Soutien social

Environ 95% de la population compte au moins une personne de confiance dans son entourage, pourtant près d'un tiers des personnes interrogées se sentent seules de temps à autre. Les femmes indiquent plus souvent avoir une ou plusieurs personnes de confiance, mais elles déclarent aussi davantage que les hommes ressentir de la solitude.

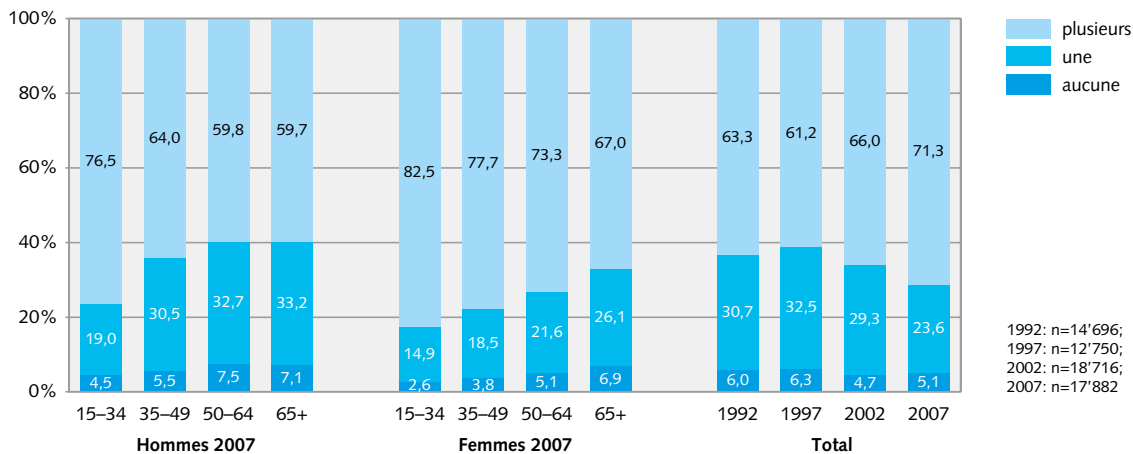
Il est primordial, pour le bien-être et la santé tant psychiques que physiques, d'avoir des contacts sociaux, de se lier à d'autres personnes et de sentir du soutien de leur part. L'absence de soutien social compte parmi les facteurs de risque pour la santé, au même titre que

la fumée, le surpoids ou le manque d'activité physique. L'absence de soutien peut provoquer un taux d'adrénaline élevé, affaiblir les défenses immunitaires, augmenter la tension artérielle, accroître l'anxiété et favoriser la dépression (Cacioppo & Patrick, 2008). On suppose que le soutien social a un effet direct sur le bien-être et que, par ailleurs, il joue un rôle d'amortisseur lorsqu'une personne est exposée à des tensions (Turner & Turner, 1999). Dans ce sous-chapitre, il sera question de deux indicateurs du soutien social, à savoir la solitude et l'existence de personnes de confiance dans l'entourage.

Les résultats présentés ci-après, sur l'existence d'une personne de confiance et le sentiment de solitude, sont basés sur l'Enquête suisse sur la santé (ESS; cf. annexe).

3.3.1 Existence d'une personne de confiance

La grande majorité de la population suisse (94,9%) compte au moins une personne de confiance dans son entourage, et une part de 71,3% en dénombre même plus d'une (fig. 3.7). Parmi les personnes interrogées, 5,1% n'ont personne à qui parler de leurs problèmes personnels. Les hommes déclarent plus fréquemment (5,9%) que les femmes (4,4%) l'absence de personne de confiance, et comptent également plus rarement que les femmes plus d'une telle personne dans leur entourage (hommes: 66,3%; femmes: 76,0%) (fig. 3.7). Depuis 1992, la part de la population dépourvue de personne de confiance varie entre 6,3% et 4,7%, tandis que celle des personnes pouvant s'appuyer sur plusieurs confidents, est passée depuis 1997 de 61,2% à 71,3%.

Existence d'une personne de confiance selon le sexe et l'âge, 1992–2007 Fig. 3.7

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 1992/1997/2002/2007

© Obsan

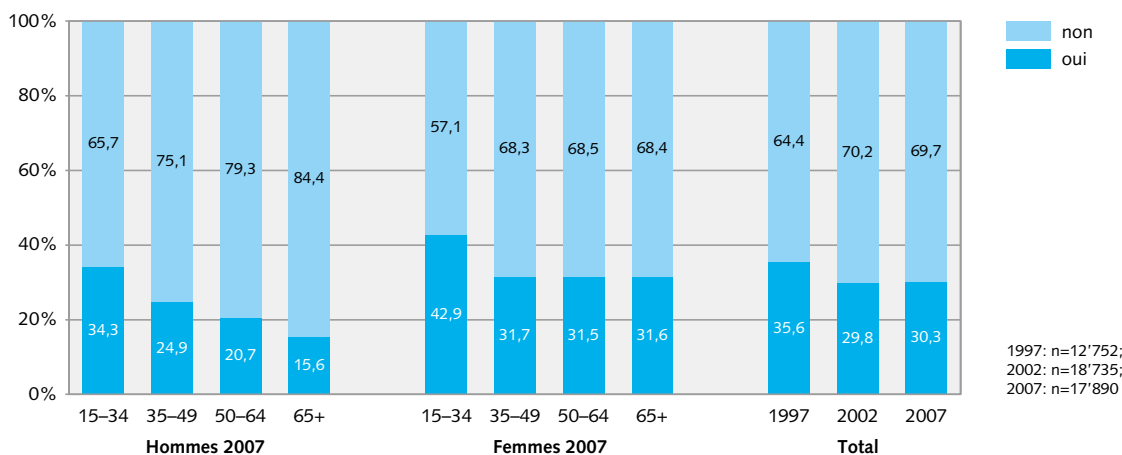
3.3.2 Solitude

Environ un tiers de la population suisse souffre, occasionnellement, d'un sentiment de solitude, les femmes (34,9%) nettement plus que les hommes (25,4%; données non présentées). L'évolution en fonction de l'âge diffère également selon les sexes (fig. 3.8): chez les hommes, un sentiment de solitude s'observe surtout dans les tranches d'âge les plus jeunes (34,3%); il diminue avec l'âge et n'est plus mentionné que par 15,6% des personnes âgées de 65 ans et plus. Chez les femmes également, ce sentiment concerne essentiellement les 15 à 34 ans (42%), puis il diminue et se stabilise avec l'âge aux alentours de 32%. En comparaison avec 2002, la part de la population mentionnant un sentiment de solitude reste inchangée. Par rapport à 1997, elle a toutefois diminué.

L'absence de personne de confiance et le sentiment de solitude vont de pair avec une détérioration de la santé psychique et physique. On observe beaucoup plus de problèmes psychiques chez les individus qui n'ont aucune personne de confiance et qui se sentent seuls, que chez ceux qui disposent au moins d'un proche à qui se confier et qui ne ressentent pas de solitude. (fig. 3.9). Si l'on peut établir un lien entre les problèmes psychiques d'une part et l'absence d'une personne de confiance et le sentiment de solitude d'autre part, l'inverse vaut également (données non présentées). En effet, les personnes souffrant d'importants problèmes psychiques indiquent beaucoup plus fréquemment manquer d'une personne de confiance (13,2%) et se sentir seules (72,7%) que celles n'ayant pas ou peu de problèmes psychiques (respectivement: 4,0% et 24,4%).

Sentiments de solitude selon le sexe et l'âge, 1997–2007

Fig. 3.8

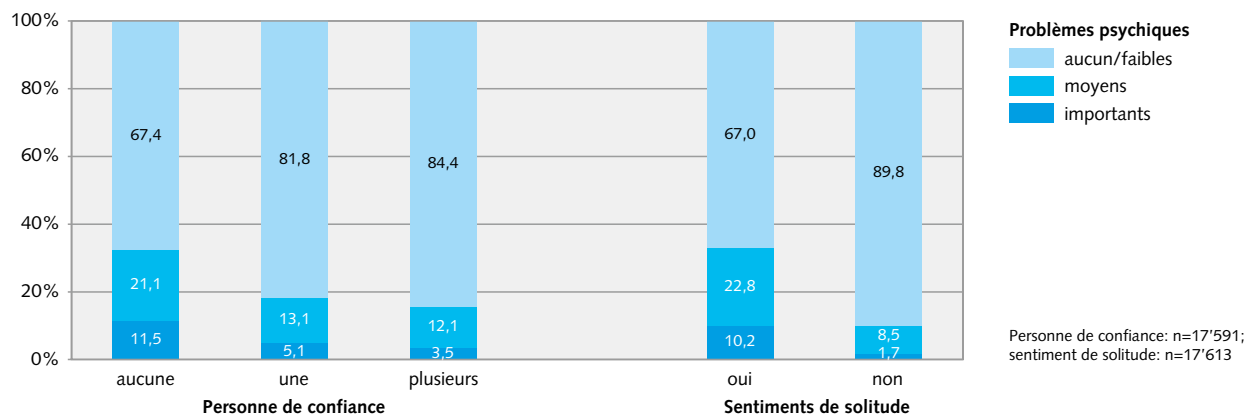


Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 1997/2002/2007

© Obsan

Problèmes psychiques selon l'existence d'une personne de confiance et les sentiments de solitude, 2007

Fig. 3.9



Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Obsan

3.4 Événements critiques de l'existence

Plus de 60% de la population interrogée déclare avoir vécu un événement critique au cours des 12 mois précédant l'enquête. C'est avant tout le cas de femmes et de personnes âgées. Les résultats montrent qu'il y a un lien évident entre les événements critiques de l'existence et les problèmes psychiques.

Par événement critique de l'existence, on entend un changement relativement brusque de la situation de vie initiale et qui demande un effort d'adaptation de la part de l'individu (vgl. Faltermaier, 2005; Filipp & Aymanns, 2010). De tels changements peuvent notamment concerner les activités habituelles et les rôles sociaux (par ex. emploi, famille), ainsi que l'environnement social (par ex. personnes de confiance). La perte d'un proche, un licenciement ou une séparation sont des exemples typiques d'événements critiques de l'existence. A l'avenant, des événements positifs tels que la naissance d'un enfant ou le mariage sont également comptés comme des événements critiques de l'existence, bien qu'ils ne soient pas pris en compte dans le cadre du présent rapport. Les événements critiques de l'existence constituent un facteur de risque pour différentes maladies psychiques et somatiques (Faltermaier, 2002, 2005; Filipp & Aymanns, 2010). Plusieurs études ont ainsi démontré un lien entre les événements critiques de la vie et la dépression. (Bifulco et al., 2000; Kessler, 1997; Paykel, 2003a, 2003b; Vinkers et al., 2004).

Les analyses ci-après, qui se fondent sur les données du Panel suisse de ménages (PSM), portent sur sept types d'événements critiques pouvant survenir dans l'existence,

à savoir: maladie ou accident personnel, maladie ou accident d'un proche, décès d'un proche, rupture d'une relation étroite, conflits avec un proche, problèmes avec ses propres enfants, autres problèmes (catégories regroupées; cf. annexe).

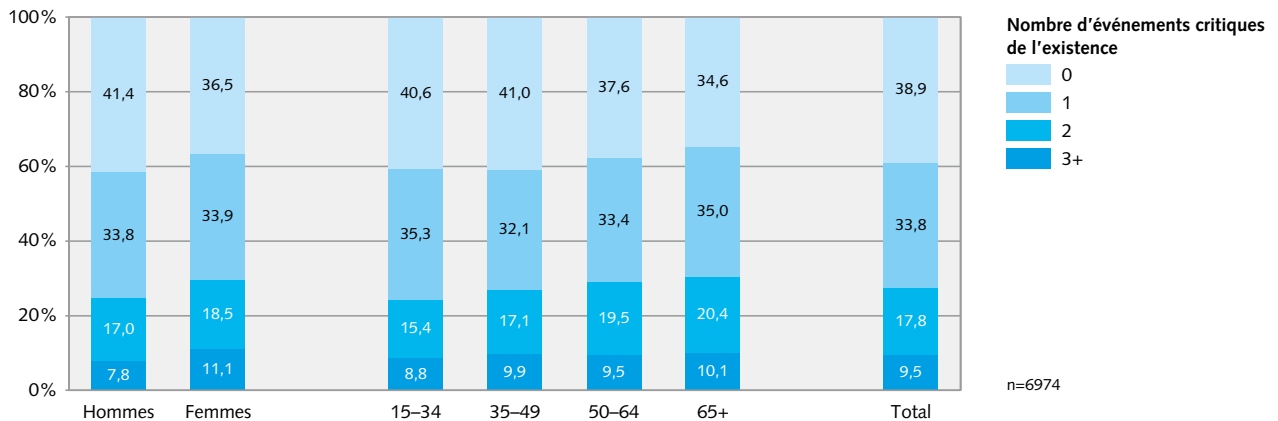
Plus de 60% des personnes interrogées déclarent avoir vécu, au cours de l'année précédant l'enquête, au moins l'une des situations susmentionnées, quelque 10% ayant même dû faire face à trois ou davantage de ces événements (fig. 3.10). Les événements les plus souvent mentionnés sont la maladie ou l'accident d'un proche (29,7%), le décès d'un proche (22,1%), suivis d'une maladie ou d'un accident subi par la personne interrogée elle-même (19,2%) et des conflits avec un proche (10,4%; données non présentées). Enfin, 8,0% ont vécu la rupture d'une relation étroite et essentielle durant les 12 mois précédant l'enquête.

Les femmes de toutes les classes d'âge rapportent, davantage que les hommes, la survenance d'au moins deux événements critiques. La fréquence de tels événements augmente légèrement avec l'âge: 40,6% de la classe des 15 à 34 ans déclarent avoir été épargnés de tout événement critique durant l'année précédant l'enquête, ce que rapportent plus que 34,6% de la classe des 65 ans et plus.

Des analyses plus poussées montrent que les problèmes psychiques augmentent en même temps que s'accroît le nombre d'événements critiques de l'existence. Ainsi, la part des personnes souffrant de troubles psychiques importants s'élève à 3,3% dans la population n'ayant pas vécu de tel événement, alors qu'elle est de 10,7% chez les personnes ayant dû faire face, au moins, à trois événements critiques (données non présentées).

Événements critiques de l'existence selon le sexe et l'âge, 2009

Fig. 3.10



Événements critiques au cours des 12 mois précédant l'enquête

Source: FORs, Panel suisse de ménages 2009

© Obsan

Enquête sur l'état de santé des personnes âgées vivant dans les institutions (ESAI):

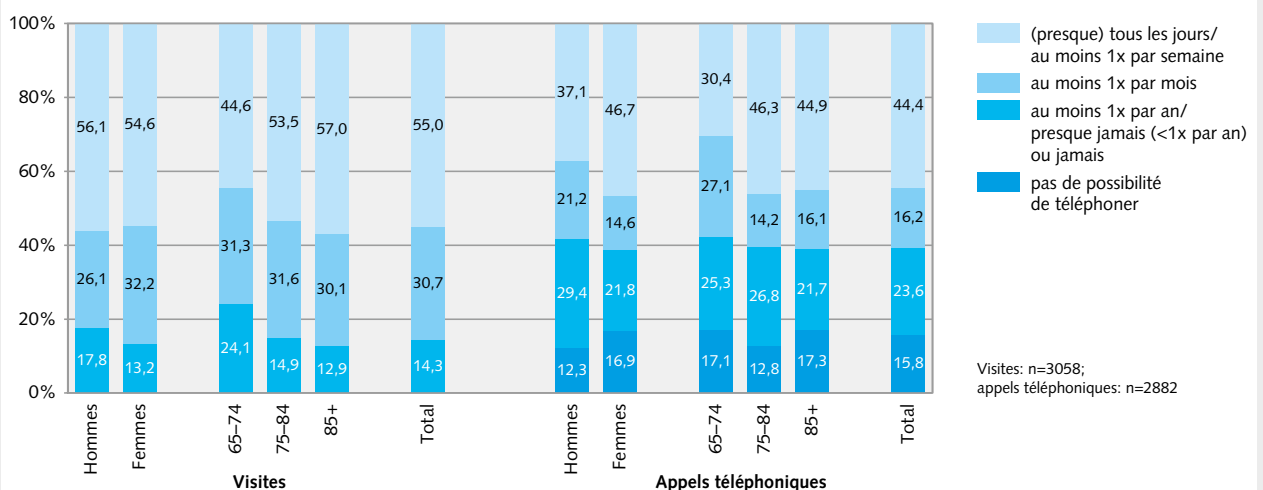
Contacts sociaux: visites et appels téléphoniques

L'ESAI livre plusieurs informations sur les ressources, parmi lesquelles la qualité de vie et les contacts sociaux (cf. annexe). Des résultats sont présentés ci-après au sujet de la fréquence à laquelle les résidents ont un contact, en personne ou par téléphone, avec des membres de leur famille, des amis ou des connaissances. Les données reposent sur des informations fournies par les résidents (ou par le personnel soignant lorsque la personne concernée n'était pas en mesure de répondre).

Plus de la moitié des personnes (55,0%) reçoivent des visites entre une fois par jour et au moins une fois par semaine (fig. 3.11). En matière d'appels téléphoniques, cette proportion s'élève à 44,4%. Il est intéressant de noter que la fréquence des visites augmente avec l'âge: 44,6% des personnes âgées de 65 à 74 ans reçoivent, au moins, une visite par semaine, de même que 57,0% des personnes âgées de 85 ans et plus.

Visites et appels téléphoniques selon le sexe et l'âge, 2008/2009

Fig. 3.11



Source: OFs, Enquête sur l'état de santé des personnes âgées vivant dans les institutions 2008/2009

© Obsan

4 Recours aux soins

L'existence d'une maladie psychique intensifie le recours aux soins psychiatriques et somatiques (Koopmans et al., 2005). Notamment la dépression, l'angoisse et la douleur entraînent une sollicitation accrue des prestations de médecine générale et (ces troubles n'étant pas reconnus dans près de la moitié des cas) le recours à des traitements somatiques spécialisés (qui pourraient être évités) (Barsky et al., 2006; Fritze et al., 2001; Savageau et al., 2006). Plus la maladie est grave, chronique et comorbide, plus le nombre de prestations auxquelles on a recours est élevé. En revanche, des attitudes comme le stoïcisme ou l'opinion selon laquelle on doit résoudre seul ses problèmes empêchent de demander de l'aide (Eichenberger, 2002; Sareen et al., 2007).

Le moment où survient la demande d'aide et l'interlocuteur à qui l'on s'adresse pour se faire aider sont décisifs pour les chances de guérison des maladies psychiques. Si les soins ne sont pas suffisants, les risques d'évolution clinique grave, de chronicité, de comorbidité, d'isolement social et de suicidalité augmentent (Ajdacic-Gross & Graf, 2003). Les études montrent qu'entre un tiers et la moitié des patients psychiques des pays industrialisés restent sans traitement, parce que les maladies ne sont pas diagnostiquées par des professionnels et/ou parce que les personnes touchées ne sollicitent pas l'aide de professionnels (Kessler & WHO World Mental Health Survey Consortium, 2004). D'après Wittchen et al. (2011), au sein de l'UE, seulement une personne sur deux souffrant de troubles psychiques prend contact avec un psychologue professionnel ou avec un médecin. La plupart d'entre elles sont traitées en médecine générale. Seul un quart des personnes atteintes de troubles psychiques bénéficie d'une aide professionnelle, axée sur les maladies psychiques. Le taux de traitement varie selon le type de trouble psychique. Les troubles affectifs sont le plus fréquemment traités. D'après l'étude de cohorte zurichoise portant sur de jeunes adultes, 46% des patients atteints de maladie psychique suivent un traitement, les femmes plus souvent que les hommes (Angst et al., 2005).

Nous allons maintenant examiner en détail le recours à différentes offres de soins par les personnes atteintes de troubles psychiques. Nous utilisons pour cela des sources très variées, car il n'existe aucune source couvrant la totalité de l'offre de soins (fig. 4.1). Étant donné les particularités de chaque banque de données, il est impossible d'établir une comparaison directe entre les résultats de différentes sources et les distinctions ne sont pas toujours très nettes. Les résultats sur le recours aux soins sont présentés d'une part pour le recours aux *traitements en général*, avec les différentes offres de soins (4.1.1) et d'autre part pour la prise de médicaments (4.1.2). Puis nous nous concentrerons sur le domaine des prestations ambulatoires et semi-hospitalières. Il est divisé entre d'un côté les *traitements en cabinet médical (psychiatrie ou médecine de famille)* (4.2), sur lesquels nous avons consulté quatre sources différentes, et de l'autre côté les *traitements ambulatoires/semi-hospitaliers en établissement psychiatrique* (4.3). Et ce, même si ces résultats sont basés sur des données datant de 2006, issues de la seule enquête disponible à ce jour. Le domaine des soins intra-muros décrit d'un côté le recours aux *institutions médico-sociales* (4.4), avec pour base la statistique des institutions médico-sociales et l'enquête sur l'état de santé des personnes âgées en institution, et de l'autre côté les *soins intra-muros en clinique* (4.5), avec comme base la statistique médicale.

Le grand nombre de sources existantes sur les soins ambulatoires (fig. 4.1) ne signifie pas que les données soient exhaustives sur le sujet, mais reflète la difficulté à représenter la totalité de ce type de traitements. Aucun relevé fondé sur les registres officiels/relevé exhaustif n'existant en ce qui concerne le domaine ambulatoire, les informations doivent être tirées de différentes études limitées à certains secteurs. Étant donné leurs particularités et leurs faiblesses respectives, ces enquêtes sont difficiles à mettre en relation et ne reflètent toujours qu'une partie du domaine. Par exemple, de nombreux résultats sur le domaine ambulatoire reposent sur des enquêtes directes auprès des personnes (l'Enquête suisse sur la santé, Panel suisse de ménages). Les résultats peuvent

aussi provenir du pool de données de santésuisse, dont les informations ne concernent que les consultations qui sont à la charge de l'assurance obligatoire des soins (AOS). Il manque également, au niveau national, des données sur les traitements dispensés par des psychothérapeutes qui ne sont pas médecins. Malgré les différentes sources citées, les données restent donc très insuffisantes sur le domaine des soins ambulatoires.

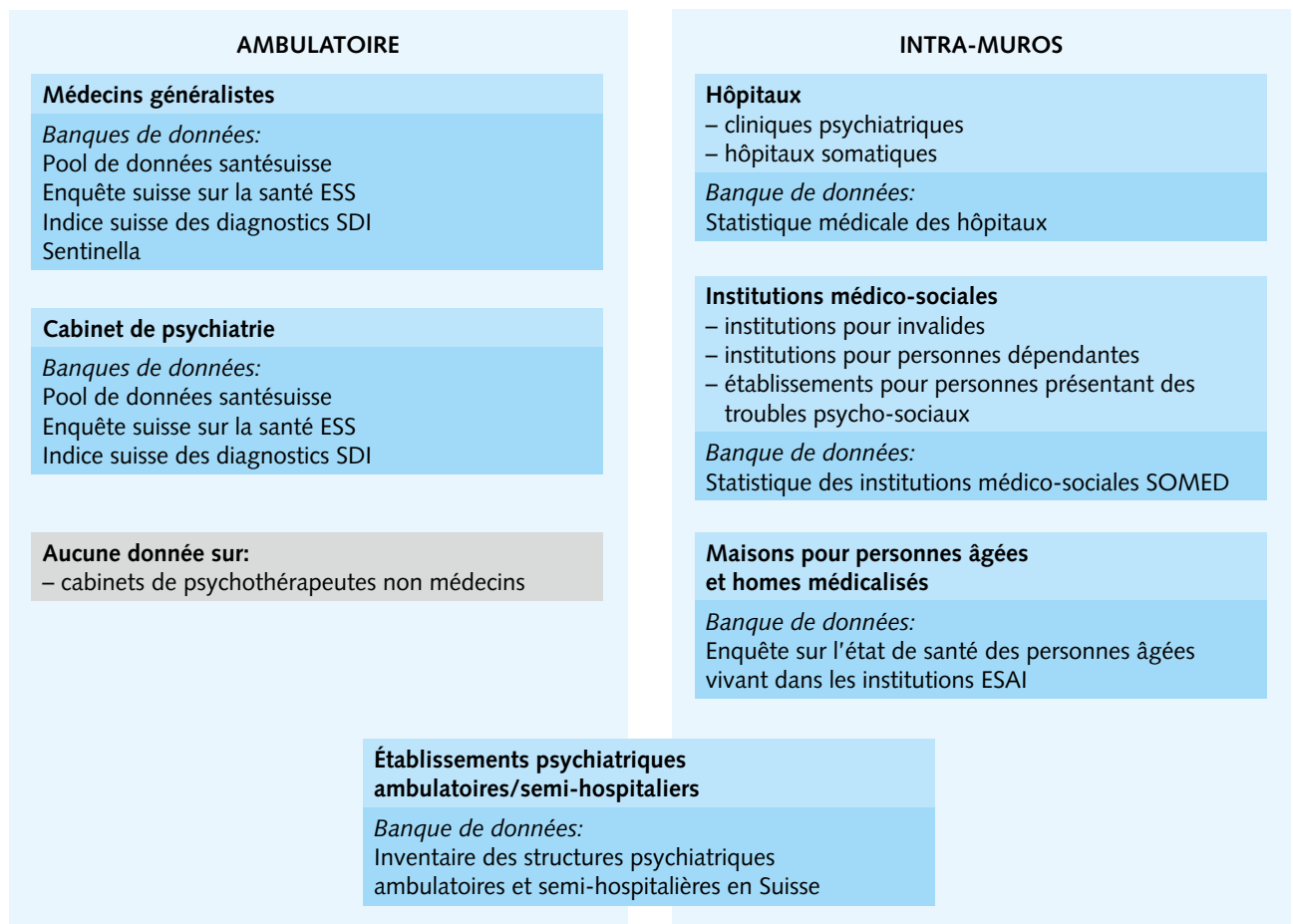
4.1 Recours aux soins en général et prise de médicaments

Un peu plus de 5% de la population s'est faite traiter en 2007 pour des problèmes psychiques, dans la plupart des cas par un psychiatre ou un psychothérapeute. Les résultats concernant les dépressions font état de carences avérées en matière de recours aux soins. Près de 5% de la population résidant en Suisse prend des somnifères, des calmants ou des antidépresseurs, la consommation augmentant avec l'aggravation des problèmes. Les traitements ont souvent lieu sans prescription de médicaments. Lorsque des psychotropes sont prescrits, il s'agit le plus souvent d'antidépresseurs.

Avant d'examiner le recours aux traitements auprès de différents groupes de prestataires (dans les sous-chapitres 4.2 à 4.5) nous allons présenter des résultats sur les soins psychiatriques et psychothérapeutiques en général, sans faire de différenciation entre cabinets privés, établissements psychiatriques ambulatoires/

Synthèse de l'offre de soins présentée dans ce chapitre et des bases de données utilisées

Fig. 4.1



semi-hospitaliers, institutions médico-sociales, ni hôpitaux en particulier. Les données proviennent de l'Enquête suisse sur la santé (ESS) et résultent des réponses aux questions «Ces douze derniers mois, avez-vous suivi un traitement en raison d'un problème psychique?» ou «Quel est le métier de la personne qui vous a soigné?» et «Avez-vous suivi un traitement médical pour dépression ou êtes-vous actuellement sous traitement?» (4.1.1). Nous présentons ensuite les résultats concernant la prise de médicaments (4.1.2), basés sur les données de l'ESS (cf. annexe) ainsi que sur celles de l'indice suisse des diagnostics (SDI).

4.1.1 Traitement pour des problèmes psychiques

On peut constater dans la figure 4.2 que 5,3% de la population vivant en Suisse a été traitée pour des problèmes psychiques dans les 12 mois précédant le sondage, et les femmes (6,3%) plus souvent que les hommes (4,2%). Jusqu'à la tranche d'âge de 50 à 64 ans, la proportion de ceux qui ont bénéficié de soins a augmenté continuellement de 4,8 à 7%. C'est pour le groupe des 65 ans et plus que cette proportion est la plus faible (2,9%). Cette évolution au fur et à mesure de l'âge est constatée pour les deux sexes. Parmi les résidents des foyers pour personnes âgées et des homes médicalisés, on constate aussi que plus l'âge des personnes est avancé, plus le nombre de traitements pour des problèmes psychiques recule (cf. encadré à la fin du chapitre).

Entre 1997 et 2007, le nombre de personnes ayant eu recours à un traitement pour des problèmes psychiques a légèrement augmenté (de 4,1% à 5,3%). Cette augmentation était plutôt imputable aux femmes durant les cinq premières années, avant de l'être aux hommes.

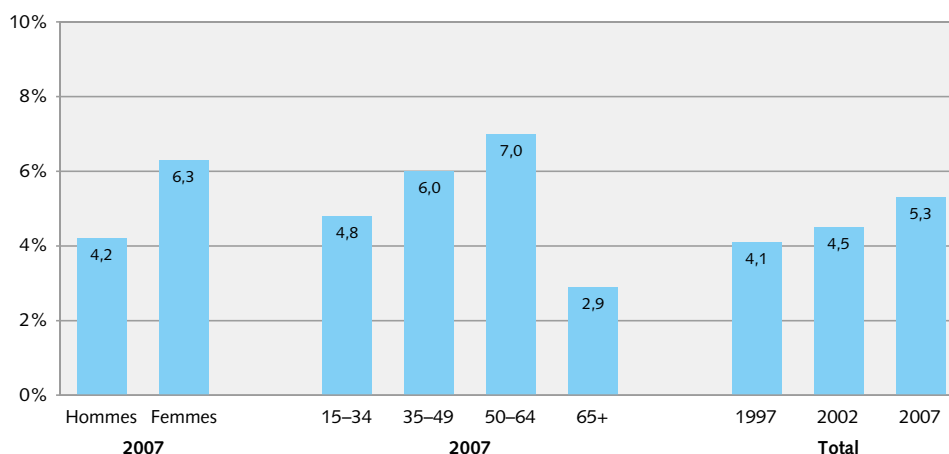
Au niveau régional, on observe que 3,8% des personnes recherchent un traitement en Suisse centrale, contre 5,9% dans l'Espace Mittelland. On ne constate en revanche aucune différence notable entre la Suisse alémanique et la Suisse latine.

La plupart des personnes ayant demandé un traitement pour problèmes psychiques ces 12 derniers mois sont suivies par un psychiatre (38,6%; fig. 3.4). Suivent les psychologues et psychothérapeutes (33,6%) puis les médecins généralistes (20,7%).

Proportionnellement, les hommes (79,6%) consultent plus souvent des spécialistes que les femmes (67,5%). Mais les femmes demandent plus souvent un traitement à un généraliste ou à une autre catégorie professionnelle. L'explication pourrait être le nombre beaucoup plus important de recours aux prestations ambulatoires chez les femmes que chez les hommes: les hommes souvent ne demandent de l'aide qu'à un stade avancé de la maladie, quand un traitement spécialisé/intra-muros est nécessaire (Kuhl & Herdt, 2007).

En comparant les tranches d'âge, on s'aperçoit que la moitié des jeunes (15–34 ans) font appel à un psychologue et à un psychothérapeute, tandis qu'ils consultent rarement le médecin généraliste (16,2%; fig. 4.3). Le groupe des personnes de 65 ans et plus, quant à lui, se fait suivre en priorité par un médecin généraliste (42,2%) ou par un psychiatre (37,2%), mais rarement par un psychologue ou par un psychothérapeute (13,7%). En examinant tous les groupes d'âges, il ressort qu'au fur et à mesure qu'ils vieillissent, les patients consultent de préférence des prestataires médicaux (psychiatres et généralistes), au détriment des spécialistes en psychologie.

Traitement des problèmes psychiques selon le sexe et l'âge, 1997–2007 **Fig. 4.2**



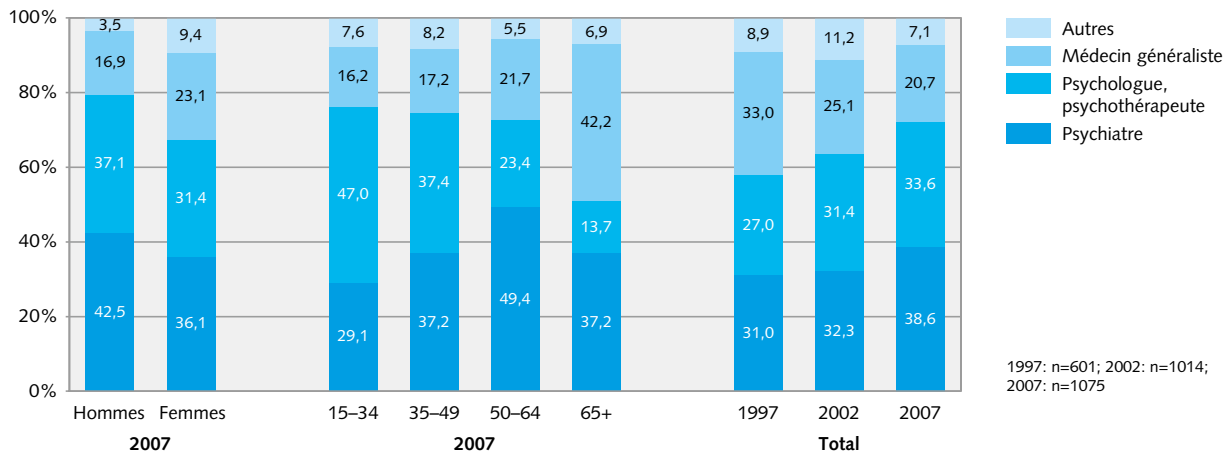
1997: n=13'002; 2002: n=19'698;
2007: n=18'745

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 1997/2002/2007

© Obsan

Traitement des problèmes psychiques: prestataire de soins selon le sexe et l'âge des patients, 1997–2007

Fig. 4.3



Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 1997/2002/2007

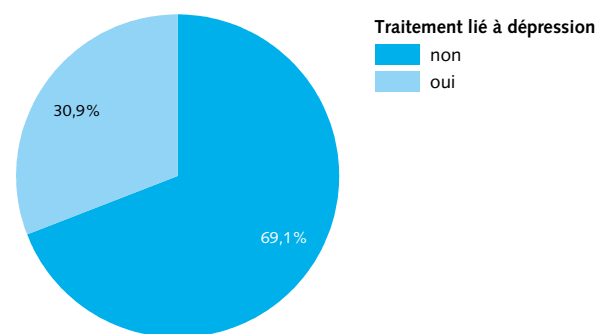
© Obsan

Une comparaison dans le temps montre que le nombre de consultations auprès de psychiatres et de psychologues a augmenté, tandis que le recours aux médecins généralistes pour problèmes psychiques a diminué (fig. 4.3). Le rôle important des médecins de premier recours apparaît cependant clairement lorsqu'il s'agit de diagnostiquer, traiter ou prévenir les troubles psychiques, surtout en ce qui concerne les problèmes moins graves ou en cas de comorbidité avec troubles physiques.

Dans le cas de la dépression, on peut associer l'apparition de la maladie avec la déclaration d'un traitement médical: d'après l'Enquête suisse sur la santé (ESS), il s'avère que sur les 5,2% de personnes ayant souffert de dépression dans les 12 mois précédant l'enquête¹⁰, 30,9% avaient suivi un traitement médical durant le même laps de temps (fig. 4.4). En revanche, la grande majorité des personnes clairement dépressives, soit un peu moins de 70%, ne se sont pas fait suivre médicalement. Cela indique clairement un recours aux soins insuffisant.

Personnes ayant une dépression majeure selon le traitement médical, 2007

Fig. 4.4



n=688

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Obsan

4.1.2 Prise de médicaments

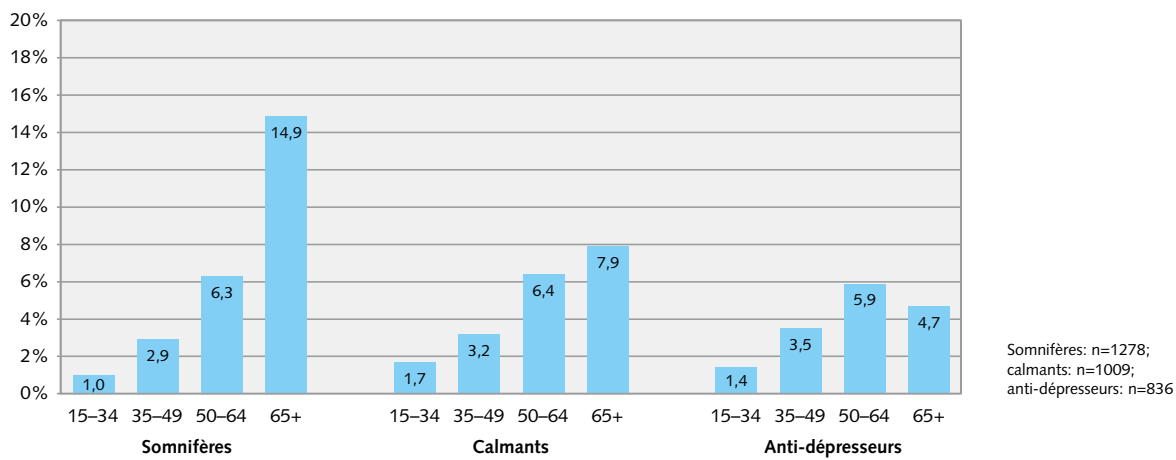
Les résultats présentés ci-après sont basés sur les données de l'Enquête suisse sur la santé (ESS) et de l'indice suisse des diagnostics (SDI). Les premières reflètent la prise de médicaments du point de vue de la population, et les secondes témoignent des prescriptions de médicaments par les médecins en cabinet privé.

5,7% avaient pris un somnifère au moins une fois dans les sept jours précédant l'enquête. Les proportions étaient respectivement de 4,3% et 3,6% pour les calmants et les antidépresseurs. Les femmes prennent plus souvent ce type de médicaments que les hommes: pour les somnifères, la proportion est de 1,9:1, et respectivement de

¹⁰ Dépressions majeures (selon le manuel diagnostique DSM-IV).

Consommation de somnifères, calmants et anti-dépresseurs selon l'âge, 2007

Fig. 4.5



Consommation de médicaments au cours des 7 jours précédant l'enquête

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Obsan

1,6 et 1,7:1 pour les calmants et les antidépresseurs. La consommation de somnifères et de calmants n'a pas significativement changé depuis 1992. Il n'existe encore aucune valeur de comparaison pour les antidépresseurs.

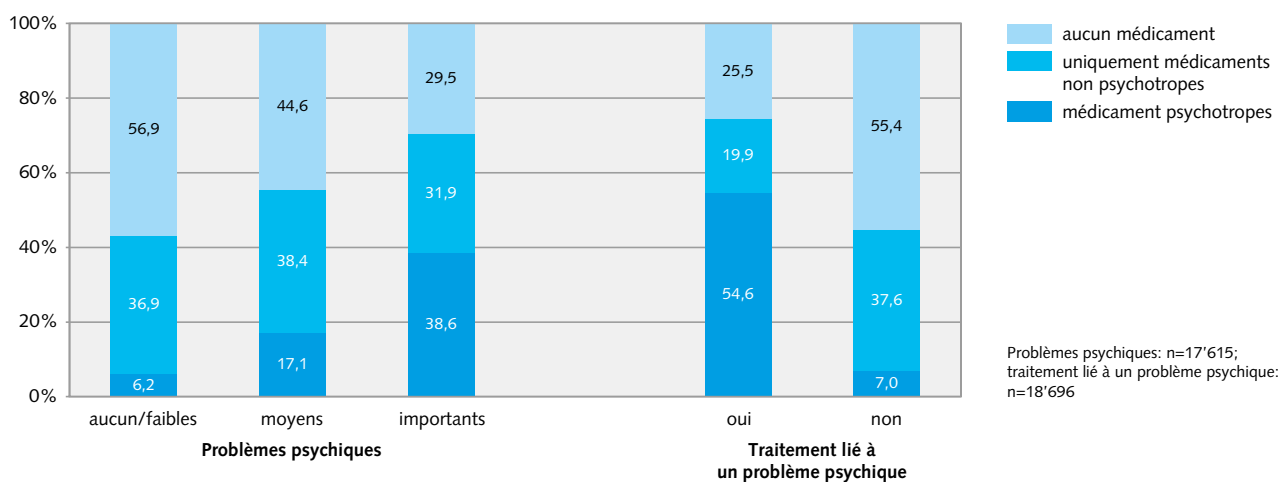
La figure 4.5 illustre la prise de médicaments en fonction de l'âge. La consommation de somnifères et de calmants augmente nettement avec l'âge. Les somnifères notamment sont très souvent utilisés à partir de 65 ans. Pour les antidépresseurs, la consommation augmente jusqu'à la tranche d'âges entre 50 et 64 ans, puis

diminue légèrement. Une prise prolongée de somnifères et de calmants peut entraîner une dépendance, ce qui n'est pas le cas des antidépresseurs.

Dans les analyses suivantes, les somnifères, calmants et antidépresseurs sont regroupés dans la catégorie des *médicaments psychotropes*. Psychotrope s'entend ici dans son acception la plus large, à savoir tout médicament *qui agit sur le psychisme*. Ces médicaments ont une influence sur le système nerveux central, sur la façon de vivre et de se comporter des individus (cf. Roth & Moreau-Gruet, 2011).

Consommation de médicaments en fonction des problèmes psychiques et de leur traitement, 2007

Fig. 4.6



Les questions concernant la prise en charge et le traitement des problèmes psychiques se rapportent aux 12 mois précédant l'enquête, celle concernant la consommation des médicaments aux 7 jours précédant l'enquête. Médicaments psychotropes: somnifères, calmants et anti-dépresseurs

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Obsan

Plus les problèmes psychiques augmentent, plus la consommation de médicaments psychotropes est fréquente (fig. 4.6). Cela vaut pour les hommes comme pour les femmes. La différence entre les sexes diminue à mesure que les problèmes psychiques augmentent: si ces derniers sont faibles voire inexistants, le rapport est de 1,9 (femmes) pour 1 (hommes); s'ils sont importants, le rapport est de 1,1 pour 1.

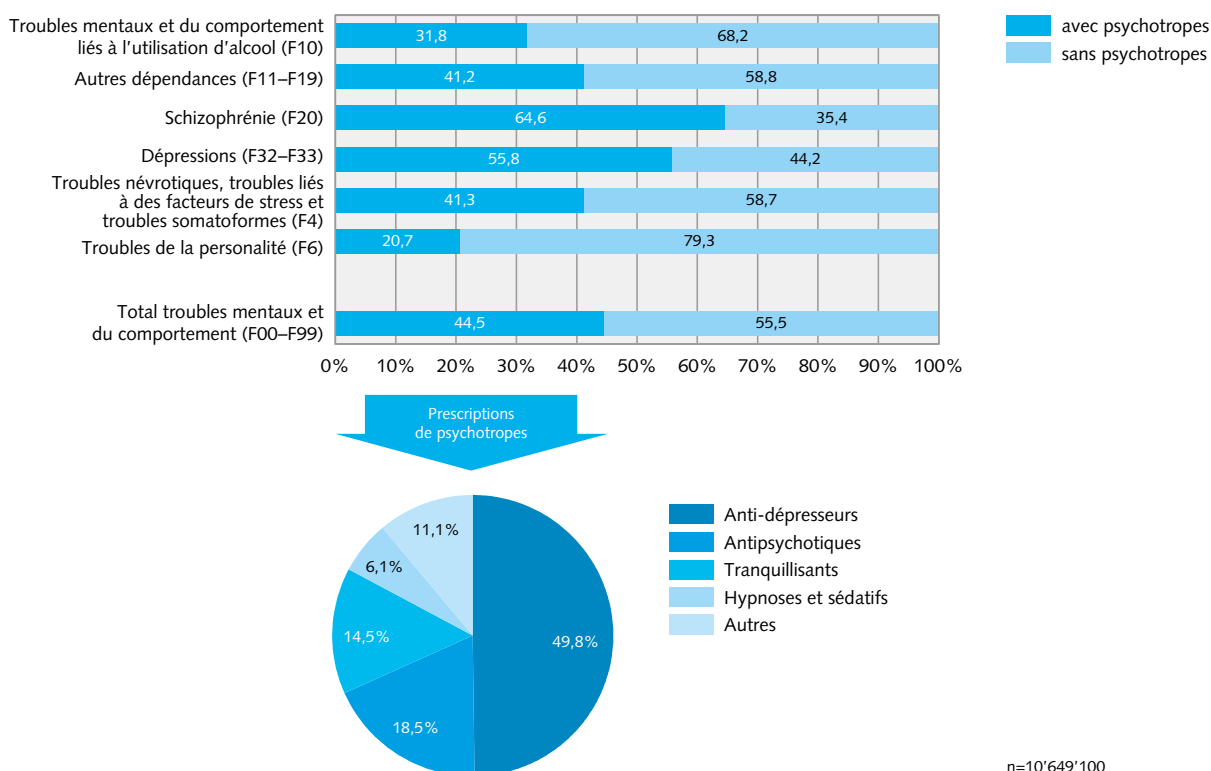
Trois quarts (74,5%) des personnes traitées en raison d'un problème psychique l'année précédant l'ESS avaient pris un médicament dans la semaine avant l'enquête et au moins un psychotrope pour 54,6% d'entre elles (fig. 4.6).

D'après les indications des médecins des cabinets privés (données SDI), tous troubles psychiques confondus, plus de la moitié (55,5%) des traitements ne font pas appel aux médicaments psychotropes¹¹ (fig. 4.7). En cas

de troubles de la personnalité (20,7%) ou de troubles liés à l'alcool (31,8%), on intervient rarement avec des produits psychotropes. Ils sont plus souvent utilisés dans les cas de schizophrénie (64,6%) et de dépression (55,8%). D'une manière générale, ce sont surtout les antidépresseurs qui sont prescrits (49,8%), les antipsychotiques (18,5%) et les tranquillisants (14,5%) venant en deuxième et troisième positions (fig. 4.7).

En cas de troubles psychiques, les généralistes (48,4%) prescrivent un peu plus souvent des produits psychotropes que les psychiatres (42,1%; données non présentées). Mais il ne faut pas oublier sur ce point que les populations de patients peuvent être différentes (du point de vue du type de troubles et de leur sévérité). De plus, la proportion de patients très âgés traités avec des médicaments psychotropes est plus élevée que la moyenne (Dreyer & Schuler, 2010; cf. encadré à la fin du chapitre).

Traitement des maladies psychiques avec ou sans psychotropes, 2010 Fig. 4.7



n=10'649'100

Source: IMS Health GmbH, Indice suisse des diagnostics 2010

© Obsan

¹¹ Principaux médicaments psychotropes: antidépresseurs, calmants, antipsychotiques, produits hypnotiques et sédatifs (somnifères et calmants).

4.2 Recours aux soins: cabinets

Les personnes souffrant de problèmes psychiques, ou psychiques et physiques, se rendent plus souvent chez le médecin. Les diagnostics psychiatriques posés dans un cabinet ambulatoire le sont par un psychiatre dans 61,5% des cas et par un généraliste dans 36% des cas. Les généralistes diagnostiquent principalement des dépendances et des dépressions, ces dernières s'accompagnant le plus souvent de maladies comorbides.

Le tableau 4.1 donne un aperçu de l'ensemble des patients traités en cabinet (psychiatrie et médecine générale) et du total par an. En 2010, on comptait 334'906 patients en cabinet de psychiatrie ambulatoire, soit 115 patients par psychiatre. En médecine générale, en valeur absolue, le nombre de patients était 15 fois plus important que dans les cabinets de psychiatrie ambulatoire, soit en moyenne 831 par médecin. Ainsi, sur tous les patients examinés en cabinet ambulatoire, 2,5% ont été traités en psychiatrie ambulatoire (cabinets de médecine générale: 37,2%).

Entre 2006 et 2010, le nombre de patients traités en cabinet ambulatoire a augmenté de 8,5%. Cette hausse était de 18,4% dans les cabinets de psychiatrie et de 3,3% dans ceux de médecine générale. Le nombre de patients par médecin a aussi augmenté sur cette même période, soit au total de 3,6%, 9,0% pour la psychiatrie et 1,4% pour la médecine générale.

Les problèmes psychiques entraînent un recours plus fréquent aux prestations médicales (cf. introduction du chapitre 4). Cette évolution est très claire dans la section suivante, qui procède à une comparaison du nombre général de consultations médicales entre les personnes souffrant de problèmes psychiques et celles qui n'en

souffrent pas (4.2.1). Les traitements des problèmes psychiques en cabinet de psychiatrie et en cabinet de médecine de famille sont ensuite examinés (4.2.2). Les données proviennent de l'Enquête suisse sur la santé (ESS; cf. annexe), de l'indice suisse des diagnostics (SDI) et du sondage sur les dépressions en cabinet de médecine générale (Sentinella).

4.2.1 Consultations médicales en général

Comme on le constate dans la figure 4.8, une partie de la population suisse consulte relativement souvent un médecin: près d'un cinquième (18,5%) des personnes interrogées avaient consulté au moins six fois un généraliste ou un spécialiste (hors soins dentaires) au cours des 12 mois précédant l'enquête. Un autre cinquième en revanche (20,4%) n'avait reçu aucun traitement médical. On a plus souvent constaté six consultations médicales et plus chez les femmes que chez les hommes (21,6% contre 15,3%). De même, elles étaient moins nombreuses que les hommes à n'avoir pas consulté du tout (14,1% contre 26,9%). La fréquence des consultations médicales augmente avec l'âge. Les hommes jeunes (15 à 39 ans) ont particulièrement peu recours à un traitement médical: un tiers d'entre eux ne s'était jamais rendu chez le médecin l'année précédente (données non présentées).

Plus les problèmes psychiques sont importants, plus les personnes concernées se rendent souvent chez le médecin (quels que soient les troubles traités): seulement 15,3% des personnes ne souffrant d'aucun problème psychique ou uniquement de problèmes faibles ont consulté six fois ou plus, contre 44,4% des personnes souffrant de problèmes psychiques importants (fig. 4.8).

Tab. 4.1 Nombre de patients en cabinet ambulatoire privé, 2006–2010

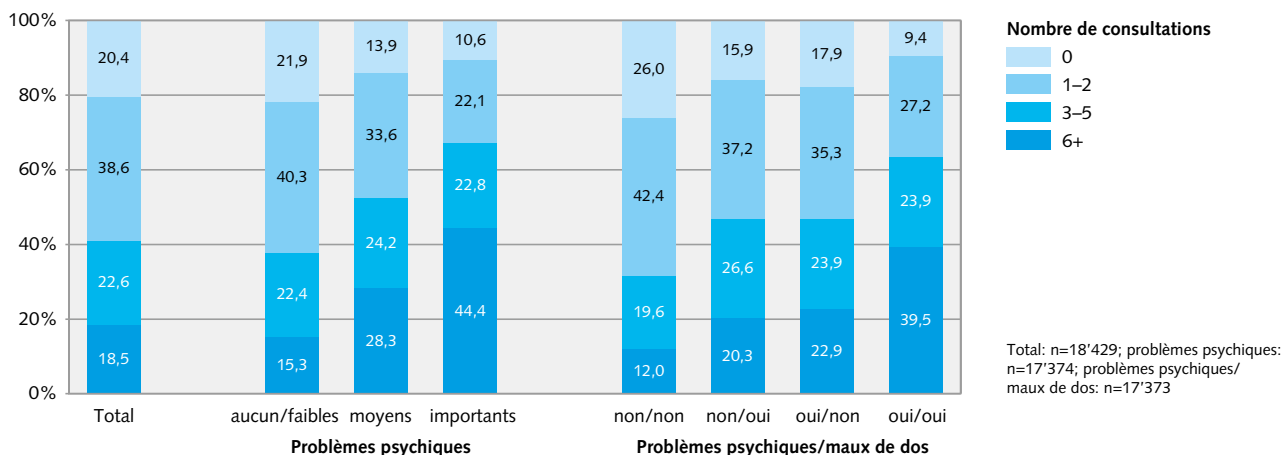
		Cabinets de psychiatrie ambulatoire	Cabinets de médecine générale	Cabinets ambulatoire (Total)
Nombre de patients absolu	2006	282 900	4 914 082	12 560 008
	2007	297 254	5 068 159	13 056 667
	2008	309 520	5 168 420	13 537 770
	2009	322 495	5 231 837	13 811 716
	2010	334 906	5 075 235	13 632 363
Nombre de patients par médecin	2006	106	819	731
	2007	108	844	754
	2008	110	862	777
	2009	114	867	782
	2010	115	831	757

Source: Pool de données santésuisse 2006–2010/Analyse Obsan
État des données: 26.06.2011

© Obsan

Nombre de consultations selon les problèmes psychiques et problèmes psychiques/maux de dos, 2007

Fig. 4.8



Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Obsan

La figure 4.8 illustre également la fréquence des consultations médicales en cas de troubles physiques et psychiques et de maux de dos ont plus souvent recours aux traitements médicaux que les personnes souffrant de problèmes psychiques sans maux de dos, et encore plus souvent que les personnes ne souffrant que de douleurs dorsales.

Ce phénomène est confirmé par l'analyse du nombre de consultations en médecine de famille (données non présentées): ainsi, 31,0% des personnes souffrant de problèmes psychiques importants ont consulté au moins six fois en cabinet de médecine de famille (contre 6,8% de celles qui ne souffraient d'aucun problème psychique ou seulement de problèmes faibles); c'était également

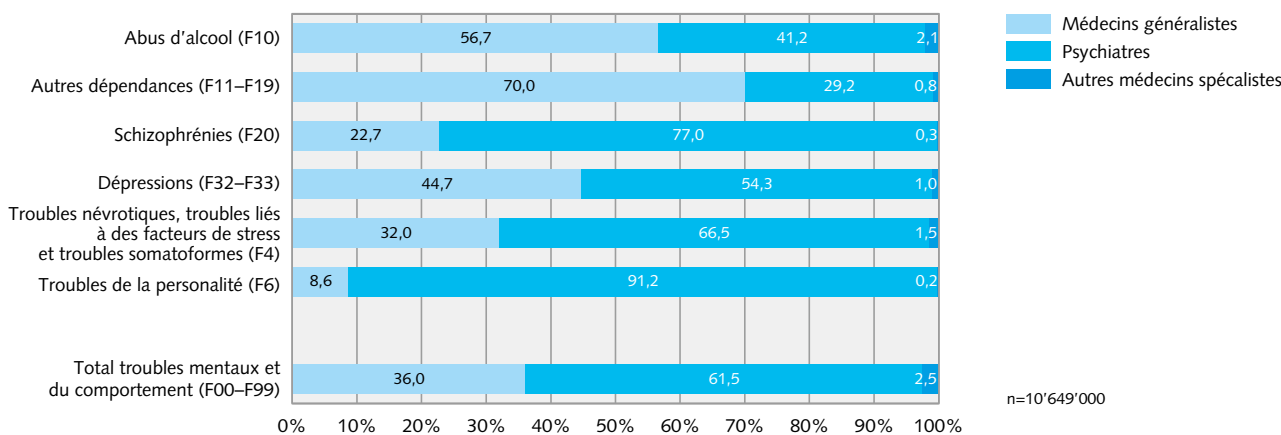
le cas de 24,8% de celles souffrant de problèmes psychiques et de maux de dos (contre 5,3% de celles ne souffrant d'aucun problème psychique, ou seulement de problèmes faibles ni d'aucune douleur dorsale).

4.2.2 Traitement des troubles psychiques dans les cabinets de psychiatrie et de médecine de famille

De nombreuses personnes souffrant de problèmes psychiques demandent de l'aide auprès d'un cabinet médical, soit en psychiatrie, soit en médecine de famille. D'après les données de l'indice suisse des diagnostics (SDI), en 2010, 61,5% des diagnostics psychiatriques dans les cabinets médicaux ambulatoires ont été posés par des psychiatres, contre 36,0% par des généralistes et 2,5% par d'autres médecins (fig. 4.9). Le nombre de

Diagnostic selon le type de spécialisation, 2010

Fig. 4.9



Source: IMS Health GmbH, Indice suisse des diagnostics 2010

© Obsan

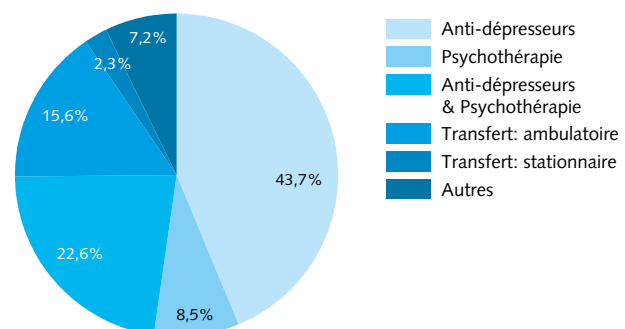
diagnostics n'est pas équivalent au nombre de patients, car plusieurs diagnostics peuvent être posés pour un même malade. Chez les généralistes, on constate une proportion importante de troubles de la dépendance (troubles liés à l'alcool: 56,7%; autres substances: 70,0%) et de dépressions (44,7%), tandis que les troubles de la personnalité (91,2%), les schizophrénies (77,0%) et les troubles névrotiques, liés au stress ou somatoformes (66,5%) ont été majoritairement diagnostiqués par des psychiatres.

D'après l'enquête réalisée auprès des médecins généralistes sur les dépressions diagnostiquées dans leur cabinet (Sentinella), les praticiens identifient en moyenne 3,2 cas de dépressions pour 1000 consultations (données non présentées). Sont exclus de ces chiffres les cas d'humeur faiblement dépressive – sans aucune intervention médicale, soit un tiers des patients, selon les estimations des médecins. Dans presque la moitié des cas de dépressions identifiés (43,4%), les personnes concernées consultent quatre à onze semaines après le début des symptômes. Les personnes souffrant de graves symptômes consultent soit très tôt, soit très tard: pour 8,9% d'entre elles, les symptômes sont déjà présents depuis plus d'un an. La majorité des cas de dépression en cabinet de médecin généraliste sont légèrement (40,8%) à moyennement (50,1%) graves, et dans les trois quarts des cas (74,8%), les médecins constatent des pathologies comorbides (cf. sous-chapitre 2.4). Dans les cas de dépression sévère, ce chiffre s'élève même à 82,9%.

La majorité des patients souffrant de symptômes dépressifs sont traités par les généralistes eux-mêmes (fig. 4.10). Dans près de la moitié des cas (43,7%), seuls des antidépresseurs sont prescrits. Dans moins d'un quart des cas (22,6%), un traitement combiné d'antidépresseurs et de psychothérapie est prescrit. 8,5% suivent uniquement une psychothérapie. Quand les généralistes traitent eux-mêmes les troubles psychiques, une formation en psychiatrie et en médecine psychosomatique est indispensable. D'après les données de la Fédération des médecins suisses (FMH), en 2009, 7% des praticiens en médecine générale et interne étaient titulaires d'un certificat en MPP *médecine psychosomatique et psychosociale* et 3,8% d'un certificat FMPP en *psychothérapie déléguée*.

Dans le cadre de l'évaluation des soins psychiatriques ambulatoires et semi-hospitaliers du canton de Berne, un relevé a notamment été effectué, un jour de référence, dans les cabinets proposant des consultations en psychiatrie et en médecine générale (Amsler et al., 2010). Les troubles affectifs ont été le plus souvent traités dans les *cabinets spécialisés en psychiatrie* (37%), suivis des troubles névrotiques (28%). Les troubles de la personnalité (14%), les troubles schizophréniques (11%) et surtout les maladies de la dépendance (4%) ont été plus rarement rencontrés dans les cabinets spécialisés en psychiatrie. Un peu moins de la moitié (47,1%) des patients avaient déjà suivi un traitement intra-muros ou semi-hospitalier par le passé et pour la moitié (51,9%), l'objectif visé n'était pas la guérison mais la stabilisation. Cela prouve qu'une proportion importante de patients des cabinets spécialisés en psychiatrie sont gravement atteints psychiquement. Dans les *cabinets de médecine de famille*, la proportion de patients souffrant de symptômes psychiques était en moyenne de 35%. D'après ces auteurs, cette forte proportion, associée à une très vaste amplitude de valeurs (0,03 à 84,6%) pourrait indiquer un caractère non représentatif des cabinets de médecine de famille. La proportion de patients recevant des soins psychiatriques uniquement dans le cabinet du médecin de famille était de 28%. Parmi eux, la majorité souffrait de troubles névrotiques, liés au stress et somatoformes (31%), de troubles affectifs (22%) ou de troubles démentiels (16%). D'après les médecins de famille, le transfert vers un cabinet de psychiatrie s'avère difficile en raison du manque de disponibilité (Kläui & Hasler, 2011). Certaines associations professionnelles (psychiatrie et psychothérapie) ont réagi à ce reproche en signalant les places libres dans leurs cabinets sur leurs

Traitement des dépressions par un médecin généraliste en cabinet, 2008/2009 Fig. 4.10



n=3676

Source: OFSB, Sentinella 2008/2009

© Obsan

sites Internet, par exemple à Berne (www.bgp.ch, en allemand), à Bâle (www.ppv.ch, en allemand) à Lausanne (www.gppv.ch) et à Zurich (www.therapievermittlung.ch, en allemand). L'Alliance Bernoise contre la Dépression favorise aussi la participation de médecins exerçant en psychiatrie à des cercles de qualité de médecine de famille (www.berner-buendnis-depression.ch).

Informations complémentaires

Berne: www.bgpp.ch/freie_Behandlungsplaetze (consulté le 29.11.2011)

Bâle: www.ppv.ch (consulté le 29.11.2011)

Lausanne: www.gppv.ch/liste-des-psychiatres/psychiatres-disponibles/ (consulté le 29.11.2011)

Zurich: www.therapievermittlung.ch (consulté le 29.11.2011)

Alliance Bernoise contre la Dépression: www.berner-buendnis-depression.ch (consulté le 29.11.2011)

BAG, Diagnosen von Depressionen in Hausarztpraxen (seulement en Allemand): www.bag.admin.ch/themen/medizin/00683/03923/index.html?lang=de (consulté le 29.11.2011)

4.3 Recours aux soins: établissements psychiatriques ambulatoires/semi-hospitaliers

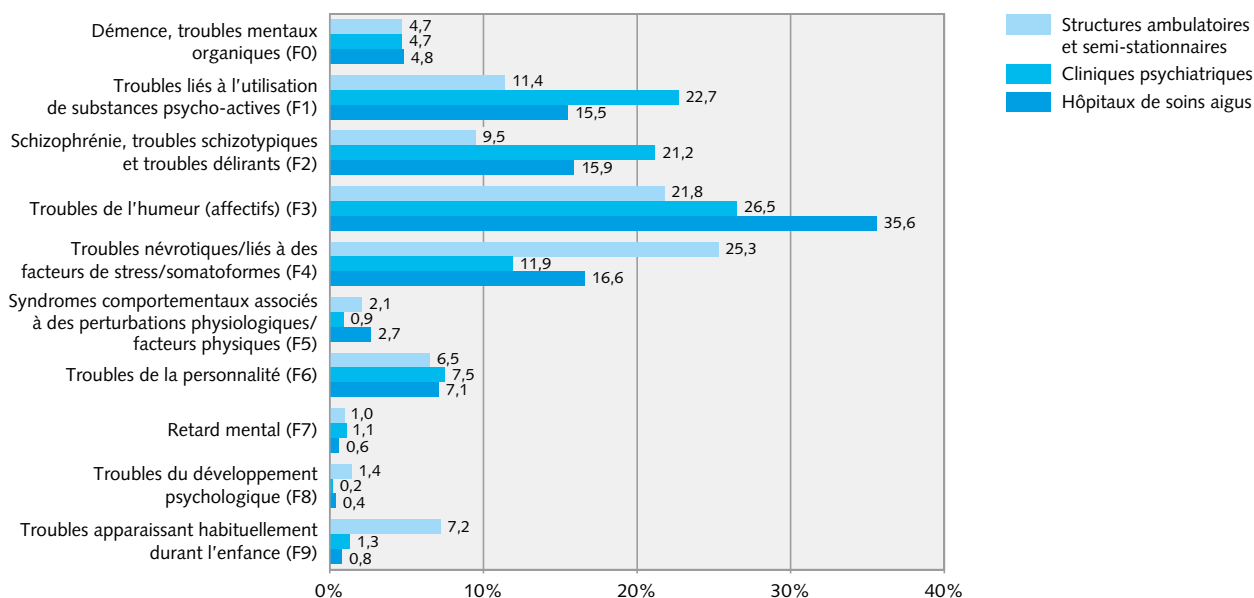
Le nombre de cas traités dans des établissements psychiatriques ambulatoires et semi-hospitaliers varie, selon les cantons, entre 11 et 65 pour 1000 habitants. Ces établissements traitent le plus souvent des troubles névrotiques, des troubles liés au stress et des troubles somatoformes ou affectifs.

Il n'existe à ce jour aucune statistique concernant les établissements ambulatoires et semi-hospitaliers en Suisse. Notamment pour la psychiatrie. Il s'agit pourtant d'un domaine de soins important: avec les cabinets privés, ces établissements soignent plus de personnes souffrant de troubles psychiques que les établissements hospitaliers (Lavignasse & Moreau-Gruet, 2006). Pour pallier cette absence de statistique, l'Obsan a fait établir en 2006 un inventaire des institutions psychiatriques ambulatoires et semi-hospitalières (cf. 1.5.9; Lavignasse & Moreau-Gruet, 2006). En 2006, l'inventaire a recensé en Suisse 58 institutions, 93 services et 497 divisions de prise en charge psychiatrique ambulatoire ou semi-hospitalière, ayant un mandat public. Selon les cantons, ces institutions traitaient de 11 à 65 cas pour 1000 habitants.

Dans la figure 4.11, on peut observer la répartition des patients en fonction des diagnostics psychiatriques établis dans les établissements ambulatoires/

Part des différentes institutions dans la prise en charge, en fonction des diagnostics, 2006

Fig. 4.11



Hôpitaux de soins aigus: M500 et diagnostics psychiatriques; cliniques psychiatriques: K21

Source: Obsan, Inventaire des structures psychiatriques ambulatoires et semi-hospitalières en Suisse 2006 et OFS, Statistique médicale des hôpitaux 2006

© Obsan

semi-hospitaliers, les cliniques psychiatriques et les hôpitaux de soins aigus: dans les structures ambulatoires/semi-hospitalières, en 2006, étaient essentiellement traités des troubles névrotiques, liés au stress et somatoformes (F4), ainsi que des troubles affectifs; dans les cliniques psychiatriques étaient surtout traités les troubles affectifs (F3) et ceux liés aux substances psychotropes (F1), ainsi que les troubles schizophréniques (F2). Les hôpitaux de soins aigus ont essentiellement pris en charge des troubles affectifs (F3).

Informations complémentaires

Obsan, Inventaire des structures psychiatriques ambulatoires et semi-hospitalières en Suisse, incl. description de l'étude, Inventaire (fichier Excel), présentation: www.obsan.admin.ch/bfs/obsan/fr/index/07/10/03.html (consulté le 10.01.2012)

4.4 Recours aux soins: institutions médico-sociales

Environ 38% des quelque 50'000 résidents d'institutions pour handicapés, pour personnes dépendantes et pour personnes présentant des troubles psychosociaux, sont traités pour une affection psychique, une dépendance ou un problème d'insertion sociale. De grandes différences entre ces principales catégories de troubles s'observent selon le sexe, l'âge et la forme de prise en charge (ambulatoire/intra-muros).

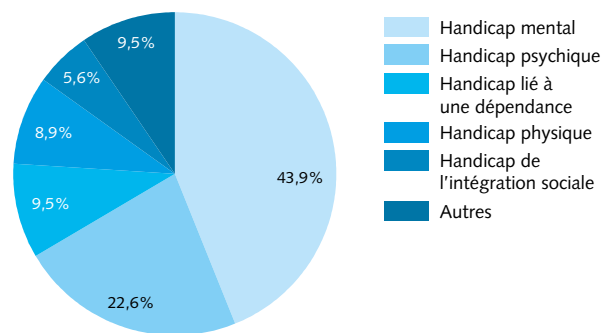
Les institutions médico-sociales sont des institutions fonctionnant 24h sur 24, qui prennent en charge à long terme, en ambulatoire ou intra-muros, des personnes atteintes de troubles physiques et psychiques (OFS, 2008b). On distingue quatre catégories d'institutions médico-sociales:

1. maisons pour personnes âgées et homes médicalisés
2. institutions pour handicapés
3. institutions pour personnes dépendantes et
4. institutions pour personnes présentant des troubles psychosociaux.

Les explications de ce chapitre se limitent aux institutions pour handicapés, personnes dépendantes et personnes présentant des troubles psychosociaux.

En 2009, en Suisse, il existait 554 institutions pour handicapés et 233 pour personnes dépendantes et personnes présentant des troubles psychosociaux (OFS,

Clients des institutions médico-sociales selon le type de handicap principal, 2009 **Fig. 4.12**



n=51'241

Clients des institutions médico-sociales sans les homes médicalisés et les maisons de retraite

Source: OFS, Statistique des institutions médico-sociales 2009

© Obsan

2011b). L'éventail des prestations proposées est très large et s'étend des écoles spécialisées et des homes (avec ou sans activité intégrée) aux mesures professionnelles (telles que les reconversions), en passant par les centres de jour et les ateliers.

Les résultats ci-après sont basés sur l'évaluation des données de la statistique des institutions médico-sociales (SOMED).

En 2009, 51'241 personnes ont été suivies en institutions pour handicapés, personnes dépendantes et personnes présentant des troubles psychosociaux. Pour la majorité (43,9%), le trouble principal était un handicap mental (fig. 4.12). 22,6% des clients présentaient des problèmes psychiques et 9,5% étaient principalement atteints de maladies de la dépendance. 5,6% étaient surtout suivis dans une institution médico-sociale en raison de problèmes d'insertion sociale. La répartition des troubles principaux n'a pas changé entre 2006 et 2009: cela vaut pour tous les troubles principaux, mais aussi pour les troubles psychiques, les maladies de la dépendance ou les problèmes d'insertion sociale.

Les analyses suivantes ne concernent que les personnes dont les troubles principaux sont les problèmes psychiques, les maladies de la dépendance et les problèmes d'insertion sociale.

Dans les institutions pour handicapés, personnes dépendantes et personnes souffrant de problèmes psychosociaux, plus d'hommes sont suivis que de femmes (données non présentées): selon le trouble principal, la proportion d'hommes se situe entre 59,3% (troubles psychiques) et 74,8% (maladies de la dépendance).

Des différences sont aussi constatées selon les âges (fig. 4.13): la proportion de jeunes est élevée parmi les clients suivis pour problèmes d'insertion sociale, près d'un tiers (31,8%) ayant moins de 15 ans. Parmi les personnes suivies pour problèmes psychiques ou maladies de la dépendance, plus de 60% ont 35 ans ou plus.

Selon le trouble principal, la prise en charge peut prendre différentes formes (fig. 4.13): près de 90% des personnes souffrant de maladies de la dépendance sont suivies en institution intra-muros. L'encadrement intra-muros est aussi le plus souvent constaté pour les deux autres troubles principaux, mais les prises en charge ambulatoires et (notamment pour les problèmes d'insertion sociale) combinées (ambulatoire et intra-muros) sont de plus en plus importantes. Entre 2006 et 2009, la répartition selon les types de prise en charge n'a pas beaucoup changé: on enregistre cependant une augmentation faible mais constante (23,3% en 2006 à 27,0% en 2009) de la proportion de personnes souffrant d'un trouble principal psychique et suivies en ambulatoire.

Informations complémentaires

Données de la Statistique des institutions médico-sociales (SOMED): www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/14/04/02.html (consulté le 30.11.2011)

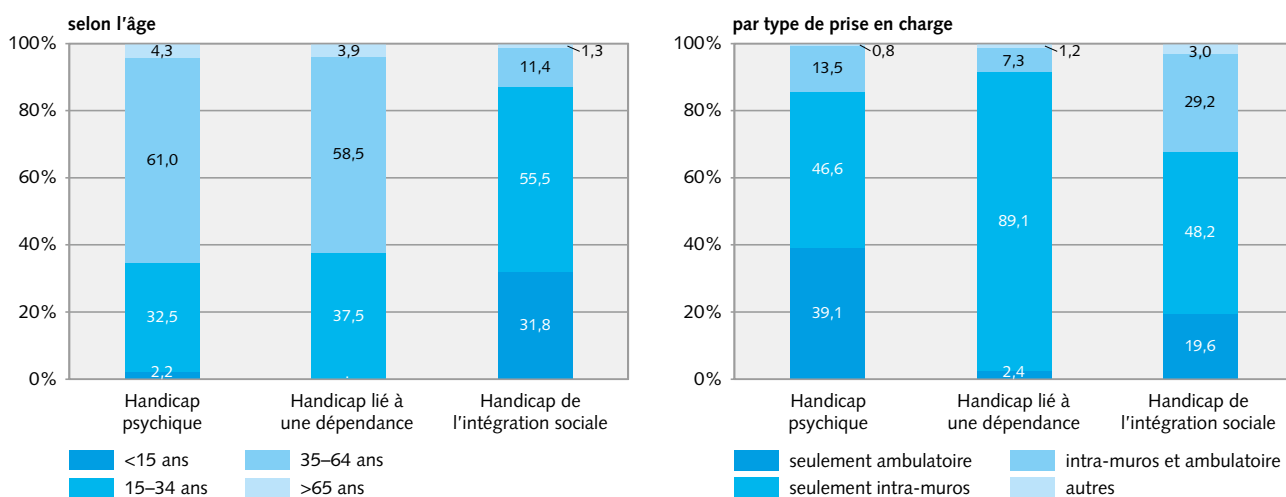
4.5 Recours aux soins: cliniques

En 2009, on a dénombré 11,9 hospitalisations pour 1000 habitants pour lesquelles le diagnostic principal était de nature psychiatrique; ces hospitalisations concernaient une plus grande proportion de femmes que d'hommes. Les troubles traités dans les cliniques varient en fonction du sexe et de l'âge des patients. Depuis 2002, le nombre moyen de réadmissions par patient a augmenté de 21,1%. Cette hausse est due en premier lieu à une plus grande mobilité des patients entre la prise en charge ambulatoire et les structures intra-muros. Au total, 363 journées de soins pour 1000 habitants ont été dispensées. La durée du traitement dépend du sexe, de l'âge et du diagnostic et elle diffère sensiblement d'un canton à l'autre.

Les maladies psychiques peuvent nécessiter un séjour en clinique. Les personnes pour lesquelles un diagnostic psychique est posé sont suivies en cliniques psychiatriques, mais aussi dans les services psychiatriques et somatiques des hôpitaux somatiques. Les résultats présentés dans ce sous-chapitre (basés sur les données de la statistique médicale des hôpitaux de l'OFS), concernent donc non seulement les cas des cliniques psychiatriques, mais aussi l'ensemble des cas faisant l'objet d'une hospitalisation de personnes de 15 ans et plus, dont le diagnostic principal est psychiatrique¹². Pour 2009, la répartition est la suivante: 72,3% des cas ont été traités en

Clients avec un handicap psychique selon l'âge et le type de prise en charge, 2009

Fig. 4.13



Handicap psychique: n=11'598; handicap lié à une dépendance: n=4858; handicap de l'intégration sociale: n=2894

Valeurs manquantes (.): entre 0 et 9 réponses seulement
 Clients des institutions médico-sociales sans les homes médicalisés et les maisons de retraite

Source: OFS, Statistique des institutions médico-sociales 2009

© Obsan

¹² Diagnostics de la catégorie F, chapitre 5, selon la classification CIM-10 (WHO, 1994).

clinique psychiatrique, 3,5% dans les services psychiatriques et 24,2% dans les services somatiques des hôpitaux somatiques. Depuis 2002, la proportion de cas avec un diagnostic psychiatrique suivis dans les cliniques psychiatriques a augmenté de 6,0%. Pour les séries chronologiques, les données sont présentées à partir de 2002, parce que certaines cliniques psychiatriques n'avaient fourni aucune donnée pour les années précédentes et que la qualité des données était incertaine.

4.5.1 Taux d'hospitalisation

En 2009, 77'841 séjours intra-muros avec diagnostic principal psychique ont été enregistrés. Cela correspond à un taux d'environ 11,9 hospitalisations pour 1000 habitants. La figure 4.14 représente les taux d'hospitalisation pour les hommes et les femmes, de 2002 à 2009. Les taux sont indiqués par cas et par nombre de patients: pour chaque cas, le nombre d'admissions en clinique est comptabilisé (indépendamment des personnes); pour les patients, le nombre de personnes est comptabilisé, certaines ayant éventuellement fait l'objet de plusieurs admissions. La figure montre clairement que le taux de patients est resté relativement stable depuis 2002 (avec une baisse de 1,2%). Le taux par cas a lui augmenté de 4,7%. Ces évolutions inverses s'expliquent entre autres par l'augmentation des réadmissions: le nombre moyen de réadmissions par patient est passé de 0,39 (2002) à 0,47 (2009), soit une hausse de 21,1%. Les professionnels interrogés par Kuhl (2008) attribuent essentiellement cette évolution à une plus grande mobilité des patients entre les prises en charge ambulatoires et hospitalières. Cette augmentation ne peut donc pas a priori être évaluée comme négative.

Un plus grand nombre de femmes que d'hommes sont traitées suite à des diagnostics psychiatriques. En 2009, on comptait 8,4 patientes et 7,8 cas pour 1000 habitantes, contre 7,8 patients et 11,5 cas pour 1000 habitants (fig. 4.14).

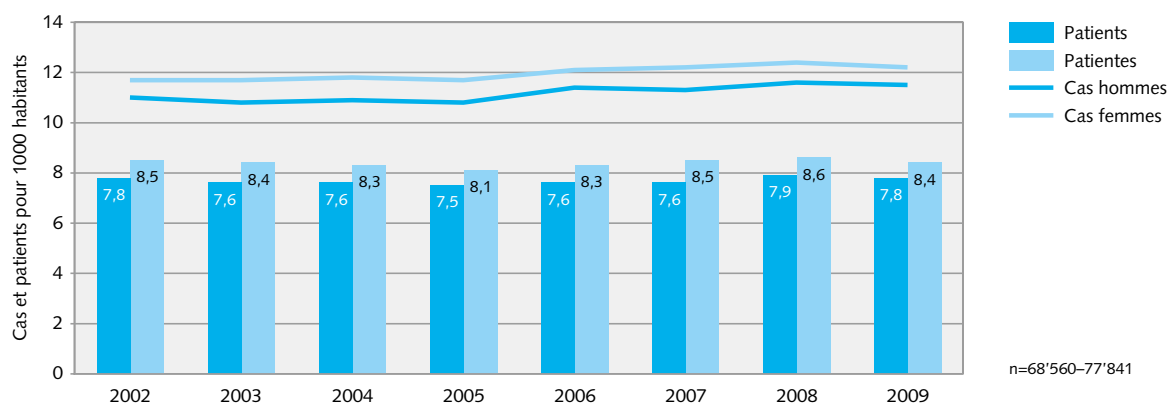
Outre ces différences entre les sexes, il en existe aussi en fonction des âges: c'est à un âge moyen (35 à 49 ans) que les hommes et les femmes se voient le plus souvent proposer une prise en charge intra-muros pour traiter des maladies psychiques. Ce taux diminue de nouveau avec l'âge (fig. 4.15). Cette baisse est plus forte chez les hommes que chez les femmes. Chez ces dernières, le taux reste stable à partir de 50 ans. Pour les hommes comme pour les femmes, la comparaison entre les taux de 2002 et de 2009 indique la plus grande différence dans la tranche d'âge de 50 à 64 ans: les chiffres correspondants étaient en effet beaucoup plus faibles en 2002 qu'en 2009.

Il existe une différence entre les hommes et les femmes en ce qui concerne la fréquence des troubles psychiques diagnostiqués au cours de séjours intra-muros (fig. 4.16). En 2009, les diagnostics le plus souvent constatés chez les hommes étaient les troubles liés à l'alcool, la dépression, les troubles névrotiques, liés au stress et somatoformes, ainsi que la schizophrénie. Chez les femmes, la dépression arrivait nettement en première position, suivie des troubles névrotiques, liés au stress et somatoformes et des troubles liés à l'alcool.

Dans la figure 4.17 sont indiqués, pour les hommes comme pour les femmes, les troubles psychiques le plus souvent traités dans le cadre de soins intra-muros, selon les âges: pour les deux sexes, les troubles liés à l'alcool ainsi que les dépressions se rencontrent le plus souvent

Diagnostiques psychiatriques: taux d'hospitalisation (cas et patients), 2002–2009

Fig. 4.14

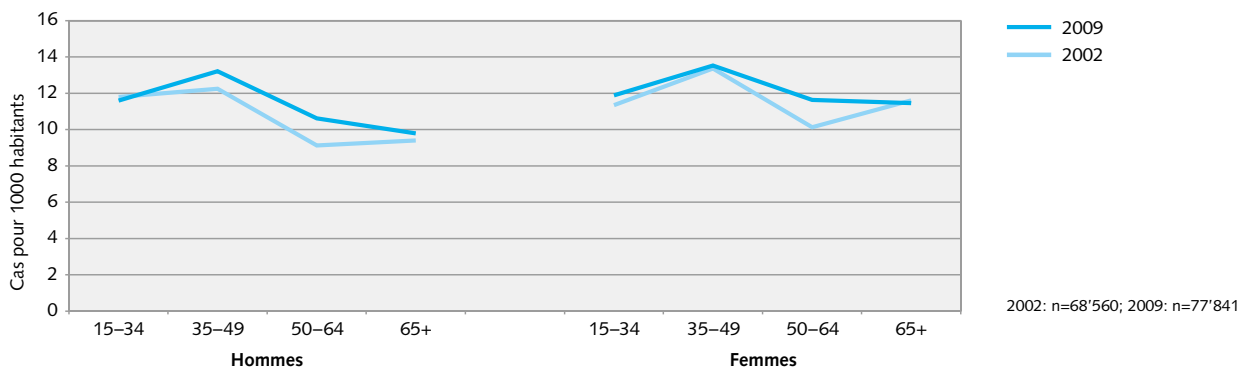


Source: OFS, Statistique médicale des hôpitaux 2002–2009

© Obsan

Diagnosics psychiatriques: taux d'hospitalisation (cas) selon le sexe et l'âge, 2002/2009

Fig. 4.15

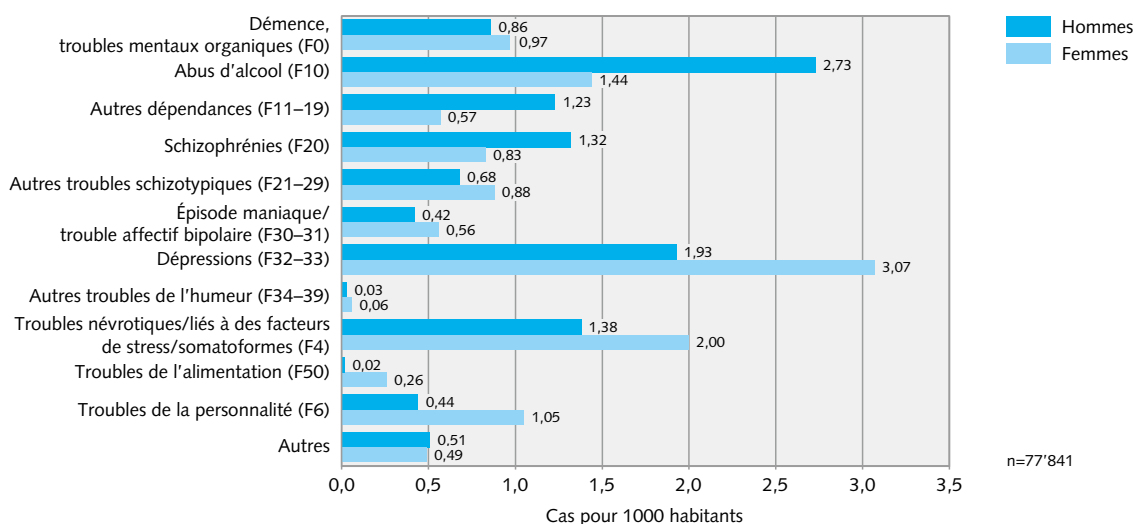


Source: OFS, Statistique médicale des hôpitaux 2002/2009

© Obsan

Taux d'hospitalisation selon les diagnostics psychiatriques, 2009

Fig. 4.16

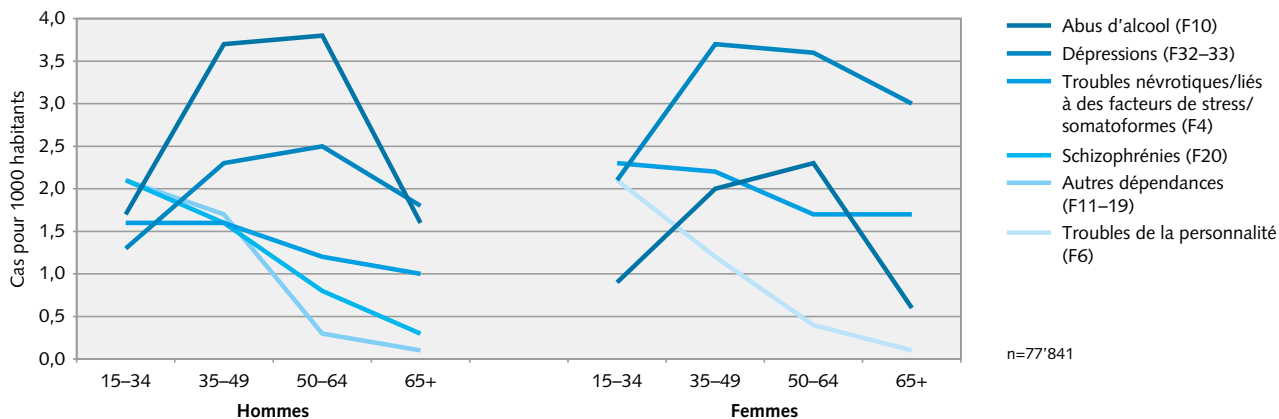


Source: OFS, Statistique médicale des hôpitaux 2009

© Obsan

Taux d'hospitalisation en fonction des principaux diagnostics psychiatriques selon le sexe et l'âge, 2009

Fig. 4.17



Diagnosics psychiatriques les plus fréquents: taux d'hospitalisation >1,0 (voir tableau 4.16)

Source: OFS, Statistique médicale des hôpitaux 2009

© Obsan

entre 35 et 64 ans. Les troubles névrotiques, liés au stress et somatoformes ainsi que la schizophrénie, les maladies de la dépendance (sauf l'alcoolisme) et les troubles de la personnalité sont particulièrement fréquents chez les jeunes et diminuent avec l'âge. Dans le groupe des 65 ans et plus, les traitements concernent essentiellement les démences et les autres troubles organiques (données non présentées), ainsi que les dépressions.

4.5.2 Durée d'hospitalisation et journées de soins

La durée de séjour¹³ médiane par hospitalisation pour le traitement intra-muros d'un diagnostic psychiatrique a diminué de 17 à 16 jours entre 2002 et 2009. Pour les femmes (16 jours) la durée de séjour médiane compte un jour de plus que pour les hommes (15 jours). Chez les hommes, la durée moyenne de séjour est de 29,7 jours contre 31,5 pour les femmes. Depuis 2002, elle a diminué de près de 4 jours, pour les deux sexes. Certains patients restant très longtemps hospitalisés, la durée moyenne de séjour est plus élevée que la durée de séjour médiane.

On peut calculer, à partir du nombre d'hospitalisations intra-muros et de leur durée, le nombre de journées de soins dans l'année, donc les temps de traitement générés. Ci-après, les journées de soins sont représentées sous la forme de taux standardisés, à savoir le nombre de journées de soins pour 1000 habitants. En interprétant ces chiffres, il convient de remarquer que la fréquence de

la maladie (en d'autres termes, le nombre d'hospitalisations) a un effet direct sur le temps de traitement.

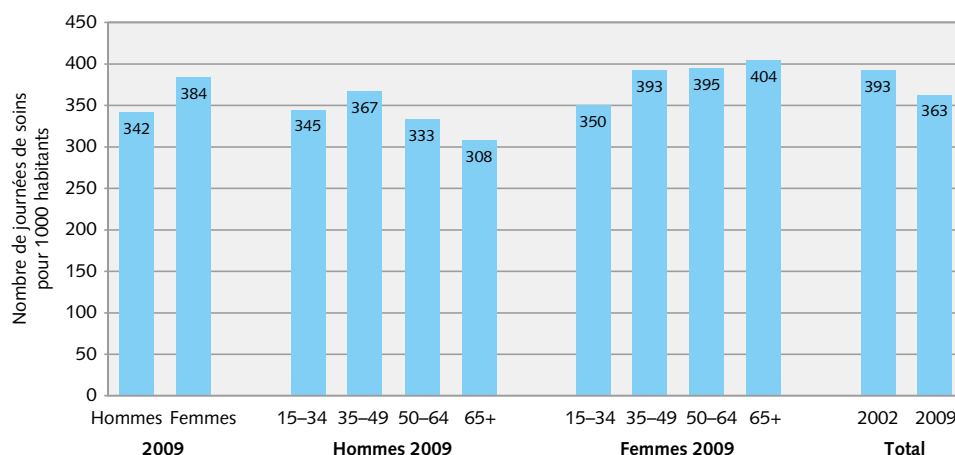
En 2009, les traitements intra-muros de diagnostics psychiatriques représentaient 363 journées de soins pour 1000 habitants (fig. 4.18), contre 393 en 2002. Le temps de traitement varie aussi selon le sexe et l'âge: les hommes demandent moins de journées de soins que les femmes; pour les premiers, les taux les plus élevés sont enregistrés dans la tranche d'âge entre 35 et 49 ans, avec 367 journées de soins pour 1000 habitants; ce taux diminue ensuite continuellement avec l'âge. Chez les femmes, l'évolution est différente: le taux le plus fort est enregistré pour les 65 ans et plus, avec 404 journées de soins pour 1000 habitantes; chez les 35–64 ans, les taux sont tout aussi élevés; les taux les plus faibles sont enregistrés entre 15 et 34 ans, avec 350 journées de soins pour 1000 habitantes.

Ces temps de traitement varient aussi clairement en fonction du type de maladie psychique (fig. 4.19): pour les femmes comme pour les hommes, le diagnostic demandant le plus de temps est la dépression; suivent ensuite, pour les hommes, les troubles liés à l'alcool et la schizophrénie; et pour les femmes les troubles névrotiques, liés au stress et somatoformes et également la schizophrénie.

Il existe des différences claires entre le nombre de journées de soins selon les cantons (fig. 4.20). Les populations des cantons de Neuchâtel et de Thurgovie affichent plus de 500 jours pour 1000 habitants, les habitants du

Diagnostiques psychiatriques: nombre de journées de soins selon le sexe et l'âge, 2002/2009

Fig. 4.18



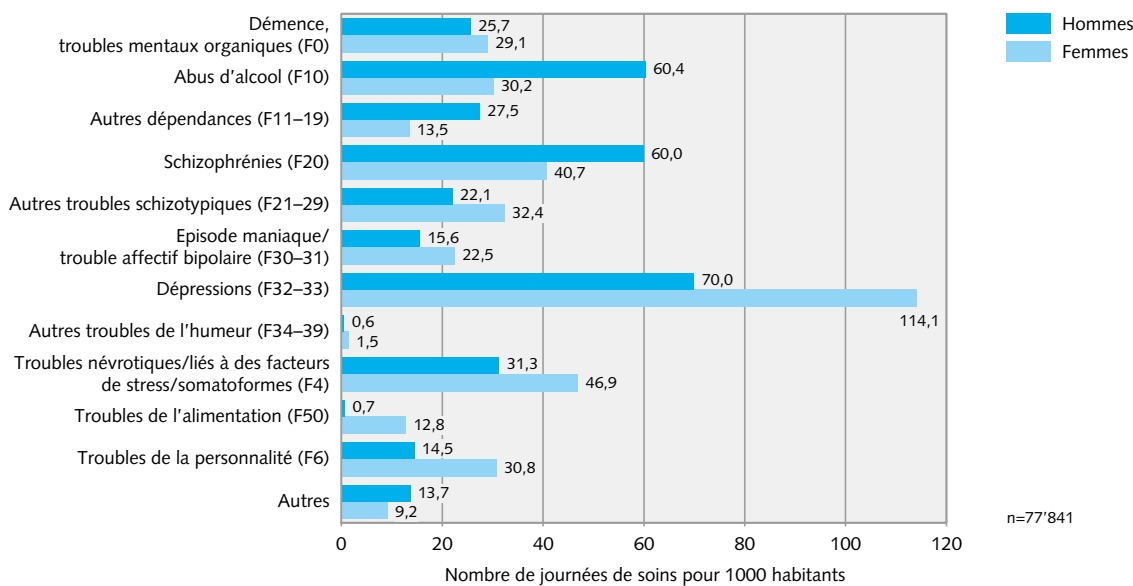
2002: n=68'560; 2009: n=77'841

Source: OFS, Statistique médicale des hôpitaux 2002/2009

© Obsan

¹³ Durée de séjour médiane: la moitié des traitements présentent une durée plus courte, l'autre moitié une durée plus longue. La médiane résiste aux écarts de valeurs importants.

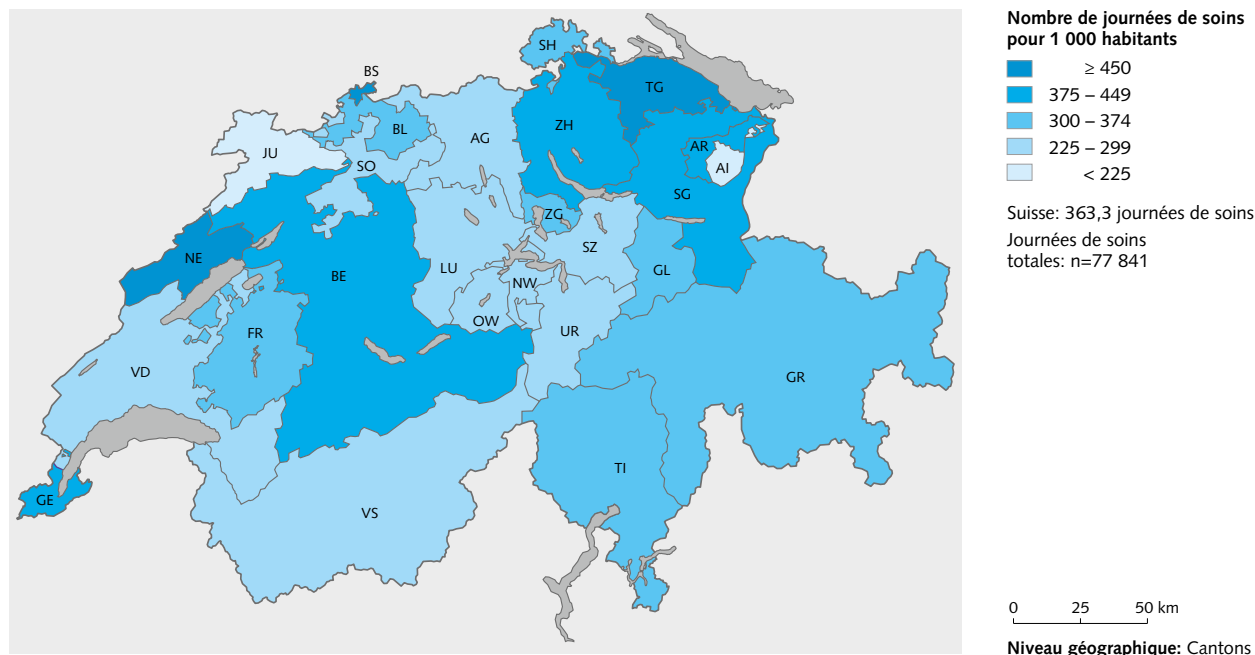
Nombre de journées de soins selon les diagnostics psychiatriques, 2009 Fig. 4.19



Source: OFS, Statistique médicale des hôpitaux 2009

© Obsan

Diagnosics psychiatriques: nombre de journées de soins selon le canton de domicile, 2009 Fig. 4.20



Source: OFS, Statistique médicale des hôpitaux 2009

© OFS, ThemaKart, Neuchâtel 2012

canton de Bâle-Ville en enregistrant même plus de 600. En revanche, le canton du Jura affiche moins de 200 journées de soins pour 1000 habitants. Pour ce qui est des taux et de la durée d'hospitalisation, l'interprétation est la suivante: les cantons urbains de Bâle-Ville et de Genève affichent les taux d'hospitalisation les plus élevés, respectivement 19,8 et 20,7 pour 1000 habitants; les taux des

autres cantons sont nettement plus faibles, oscillant entre 12,8 (Tessin) et 7,5 (Nidwald); mais le canton de Genève affiche la durée d'hospitalisation médiane la plus basse (18,9 jours) et le canton de Thurgovie la plus haute (47,0 jours); pour les autres cantons, la durée varie entre 19,1 jours (Jura) et 36,5 jours (Zoug).

L'énorme variation des taux d'hospitalisation et du nombre de journées de soins entre les cantons n'est pas vraiment justifiée par les taux de prévalence ou d'incidence hétérogènes régionaux des maladies psychiques. Les différences entre les philosophies de traitement et les structures de soins psychiatriques, avec une pondération variable des offres de proximité, semblent être une explication plus plausible (Brenner et al., 2003). D'après Brenner, Rössler et al. (2003), en Suisse, le contexte géographique joue aussi un rôle important: la sollicitation de prestations psychiatriques est directement liée à la durée du trajet pour arriver et un trajet de plus d'une demi-heure

réduit de moitié la demande de prise en charge intra-muros. Sont particulièrement concernés les cantons qui prévoient un traitement psychiatrique hors canton dans le cadre de la médecine de premier recours. Dans leur étude épidémiologique sur les soins, Kuhl et Herdt (2007) soulignent l'importance des différentes structures démographiques (âge, sexe, taux de chômage, niveau de formation, proportion d'étrangers) des cantons. Si ces dernières sont prises en compte dans le calcul de la proportion de population traitée, les différences cantonales s'atténuent de beaucoup.

Enquête sur l'état de santé des personnes âgées vivant dans les institutions (ESAI):

Recours aux soins de la part des personnes âgées

L'ESAI pose différentes questions concernant le recours aux prestations de santé. Sont ainsi passés en revue les traitements ambulatoires ou hospitaliers intra-muros, ainsi que les consultations chez les médecins et autres professionnels de la médecine (par ex. les physiothérapeutes). Les paragraphes ci-après présentent les résultats sur le traitement des problèmes psychiques et sur la prise de médicaments. L'enquête ESS pose les questions correspondantes de façon très similaire dans, ce qui permet une comparaison entre les personnes interrogées chez elles et celles interrogées en foyer pour personnes âgées ou en home médicalisé.

Traitement des problèmes psychiques

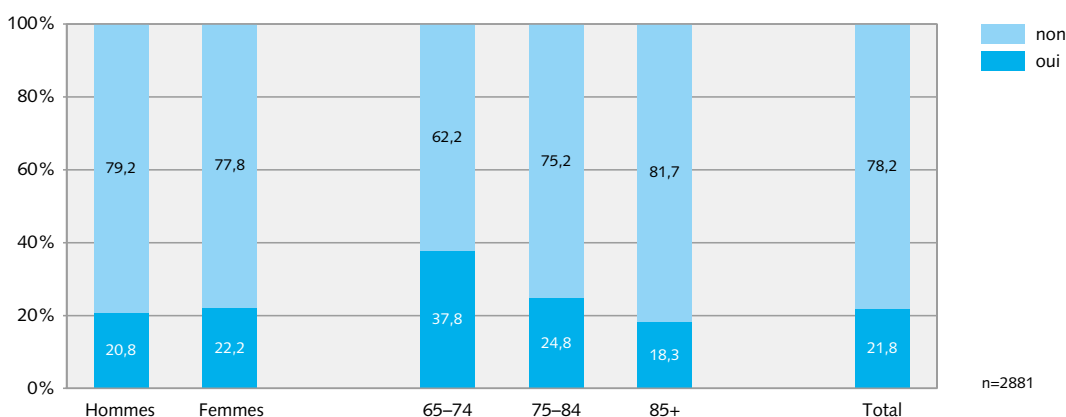
Parmi les personnes interrogées dans le cadre de l'ESAI (cf. annexe), 21,8% avaient été traitées pour un problème psychique dans les 12 mois précédant l'enquête (fig. 4.21). La différence entre les hommes et les femmes est faible. Les traitements des problèmes psychiques diminuent fortement

avec l'âge dans les foyers pour personnes âgées et les homes médicalisés: alors que presque 38% des résidents de moins de 74 ans étaient traités pour ce type de problème, ils ne sont plus que 18% parmi ceux qui ont 85 ans et plus.

Dans les foyers pour personnes âgées et les homes médicalisés, les traitements des problèmes psychiques sont le plus souvent prescrits par des généralistes (60,9%) et par des psychiatres (35,0%; données non présentées). Les traitements mis en place par les psychologues sont plutôt rares (6,9%). Les femmes sont plus souvent traitées par un psychiatre, tandis que les hommes et les personnes âgées sont plus souvent suivis par un médecin généraliste. La proportion des traitements mis en place par un psychiatre diminue relativement vite avec l'âge, avec 47,9% pour les 65-74 ans contre 24,4% pour les 85 ans et plus.

La comparaison avec les données de l'Enquête suisse sur la santé (ESS) montre que les traitements des problèmes psychiques des résidents en foyer et en homes sont, avec 21,8%, significativement plus fréquents que pour la population vivant à la maison (5,3%; cf. 4.1.1). L'enquête ESS montre de façon intéressante que la proportion de personnes traitées pour

Traitement des problèmes psychiques selon le sexe et l'âge, 2008/2009 Fig. 4.21



Prise en charge de problèmes psychiques dans les 12 mois précédant l'enquête

Source: OFS, Enquête sur l'état de santé des personnes âgées vivant dans les institutions 2008/2009

© Obsan

problèmes psychiques augmente tout d'abord avec l'âge, puis diminue pour devenir ensuite la plus faible chez les 65 ans et plus (2,9%).

Prise de médicaments

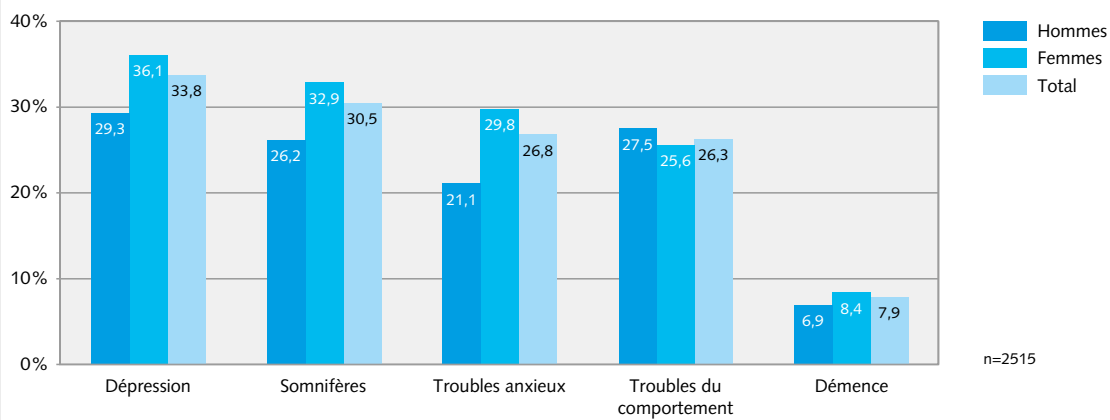
Comme on peut le constater sur la figure 4.22, environ un tiers (33,8%) des résidents avait reçu un antidépresseur dans les 7 jours précédant l'enquête. Les médicaments contre la démence sont ceux qui ont été le plus rarement administrés (7,9%). A l'exception des médicaments contre les troubles du comportement, les femmes prennent plus souvent des médicaments que les hommes. D'une manière générale, la prise de médicaments diminue avec l'âge dans les foyers

pour personnes âgées ou les homes médicalisés, même pour les médicaments contre la démence (données non présentées). Seule la consommation de somnifères reste stable quel que soit l'âge.

Les valeurs retraçant la prise de somnifères et d'antidépresseurs peuvent être comparées avec les résultats de l'enquête ESS (cf. 4.1.2). Comme cela est décrit ci-dessus, environ un tiers des résidents en foyer et en home prennent ce type de médicaments. Chez les personnes les plus âgées (plus de 65 ans) interrogées dans l'enquête ESS, ces chiffres sont nettement inférieurs, avec 14,9% qui prenaient des somnifères et 4,7% des antidépresseurs.

Consommation de médicaments selon le sexe, 2008/2009

Fig. 4.22



Consommation de médicaments au cours des 7 jours précédant l'enquête

Source: OFS, Enquête sur l'état de santé des personnes âgées vivant dans les institutions 2008/2009

© Obsan

5 Thèmes particuliers

Le présent chapitre approfondit quatre thèmes particulièrement importants en ce qui concerne la santé psychique. Le premier sous-chapitre est consacré au *travail* et à ses conséquences sur la santé psychique, ainsi qu'aux interactions entre ces deux domaines. Le sous-chapitre 5.2 traite des personnes touchant une *rente AI* en raison de troubles psychiques, il est donc lié au thème du travail. Le sous-chapitre 5.3 aborde le thème du *suicide*, une conséquence fréquente des maladies psychiques. Le sous-chapitre 5.4 présente quelques résultats sur les *coûts* des maladies psychiques.

5.1 Le travail et la santé psychique

Si la majorité des personnes actives occupées sont (très) satisfaites de leurs conditions de travail, il n'en demeure pas moins que près de 42% déclarent subir des tensions psychiques élevées au travail. Environ 13% craignent de perdre leur emploi. Contrairement à une opinion largement répandue, on n'observe pas d'augmentation des tensions psychiques au travail au fil du temps. Le chômage, un faible niveau de satisfaction, un manque d'équilibre entre la vie professionnelle et la vie privée et la crainte de perdre son emploi sont des sources de tensions psychiques élevées.

Le thème du travail aurait pu être abordé au chapitre 3 traitant des facteurs de protection et des facteurs de risque. En effet, avoir un travail rémunéré est l'un des principaux facteurs de prévention (Baer & Cahn, 2009). Dans notre société, un travail rémunéré est important non seulement pour notre existence, mais aussi pour notre développement psychosocial, pour la structuration de notre personnalité et pour notre intégrité. Si les circonstances sont favorables, la participation au processus de travail favorise l'estime de soi, l'autonomie et l'efficacité personnelle. Conformément à la conception culturelle actuelle, le travail rémunéré est le lien central entre la société et l'individu (Schneider, 2010) et il est décisif pour se percevoir comme faisant partie de la société. C'est justement parce que le travail rémunéré a une telle valeur qu'il influence aussi d'autres domaines de l'existence, dont la santé (OFSP, 2005b).

Le thème du travail et de la santé psychique peut être considéré sous plusieurs aspects: d'une part on peut examiner les différences que génère sur l'état psychique le fait de travailler ou non; nous supposons généralement que le travail profite à la santé psychique; d'autre part, on peut examiner les relations entre les conditions de travail et la santé psychique des personnes actives occupées; on observera plus particulièrement quel type d'environnement professionnel provoque un stress psychique. Il est important de distinguer ces deux orientations de recherche. Les deux perspectives sont utiles. Pour simplifier, on pourrait dire que le travail vaut mieux que le chômage pour la santé psychique, mais que certaines conditions de travail sont plus ou moins favorables à la santé psychique.

Des conditions de travail défavorables peuvent entraîner démotivation, insatisfaction, stress, et pression psychique, pour finalement se traduire par des troubles psychiques. Les éléments suivants semblent être particulièrement importants pour le bien-être des personnes professionnellement actives: mission et organisation du travail, contrôle, encadrement, gratification, collectivité, communication, justice, morale, compréhension et bien-fondé (Leiter & Maslach, 2007).

Le paragraphe 5.1.1 détaille la pression psychique en fonction du statut de l'activité des personnes domiciliées en Suisse. Les deux paragraphes suivants présentent des résultats sur la satisfaction générale au travail et sur l'équilibre de vie (Life Domain Balance) des personnes actives occupées. Enfin, les derniers paragraphes mettent l'accent sur la pression psychique sur le lieu de travail, l'anxiété de perdre son emploi et les troubles liés aux aptitudes fonctionnelles et à la capacité de travailler. Les données utilisées proviennent de l'Enquête suisse sur la santé (ESS), du Panel suisse de ménages (PSM) et de l'European Working Condition Survey (EWCS). Les résultats de l'ESS et du PSM concernent une population de 18 à 64 ans, ceux de l'EWCS portent sur les personnes actives occupées, indépendantes ou salariées, âgées de plus de 15 ans.

5.1.1 Statut de l'activité

La relation entre le statut de l'activité et l'état psychique est incontestable. Dans une méta-analyse regroupant 324 études, Paul et Moser (2009) ont démontré que les chômeurs souffraient plus souvent de dépression, d'anxiété, de symptômes psychosomatiques et autres symptômes psychiques que les personnes professionnellement actives. Les auteurs ont identifié 34% de troubles psychiques chez les chômeurs, contre 16% chez ceux qui exerçaient une activité professionnelle. D'une manière générale, il s'avère aussi que les hommes et les personnes occupant des emplois physiquement éprouvants souffrent plus souvent d'états psychiques négatifs en cas de chômage que les femmes et les personnes travaillant dans un bureau.

Une étude à long terme a permis d'examiner le lien fondamental entre le statut de l'activité et le bien-être psychique, mais aussi la causalité (OECD, 2012). Il a pu être démontré que le chômage génère des troubles psychiques mais que, inversement, un mauvais état de santé psychique pouvait aboutir au chômage. La première relation de cause à effet a cependant été évaluée comme la plus importante (Paul & Moser, 2009).

Les résultats ci-après sont tirés de l'Enquête suisse sur la santé (ESS; cf. annexe). Pour pouvoir décrire l'état de leur activité, les personnes interrogées ont été divisées en trois catégories:

1. les *personnes actives occupées*, qui travaillent contre rémunération au moment de l'enquête (au moins une heure par semaine)

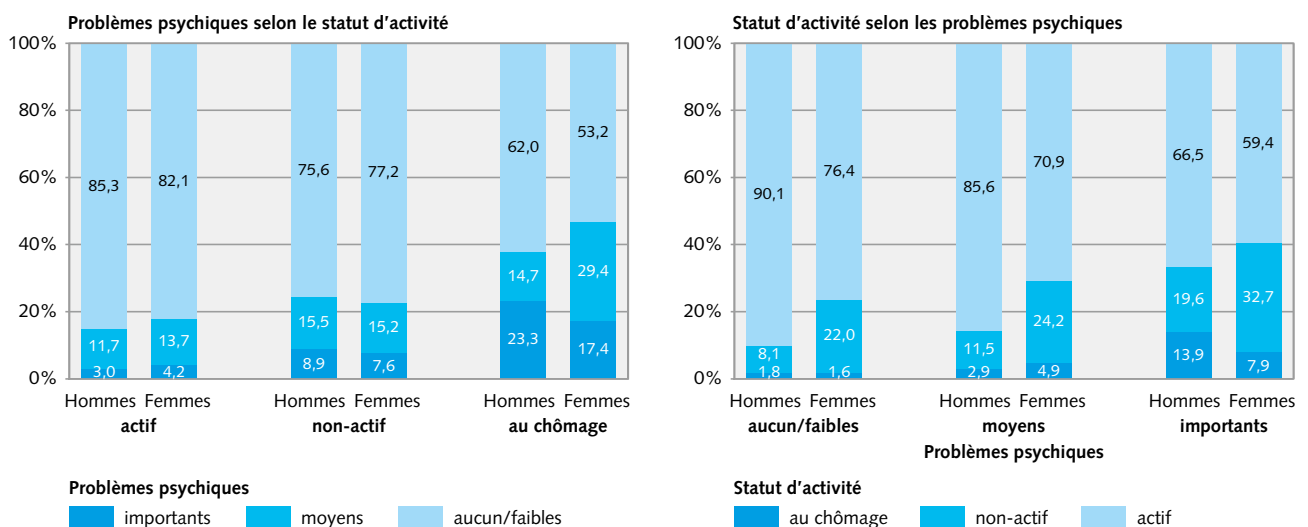
2. les *personnes non actives*: les élèves, les étudiants, les membres de la famille coopérant sans contrepartie financière, les hommes et les femmes au foyer, les personnes effectuant leur service militaire/civil (plus de 12 semaines), les retraités et les bénéficiaires d'une rente AI ou SUVA
3. les *chômeurs* sont définis comme des personnes n'ayant pas de travail mais qui cherchent un travail.

En 2007, 80,2% des personnes entre 18 et 64 ans ont déclaré être actives occupées, 16,9% être non actives et 2,9% être au chômage. Chez les femmes, la proportion de personnes non actives était beaucoup plus importante que chez les hommes (24,2% contre 9,6%), tandis que la part des chômeurs était comparable (3,1% contre 2,7%).

La figure 5.1 illustre les deux points de vue énoncés ci-dessus sur le lien entre le statut de l'activité et les problèmes psychiques. Sur la gauche sont représentés les problèmes psychiques en fonction du statut de l'activité: on constate clairement une augmentation des problèmes psychiques des personnes au chômage, par rapport aux personnes non actives ou aux personnes actives occupées. Le côté droit représente le statut de l'activité en fonction des problèmes psychiques: chez les personnes souffrant de troubles psychiques importants, la proportion de personnes au chômage ou de personnes non actives est nettement plus importante que chez les personnes souffrant de troubles psychiques moyens ou faibles, voire n'en ayant aucun. Les deux figures se contentent de représenter les liens. Les problèmes

Lien entre les problèmes psychiques et le statut d'activité, 2007

Fig. 5.1



n=12'920

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Obsan

psychiques plus importants constatés chez les chômeurs (par rapport aux personnes non actives) peuvent être, entre autres, une conséquence du manque d'identité professionnelle. En revanche, les personnes non actives ne sont pas en recherche d'emploi, ce sont parfois des personnes qui travaillent, mais pas contre une rémunération.

5.1.2 Satisfaction au travail

Plus le degré de satisfaction lié à la situation professionnelle est important, plus la satisfaction de sa propre santé et de la vie en général est estimée comme élevée (Hämig & Bauer, 2005). Même si dans ce type de lien la relation de cause à effet n'est pas toujours claire (la satisfaction au travail maintient en bonne santé ou la santé favorise la satisfaction au travail ou les personnes «positives» sont plus satisfaites que les autres de leur travail et de leur santé), l'existence même d'un lien prouve l'importance de la situation au travail pour la santé et vice-versa. Dans une méta-analyse avec 500 études, Faragher et al. (2005) ont pu prouver clairement le lien entre une meilleure satisfaction au travail et un meilleur état de santé, avec une relation plus forte pour la santé psychique que pour la santé physique. Les personnes avec un faible taux de satisfaction étaient plus susceptibles de développer un burnout (épuisement lié au surmenage), de posséder une moins bonne estime d'elles-mêmes et de développer de plus nombreux symptômes d'anxiété et de dépression que les personnes professionnellement très satisfaites.

Les résultats ci-après, sur la satisfaction au travail, sont tirés de l'Enquête suisse sur la santé (ESS; cf. annexe).

On constate une forte proportion de personnes professionnellement satisfaites parmi la population suisse active occupée: en 2007, 65,4% étaient très satisfaites de leur situation au travail, 21,8% plutôt satisfaites et 12,8% (plutôt) insatisfaites. Il n'existe aucune différence significative entre les hommes et les femmes. La satisfaction professionnelle augmente avec l'âge et l'insatisfaction diminue: ainsi, 14,8% des personnes de 15 à 34 ans sont (plutôt) insatisfaites, contre 10,9% seulement pour les 50 à 64 ans.

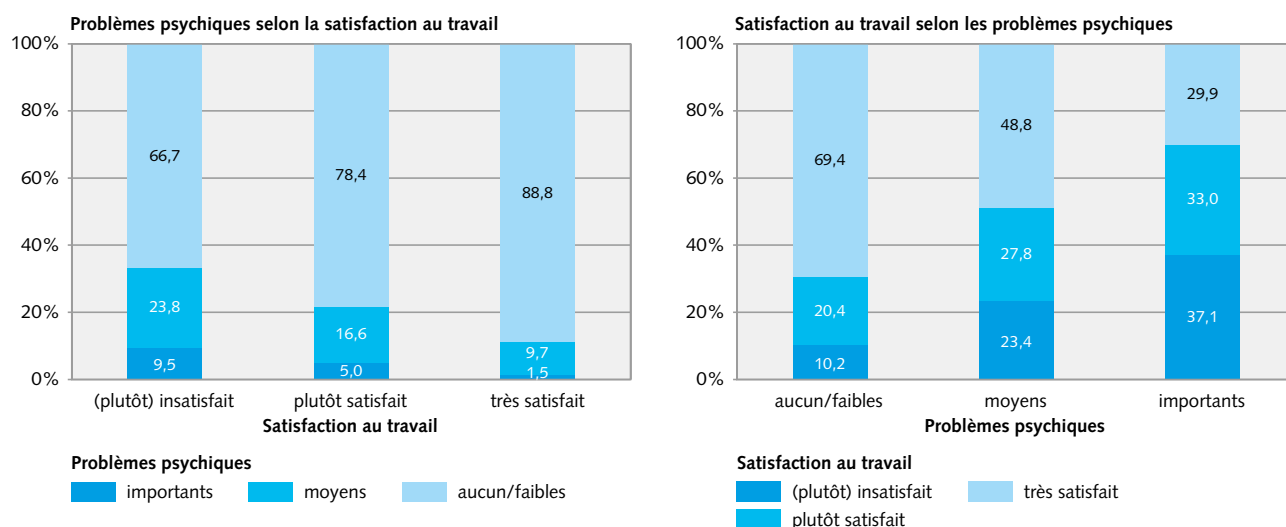
Les personnes actives occupées mais insatisfaites de leur travail souffrent d'une pression psychique plus importante que celles qui sont satisfaites dans leur travail: parmi les premières, 9,5% souffrent de problèmes psychiques importants et 23,8% de problèmes psychiques moyens, tandis que parmi les secondes, les chiffres sont de 1,5% et 9,7% (fig. 5.2). Mais on constate également la relation inverse: les personnes souffrant de problèmes psychiques importants sont aussi nettement moins satisfaites dans leur situation professionnelle que celles qui ne souffrent d'aucun trouble psychique ou de troubles faibles (fig. 5.2).

5.1.3 Life Domain Balance (interférence entre la vie privée et la vie professionnelle)

On entend par Life Domain Balance un équilibre entre les différents aspects de la vie, comme le travail, le couple, la famille, les loisirs, le bénévolat, etc., équilibre dans lequel la conciliation entre la vie professionnelle et la vie familiale

Lien entre les problèmes psychiques et la satisfaction au travail, 2007

Fig. 5.2



Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Obsan

est essentielle (Promotion Santé Suisse, 2008). Des activités variées dans différents domaines de la vie ont en général une incidence positive sur la santé et la qualité de vie (Amstad & Semmer, 2006), tandis que le manque d'équilibre (notamment entre le travail et les autres aspects de la vie) peut entraîner une pression durable et des problèmes de santé (comme des symptômes de stress et d'épuisement, des maladies musculo-squelettiques, des troubles du sommeil, etc.) (Hämmig & Bauer, 2004; Hämmig et al., 2005; Knecht & Hämmig, 2009; Läubli & Müller, 2009).

Les résultats du présent rapport sur l'interférence entre la vie privée et la vie professionnelle sont tirés des réponses à la question suivante, posée dans le Panel suisse des ménages: «Dans quelle mesure le travail vous éloigne-t-il plus que vous ne le souhaitez de vos activités privées et de vos obligations familiales?» (cf. annexe).

Environ une personne sur cinq (20,3%) perçoit un fort, voire un très fort déséquilibre entre leur vie professionnelle et leur vie privée, tandis qu'un peu moins de la moitié (45,5%) ne relèvent absolument aucun problème à ce sujet (fig. 5.3). Les hommes (22,4%) se plaignent plus souvent d'un (très) fort déséquilibre que les femmes (17,8%).

Les personnes entre 35 et 49 ans sont plus nombreuses à avoir des difficultés à concilier vie professionnelle et vie privée. Mais les analyses en fonction du sexe montrent que cela ne concerne que les hommes (fig. 5.3): les femmes, elles, se plaignent le plus souvent d'un (très) fort déséquilibre entre 18 et 34 ans, cette proportion baissant ensuite avec l'âge.

Ce déséquilibre rapporté entre vie professionnelle et vie privée a diminué entre 2002 et 2004 ou 2009, avec une certaine stabilité durant cette dernière période (2004 à 2009) (fig. 5.3). Cette observation est intéressante dans la mesure où l'on part souvent de l'hypothèse que la conciliation entre vie professionnelle et vie privée est de plus en plus difficile à atteindre, en raison d'exigences et de besoins croissants, que ce soit au travail ou dans la vie privée.

La poursuite des analyses montre une relation entre l'interférence entre la vie privée et la vie professionnelle et la survenue de problèmes psychiques (données non présentées): les personnes déclarant souffrir d'un fort ou d'un très fort déséquilibre entre vie professionnelle et vie privée souffrent deux fois plus souvent (5,2%) de problèmes psychiques importants que celles qui ne constatent aucun déséquilibre (2,5%).

Informations complémentaires

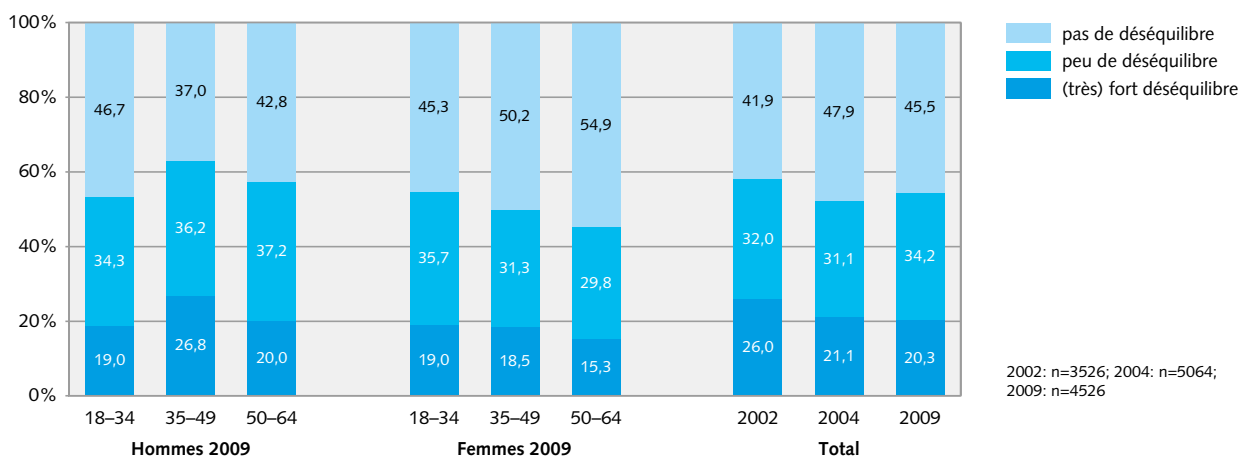
Secrétariat d'État à l'économie (SECO): sujet «Concilier travail et famille»: www.seco.admin.ch/themen/00385/02021/04611/index.html?lang=fr (consulté le 30.11.2011)

Promotion Santé Suisse: www.gesundheitsfoerderung.ch/pages/Betriebliche_Gesundheitsfoerderung/Tipps_Tools/life_domain_balance.php?lang=f (consulté le 30.11.2011)

Plate-forme d'information «Conciliation travail-famille: Mesures cantonales et communales» du SECO et de l'OFAS: www.berufundfamilie.admin.ch/informationsplattform/index.html?lang=fr (consulté le 30.11.2011)

Interférence entre la vie privée et la vie professionnelle selon le sexe et l'âge, 2002–2009

Fig. 5.3



Source: FORS, Panel suisse de ménages 2002/2004/2009

© Obsan

5.1.4 Tensions psychiques au travail

Ces dernières années, les troubles et maladies psychiques et psychosomatiques générés par des pressions au travail font de plus en plus l'objet de débats parmi les professionnels (Danuser et al., 2007; Schneider, 2010). Ces pressions associées au travail se manifestent souvent par des troubles musculo-squelettiques (douleurs dorsales, contractures au niveau de la nuque et des épaules), des maux de tête, des troubles du sommeil, de la nervosité et de la fatigue.

Nous analysons tout d'abord de manière générale les tensions psychiques au travail. Il s'agit ici des résultats de l'Enquête suisse sur la santé (ESS). Ensuite, à partir des données de l'European Working Conditions Survey (EWCS), les différents troubles associés au travail ont été étudiés plus en détail (cf. annexe).

Près de 42% des personnes actives occupées en Suisse déclarent subir des tensions psychiques élevées au travail (fig. 5.4). Les hommes (47,0%) s'en plaignent plus souvent que les femmes (35,4%). Cela s'explique entre autres par le fait que les hommes occupent plus souvent des postes à responsabilité et à plein temps que les femmes.

Les tensions psychiques au travail ont tendance à augmenter avec l'âge, passant de 41,0% (pour les 18–34 ans) à 43,7% (pour les 50–64 ans). Mais comme le montre la

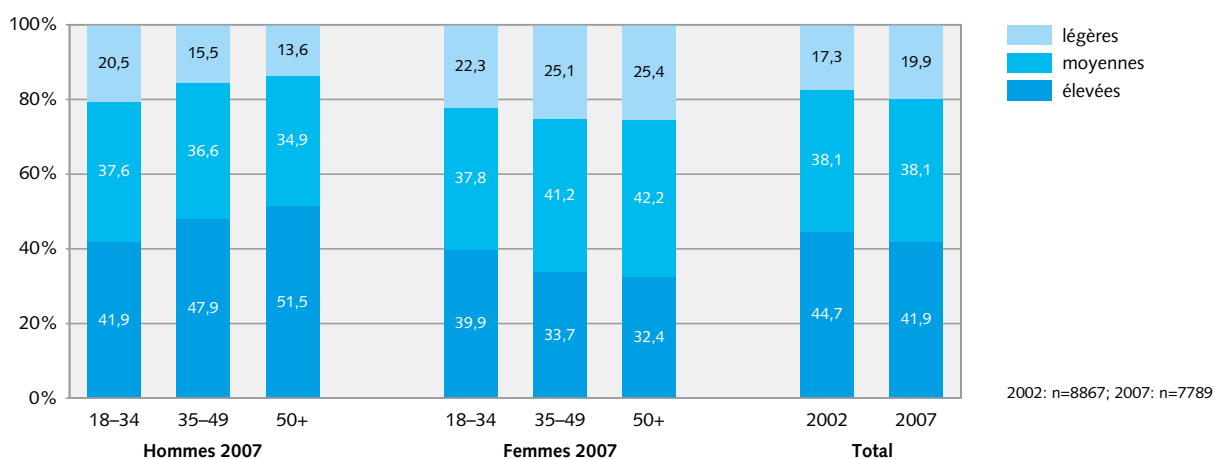
figure 5.4, cette corrélation est très variable selon le sexe: les hommes plus âgés déclarent plus souvent subir des tensions psychiques au travail que les hommes plus jeunes, alors que c'est le contraire pour les femmes.

La part des tensions psychiques déclarées liées au travail a légèrement diminué entre 2002 et 2007, passant de 44,7% à 41,9% (fig. 5.4). Ce recul est constaté pour les hommes comme pour les femmes. Cela vient contredire l'affirmation très répandue selon laquelle les tensions psychiques au travail augmentent avec les exigences. Il sera intéressant de découvrir ce que révéleront les résultats de l'enquête ESS 2012, dans le contexte de la crise économique de 2008, qui a généré en Suisse des licenciements et des réductions du temps de travail.

On constate aussi des différences régionales en ce qui concerne les tensions psychiques au travail: le Tessin affiche le taux le plus élevé (50,9%) d'individus actifs occupés et soumis à des tensions psychiques élevées à cause de leur travail; c'est en Suisse centrale que ce chiffre est le plus bas (37,6%); des analyses approfondies révèlent que c'est pourtant dans cette région que les tensions psychiques au travail sont les plus fréquentes. Cela peut entre autres s'expliquer par la variété des structures économiques dans ces grandes régions.

Tensions psychiques au travail selon le sexe et l'âge, 2002/2007

Fig. 5.4

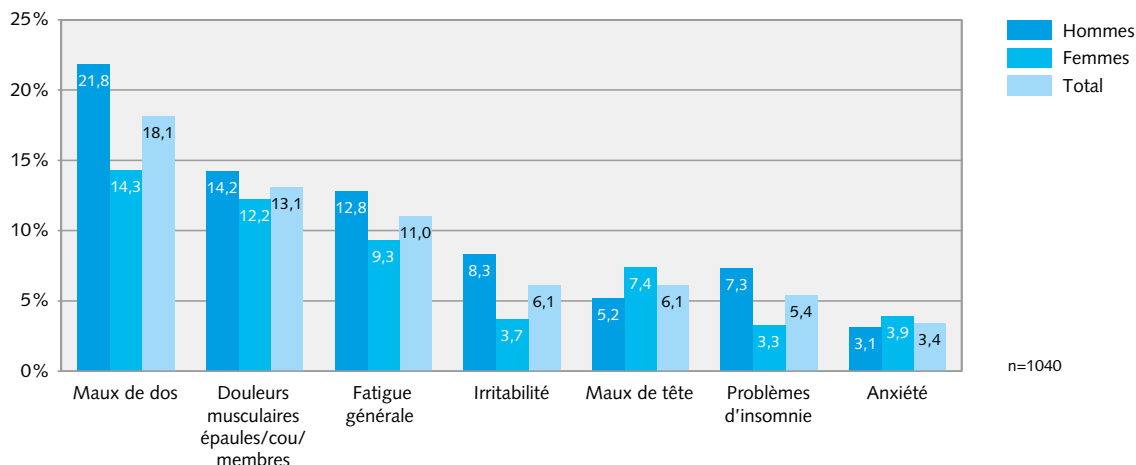


Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2002/2007

© Obsan

Effets négatifs du travail sur la santé les plus fréquents, 2005

Fig. 5.5



Source: EUROFOUND, European Working Conditions Survey 2005

© Obsan

Les résultats de l'EWCS montrent que les douleurs dorsales et musculaires sont les troubles liés au travail les plus fréquents (fig. 5.5). Environ une personne interrogée sur dix s'est plainte d'un épuisement général provoqué par le travail. A l'exception des maux de tête et de l'angoisse, les problèmes de santé sont plus souvent avancés par les hommes que par les femmes.

Des analyses approfondies des données de l'EWCS montrent une relation claire entre les conditions de travail (pression des délais, rythme de travail soutenu ou harcèlement) et les troubles musculo-squelettiques (Läubli & Müller, 2009). Le risque de troubles de l'appareil locomoteur est particulièrement fort en présence de plusieurs facteurs de risque (facteurs de pression psychosociaux et physiques).

Les pressions psychosociales au travail vont aussi de pair avec l'augmentation des problèmes psychiques en général. Ainsi, les analyses de l'ESS révèlent que les personnes actives occupées, par exemple confrontées au surmenage, au harcèlement et à la pression temporelle, souffrent nettement plus souvent de problèmes psychiques que celles qui ne subissent pas ce type de contraintes (Krieger & Graf, 2009).

5.1.5 La peur de perdre son emploi

Outre le chômage, la peur de perdre son emploi est l'un des facteurs de stress lié au travail les plus importants. Les personnes possédant ce type de crainte souffrent deux fois plus souvent d'une mauvaise santé psychique que les personnes n'ayant pas ces angoisses (Baer & Cahn, 2009). Plus la peur de perdre son travail est importante, plus les troubles du sommeil, les symptômes de burnout (grave perte d'énergie) et les humeurs dépressives sont fréquents. Sans compter que l'absentéisme augmente (Hämmig et al., 2005). De plus, depuis plusieurs années, le chômage se trouve au sommet du baromètre des préoccupations¹⁴, en termes d'importance et d'urgence et, depuis 2010, 76% de la population estime que c'est le principal problème (GFS, 2010b).

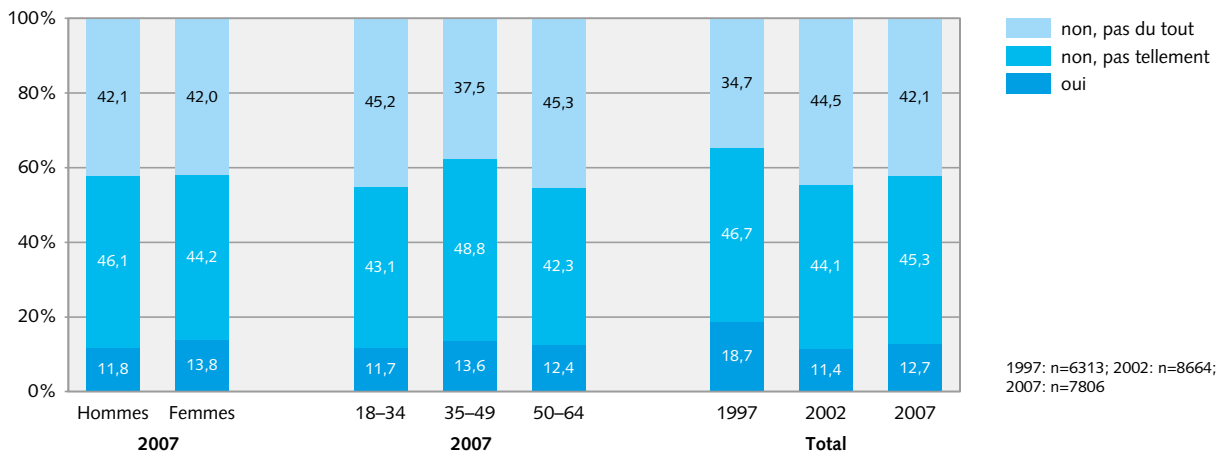
Les résultats ci-après sont issus de l'Enquête suisse sur la santé (ESS; cf. annexe).

Parmi les personnes actives occupées et âgées de 18 à 64 ans, 11,8% des hommes et 13,8% des femmes se sont inquiétés pour leur emploi en 2007, contre 42,1% et 42,0% qui ne s'en sont pas du tout souciés et 46,1% et 44,2% qui ne s'en sont pas tellement souciés (fig. 5.6). C'est chez les personnes actives occupées et âgées de 35 à 49 ans que la crainte de perdre son emploi était la plus forte (13,6%). Les proportions générales ont peu changé entre 2002 et 2007; comparé à 1997, la crainte de perdre son emploi a cependant reculé de 18,7% à 12,7%.

¹⁴ Ce baromètre des préoccupations de gfs.bern montre quels problèmes préoccupent le plus les Suisses, ce qui a changé à cet égard depuis l'année précédente et quelles peuvent en être les raisons. Le sondage à partir duquel le baromètre est établi est réalisé chaque année.

Crainte de perdre son emploi selon le sexe, 1997–2007

Fig. 5.6



Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 1997/2002/2007

© Obsan

La figure 5.7 met en relation les problèmes psychiques et la crainte de perdre son emploi: plus cette crainte est grande, plus les problèmes psychiques sont importants.

5.1.6 Limitation des performances et de la capacité de travail

Les troubles psychiques s'accompagnent d'une réduction de la performance et de la productivité au travail. Le module sur la *santé psychique* (en complément de *Bundes-Gesundheitssurvey*) a montré qu'en Allemagne, les personnes actives occupées avaient en moyenne 0,3 jour de productivité réduite et 0,1 jour d'incapacité de travail par mois. En comparaison, ces chiffres s'élèvent à 3,5 et 0,6 jours pour les personnes atteintes de troubles psychiques. Le nombre de jours de capacité de travail réduite (7,2 jours) est élevé chez les personnes actives occupées et atteintes de troubles affectifs (Wittchen et al., 1999). D'après les rapports annuels publiés par l'Institut scientifique de l'AOK sur l'absentéisme, l'importance croissante des troubles psychiques sur la productivité au travail tend à se confirmer depuis 1994: en 2010, ils ont généré 9,3% d'absentéisme dans les entreprises allemandes, devenant ainsi la quatrième cause (Meyer et al., 2011). Cette augmentation relative ne signifie pas obligatoirement que les troubles psychiques aient augmenté dans l'absolu. Une meilleure sensibilisation et une baisse de la stigmatisation de ces troubles peuvent être à l'origine d'un plus grand nombre de cas déclarés.

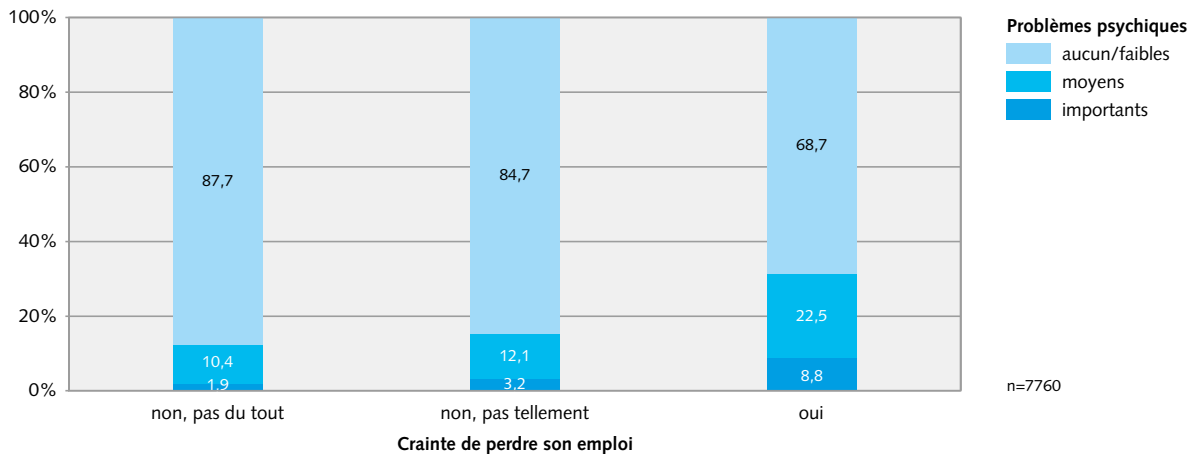
Les résultats suivants proviennent l'Enquête suisse sur la santé (ESS; cf. annexe) et concernent la limitation des aptitudes fonctionnelles et de la capacité de travailler pour raisons de santé.

17,2% des personnes actives occupées en Suisse et âgées de 18 à 64 ans ont ressenti une baisse de leurs performances durant les quatre semaines précédant l'enquête (hommes: 15,7%, femmes: 18,7%), 10,6% n'étaient partiellement pas capables de travailler (hommes: 10,8%, femmes: 10,4%). Les perturbations diminuent avec l'âge: chez les 15–34 ans, 20,5% se sont sentis limités dans leurs performances, contre 14,9% chez les 50–64 ans; 12,9% des plus jeunes n'étaient partiellement pas capables de travailler, contre 9,3% des personnes interrogées qui étaient plus âgées. La part de personnes accusant une baisse de leurs performances est comparable aux chiffres de 1997 et légèrement plus élevée qu'en 2002. Pour ce qui est de la diminution de la capacité de travailler, la proportion est restée très stable par rapport à 1997.

Sur l'ensemble des personnes interrogées, celles soumises à des problèmes psychiques importants se sentaient beaucoup plus souvent incapables de travailler: 41,1% contre 17,2% (fig. 5.8). La part de ceux qui ont bénéficié d'un suivi l'année précédant l'enquête en raison d'un problème psychique est aussi très élevée (39,4%). L'incidence sur la capacité de travailler se situe dans des proportions similaires (fig. 5.8). On constate des différences selon le sexe pour le groupe des personnes traitées à cause d'un problème psychique (données non présentées): dans cette configuration, les hommes sont plus entravés que les femmes dans leurs aptitudes fonctionnelles (43,5% contre 36,8%) et dans leur capacité de travailler (35,5% contre 22,8%). Cela pourrait venir du fait que les hommes demandent de l'aide à un stade plus avancé de la maladie que les femmes, et qu'ils se sentent plus limités en raison du degré de gravité plus élevé de la maladie (ISPM Basel, 2008; Möller-Leimkühler, 2002).

Problèmes psychiques selon la crainte de perdre son emploi, 2007

Fig. 5.7



Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

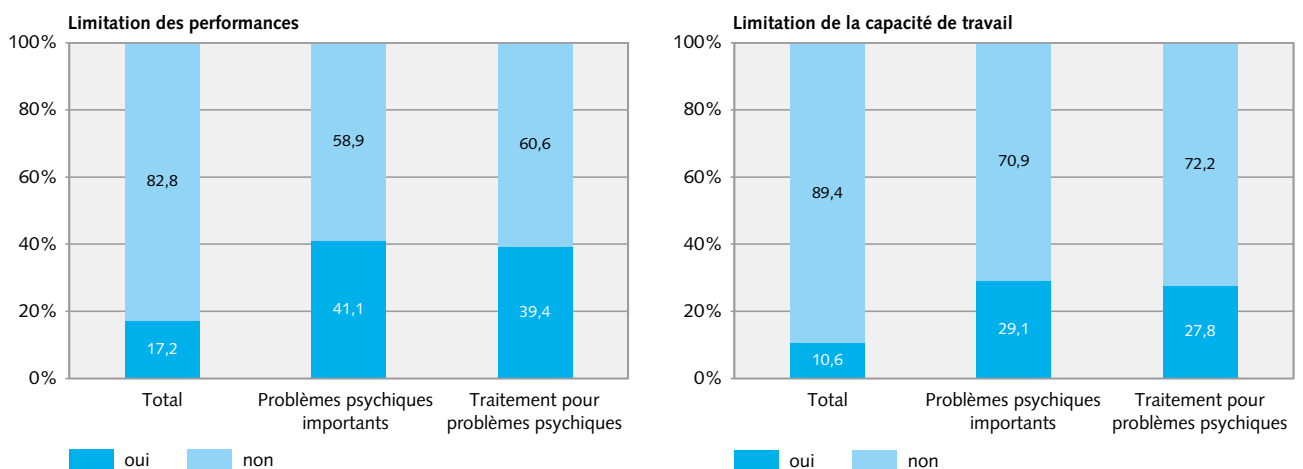
© Obsan

Outre les problèmes d'absentéisme, il existe aussi le problème inverse du présentéisme. Les coûts du présentéisme pour une entreprise (soit la présence au poste de travail malgré la maladie) sont près de deux fois plus élevés que ceux de l'absentéisme. En effet, ce phénomène aboutit à une baisse de la qualité du travail, et à un plus grand nombre d'erreurs et d'accidents. Dans un rapport d'enquête regroupant 285 études sur ce thème, Steinke & Badura (2011) ont constaté que les troubles psychiques (notamment les dépressions) faisaient partie des maladies les plus onéreuses (en termes de coûts du présentéisme), car ils entraînaient comparativement une perte élevée de productivité au travail. De plus, les

enquêtes semblent montrer que les troubles psychiques entraînent plus souvent du présentéisme que les maladies physiques, et plus de présentéisme que d'absentéisme (Dewa & Lin, 2000; Sainsbury Centre for Mental Health, 2007). Cela s'explique probablement, entre autres, par le fait que les personnes concernées souhaitent éviter la découverte de leur maladie et la stigmatisation à leur poste de travail. Le présentéisme semble essentiellement s'expliquer par la peur de perdre son emploi, les deux tiers (65%) des personnes actives craignant qu'un arrêt de travail n'entraîne des conséquences professionnelles négatives (Badura et al., 2003).

Limitation des performances et de la capacité de travail, 2007

Fig. 5.8



Total: n=13'569; problèmes psychiques importants: n=647; traitement pour problèmes psychiques: n=899

Total: n=13'560; problèmes psychiques importants: n=638; traitement pour problèmes psychiques: n=889

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Obsan

5.2 Rentes AI pour troubles psychiques

Si la part des rentes AI nouvellement attribuées diminue depuis 2003, la proportion de celles qui sont versées en raison d'une maladie psychique a par contre augmenté ces dix dernières années. Les maladies psychiques constituent la cause d'invalidité la plus fréquente et touchent en particulier les personnes âgées de 20 à 50 ans.

On entend par invalidité «l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée.»¹⁵ D'après le droit des assurances sociales, l'incapacité de gain couvre non seulement une activité professionnelle, mais aussi le domaine des tâches assurées jusque-là, au sens large, comprenant les activités à la maison, la garde des enfants, la formation, etc. Une rente invalidité est donc attribuée quand une (ré)-insertion dans la vie active est jugée impossible. Le principe de l'insertion précède donc clairement le versement d'une rente (OFAS, 2011a). Ont droit à une rente AI les personnes entre 18 et 65 ans, qui ont été en incapacité de travailler en moyenne pendant au moins 40% du temps dans l'année, sans interruption importante. Un degré d'invalidité inférieur à 40% ne donne pas droit à une rente AI. A l'âge de la retraite, la rente AI est transformée en rente AVS. Les prestations de l'assurance invalidité couvrent, outre la rente, des mesures d'insertion et des allocations pour impotents (non examinées dans le cadre du présent sous-chapitre).

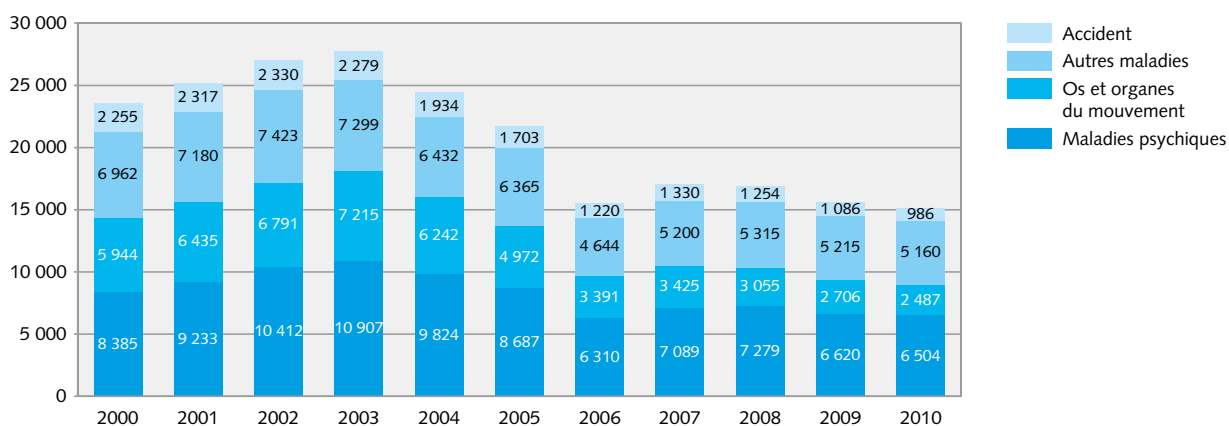
Les données proviennent de la statistique de l'AI de l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS).

En 2010, 240'905 personnes ont touché une rente AI, dont 129'330 hommes (53,7%) et 111'575 femmes (46,3%; données non présentées). L'analyse de l'évolution de ces dix dernières années montre que le nombre de personnes touchant une rente AI a légèrement diminué depuis 2006, après une augmentation relativement forte entre 2000 et 2005.

Cette évolution se reflète aussi dans les chiffres concernant les nouveaux bénéficiaires d'une rente: on entend par là les rentes AI nouvellement attribuées une année donnée. Le nombre de nouvelles rentes attribuées a nettement diminué depuis 2003, avec une accentuation en 2006 et une stabilisation ensuite à un niveau nettement inférieur à celui de la fin des années 90 (fig. 5.9): en 2000, 23'546 nouveaux bénéficiaires d'une rente AI ont été enregistrés, contre 15'137 en 2010, soit 35% de moins. Ce recul du nombre de nouveaux rentiers s'explique probablement par les 4^e et 5^e révisions législatives de l'AI de 2004 et 2008 (Modetta, 2009; OFAS, 2010, 2011b). La 4^e révision a créé les services médicaux régionaux (SMR), avec l'objectif suivant: évaluation des droits en fonction des critères nationaux standards, documentation uniforme des évaluations et coordination centrale. L'amélioration de la qualité inhérente à cette démarche doit contribuer à diminuer les dépenses liées aux rentes, notamment en révélant les abus et en réduisant la durée de la procédure. La 5^e révision de la LAI, fondée sur le principe de «l'insertion avant la rente», est axée sur les mesures d'insertion: la prévention de l'invalidité passe par un recensement et une intervention précoces. Mais nous ne disposons d'aucune information

Nombre de nouveaux invalides bénéficiaires de rente selon la cause d'invalidité, 2000–2010

Fig. 5.9



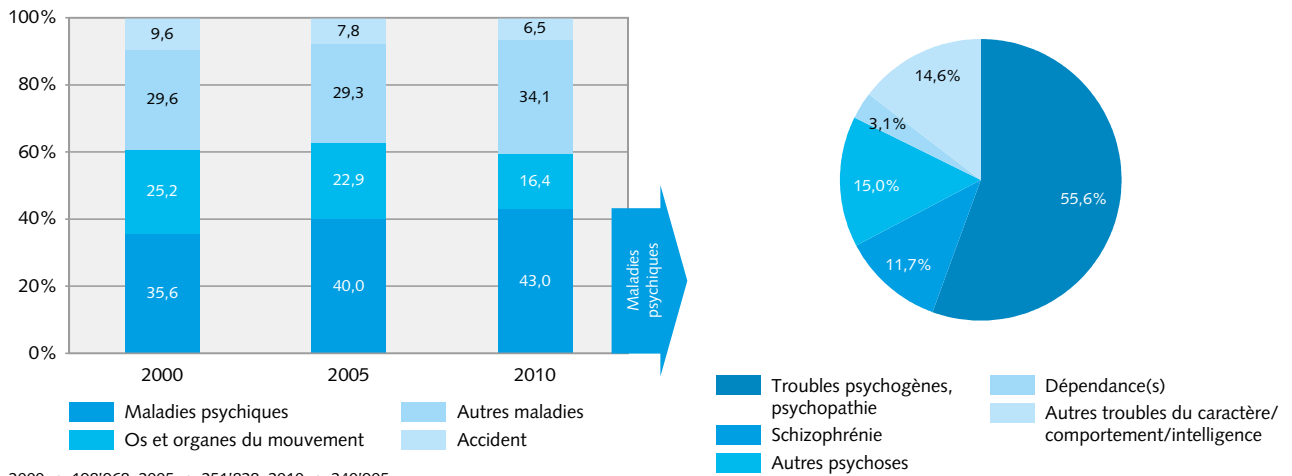
Source: OFAS, Statistique de l'AI 2000–2010

© Obsan

¹⁵ www.bsv.admin.ch/themen/iv/00021/00737/index.html?lang=fr (consulté le 11.05.11)

Part des nouveaux bénéficiaires de rente selon la cause d'invalidité, 2000–2010

Fig. 5.10



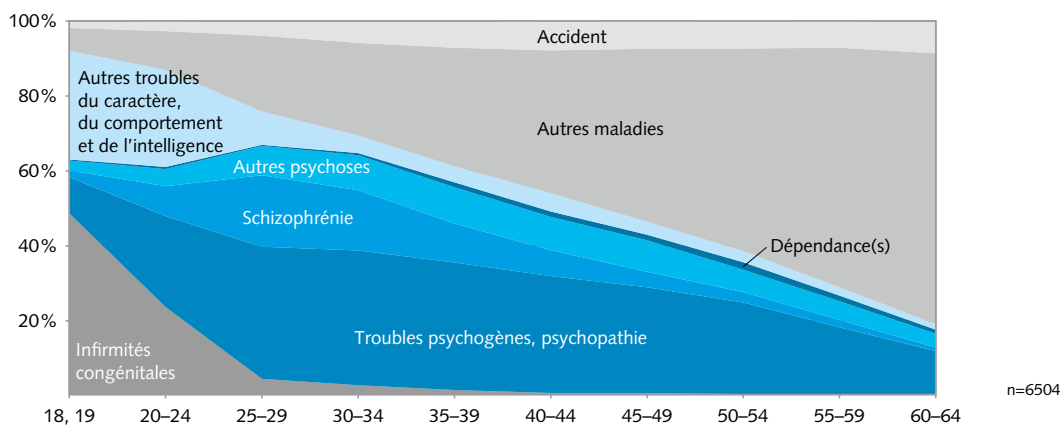
2000: n=198'968; 2005: n=251'828; 2010: n=240'905

Source: OFAS, Statistique de l'AI 2000/2005/2010

© Obsan

Part des nouveaux bénéficiaires de rente selon l'âge et la cause d'invalidité, 2010

Fig. 5.11



Source: OFAS, Statistique de l'AI 2010

© Obsan

précise sur les effets des 4^e et 5^e révisions de la LAI. Le deuxième programme pluriannuel de recherche de l'Office fédéral des assurances sociales met l'accent sur l'évaluation de ces deux révisions législatives (BSV, 2011).

On constate que les maladies psychiques constituent la cause d'invalidité la plus fréquente (fig. 5.10). Même si le nombre absolu de nouveaux bénéficiaires d'une rente en raison d'une maladie psychique diminue, la proportion des maladies psychiques chez les nouveaux bénéficiaires a augmenté ces dix dernières années: en 2000, la rente de 35,6% des nouveaux bénéficiaires était motivée par une maladie psychique, contre 43,0% en 2010. La comparaison des sexes indique que la proportion de femmes à qui une rente est attribuée en raison d'une maladie psychique est d'environ 10% plus élevée que la proportion d'hommes (48,3% contre 38,9%; données non présentées).

Plus de la moitié (55,5%) des nouveaux bénéficiaires d'une rente motivée par une maladie psychique souffrent de troubles psychogènes et de psychopathies (fig. 5.10). 11,7% souffrent de schizophrénie et 15,0% d'autres psychoses. Les nouveaux bénéficiaires d'une rente motivée par l'existence de troubles psychogènes sont plus souvent des femmes que des hommes (56,9% contre 46,8%); quant aux bénéficiaires souffrant de schizophrénie, ce sont le plus souvent des hommes (14,2% contre 9,0%; données non présentées).

La figure 5.11 représente la proportion de nouveaux rentiers en fonction de l'âge et de la cause de l'invalidité. Chez les nouveaux bénéficiaires les plus jeunes, les rentes motivées par une infirmité congénitale sont fréquentes, mais dans la tranche d'âge entre 20 et 24 ans, les maladies psychiques sont la raison la plus courante

(54,3%). Le taux de nouveaux bénéficiaires d'une rente motivée par des maladies psychiques est le plus élevé dans la tranche d'âge entre 25 et 29 ans (71,4%). Ce n'est que pour les nouveaux bénéficiaires à partir de 50 ans que d'autres maladies (notamment les maladies des os et des organes locomoteurs) viennent remplacer les maladies psychiques comme cause principale de l'invalidité.

Certaines études suisses récentes sur l'AI sont consacrées à l'analyse détaillée de la population des personnes touchant une rente en raison d'une maladie psychique. L'étude de Baer et al. (2009) a analysé la population des bénéficiaires d'une rente AI motivée par des «troubles psychogènes et réactifs du milieu». Il s'avère qu'il s'agit essentiellement de troubles de la personnalité, de formes dépressives récurrentes et de douleurs somatoformes. Entre 1986 et 2006, les troubles psychogènes à l'origine d'une invalidité ont été multipliés par neuf. L'étude montre aussi que près de la moitié des bénéficiaires d'une rente AI souffrant de troubles psychogènes ont subi de forts stress pendant leur enfance/leur adolescence (par ex. manque de soins, violence et abus durant l'enfance, maladies psychiques ou physiques graves des parents, séjours en foyer).

Une vaste étude portant sur le travail montre d'une part que les maladies psychiques (notamment les troubles de la personnalité comme motif de rente) ne sont souvent pas remarquées (ou trop tard) par les supérieurs hiérarchiques ou les responsables du personnel par exemple (Baer & Fasel, 2011). D'autre part, il s'avère que les supérieurs hiérarchiques ne sont pas en mesure de traiter efficacement ce type de situation. S'y ajoute le fait qu'une aide professionnelle (par ex. par des médecins, des centres de conseil extérieurs ou des offices AI) n'est que rarement sollicitée ou trop tard. La plupart du temps, ce type de situation se termine par une résiliation des rapports de travail. Cette étude indique que la mise à l'écart de la vie active des personnes souffrant de problèmes psychiques est, entre autres, fortement liée au fait que les employeurs sont dépassés.

En Suisse, la proportion de bénéficiaires d'une rente AI par rapport à la population en âge de travailler avoisine la moyenne européenne¹⁶ (Loos et al., 2009). D'après un rapport de l'OCDE (2010), la plupart des pays membres de l'organisation enregistrent une hausse du nombre de bénéficiaires d'une rente motivée par des maladies psychiques. Mais parmi les pays étudiés par Loos et al.

(2009), la Suisse affiche le taux le plus élevé de bénéficiaires d'une rente motivée par des maladies psychiques. Ces dernières années, dans les pays comparables, cette proportion a cependant augmenté plus fortement qu'en Suisse.

Informations complémentaires

Office fédéral des assurances sociales: www.bsv.admin.ch/index.html?lang=fr (consulté le 01.12.2011)

Statistique de l'assurance invalidité: www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/13/02/04/dos/00.html (consulté le 01.12.2011)

Programmes pluriannuels de recherche sur l'invalidité et le handicap: www.bsv.admin.ch/praxis/forschung/00106/01326/index.html?lang=fr (consulté le 01.12.2011)

5.3 Suicide

En 2009, 827 hommes et 278 femmes ont commis un suicide en Suisse (cas d'assistance au suicide exclus). Le taux de suicide est près de trois fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes et il augmente avec l'âge. Depuis 2003, le taux de suicide est relativement constant. Toutefois, il varie considérablement d'un canton à l'autre. Pour se donner la mort, la plupart des personnes choisissent de se pendre, de sauter dans le vide ou d'utiliser une arme à feu. On constate en la matière des différences marquées entre les sexes.

Selon la définition de l'OMS, le suicide est un acte dont l'issue est fatale, perpétré par un individu ayant l'intention de se donner la mort. Le suicide est un problème de santé publique souvent sous-estimé en Suisse. Cette assertion vaut en comparaison avec les autres pays (en Europe, la Suisse fait partie des pays ayant le taux de suicide le plus élevé, au-dessus de la moyenne) mais aussi en comparaison avec les autres problèmes de santé.

Après le cancer, les maladies cardiovasculaires et les accidents, le suicide est la quatrième cause de mortalité précoce (en termes d'années de vie potentielles perdues¹⁷). Les cas de suicide ont aussi des conséquences indirectes considérables: en moyenne, quatre à six membres de la

¹⁶ Pays comparables: Allemagne, Pays-Bas, Norvège, Autriche, Suède, Grande-Bretagne.

¹⁷ Les années de vie perdues correspondent à la différence entre l'âge du décès et la 70^e année, si le décès a lieu avant la 70^e année: voir aussi www.obsan.admin.ch/bfs/obsan/fr/index/04/01/ind26.indicator.149009.260102.html (consulté le 12.1.2012)

famille et personnes proches sont touchés. C'est un événement survenant souvent de façon totalement inattendue et provoquant ensuite une grande souffrance parmi l'entourage. Si le suicide se produit dans un espace public (saut du haut d'un bâtiment ou sous un train), il peut de plus traumatiser des tierces personnes.

Le plus grand facteur de risque de suicide avec issue fatale est une tentative de suicide. Après une tentative de suicide, le risque de suicide augmente considérablement, et ce durant des dizaines d'années (OFSP, 2005a). Entre 10% et 15% des personnes ayant déjà effectué une ou plusieurs tentatives de suicide meurent de suicide. Outre les tentatives de suicide, l'existence d'une maladie psychique est le principal facteur de risque. La majorité des personnes qui se suicident souffrent de troubles psychiques pouvant être diagnostiqués, comme la dépression, la schizophrénie, l'alcoolisme et les troubles de la personnalité qui jouent un rôle important (Beautrais, 2000). Pour les autres suicides, il s'agit d'une part de cas non diagnostiqués ou de suicides commis sur une impulsion, sans que les critères de troubles psychiques soient remplis.

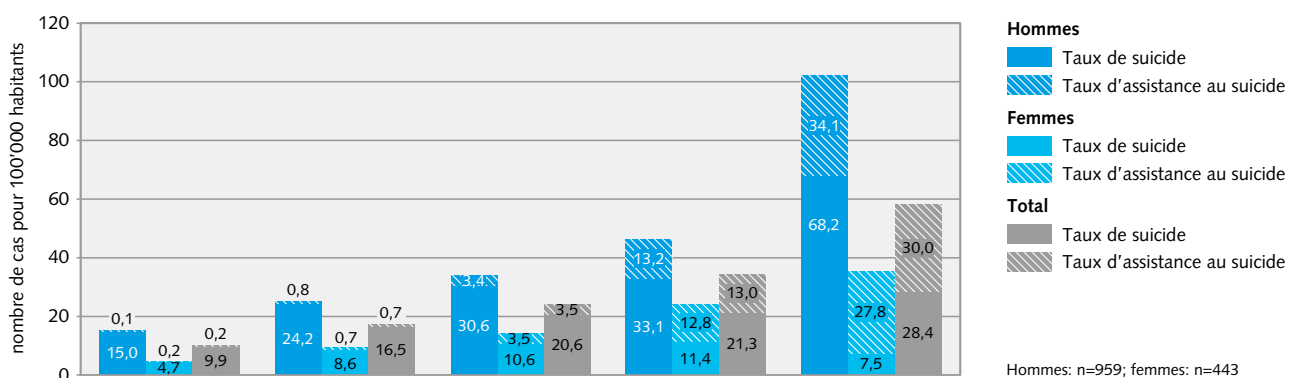
Les résultats présentés ci-après sont basés sur la statistique des causes de décès de l'OFS. Depuis la révision de 2011, les cas d'assistance au suicide (suicides assistés) ne sont plus comptabilisés comme des suicides à partir de l'année 2009, mais comme des décès dus à une maladie existante. Il s'ensuit une réduction (dans les statistiques) du nombre des suicides d'environ 20%. Du point de vue

de la santé/maladie psychique, ce sont avant tout les suicides résultant de troubles psychiques qui sont intéressants, moins les cas d'assistance au suicide, liés la plupart du temps à une maladie physique. Les analyses ci-après concernent les «nouveaux» taux de suicide, qui excluent les cas d'assistance au suicide. Parfois, ces derniers sont tout de même présentés avec les résultats, afin de mettre en évidence les différences liées à ce nouveau comptage des suicides. La publication de l'OFS sur l'assistance au suicide donne des informations détaillées sur le sujet (2012).

En 2009, 1105 personnes (827 hommes et 278 femmes) se sont suicidées en Suisse (cas d'assistance au suicide exclus). C'est 3,1 fois plus de décès que ceux dus aux accidents de la circulation et 23 fois plus que ceux dus au sida. Il faut tenir compte d'une certaine tendance à sous-estimer le nombre de suicides, ces derniers ne pouvant pas toujours être identifiés comme tels (c'est le cas, par ex., des suicides enregistrés comme accidents de la circulation). Pendant la même année, 297 cas d'assistance au suicide ont été recensés, 132 chez les hommes et 165 chez les femmes.

Le taux de suicide varie considérablement entre les hommes et les femmes. En 2009, il s'est établi à 19,3 suicides pour 100'000 hommes et à 6,2 suicides pour 100'000 femmes (total: 12,5 cas pour 100'000 habitants); il a donc été trois fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes. La figure 5.12 présente les taux de suicide (partie inférieure des colonnes) et les taux

Taux de suicide et taux d'assistance au suicide selon le sexe et l'âge, 2009 **Fig. 5.12**



Source: OFS, Statistique des causes de décès 2009

© Obsan

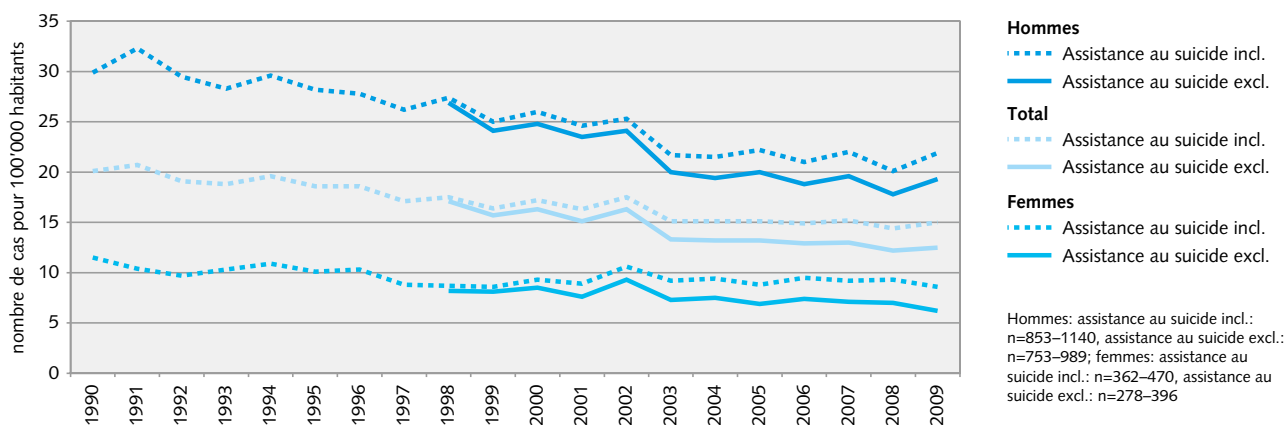
d'assistance au suicide (partie supérieure des colonnes) pour l'année 2009 selon le sexe et l'âge. Si l'on compare le taux de suicide, assistance au suicide incluse (colonne entière), selon le sexe, on constate que ce taux est deux à trois fois supérieur chez les hommes que chez les femmes dans tous les groupes d'âges. Le taux de suicide augmente avec l'âge, indépendamment du sexe. Le taux d'assistance au suicide est comparable pour les hommes et pour les femmes. Il représente une part très importante des suicides chez les femmes de 65 ans et plus. Si l'on ne tient pas compte de l'assistance au suicide, le taux de suicide diminue chez les femmes de 80 ans et plus. Malgré ces taux élevés de suicide à un âge avancé, le suicide est très souvent, comparé à d'autres maladies, la cause du décès de personnes jeunes ou d'un âge moyen. Un cinquième environ des décès concernant des personnes âgées de 15 à 44 ans sont dus à des actes suicidaires (23,2% pour les hommes et 16,8% pour les femmes). Dans cette classe d'âge, le suicide est la deuxième cause de décès, derrière les accidents pour les hommes et les cancers pour les femmes. Dans la classe d'âge des 45 à 64 ans, le suicide arrive en troisième position parmi les principales causes de décès (6,2% chez les hommes et 3,8% chez les femmes), derrière les cancers et les maladies cardiovasculaires.

La figure 5.13 montre l'évolution des taux de suicide de 1990 à 2009 selon le sexe et l'ensemble des deux sexes. Pour ces trois cas, deux courbes décrivent les taux de suicide, l'une avec l'assistance au suicide et l'autre sans. Le taux de suicide a diminué jusqu'en 2003. Il est relativement stable depuis 2003. Le recul observé au début de la période est presque exclusivement imputable à la baisse du taux de suicide des hommes, taux qui, chez les femmes, est resté stable pendant toute la période. Les différences croissantes entre les taux de suicide avec ou sans l'assistance au suicide montrent que celle-ci a augmenté ces 10 dernières années. Cette augmentation s'explique aussi entre autres par le fait que les cas d'assistance au suicide n'étaient pas relevés de manière aussi exhaustive au début de la période d'observation qu'ils ne le sont aujourd'hui.

Les taux de suicide diffèrent sensiblement d'un canton à l'autre (fig. 5.14). Les cantons du Tessin (8,4 pour 100'000 habitants), Uri (9,2) et de Bâle-Campagne (9,8) enregistrent les taux les plus faibles, les cantons de Neuchâtel (17,4), Nidwald (19,0) et d'Appenzel Rhodes-Extérieures (19,5) les taux les plus élevés. Le rapport de 3 (hommes) pour 1 (femmes) entre les sexes observé à l'échelle suisse pour les taux de suicide vaut

Évolution du taux de suicide selon le sexe, 1990–2009

Fig. 5.13

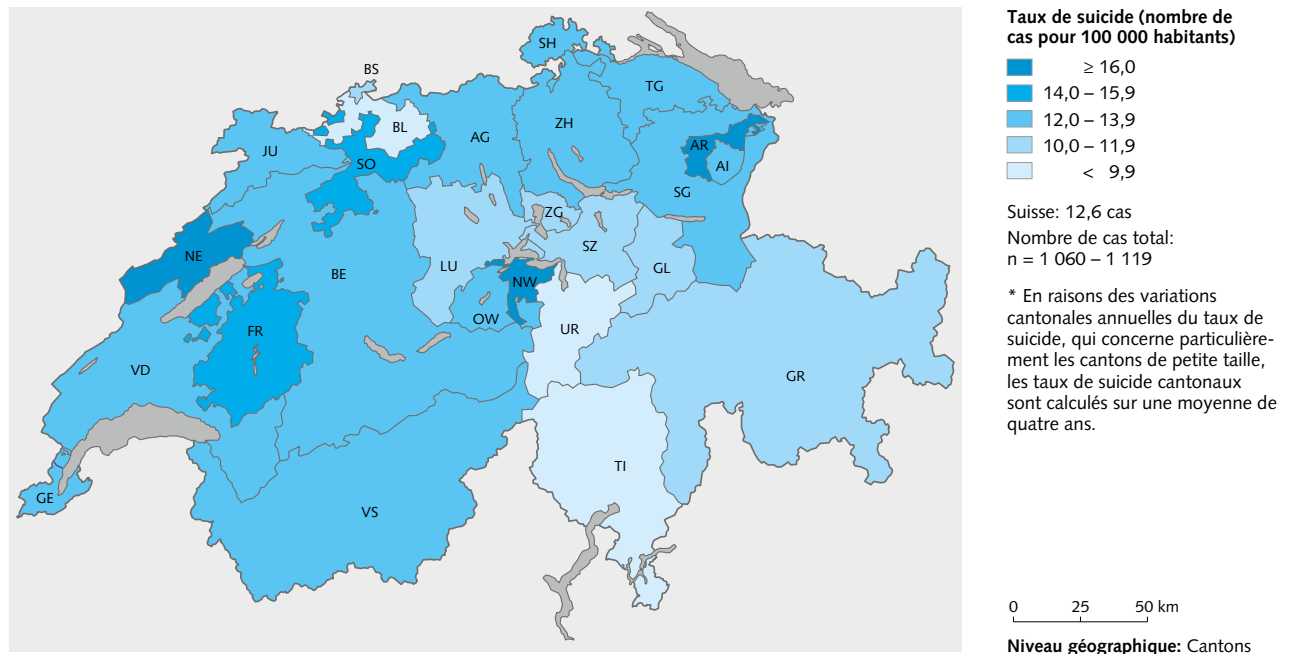


Source: OFS, Statistique des causes de décès 1990–2009

© Obsan

Taux de suicide (assistance au suicide excl.) selon les cantons, 2006–2009*

Fig. 5.14



Source: OFS, Statistique des causes de décès 2006–2009

© OFS, ThemaKart, Neuchâtel 2012

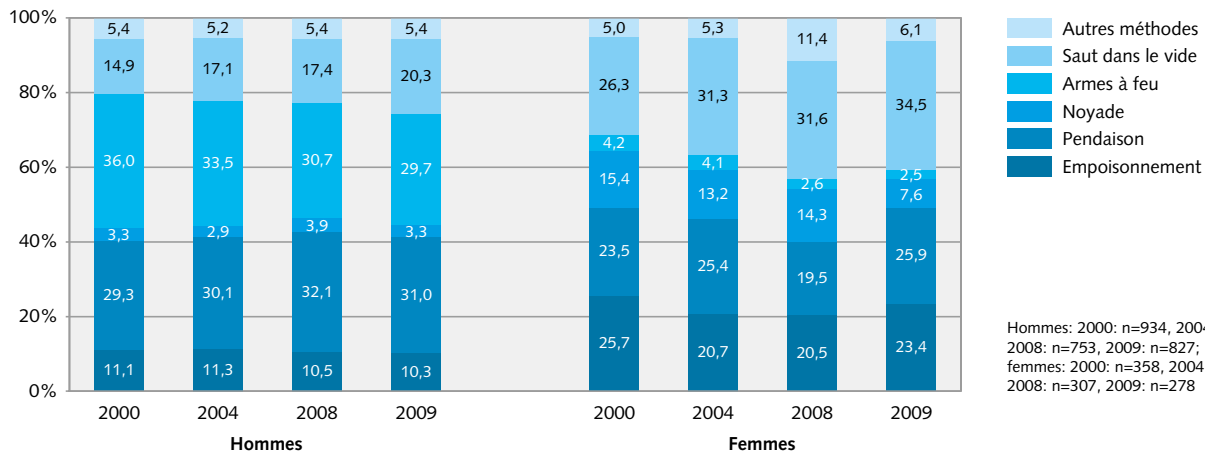
aussi pour la plupart des cantons. Dans certains d'entre eux, la différence entre hommes et femmes est encore plus marquée: c'est le cas dans les cantons du Tessin et de Schwytz (4,0:1 dans les deux cas), de Glaris (3,8:1), de Fribourg (3,7:1) et d'Argovie (3,5:1; pas représenté ici). La différence est nettement plus faible qu'en moyenne nationale dans les cantons de Schaffhouse (1,7:1) et d'Uri (1,9:1).

Le recul du taux de suicide observé ces dernières années au niveau national se retrouve au niveau cantonal: de très fortes baisses (pas illustrées ici) ont ainsi été enregistrées entre 1998/2001 et 2006/2009 (moyenne de chaque période) dans les cantons de Glaris (-44,2%) et de Schaffhouse (-42,7%). Le taux de suicide a par contre augmenté dans les cantons de Nidwald (+59,7%) et d'Obwald (5,9%).

Il existe probablement des différences culturelles dans la façon de gérer les problèmes ou les crises psychiques – par exemple, avec qui l'on en parle, quand, comment et où l'on demande de l'aide –, ce qui peut expliquer ces disparités cantonales. Les moyens à disposition jouent aussi un rôle important. On observe ainsi de nettes différences entre les cantons concernant des suicides par saut dans le vide. Des études ont montré que ces derniers sont moins fréquents dans les cantons comptant peu de ponts élevés (d'où les suicidaires pourraient se jeter). A défaut de ponts, les personnes en question ne choisissent pas nécessairement un bâtiment élevé pour sauter dans le vide (Reisch et al., 2007). Ces résultats tendent à prouver qu'il est possible d'influencer favorablement le nombre de suicides par des mesures de prévention.

Pourcentage de suicide (assistance au suicide excl.) selon la méthode et le sexe, 2000–2009

Fig. 5.15

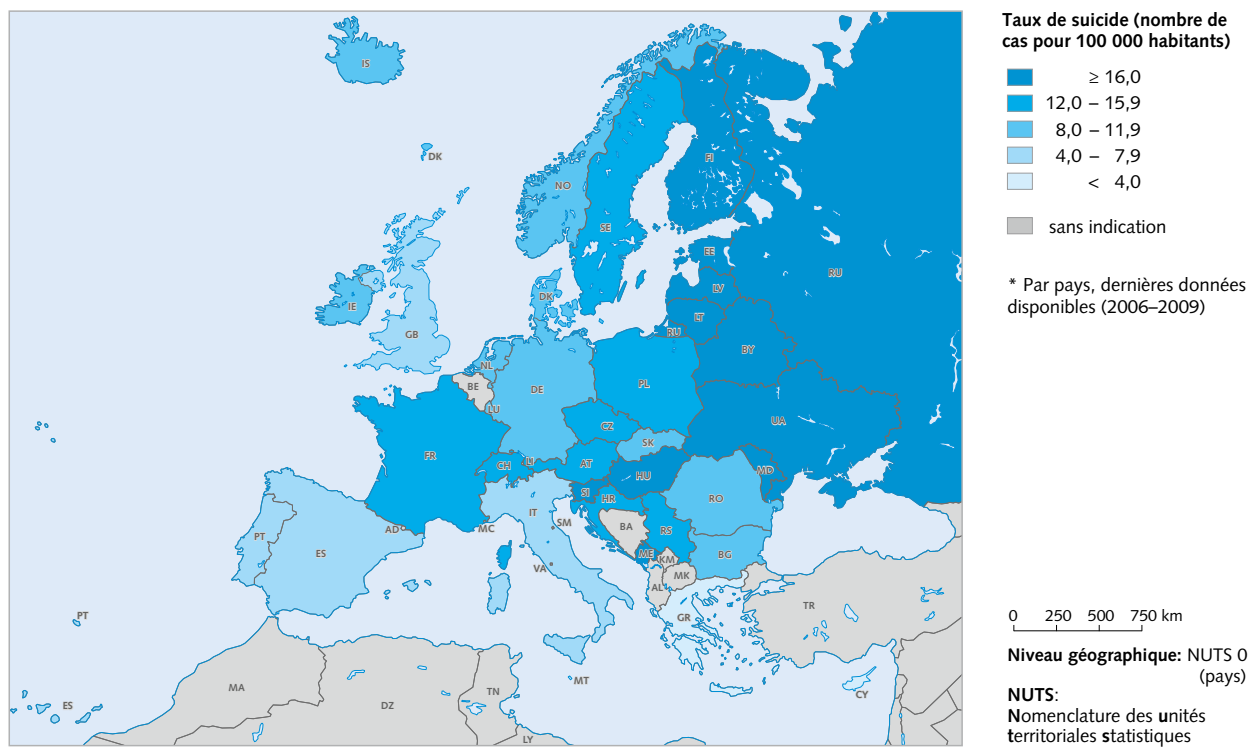


Source: OFS, Statistique des causes de décès 2000/2004/2008/2009

© Obsan

Taux de suicide de divers pays d'Europe, 2006–2009*

Fig. 5.16



Source: WHO, European health for all database

© BFS, ThemaKart, Neuchâtel 2012

En 2009, les trois méthodes de suicide les plus fréquentes ont été la pendaison (29,7%), le saut dans le vide (23,9%) et l'arme à feu (22,9%). Les méthodes diffèrent considérablement selon le sexe. Il ressort de la figure 5.15 que les hommes choisissent le plus souvent la pendaison (31,0% en 2009) ou l'arme à feu (29,7% en 2009). Les femmes ont surtout recours au saut dans le vide (34,5%), à la pendaison (25,9%) et à l'empoisonnement avec des médicaments (23,4%). La part des suicides par noyade a diminué ces dernières années (-44,2%), tout comme la part des suicides par arme à feu (-27,9%) et celle des empoisonnements avec des médicaments (-23,5%). En revanche, la proportion de personnes qui se sont suicidées en sautant dans le vide s'est accrue (+13,3%).

La figure 5.16 montre que la Suisse (15,1) fait partie des pays d'Europe (13,9) affichant un taux de suicide supérieur à la moyenne. Le taux de suicide en Suisse inclut les cas d'assistance au suicide, ce qui n'est pas forcément le cas dans les autres pays. Les taux les plus élevés sont enregistrés dans les pays de l'Est: Lituanie (30,7), Fédération de Russie (27,6) et République du Bélarus (25,3). La Suisse précède ses voisins la France (15,0), l'Autriche (12,7), l'Allemagne (9,8) et l'Italie (5,2). Les taux les plus faibles sont relevés dans les Etats du sud(-est): Chypre (4,3), Malte (3,1) et Grèce (2,9).

Tentatives de suicide

Une tentative de suicide est un acte dont l'issue n'est pas fatale, lors duquel l'individu programme sa propre mort ou est prêt à l'accepter, mais reste en vie, par exemple grâce à l'intervention d'une tierce personne. Contrairement aux suicides, les tentatives n'ayant pas abouti ne sont pas enregistrées au niveau national. C'est pourquoi le nombre de tentatives de suicide en Suisse ne peut être estimé qu'avec l'aide des régions de contrôle (dans lesquelles les données sont saisies).

Dans une étude correspondante sur le comportement suicidaire dans l'agglomération de Berne (Reisch et al., 2010), entre 2004 et 2009, on a enregistré un taux moyen de tentatives de suicides de 106,8 pour 100'000 habitants. Les tentatives de suicide sont donc près de 7 fois plus nombreuses que les suicides avec issue fatale. Il est très difficile de quantifier les cas non recensés. Les estimations oscillent entre 15'000 et 25'000 tentatives par an au total en Suisse, soit près de 10% des Suisses ayant essayé au moins une fois dans leur vie de mettre fin à leurs jours (OFSP, 2005a). Les suicides avec issue fatale sont plus fréquents chez les hommes (notamment avec des moyens plus létaux comme la pendaison, les armes ou le saut) tandis que les femmes font plus souvent des tentatives de suicide (notamment avec des moyens moins létaux comme l'intoxication médicamenteuse ou les blessures avec des objets coupants). En outre, ce sont surtout les jeunes qui sont concernés par les tentatives de suicide.

Les méthodes les plus courantes de tentatives de suicide sont la prise de médicaments et les blessures par coupure dans un but suicidaire. Dans au moins 40% des cas, les personnes concernées ont déjà commis une tentative de suicide. Le suivi systématique et à long terme des personnes ayant fait une tentative de suicide a donc une importance capitale dans la prévention du suicide et des tentatives de suicide (Reisch et al., 2010).

Informations complémentaires:

OFS, Mortalité, causes de décès: www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/02/04.html (consulté le 01.12.2011)

Ipsilon, initiative pour la prévention du suicide en Suisse: www.ipsilon.ch/index.php?id=1&L=1 (consulté le 01.12.2011)

5.4 Coûts des troubles psychiques

2,5% des personnes traitées en ambulatoire sont prises en charge par des psychiatres. Les coûts par patient des traitements psychiatriques sont sensiblement plus élevés que ceux des consultations en médecine générale. L'évolution des coûts de l'assurance obligatoire des soins (AOS) montre qu'une forte hausse a en particulier été enregistrée pour les soins psychiatriques en hôpital ambulatoire.

Les troubles psychiques entraînent d'une part de fortes pressions pour les personnes touchées et pour leur entourage social, et génèrent d'autre part des coûts économiques élevés. D'après les estimations, les coûts sociaux des troubles psychiques dans les pays de l'UE représentent 3 à 4% du produit intérieur brut (WHO, 2003). Si on applique un taux de 4% à la Suisse, les maladies psychiques auraient eu en 2010 des conséquences financières totales de 22 milliards de CHF, pour un PIB de 551 milliards de CHF. Une étude de l'université de Zurich estime les coûts des maladies psychiatriques à plus de 12 milliards de francs (Jäger & Rössler, 2008). Outre les coûts directs (par ex. pour les traitements ambulatoires et intra-muros), ce sont surtout les coûts indirects (par ex. l'absentéisme au travail et les retraites anticipées) qui ont d'importantes conséquences économiques (Wittchen, 2005).

Cependant, la base de données à notre disposition permet uniquement d'analyser les coûts directs des prestations médicales. Les résultats présentés ci-après proviennent de l'analyse du pool de données de santésuisse et concernent exclusivement les prestations et les coûts comptabilisés dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins (AOS) et dont les factures sont livrées aux assureurs-maladie. Ainsi, les factures restant à la charge des assurés (par ex. pour les franchises élevées) ou les prestations qui ne sont pas prises en charge par l'AOS ne sont pas enregistrées (Sturny & Schuler, 2011). Les analyses ci-après se basent sur les coûts bruts de l'AOS et couvrent donc les participations aux coûts des assurés.

Pour le domaine psychiatrique, grâce aux données de santésuisse, il est possible d'analyser les soins des prestataires ci-après, comptabilisés par l'AOS:

- Psychiatres en cabinet médical (en distinguant pédo-psychiatrie pour enfants et adolescents et psychiatrie pour adultes).
- Cliniques psychiatriques: prestations ambulatoires et intra-muros.
- Services psychiatriques dans les hôpitaux somatiques: prestations ambulatoires et intra-muros.

Les traitements par des psychologues ou par des psychothérapeutes non-médecins sont uniquement inclus dans les données dans la mesure où il s'agit de ce qu'on appelle la psychothérapie déléguée.¹⁸ En revanche, les traitements psychiatriques ou psychothérapeutiques dispensés par un médecin généraliste ne peuvent pas être identifiés dans le pool de données.

La première partie du sous-chapitre donne un aperçu du nombre de patients et des coûts par patient dans les cabinets de psychiatrie. La deuxième partie se concentre sur les coûts AOS du secteur de la psychiatrie, avec une distinction entre les cabinets du secteur ambulatoire et les services hospitaliers ambulatoires et intra-muros.

5.4.1 Cabinets du secteur ambulatoire: nombre de patients et coûts par patient

D'après les évaluations faites dans les cabinets du secteur ambulatoire, en 2010, 2,5% des 13,6 millions de patients¹⁹ ont été traités par des psychiatres (pour le nombre de patients traités, voir aussi le chapitre 4.2). 89,8% des traitements psychiatriques en cabinet étaient le fait de psychiatres pour adultes, contre 10,2% pour les psychiatres pour enfants et adolescents. Le nombre de patients traités a augmenté de 18,4% entre 2006 et 2010, passant de 282'900 à 334'906. Cette hausse peut être notamment attribuée à la psychiatrie pour adultes.

Certes, les patients du secteur psychiatrique ne représentent que 2,5% de tous les patients des cabinets du secteur ambulatoire, mais les coûts des traitements psychiatriques sont nettement plus élevés par patient: le coût moyen d'un traitement psychiatrique par patient en cabinet s'élevait à 1720 francs en 2010, contre 314 francs par patient pour les traitements en cabinet de médecine générale. Cette importante différence s'explique notamment par le fait que les traitements des psychiatres durent en général plus longtemps que ceux des médecins généralistes (Sturny & Schuler, 2011). Entre 2006 et 2010, le coût moyen par patient dans les cabinets du secteur ambulatoire n'a presque pas changé, que ce soit pour la psychiatrie ou pour la médecine générale.

¹⁸ Les psychothérapies déléguées sont des traitements de thérapeutes non-médecins, délégués par un spécialiste ayant les certificats correspondants (certificat FMH pour la psychiatrie, certificat en psychothérapie déléguée ou attestation pour le maintien des droits acquis). Les thérapeutes en question doivent être embauchés par le spécialiste. La comptabilisation dans l'assurance de base se fait donc via le spécialiste.

¹⁹ Est considéré comme patient, un assuré ayant reçu au minimum une fois par an des prestations chez un fournisseur. Si le même assuré s'est rendu deux fois chez le même médecin au cours d'une année, un patient est compté dans cette statistique annuelle. Si le même patient s'est rendu chez deux médecins différents dans la même année, deux patients sont comptés dans cette statistique annuelle.

5.4.2 Total des coûts AOS et coûts du secteur psychiatrique

Le tableau 5.1 fait une synthèse des coûts de l'AOS entre 2006 et 2010, pour les hôpitaux (ambulatoire et intra-muros) et les cabinets médicaux (secteur psychiatrique inclus), et pour le secteur psychiatrique. Que ce soit pour le secteur ambulatoire ou intra-muros, le groupe de psychiatrie hospitalière inclut les cliniques psychiatriques et les services psychiatriques des hôpitaux somatiques. Les coûts du secteur psychiatrique ont augmenté un peu moins fortement que les coûts totaux entre 2006 et 2010, (+9,2% contre +15,7%). Dans le secteur psychiatrique, c'est surtout dans la psychiatrie ambulatoire hospitalière qui enregistre la plus forte hausse de coûts (+43,7%).

Le rapport de monitoring sur les soins psychiatriques et psychothérapeutiques en Suisse (Sturny & Schuler, 2011) présente en détail les coûts de l'AOS dans le secteur psychiatrique. Dans une publication de l'OFS (2011a) sur les coûts et le financement de la santé, on trouvera les données concernant les coûts pour tous les agents payeurs, dans les cliniques psychiatriques ou pour les psychothérapies indépendantes.

Informations complémentaires

OFS: Coût du système de santé selon le fournisseur de biens et services: www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/14/05/blank/key/leistungserbringer.html (consulté le 01.12.2011)

Tab. 5.1 Coûts AOS dans le secteur psychiatrique, comparaison avec les coûts totaux, 2006–2010 (en mio. CHF)

		2006	2007	2008	2009	2010	Variation 06–10 en %
Total des coûts AOS pour les hôpitaux et les cabinets ambulatoires	Total	14 072	14 793	15 600	16 294	16 773	19,2
	Secteur hospitalier intra-muros	4 976	5 205	5 302	5 539	5 602	12,6
	Secteur hospitalier ambulatoire	2 955	3 191	3 548	3 818	4 119	39,4
	Cabinets ambulatoires	6 141	6 397	6 750	6 937	7 052	14,8
Coûts AOS dans le secteur psychiatrique	Total	1 310	1 321	1 378	1 463	1 516	15,7
	Secteur psychiatrique hospitalier intra-muros	612	600	609	647	641	4,6
	Secteur psychiatrique hospitalier ambulatoire	191	199	220	244	274	43,7
	Cabinets de psychiatrie ambulatoires	507	522	549	573	601	18,5

Source: Datenpool santésuisse/Analyse Obsan
État des données: 26.06.2011

© Obsan

Encadré: Inégalité sociale et santé psychique

Le rapport entre le statut socioéconomique et la santé est incontesté. De nombreuses études montrent que les personnes ayant un statut social modeste présentent un moins bon état de santé et une espérance de vie plus courte que les personnes ayant un statut social plus élevé (BFS, 2003; Bopp & Minder, 2003; Mielck, 2005; Wilkinson & Marmot, 2003). Ce rapport de causalité se vérifie également en termes de santé psychique (Bachmann & Neuhaus, 2010; Fryers et al., 2003; Gilman et al., 2002; Mauz & Jacobi, 2008; Mielck, 2005).

Comment expliquer cette relation entre statut socioéconomique et santé? L'état de santé a manifestement une influence sur le statut socioéconomique («la maladie appauvrit»), mais l'inverse est également vrai («la pauvreté rend malade»), quoique la première relation s'avère la plus importante. Les opinions sont unanimes sur le fait que l'inégalité sociale a un impact indirect sur la santé, car elle détermine en partie les problèmes de santé, les ressources à cet égard, les attitudes en matière d'hygiène et de prévention ainsi que la prise en charge sanitaire (Abel et al., 2007; Mielck, 2005). Par exemple, les personnes issues d'une couche sociale à bas niveau de formation sont plus souvent affectées de stress psychique et physique dans leur milieu de travail ou touchées par le chômage, en même temps qu'elles disposent de moins de ressources, que ce soit en termes d'information, de lieux de détente à proximité de leur domicile ou de soutien social. Le statut social se reflète également dans le comportement et le mode de vie (activité physique, consommation d'alcool etc.). L'accès aux prestations médicales est également partagé de manière inéquitable en fonction de la situation sociale: dans les milieux socialement défavorisés, il y a moins de possibilités de thérapies et les barrières socioculturelles (par ex. dans la relation de médecin à patient) rendent les soins plus difficiles dans les couches sociales les moins instruites (Mielck, 2000; Tiesmeyer et al., 2008).

Pour décrire les inégalités sociales, on se réfère au statut professionnel et au revenu, mais souvent on tient compte également du niveau de formation.²⁰ A cet égard, la formation sert d'indicateur du statut social, car une formation supérieure va souvent de pair avec un statut professionnel et un revenu plus élevés (Abel

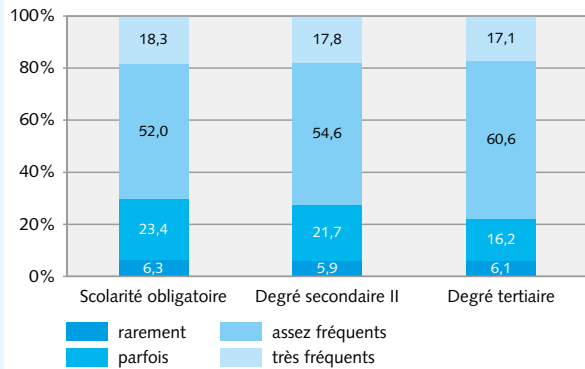
et al., 2007; Babitsch, 2005; Stamm & Lamprecht, 2009). Ci-après sont présentés les résultats selon la formation obtenus dans les domaines *santé psychique positive*, *problèmes psychiques*, *facteurs de risque et de protection* et *travail*.

Tous les indicateurs représentés dans les figures confirment clairement des disparités en fonction de la formation. Ainsi, les personnes sans formation post-obligatoire souffrent presque deux fois plus de problèmes psychiques importants et de symptômes dépressifs moyens à sévères que celles ayant achevé une formation de degré tertiaire (fig. 5.18 et fig. 5.19). Les indicateurs, en termes d'optimisme et d'existence d'une personne de confiance, révèlent également un gradient social (fig. 5.17 et fig. 5.21). Si la part des personnes traitées pour des problèmes psychiques est assez comparable d'un niveau de formation à un autre, les prestataires de soins consultés ne sont pas les mêmes, comme le montre la figure 5.20: les personnes au bénéfice d'une formation du degré tertiaire consultent plus volontiers un psychologue, tandis que celles n'ayant pas suivi de formation post-obligatoire sont plus généralement traitées par le médecin de famille. Les résultats concernant les effets négatifs du travail sur la santé sont intéressants, bien que peu surprenants (fig. 5.22): tandis que les douleurs dorsales, les maux de tête et l'angoisse sont les troubles le plus fréquemment cités par les personnes sans formation post-obligatoire, les personnes ayant achevé une formation de degré tertiaire apparaissent davantage exposées à des troubles psychiques. Ceci est également confirmé par d'autres analyses montrant que les troubles psychiques liés au travail sont beaucoup plus fréquents au sein des professions nécessitant un niveau de qualification élevé (OFS, 2010).

Il est intéressant de constater – et ceci est également confirmé par d'autres analyses ou études portant sur la question – que les différences les plus marquées s'observent surtout lors de la comparaison entre les personnes ayant, ou non, suivi une formation post-obligatoire; par contre, la différence entre les personnes ayant achevé une formation du degré secondaire II ou du degré tertiaire est plutôt faible.

²⁰ Il s'agit ici de caractéristiques de l'inégalité sociale dite verticale. Mais les caractéristiques de l'inégalité sociale horizontale, telles que l'âge, le sexe et la nationalité, ont, elles aussi, une influence sur la santé et la maladie.

Sentiments de force, d'énergie et d'optimisme selon la formation, 2009 Fig. 5.17

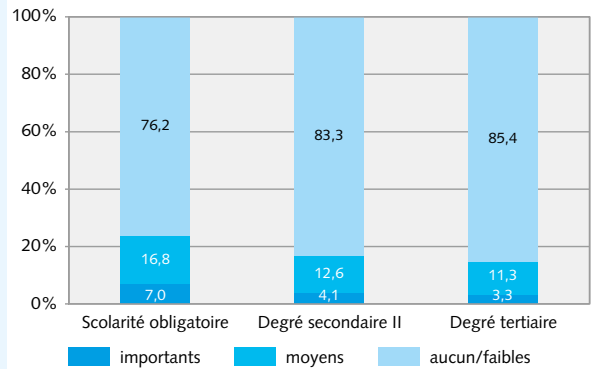


n=6956

Source: FORS, Panel suisse de ménages 2009

© Obsan

Problèmes psychiques selon la formation, 2007 Fig. 5.18

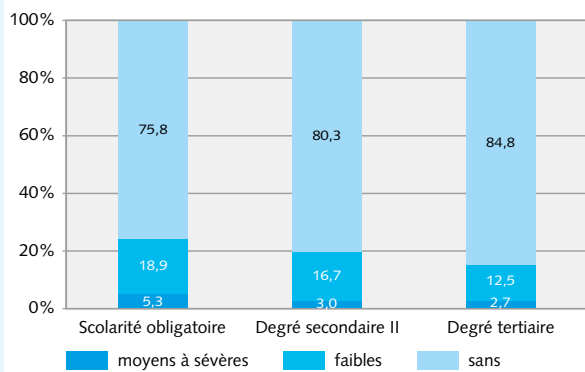


n=17'634

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Obsan

Symptômes dépressifs selon la formation, 2007 Fig. 5.19

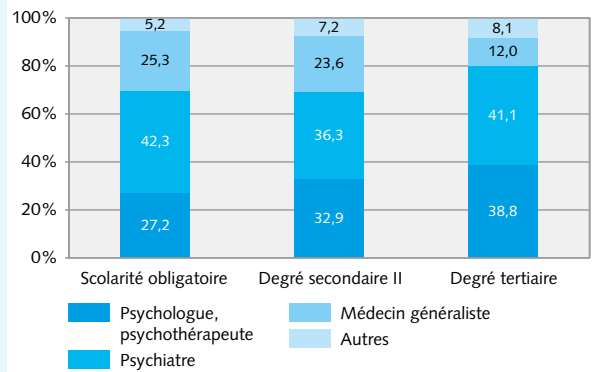


n=12'656

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Obsan

Traitement des problèmes psychiques: prestataire de soins selon la formation, 2007 Fig. 5.20

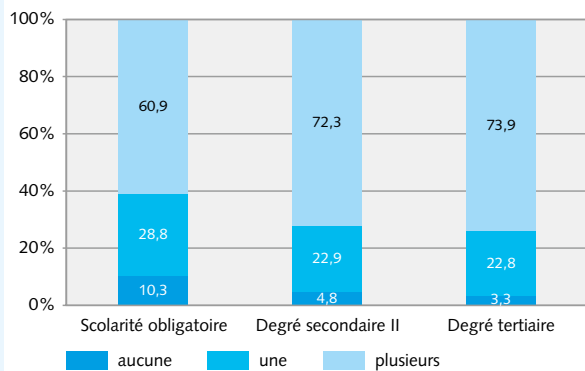


n=12'992

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Obsan

Existence d'une personne de confiance selon la formation, 2007 Fig. 5.21

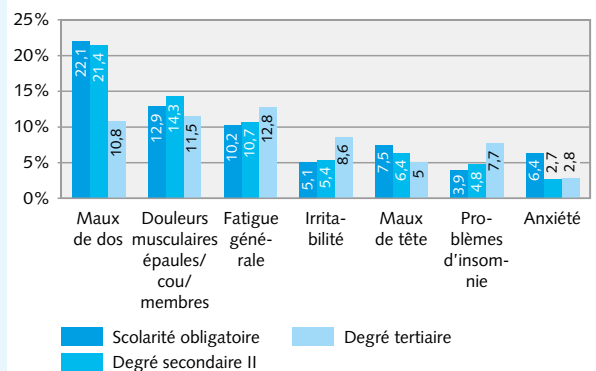


n=17'882

Source: OFS, Enquête suisse sur la santé 2007

© Obsan

Effets négatifs du travail sur la santé les plus fréquents selon la formation, 2005 Fig. 5.22



n=1040

Source: EUROFOUND, European Working Conditions Survey 2005

© Obsan

6 Synthèse

Voici un nouvel aperçu des principales évolutions liées à la santé de la population, des différences observées dans ce domaine entre les sexes, les groupes d'âges et les régions, ainsi que des liens avec les problèmes psychiques.

La santé psychique est restée stable dans l'ensemble

Les résultats présentés dans ce rapport montrent qu'on ne peut pas parler d'une détérioration générale de la santé psychique de la population suisse. Si des évolutions négatives sont mises en évidence, une certaine stabilisation, voire des améliorations sont constatées dans bon nombre de domaines.

Les résultats se sont péjorés pour ce qui est de la satisfaction en général: ces dernières années, la part des personnes interrogées qui se déclarent très satisfaites de leur vie en général, de leur santé, de leur situation financière et de leurs relations personnelles s'est réduite. Les personnes qui se sentent pleines de force, d'énergie et d'optimisme sont également moins nombreuses. De plus, la proportion de celles qui ont suivi un traitement pour cause de problèmes psychiques a augmenté, même si ce n'est que légèrement. Le nombre des patients traités dans des cabinets psychiatriques ambulatoires s'est lui aussi accru. Une évolution similaire ressort des données sur les coûts AOS dans le domaine psychiatrique, où ceux-ci ont augmenté, notamment dans le secteur ambulatoire. Dans le domaine de l'AI, les nouvelles rentes motivées par des maladies psychiques sont moins nombreuses, bien qu'elles représentent une part croissante de l'ensemble des nouvelles rentes AI.

L'évolution est positive en revanche pour bon nombre d'indicateurs. Les résultats font état d'une stabilisation, voire d'une amélioration pour ce qui est des symptômes dépressifs, du sentiment de maîtriser sa vie, de la solitude, de la prise de somnifères et de calmants et de certains indicateurs de la situation professionnelle. La part des personnes actives occupées souffrant de tensions psychiques importantes au travail a ainsi diminué. De

même, la perception d'un déséquilibre entre vie professionnelle et vie privée et la crainte de perdre son emploi ont plutôt reculé jusqu'en 2007.

Les résultats montrent également des évolutions positives dans le secteur intra-muros: le nombre de patients est resté stable, la durée d'hospitalisation moyenne a diminué et l'augmentation des réadmissions est imputée à des améliorations dans l'intégration de la chaîne de traitements. Après avoir commencé à reculer dans les années 1990, les taux de suicide se sont stabilisés.

Les femmes sont plus satisfaites bien que leur santé psychique soit moins bonne

Dans la plupart des cas, on constate des différences marquées entre les sexes, avec généralement des résultats moins favorables pour les femmes, sauf en ce qui concerne les conditions de travail. Les femmes déclarent plus souvent que les hommes se sentir fragilisées dans leur santé psychique, font état de moins de facteurs de protection mais de plus de facteurs de risque: elles se sentent moins souvent pleines d'énergie, de force et d'optimisme, souffrent davantage de problèmes psychiques et de symptômes dépressifs, consomment plus de somnifères, de calmants et d'antidépresseurs, vivent davantage d'événements critiques, ont moins le sentiment de maîtriser leur vie et ressentent plus souvent de la solitude que les hommes.

Les femmes disposent de plus de personnes de confiance dans leur entourage et sont plus souvent très satisfaites que les hommes. Par rapport au travail, elles déclarent plus souvent craindre de perdre leur emploi, mais elles subissent moins de tensions psychiques élevées au travail et souffrent moins souvent d'un déséquilibre entre leur vie professionnelle et leur vie privée que les hommes.

Les femmes consultent plus souvent pour des problèmes psychiques; pour ce faire, elles s'adressent davantage à des généralistes, alors que les hommes recourent davantage aux services de psychiatres ou de psychothérapeutes. Les femmes sont plus souvent

hospitalisées que les hommes pour des troubles psychiatriques, notamment pour cause de dépression, de troubles névrotiques, liés à des facteurs de stress et somatoformes et de troubles liés à l'alcool; et leurs séjours durent aussi plus longtemps. Chez les hommes, les troubles traités le plus souvent en intra-muros sont pratiquement les mêmes, mais leur ordre est différent: les troubles liés à l'alcool viennent en tête, suivis de la dépression, des troubles névrotiques, liés à des facteurs de stress et somatoformes, et de la schizophrénie. Contrairement aux cliniques, les institutions médico-sociales pour personnes handicapées, pour personnes dépendantes et pour personnes présentant des troubles psychosociaux accueillent nettement plus d'hommes que de femmes. Les femmes font davantage de tentatives de suicide que les hommes. Pourtant, les suicides sont environ trois fois plus fréquents chez les hommes que chez les femmes.

A chaque tranche d'âges ses défis

Ventilés selon l'âge, les résultats n'indiquent pas de tendance claire: on ne peut parler ni d'une amélioration durable ni d'une nette détérioration de la santé psychique avec l'âge. Les analyses mettent plutôt en évidence des troubles, des ressources et des problèmes variables selon les tranches d'âges.

Les personnes âgées font plus souvent état d'un sentiment marqué de maîtriser leur vie. Elles souffrent moins de problèmes psychiques importants et ressentent moins fréquemment de la solitude que les plus jeunes. Cependant, les personnes âgées souffrent davantage de symptômes dépressifs et de problèmes psychiques importants accompagnés de forts troubles physiques; elles se sentent plus souvent que les autres dépourvues de force, d'énergie et d'optimisme, sont proportionnellement plus nombreuses à déclarer n'avoir aucune personne de confiance dans leur entourage, doivent faire face plus souvent à des événements critiques et prennent davantage de somnifères et de calmants. La proportion des personnes ayant des symptômes dépressifs croît de manière particulièrement marquée à un âge avancé (65 ans et plus) et chez les personnes vivant en institution.

La majeure partie des personnes suivant un traitement pour cause de problèmes psychiques ont entre 35 et 64 ans. La proportion de celles qui consultent un généraliste ou un spécialiste varie selon l'âge: les psychiatres et les psychothérapeutes ont davantage les faveurs des plus jeunes, alors que les personnes plus âgées s'adressent le plus souvent à des généralistes ou à des psychiatres.

Les traitements intra-muros de maladies psychiques sont les plus fréquents chez les personnes d'un âge moyen (35–49 ans). Les troubles psychiques traités le plus souvent intra-muros varient selon l'âge des patients: les plus jeunes sont hospitalisés avant tout pour des troubles névrotiques, liés à des facteurs de stress ou somatoformes, pour une schizophrénie, pour une dépendance (alcoolisme mis à part) ou pour des troubles de la personnalité; dans le groupe des 35 à 64 ans, les traitements dispensés intra-muros concernent surtout des troubles liés à l'alcool et à la dépression; quant aux personnes de 65 ans et plus, elles sont le plus souvent traitées intra-muros pour cause de démence, d'autres maladies organiques ou de dépression. Les données sur le suicide mettent en évidence une augmentation du taux de suicide avec l'âge.

Dans le domaine du travail, les résultats varient aussi selon l'indicateur: la satisfaction professionnelle augmente avec l'âge, tandis que les aptitudes fonctionnelles et la capacité à travailler diminuent. Les problèmes psychiques au travail augmentent toutefois de manière relativement forte chez les hommes, alors qu'ils sont en diminution chez les femmes. Les personnes d'un âge moyen (35–49 ans) sont celles qui se plaignent le plus d'un déséquilibre entre leur vie professionnelle et leur vie privée et qui déclarent le plus souvent craindre de perdre leur emploi.

Des résultats marqués en Suisse centrale, au Tessin et dans la région lémanique

L'analyse délivre des résultats contrastés d'une région à l'autre pour bon nombre d'indicateurs. Les schémas ne sont pas toujours les mêmes, mais la Suisse centrale, le Tessin et la région lémanique enregistrent dans tous les cas les résultats les plus marqués. En Suisse centrale, une part comparativement importante des personnes interrogées se sentent pleines de force, d'énergie et d'optimisme et sont largement satisfaites de leur vie en général, alors que les problèmes psychiques en général et au travail ainsi que les symptômes dépressifs y sont relativement rares. Le Tessin et la région lémanique obtiennent des résultats inverses pour tous ces indicateurs.

Les taux d'hospitalisation en clinique pour cause de diagnostic psychiatrique sont les plus élevés dans la population des cantons urbains de Bâle-Ville et de Genève. La proportion de journées de soins pour 1000 habitants varie considérablement selon la région: elle est parmi les plus fortes dans les cantons de Bâle-Ville, de Thurgovie et de Neuchâtel et parmi les plus faibles dans le canton

du Jura. Les taux de suicide sont les plus élevés dans les cantons d'Appenzell Rhodes-Extérieures, de Nidwald et de Neuchâtel et les plus bas dans les cantons du Tessin, d'Uri et de Bâle-Campagne.

Des liens incontestables avec les problèmes psychiques

Le présent rapport mesure la santé et la maladie psychique avant tout à la lumière des problèmes psychiques, qu'il met en relation avec les thèmes abordés. Les liens qui en ressortent sont clairs et correspondent en grande partie à ce que l'on attendait. Plus les problèmes psychiques sont importants, plus ils s'accompagnent de forts troubles physiques, d'un recours accru aux soins et d'une augmentation de la consommation de médicaments psychotropes. Les personnes qui déclarent souffrir de problèmes psychiques importants sont aussi souvent moins satisfaites, ont un faible sentiment de maîtrise de leur vie, bénéficient socialement de peu de soutien et ont vécu davantage d'événements critiques que les autres.

Les personnes au chômage souffrent le plus souvent de problèmes psychiques, de même que les personnes actives occupées qui sont insatisfaites de leur travail, qui ressentent un fort déséquilibre entre leur vie professionnelle et leur vie privée ou qui craignent de perdre leur emploi. A l'inverse, les personnes non actives et les personnes actives occupées qui sont satisfaites de leur travail, qui ont un bon équilibre entre vie professionnelle et vie privée et ne craignent pas de perdre leur emploi souffrent clairement moins de problèmes psychiques. Cela vaut dans les deux sens: ainsi, les personnes souffrant de problèmes psychiques sont aussi plus souvent au chômage que celles qui n'en ont pas, etc.

Bibliographie

- Abel, T., M. Duetz Schmucki & K. Huwiler-Müntener (2007). Sozialmedizin und Gesundheitssoziologie. In: F. Gutzwiller & F. Paccaud (Eds.), *Sozial- und Präventivmedizin – Public Health* (p. 23–34). Bern: Hans Huber.
- Ajdacic-Gross, V. & M. Graf (2003). *État des lieux et données concernant l'épidémiologie psychiatrique en Suisse* (Document de travail Nr. 2). Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.
- Amsler, F., D. Jäckel & R. Wyler (2010). *Schlussbericht zur Evaluation der institutionellen ambulanten und teilstationären Psychiatrieversorgung des Kantons Bern unter besonderer Berücksichtigung der Pilotprojekte – Angebote, Lücken und Mängel: Im Rahmen des Projektes «Weiterentwicklung Psychiatrieversorgung Kanton Bern» (WePBE)*.
- Amstad, F. & N. Semmer (2006). Work-Family-Balance – Seiltanz zwischen Hochs und Tiefs. *Wirtschaftsmagazin*, 3: 7–8.
- Anderson, R.J., K.E. Freedland, R.E. Clouse & P.J. Lustman (2001). The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes. A metaanalysis. *Diabetes Care*, 24(6): 1069–1078.
- Angst, J., A. Gamma, M. Neuenschwander, V. Ajdacic-Gross, D. Eich, W. Rössler et al. (2005). Prevalence of mental disorders in the Zurich Cohort Study: a twenty year prospective study. *Epidemiol Psychiatr Soc*, 14(2): 68–76.
- ARPS (2011). Actions cantonales dans le domaine de la santé psychique: enquête cantonale faite en septembre 2011. Présentation du 18 octobre 2011, Association suisse des responsables cantonaux pour la promotion de la santé.
- Association Alzheimer Suisse (2009). 107'000 personnes atteintes d'Alzheimer vivent en Suisse. Online: http://www.alz.ch/f/pdf/schweiz_2010_f.pdf
- Babitsch, B. (2005). *Soziale Ungleichheit, Geschlecht und Gesundheit*. Bern: Hans Huber.
- Bachmann, N. & M. Neuhaus (2010). *Vierter Gesundheitsbericht des Kantons Bern. Die Gesundheitschancen sind ungleich verteilt*. Bern: Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern.
- Badura, B., H. Schellschmidt & C. Vetter (2003). *Fehlzeiten-Report 2003. Wettbewerbsfaktor Work-Life-Balance*. Berlin: Springer.
- Baer, N. (2007). Würden Sie einen psychisch behinderten Menschen anstellen? Resultate einer Befragung von KMU. *Zeitschrift für Sozialhilfe*(1): 32–33.
- Baer, N. & T. Cahn (2009). Psychische Gesundheitsprobleme. In: K. Meyer (Eds.), *Gesundheit in der Schweiz. Nationaler Gesundheitsbericht 2008* (p. 211–230). Bern: Hans Huber.
- Baer, N., A. Domingo & F. Amsler (2003). *Diskriminiert. Gespräche mit psychisch kranken Menschen und Angehörigen zur Qualität des Lebens; Darstellung, Auswertung, Konsequenzen*. Bonn: Psychiatrie-Verlag GmbH.
- Baer, N. & T. Fasel (2011). «Schwierige» Mitarbeiter. *Wahrnehmung und Bewältigung psychisch bedingter Problemsituationen durch Vorgesetzte und Personalverantwortliche*. Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen.
- Baer, N., U. Frick & T. Fasel (2009). *Dossieranalyse der Invalidisierungen aus psychischen Gründen. Typologisierung der Personen, ihrer Erkrankungen, Belastungen und Berentungsverläufe*. Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen.
- Barry, M. (1997). Well-being and life satisfaction as components of quality of life in mental disorders. In: H. Katschnig, H. Freeman et al. (Eds.), *Quality of life in mental disorders*. Chichester: Wiley.

- Bastine, R.H.E. (1998). *Klinische Psychologie*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Beautrais, A.L. (2000). *Risk factors for suicide and attempted suicide among young people. A report prepared for the National Health and Medical Research Council 1998*. Canberra: National Health and Medical Research Council.
- Becker, P., K. Bös & A. Woll (1994). Ein Anforderungs-Ressourcen-Modell der körperlichen Gesundheit: pfadanalytische Überprüfungen mit latenten Variablen. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 2: 25–48.
- Berlin-Institut für Bevölkerung und Entwicklung (2011). *Demenz-Report. Wie sich die Regionen in Deutschland, Österreich und der Schweiz auf die Alterung der Gesellschaft vorbereiten können*. Berlin: Berlin-Institut.
- Bétrisey, C., M. Gognalons-Nicolet & H. Briant (2004). *Indicateurs de la santé psychique dans le canton de Vaud (tirés des données de l'Enquête suisse sur la santé 2002)*.
- BFS (2003). *Soziale Ungleichheit und Gesundheit in der Schweiz*. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
- BFS (2010). *Gesundheit und Gesundheitsverhalten in der Schweiz 2007. Schweizerische Gesundheitsbefragung*. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
- BFS (2012). *Todesursachenstatistik 2009. Sterbehilfe (assistierter Suizid) und Suizid in der Schweiz*. BFS Aktuell.
- Bifulco, A., O. Bernazzani, P.M. Moran & C. Ball (2000). Lifetime stressors and recurrent depression: preliminary findings of the Adult Life Phase Interview (ALPHI). *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 35(6): 264–275.
- Bopp, M. & C.E. Minder (2003). Mortality by education in German speaking Switzerland, 1990–1997: results from the Swiss National Cohort. *Int J Epidemiol*, 32(3): 346–354.
- Brenner, H.D., W. Rössler & U. Fromm (2003). Die moderne evidenzbasierte psychiatrische Versorgung: Welchen Weg nimmt die institutionelle Schweizer Psychiatrie? *Schweizerische Ärztezeitung*, 84(35): 1777–1786.
- BSV (2011). *Zweites mehrjähriges Forschungsprogramm zur IV (FoP2-IV). Faktenblatt*. Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen.
- Burcusa, S.L. & W.G. Iacono (2007). Risk for recurrence in depression. *Clin Psychol Rev*, 27(8): 959–985.
- Burke, J.D., H.U. Wittchen, D.A. Regier & N. Sartorius (1990). Extracting Information From Diagnostic Interviews on Co-Occurrence of Symptoms of Anxiety and Depression. In: J. D. Maser & C. R. Cloninger (Eds.), *Comorbidity of Mood and Anxiety disorders* (p. 649–667). Washington D.C.: American Psychiatric Press.
- Cacioppo, J. & W. Patrick (2008). *Loneliness: Human Nature and the Need for Social Connection*. New York: W.W. Norton & Co.
- CDS (2008). *Guide «Planification de la psychiatrie». Rapport du groupe de travail «Planification hospitalière»*. Berne: Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé.
- Clément, J., F. Duveau, P. Preux & J. Léger (2001). Mini-GDS chez les patients âgés suivis en médecine générale. *L'Encéphale*, 27(4): 329–237.
- Conférence de l'UE (2008). *Pacte européen pour la santé mentale et le bien-être*. Bruxelles: Conférence de haut-niveau de l' UE.
- Danuser, B., G. Bauer, M. Kuster, M. Boillat & C. Lazor-Blanchet (2007). Arbeitsmedizin. In: F. Gutzwiller & F. Paccaud (Eds.), *Sozial- und Präventivmedizin – Public Health* (p. 383–419). Bern: Huber.
- Deci, E.L. (1975). *Intrinsic Motivation*. New York: Plenum.
- Dewa, C. & E. Lin (2000). Chronic physical illness, psychiatric disorder and disability in the workplace. *Social science & medicine*, 51: 41–50.
- Dreyer, G. & D. Schuler (2010). *Diagnostics psychiatriques et médicaments psychotropes dans les cabinets médicaux en Suisse*. Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.
- Eichenberger, A. (2002). *Zugang zur Behandlung und Prädiktoren der Inanspruchnahme professioneller Hilfe bei Depressionen und Angststörungen*. Institute für Sozial- und Präventivmedizin (ISPM) der Universitäten Basel, Bern und Zürich.
- Faltermaier, T. (2002). *Entwicklungspsychologie des Erwachsenenalters*. Stuttgart: Verlag. W. Kohlhammer.
- Faltermaier, T. (2005). *Gesundheitspsychologie. Grundriss der Psychologie*. Stuttgart: Kohlhammer.

- Faragher, E.B., M. Cass & C. Cooper (2005). The relationship between job satisfaction and health: a meta-analysis. *Occupational and Environmental Medicine*, 62: 105–112.
- Filipp, S.H. & P. Aymanns (2010). *Kritische Lebensereignisse und Lebenskrisen: vom Umgang mit den Schattenseiten des Lebens*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Fryers, T., D. Melzer & R. Jenkins (2003). Social inequalities and the common mental disorders: a systematic review of the evidence. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 38(5): 229–237.
- GFS (2010a). *Depression – was weiss die Schweiz darüber?* Küssnacht: Werner Alfred Selo Stiftung.
- GFS (2010b). *Sichtbare politische Hände erwünscht – Sicherheitsbedürfnisse steigen. Credit Suisse Sorgenbarometer 2010 Schlussbericht*: Schweizerische Gesellschaft für praktische Sozialforschung.
- Gilman, S.E., I. Kawachi, G.M. Fitzmaurice & S.L. Buka (2002). Socioeconomic status in childhood and the lifetime risk of major depression. *International Journal Epidemiology*, 31(2): 359–367.
- Hämmig, O. & G. Bauer (2004). Ursachen und gesundheitliche Auswirkungen mangelnder Work-Life Balance bei der Schweizer Erwerbsbevölkerung. In: Gesellschaft für Arbeitswissenschaft (Eds.), *Arbeit und Gesundheit in effizienten Arbeitssystemen* (p. 117–122). Dortmund: GfA Press.
- Hämmig, O. & G. Bauer (2005). *Arbeit und Gesundheit im Kanton Zürich. Befragungsergebnisse zu Arbeitsbedingungen, Work-Life Balance und Befindlichkeit*. Zürich: Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich.
- Hämmig, O., G. Jenny & G. Bauer (2005). *Arbeit und Gesundheit in der Schweiz. Surveybasiertes Monitoring der Arbeitsbedingungen und des Gesundheitszustandes der Schweizer Erwerbsbevölkerung* (Arbeitsdokument Nr. 12). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Härter, M., H. Baumeister & J. Bengel (2007). *Psychische Störungen bei körperlichen Erkrankungen*. Heidelberg: Springer.
- HEA (1999). *Community Action for Mental Health*. London: Health Education Authority.
- Hell, D. & H. Böker (2005). Depression bei Betagten. *Schweizerisches Medizinisches Forum*, 5: 1147–1153.
- Höpflinger, F., L. Bayer-Oglesby & A. Zumbrunn (2011). *La dépendance des personnes âgées et les soins de longue durée. Scénarios actualisés pour la Suisse*. Berne: Hans Huber.
- Horwitz, A.V. & J.C. Wakefield (2007). *The loss of sadness: how psychiatry transformed normal sorrow into depressive disorder*. Oxford: Oxford University Press.
- Hurrelmann, K. (2002). Psycho- und somatische Gesundheitsstörungen bei Kindern und Jugendlichen. *Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz*, 45: 866–872.
- ISPM Basel (2008). *Rapport d'approfondissement Genre et Santé*. Bâle: Institut de Médecine Sociale et Préventive Université de Bâle.
- Jacobi, F., H.U. Wittchen, C. Hölting, M. Höfler, H. Pfister, N. Müller et al. (2004a). Prevalence, co-morbidity and correlates of mental disorders in the general population: results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). *Psychological medicine*, 34: 597–611.
- Jäger, M. & W. Rössler (2008). Psychiatrische und neurologische Erkrankungen verursachen einen Sechstel der Gesundheitskosten. Medienmitteilung vom 14. Januar 2008. Zürich: Universität Zürich.
- Kessler, R.C. (1997). The effects of stressful life events on depression. *Annu Rev Psychol*, 48: 191–214.
- Kessler, R.C., W.T. Chiu, O. Demler & E.E. Walters (2005a). Prevalence, Severity, and Comorbidity of 12-Month DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of general psychiatry*, 62(6): 617–627.
- Kessler, R.C., O. Demler, R.G. Frank, M. Olfson, H.A. Pincus & E.E. Walters (2005b). Prevalence and treatment of mental disorders, 1990 to 2003. *The New England Journal of Medicine*, 352(24): 2515–2523.
- Kessler, R.C. & WHO World Mental Health Survey Consortium (2004). Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *JAMA*, 291(21): 2581–2590.

- Kläui, H. & G. Hasler (2011). Les dépressions dans la pratique du médecin de famille. *Primary Care*, 11: 200–201.
- Klesse, C., H. Baumeister, J. Bengel & M. Härter (2008). Somatische und psychische Komorbidität. Bedeutung für Diagnose und Behandlung. *Psychotherapeut*, 53(1): 49–62.
- Knecht, M. & O. Hämmig (2009). *Mangelnde Work-Life Balance und Rückenschmerzen. Ausgewählte Ergebnisse einer grossangelegten Betriebsumfrage*. Zürich: SECO.
- Knol, M.J., J.W. Twisk, A.T. Beekman, R.J. Heine, F.J. Snoek & F. Pouwer (2006). Depression as a risk factor for the onset of type 2 diabetes mellitus. A meta-analysis. *Diabetologia*, 49(5): 837–845.
- Koivumaa-Honkanen, H., R. Honkanen, H. Viinamaki, K. Heikkila, J. Kaprio & M. Koskenvuo (2001). Life satisfaction and suicide: a 20-year follow-up study. *Am J Psychiatry*, 158(3): 433–439.
- Koivumaa-Honkanen, H., M. Koskenvuo, R.J. Honkanen, H. Viinamaki, K. Heikkila & J. Kaprio (2004). Life dissatisfaction and subsequent work disability in an 11-year follow-up. *Psychol Med*, 34(2): 221–228.
- Koopmans, G., M. Donker & F. Rutten (2005). Common mental disorders and use of general health services: a review of the literature on population-based studies. *Acta Psychiatr Scand*, 111: 341–350.
- Krieger, R. & M. Graf (2009). Travail et santé. Récapitulation des résultats de l'Enquête suisse sur la santé 2007.
- Kuhl, H.C. (2008). *Stationäre Psychiatrie in der Schweiz 2000–2008* (Arbeitsdokument Nr. 31). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Kuhl, H.C. & J. Herdt (2007). *Stationäre psychiatrische Inanspruchnahme in der Schweiz. Eine epidemiologische Auswertung der Medizinischen Statistik*. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Läubli, T. & C. Müller (2009). *Conditions de travail et maladies de l'appareil locomoteur – Estimation du nombre de cas et des coûts macroéconomiques pour la Suisse*. Berne: SECO.
- Lavignasse, C. & F. Moreau-Gruet (2006). *Inventaire des structures psychiatriques ambulatoires et semi-hospitalières en Suisse, 2006*. Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.
- Leiter, M.P. & C. Maslach (2007). *Burnout erfolgreich vermeiden*. Berlin, Heidelberg, New York: Springer.
- Lobo, A., P. Saz, G. Marcos, R. Campos, J. García-Campayo, F. Orozco et al. (2005). Depressive co-morbidity in medical in-patients at the time of hospital discharge and outcome in a Primary Care follow-up. I. Rational and design of the project. *The European Journal of Psychiatry*, 19(3).
- Loos, S., A. Schliwen & M. Albrecht (2009). *Vorzeitiger Rückzug aus der Erwerbstätigkeit aufgrund von Invalidität im Vergleich zu alternativen Austrittsoptionen. Die Schweiz im internationalen Vergleich*. Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen.
- Maudsley, H. (1872). Is insanity on the increase? *British Medical Journal*, 1: 37–39.
- Mauz, E. & F. Jacobi (2008). Psychische Störungen und soziale Ungleichheit im Geburtskohortenvergleich. *Psychiatrische Praxis*, 35: 343–352.
- Meyer, M., M. Stallauke & H. Weirauch (2011). Krankheitsbedingte Fehlzeiten in der deutschen Wirtschaft im Jahr 2010. In: B. Badura, A. Ducki et al. (Eds.), *Fehlzeiten-Report 2011*. Berlin: Springer.
- Mielck, A. (2000). *Soziale Ungleichheit und Gesundheit: empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten*. Bern: Hans Huber.
- Mielck, A. (2005). *Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Einführung in die aktuelle Diskussion*. Bern: Hans Huber.
- Modetta, C. (2009). *Delphi-Studie zu Gründen für das verlangsamte Wachstum der IV-Neurenten*. Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen.
- Möller-Leimkühler, A.M. (2002). Barriers to help-seeking by men: a review of sociocultural and clinical literature with particular reference to depression. *Journal of affective disorders*, 71(1–3): 1–9.
- Murray, C.J. & A.D. Lopez (1996). *The global burden of disease: A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020*. Cambridge: MA, Harvard School of Public Health on behalf of the World Health Organization and the World Bank.
- Obsan (2010). *La santé dans le canton de Fribourg. Analyse des données de l'Enquête suisse sur la santé 2007*. Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.
- Obsan (2011). *La santé en Suisse latine. Analyse des données de l'Enquête suisse sur la santé 2007*. Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.

- OECD (2010). *Mental health, disability and work. OECD Expert Meeting, Paris, 26–28 April 2010*. Paris: OECD.
- OECD (2012). *Sick on the job? Myths and realities about mental health and work*. Paris: OECD.
- OFAS (2010). *Programme de recherche sur l'assurance-invalidité 2006–2009: rapport de synthèse*. Berne: Office fédéral des assurances sociales.
- OFAS (2011a). *Prestations de l'assurance invalidité (AI)*. Berne: Office fédéral des assurances sociales.
- OFAS (2011b). *Statistique de l'AI 2010*. Berne: Office fédéral des assurances sociales.
- OFS (2008a). *Enquête suisse sur la santé 2007. Les indices*. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique.
- OFS (2008b). Indicateurs des institutions médico-sociales 2006. Actualités OFS. Online: <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/14/22/publ.html?publicationID=3430>
- OFS (2010). *Santé et comportements vis-à-vis de la santé en Suisse 2007. Enquête suisse sur la santé*. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique.
- OFS (2011a). Coût et financement du système de santé. Résultats détaillés 2008 et évolution récente. Actualités OFS. Online: <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/14/22/publ.html?publicationID=4296>
- OFS (2011b). Statistique des institutions médico-sociales 2009 – Tableaux standard. Actualités OFS. Online: <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/news/publikationen.html?publicationID=4313>
- OFS (2012) Assistance au suicide et suicide en Suisse. Actualités OFS.
- OFSP (2005a). *Le suicide et la prévention du suicide en Suisse. Rapport répondant au postulat Widmer (02.3251)*. Berne: Office fédéral de la santé publique.
- OFSP (2005b). *Lignes directives pour une politique multisectorielle de la santé*. Berne: Office fédéral de la santé publique.
- OMS (2004). *Investir dans la santé mentale*. Genève: OMS, Département de Santé mentale et abus de substances psychoactives.
- OMS Europe (2005). *Déclaration sur la santé mentale pour l'Europe. Relever les défis, trouver des solutions*. Helsinki: Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur la santé mentale.
- OMS Europe (2006). *Santé mentale: relever les défis, trouver des solutions. Rapport de la Conférence ministérielle européenne de l'OMS*. Copenhague: OMS Europe.
- Paul, K.I. & K. Moser (2009). Unemployment impairs mental health: Meta-analyses. *Journal of Vocational Behavior*, 74: 264–282.
- Paykel, E. (2003a). Life events and affective disorders. *Acta Psychiatr Scand Suppl*(418): 61–66.
- Paykel, E. (2003b). Life events: effects and genesis. *Psychol Med*, 33(7): 1145–1148.
- Politique nationale suisse de la santé, W. Achtermann & C. Berset (2006a). *Les politiques suisses de santé – potentiel pour une politique nationale. Volume 1 – analyse et perspectives*. Berne: OFSP.
- Politique nationale suisse de la santé, W. Achtermann & C. Berset (2006b). *Les politiques suisses de santé – portraits de 10 politiques suisses de santé*. Berne: OFSP.
- Politique nationale suisse de la santé & P. Lehmann (2004). *Santé psychique. Projet pour une stratégie nationale visant à protéger, à promouvoir, à maintenir et à rétablir la santé psychique de la population en Suisse*. Berne: Politique nationale suisse de la santé.
- Politique nationale suisse de la santé & R. Ricka (2004). *Récapitulation des résultats de la consultation: Projet pour une stratégie nationale visant à protéger, à promouvoir, à maintenir et à rétablir la santé psychique de la population en Suisse*. Berne: Politique nationale suisse de la santé.
- Promotion Santé Suisse (2008). Life Domain Balance: l'équilibre entre le travail et les autres domaines de la vie. Online: http://www.gesundheitsfoerderung.ch/pdf_doc_xls/f/betriebliche_gesundheitsfoerderung/Tipps_Tools/A4_LifeDomainBalance_f.pdf
- Reisch, T., U. Schuster & K. Michel (2007). Suicide by Jumping and Accessibility of Bridges: Results from a National Survey in Switzerland. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37: 681–687.
- Reisch, T., T. Steffen, A. Maillart & K. Michel (2010). *Monitoring des suizidalen Verhaltens in der Agglomeration Bern im Rahmen der WHO/MONSUE Multi-center Study on Suicidal Behaviour und des Berner Bündnisses gegen Depressionen. Bericht im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit*. Bern: Universitäre Psychiatrische Dienste Bern (UPD).

- Richter, D., K. Berger & T. Reker (2008). Nehmen psychische Störungen zu? Eine systematische Literaturübersicht. *Psychiatrische Praxis*, 35: 321–330.
- Roth, S. & F. Moreau-Gruet (2011). *Consommation et coût des médicaments en Suisse. Analyse des données de l'Enquête suisse sur la santé 2002 et 2007 et des données de l'assurance obligatoire des soins de 1998 à 2009 (Obsan Rapport 50)*. Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.
- Rotter, J.B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs: General and Applied*, 80(1): No. 609.
- Rüesch, P. & P. Manzoni (2003). *Psychische Gesundheit in der Schweiz – Monitoring / La santé psychique en Suisse – Monitoring*. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Sainsbury Centre for Mental Health (2007). *Mental Health at Work: Developing the business case*. London: Sainsbury Centre for Mental Health.
- Sareen, J., A. Jagdeo, B. Cox, I. Clara, M. Ten Have, S. Belik et al. (2007). Perceived barriers to mental health service utilization in the United States, Ontario, and the Netherlands. *Psychiatric Services*, 58: 357–364.
- Sass, H., H.U. Wittchen & M. Zaudig (1996). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-IV*. Göttingen: Hogrefe.
- Scharfetter, C. (2002). *Allgemeine Psychopathologie*. Stuttgart: Thieme.
- Schneider, W. (2010). Psychische Gesundheit und Arbeit. *Arbeitsmedizin Sozialmedizin Umweltmedizin*, 45(2): 55–63.
- Schuler, D., P. Rüesch & C. Weiss (2007). *La santé psychique en Suisse. Monitorage* (Document de travail Nr. 24). Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.
- Seegerstrom, S.C. (2005). Optimism and immunity: Do positive thoughts always lead to positive effects? *Brain, Behavior and Immunity*, 19: 195–200.
- Seligman, M.E.P. (1975). *Helplessness: on depression, development, and death*. San Francisco: Freeman.
- Stamm, H. & M. Lamprecht (2009). La formation en tant que ressource de santé. In: K. Meyer (Eds.), *La santé en Suisse. Rapport national sur la santé 2008*. Chêne-Bourg: Editions Médecine et Hygiène.
- Stamm, K. & H.-J. Salize (2006). Volkswirtschaftliche Kon-
sequenzen. In: G. Stoppe, A. Bramesfeld et al. (Eds.), *Volkskrankheit Depression? Bestandesaufnahme und Perspektiven* (p. 109–120). Berlin: Springer.
- Steinke, M. & B. Badura (2011). *Präsentismus – Ein Review zum Stand der Forschung*. Dortmund/Berlin/Dresden.
- Stoppe, G. (2006). Alte. In: G. Stoppe, A. Bramesfeld et al. (Eds.), *Volkskrankheit Depression? Bestandesaufnahme und Perspektiven* (p. 245–256). Berlin: Springer.
- Sturny, I. & D. Schuler (2011). *Psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung in der Schweiz. Monitoring 2010*. Neuchâtel: Obsan.
- Thiel, A., R. Nau & T. Willers (1998). Häufige internistische Probleme bei psychisch Kranken im jüngeren und mittleren Lebensalter. In: W. Hewer & F. Lederbogen (Eds.), *Internistische Probleme bei psychiatrischen Erkrankungen* (p. 1–12). Stuttgart: Enke.
- Tholen, S. (2006). *Die Komorbidität psychischer Störungen. Eine metaanalytische Untersuchung und die Entwicklung eines Fragebogens zur Erfassung der strukturellen Komorbidität psychischer Störungen*. Universität Bern, Bern.
- Tiesmeyer, K., M. Brause, M. Lierse, M. Lukas-Nülle & T. Hehlmann (2008). *Der blinde Fleck. Ungleichheiten in der Gesundheitsversorgung*. Bern: Hans Huber.
- Turner, R.J. & J.B. Turner (1999). Social integration and support. In: C. S. Aneshensel & J. C. Phelan (Eds.), *Handbook of the sociology of mental health* (p. 301–320). New York: Kluwer Academic/Plenum.
- Vinkers, D.J., J. Gussekloo, M.L. Stek, R.G. Westendorp & R.C. Van Der Mast (2004). The 15-item Geriatric Depression Scale (GDS-15) detects changes in depressive symptoms after a major negative life event. The Leiden 85-plus Study. *Int J Geriatr Psychiatry*, 19(1): 80–84.
- WHO (1994). Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V (F): Forschungskriterien. Bern: Huber.
- WHO (2001). *The World Health Report 2001 – Mental Health: New understanding, New Hope*. Geneva: World Health Organization.
- WHO (2003). *Investing in Mental Health*. Geneva: World Health Organization.

Wilkinson, R. & M. Marmot (2003). *Social determinants of health: the solid facts*. Copenhagen: WHO.

Wittchen, H.-U. (2000). Die Studie «Depression 2000». Eine bundesweite Depressions-Screening-Studie in Allgemeinpraxen. *Fortschritte der Medizin*, 118: 4–10.

Wittchen, H.-U. (2005). *Psychische Störungen in Deutschland und EU. Grössenordnung und Belastung. Medienmitteilung 1.12.2005*. Dresden: Technische Universität Dresden.

Wittchen, H.-U., M. Hofler & W. Meister (2001). Prevalence and recognition of depressive syndromes in German primary care settings: poorly recognized and treated? *Internationale Clinical Psychopharmacology*, 16(3): 121–135.

Wittchen, H.-U., N. Müller, H. Pfister, S. Winter & B. Schmidkunz (1999). Affektive, somatoforme und Angststörungen in Deutschland – Erste Ergebnisse des bundesweiten Zusatzsurveys «Psychische Störungen». *Gesundheitswesen*, 61: 216–222.

Wittchen, H.-U., N. Müller, B. Schmidkunz, S. Winter & H. Pfister (2000). Erscheinungsformen, Häufigkeit und Versorgung von Depressionen. Ergebnisse des bundesweiten Gesundheitssurveys «Psychische Störungen». *Fortschritte der Medizin*, 118: 4–10.

Wittchen, H.U. & F. Jacobi (2005). Size and burden of mental disorders in Europe – a critical review and appraisal of 27 studies. *European Neuropsychopharmacology*, 15(4): 357–376.

Wittchen, H.U., F. Jacobi, J. Rehm, A. Gustavsson, M. Svensson, B. Jönsson et al. (2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology*, 21: 655–679.

Wittchen, H.U. & A. Perkonigg (1997). *DIA-X-Screening Verfahren; Fragebogen DIA-DSQ: Screening für Depressionen*. Frankfurt: Swets & Zeitlinger.

Annexe

Tab. A.1 Explications concernant les indicateurs utilisés

Indicateur	Source	Question/réponses possibles	Explications concernant les catégories utilisées
Sentiments de force, d'énergie et optimisme	PSM 2009	Question: <i>Etes-vous souvent plein(e) de force, d'énergie et d'optimisme, si 0 signifie «jamais» et 10 «toujours»?</i> Réponses possibles: de 0 (jamais) à 10 (toujours)	Catégories: – rarement (valeurs 0–4) – parfois (valeurs 5–6) – assez fréquents (valeurs 7–8) – très fréquents (valeurs 9–10)
Sentiments négatifs	PSM 2009	Question: <i>Eprouvez-vous souvent des sentiments négatifs comme le cafard, le désespoir, l'anxiété, la dépression, si 0 signifie «jamais» et 10 «toujours»?</i> Réponses possibles: de 0 (jamais) à 10 (toujours)	Catégories: – rarement (valeurs 0–3) – parfois (valeurs 4–6) – fréquents (valeurs 7–10)
Problèmes psychiques (MHI-5)	ESS 2007	Question: <i>Au cours des 4 dernières semaines, à quelle fréquence... ...avez-vous eu le cafard tel que rien ne pouvait vous remonter le moral? ...vous êtes-vous senti(e) calme et paisible? ...vous êtes-vous senti(e) abattu(e) et déprimé(e)? ... vous êtes-vous senti(e) heureux(se)?</i> Réponses possibles: tout le temps; la plupart du temps; parfois; rarement; jamais	Calcul de l'indice selon OFS (2008a) Catégories: – aucun/faibles – moyens – importants
Symptômes dépressifs (DSQ)	ESS 2007	Question (questionnaire écrit): <i>Au cours des deux dernières semaines... a) ...Avez-vous été triste, abattu(e) ou déprimé(e) la plupart du temps? b) ...Avez-vous ressenti une perte d'intérêt ou éventuellement une absence de plaisir pour les choses qui habituellement en avaient? c) ... Vous êtes-vous senti(e) fatigué(e), épuisé(e) ou sans énergie (même sans avoir travaillé durement)? d) ...Avez-vous perdu l'appétit ou maigri considérablement? e) ...Avez-vous connu des troubles du sommeil (endormissement difficile, sommeil agité, réveil précoce)? f) ...Avez-vous l'impression que vous vous déplacez ou que vous vous exprimez plus lentement que d'habitude? g) ... Votre intérêt sexuel a-t-il été plus faible que d'habitude ou même avez-vous perdu tout désir sexuel? h) ...Avez-vous ressenti une perte de confiance en vous-même, en vous jugeant inutile, coupable ou en vous faisant des reproches injustifiés? i) ...Avez-vous eu des difficultés à vous concentrer (par ex. en lisant ou en regardant la télévision) ou à prendre des décisions courantes? j) ...Avez-vous souvent pensé à la mort ou même avez-vous songé à mettre fin à vos jours?</i> Réponses possibles: presque tous les jours; parfois; non, jamais	Calcul de l'indice selon Bétrisey et al. (2004) Catégories: – sans – faibles – moyens à sévères

Tab. A.1 Explications concernant les indicateurs utilisés (suite)

Indicateur	Source	Question/réponses possibles	Explications concernant les catégories utilisées
Troubles physiques (sans fièvre)	ESS 2007	<p>Question: <i>J'aimerais maintenant que vous me disiez quel a été l'état de votre santé au cours des 4 dernières semaines. Je vais vous lire différents maux. Dites-moi s'il vous plaît à chaque fois si vous en avez souffert beaucoup, un peu ou pas du tout, au cours de ces 4 dernières semaines.</i></p> <p><i>...mal au dos ou aux reins</i> <i>...sentiment de faiblesse généralisée, de lassitude, ou de manque d'énergie</i> <i>...mal au ventre ou de ballonnements</i> <i>...diarrhée, de constipation ou bien des deux</i> <i>...difficultés à vous endormir, ou des insomnies</i> <i>...maux de tête ou d'autres douleurs du visage</i> <i>...d'irrégularités cardiaques (palpitations, tachycardie ou arythmies)</i> <i>...douleurs ou de sensations de pression dans la poitrine</i> <i>...(fièvre)</i></p> <p>Réponses possibles: <i>pas du tout; un peu; beaucoup</i></p>	<p>Calcul de l'indice selon OFS (2008a)</p> <p>Catégories:</p> <ul style="list-style-type: none"> - pas/peu - quelques-uns - importants
Limitation par un problème de santé chronique	ESS 2007	<p>Question: <i>Avez-vous une maladie ou un problème de santé qui dure depuis longtemps</i></p> <p>Réponses possibles: <i>oui; non</i></p> <p>Question: <i>Etes-vous limité(e) depuis au moins six mois à cause d'un problème de santé dans les activités que les gens font habituellement et dans quelle mesure? Diriez-vous que vous êtes?</i></p> <p>Réponses possibles: <i>fortement limité; limité, mais pas fortement; pas limité</i></p>	<p>Catégories:</p> <ul style="list-style-type: none"> - aucune limitation chronique - pas limité - limité, mais pas fortement - fortement limité
En traitement pour cause de maladie chronique (au cours des 12 mois précédant l'enquête)	ESS 2007	<p>Question: <i>Avez-vous suivi un traitement médical – ou êtes-vous actuellement en traitement – pour une ou plusieurs des maladies suivantes?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Migraine - Diabète - Hypertension - Infarctus du myocarde (crise cardiaque) - Attaque - Cancer, tumeur - Dépression nerveuse <p>Réponses possibles: <i>non; oui, j'ai suivi un traitement il y a plus de 12 mois; oui, j'ai suivi un traitement au cours des 12 derniers mois; oui, je suis actuellement encore en traitement</i></p>	<p>Catégories:</p> <ul style="list-style-type: none"> - non (non; oui, j'ai suivi un traitement il y a plus de 12 mois) - oui (oui, j'ai suivi un traitement au cours des 12 derniers mois; oui, je suis actuellement encore en traitement)
Diagnostiques des maladies psychiques	ESAI 2008/2009	<p>Question: Diagnostiques médicaux: la personne souffre-t-elle d'une ou de plusieurs des maladies suivantes?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Démence (par ex. Alzheimer) - Dépendance(s) (par ex. alcool ou médicaments) - Dépression - Troubles anxieux et/ou attaques de panique - Psychose (par ex. schizophrénie ou psychose maniaco-dépressive) <p>Réponses possibles: <i>non; oui</i></p>	<p>Catégories:</p> <ul style="list-style-type: none"> - non - oui

Tab. A.1 Explications concernant les indicateurs utilisés (suite)

Indicateur	Source	Question/réponses possibles	Explications concernant les catégories utilisées
Geriatric Depression Scale (GDS)	ESAI 2008/2009	<p>Question: <i>Il arrive à tout le monde de se sentir plus ou moins en forme ou de bonne humeur. Justement, les questions suivantes concernent votre humeur au cours des 4 dernières semaines.</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Vous sentez-vous souvent découragé(e) et triste? 2. Avez-vous le sentiment que votre vie est vide? 3. Êtes-vous heureux(se) la plupart du temps? 4. Avez-vous l'impression que votre situation est désespérée? <p>Réponses possibles: non; oui</p>	<p>Calcul de l'indice selon Clément, Duveau et al. (2001)</p> <p>Catégories:</p> <ul style="list-style-type: none"> - non (très forte probabilité d'absence de dépression) - oui (très forte probabilité de dépression)
Satisfaction	PSM 09	<p>Question:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. De manière générale, dans quelle mesure êtes-vous satisfait de votre vie? 2. Êtes-vous satisfait(e) de votre santé? 3. Pouvez-vous m'indiquer votre degré de satisfaction pour votre travail en général 4. Quel est globalement votre degré de satisfaction par rapport à votre situation financière? 5. Êtes-vous satisfait(e) de vos relations personnelles, familiales et sociales, 6. Dans quelle mesure êtes-vous satisfait(e) des activités que vous avez pendant vos loisirs? <p>Réponses possibles: de 0 (pas du tout satisfait) à 10 (tout à fait satisfait)</p>	<p>Catégories:</p> <ul style="list-style-type: none"> - profonde insatisfaction (valeurs 0-5) - satisfaction moyenne (valeurs 6-7) - satisfaction élevée (valeurs 8-9) - satisfaction très élevée (valeurs 10)
Sentiment de maîtriser de la vie	ESS 2007	<p>Question (questionnaire écrit): <i>Si vous pensez aux expériences faites dans votre vie, êtes-vous d'accord avec les affirmations suivantes? Cochez pour chaque affirmation la case qui correspond le mieux à votre opinion!</i></p> <ol style="list-style-type: none"> a) Je n'arrive pas à surmonter certains de mes problèmes. b) J'ai parfois l'impression d'être ballotté(e) dans tous les sens. c) J'ai le sentiment d'avoir peu de contrôle sur ce qui m'arrive d) Je me sens souvent submergé(e) par les problèmes <p>Réponses possibles: Tout à fait d'accord; plutôt d'accord; pas vraiment d'accord; pas du tout d'accord</p>	<p>Calcul de l'indice selon OFS (2008a)</p> <p>Catégories:</p> <ul style="list-style-type: none"> - élevé - moyen - faible
Existence d'une personne de confiance	ESS 2007	<p>Question: <i>Y a-t-il, parmi vos proches, une personne à qui vous puissiez vraiment parler n'importe quand de problèmes très personnels?</i></p> <p>Réponses possibles: oui, plusieurs personnes; oui, une personne; non</p>	<p>Catégories:</p> <ul style="list-style-type: none"> - plusieurs - une - aucune
Sentiments de solitude	ESS 2007	<p>Question: <i>Vous arrive-t-il souvent de vous sentir seul(e)? Cela vous arrive-t-il...?</i></p> <p>Réponses possibles: très souvent; assez souvent; parfois; jamais</p>	<p>Catégories:</p> <ul style="list-style-type: none"> - non (jamais) - oui (parfois, assez souvent, très souvent)

Tab. A.1 Explications concernant les indicateurs utilisés (suite)

Indicateur	Source	Question/réponses possibles	Explications concernant les catégories utilisées
Événements critiques de l'existence	PSM 09	<p>Question:</p> <ol style="list-style-type: none"> Depuis (mois-année), avez-vous eu une maladie, un accident ou un autre problème grave de santé? Depuis (mois-année), une personne qui vous est proche a-t-elle eu une maladie, un accident ou un autre problème grave de santé? Depuis (mois-année), une personne qui vous était proche est-elle décédée? Depuis (mois-année), une relation très proche et importante s'est-elle terminée - rupture, séparation, divorce? Depuis (mois-année), y a-t-il eu des conflits graves avec ou parmi des personnes qui vous sont proches Depuis (mois-année), s'est-il passé quelque chose de très préoccupant concernant votre (vos) enfant(s) Depuis (mois-année), y a-t-il eu un autre événement grave qui vous a affecté et qui n'a pas encore été mentionné <p>Réponses possibles: non; oui</p>	<p>Catégories:</p> <ul style="list-style-type: none"> non oui
Contacts sociaux: visites	ESAI 2008/2009	<p>Question (questionnaire destiné aux personnes résidant dans des homes):</p> <ol style="list-style-type: none"> A quelle fréquence recevez-vous, ici dans le home, ou allez-vous chez des membres de votre famille? A quelle fréquence recevez-vous, ici au home, ou allez-vous chez des amis, des connaissances? <p>Question (questionnaire destiné au personnel soignant concernant les personnes qui ne peuvent pas répondre elles-mêmes): De manière générale, à quelle fréquence la personne reçoit-elle des membres de sa famille, des amis ou des connaissances à l'établissement, ou se rend-elle chez eux?</p> <p>Réponses possibles: tous les jours ou presque; au moins une fois par semaine; au moins une fois par mois; au moins une fois par an; presque jamais (moins d'une fois par an) ou jamais</p>	<p>Catégories:</p> <ul style="list-style-type: none"> (presque) tous les jours/au moins 1x par semaine au moins 1x par mois au moins 1x par an/presque jamais (<1x par an) ou jamais
Contacts sociaux: appels téléphoniques	ESAI 2008/2009	<p>Question (questionnaire destiné aux personnes résidant dans des homes):</p> <ol style="list-style-type: none"> A quelle fréquence téléphonez-vous à des membres de votre famille ou recevez-vous des téléphones de leur part? A quelle fréquence téléphonez-vous à des amis, des connaissances ou recevez-vous des téléphones de leur part? <p>Question (questionnaire destiné au personnel soignant concernant les personnes qui ne peuvent pas répondre elles-mêmes):</p> <ol style="list-style-type: none"> De manière générale, à quelle fréquence la personne téléphone-t-elle à des membres de sa famille, à des amis ou à des connaissances ou reçoit-elle des téléphones de leur part? <p>Réponses possibles: tous les jours ou presque; au moins une fois par semaine; au moins une fois par mois; au moins une fois par an; presque jamais (moins d'une fois par an) ou jamais; pas possibilité de téléphoner</p>	<p>Catégories:</p> <ul style="list-style-type: none"> (presque) tous les jours/au moins 1x par semaine au moins 1x par mois au moins 1x par an/presque jamais (<1x par an) ou jamais pas de possibilité de téléphoner

Tab. A.1 Explications concernant les indicateurs utilisés (suite)

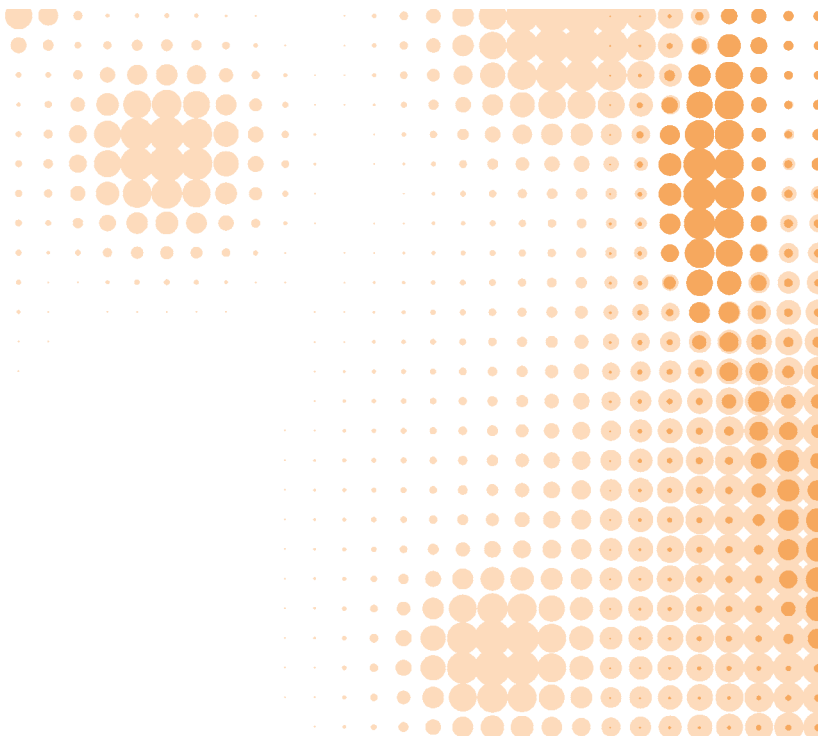
Indicateur	Source	Question/réponses possibles	Explications concernant les catégories utilisées
Traitement des problèmes psychiques	ESS 2007	Question: Avez-vous été en traitement pour des problèmes psychiques au cours des 12 derniers mois? Réponses possibles: non; oui	Catégories: – non – oui
Prestataire de soins de traitement des problèmes psychiques	ESS 2007	Question: Quelle était la profession de la personne qui vous a traité? Réponses possibles (3 réponses possibles): psychiatre, psychologue, psychologue médecin généraliste/interniste; autre médecin; thérapeute de médecine complémentaire (par ex. naturopathe, magnétopathe, ayurveda, yoga); autre thérapeute, de caractère non médical (par ex. thérapie par la danse, dessin, théâtre, chamane); autre profession	Catégories: – psychiatre – psychologue – psychothérapeute – médecin généraliste – autres
Dépression majeure	ESS 2007	35 questions de l'ESS qui correspondent au CIDI-SF 12 month DSM-IV version V1.1, décembre 2002	Calcul de l'indice selon OFS (2008a) Catégories: – oui (dépression majeure) – non (pas de dépression majeure)
Consommation de médicaments	ESS 2007	Question: – Avez-vous pris un médicament quelconque au cours des 7 derniers jours? – A quelle fréquence avez-vous pris des somnifères au cours des 7 derniers jours? – A quelle fréquence avez-vous pris des calmants, tranquillisants au cours des 7 derniers jours? – A quelle fréquence avez-vous pris des médicaments contre la dépression au cours des 7 derniers jours? Réponses possibles: tous les jours; plusieurs fois par semaine; environ une fois par semaine; jamais	Catégories: – non – oui
Consultations médicales et chez le médecin de famille	ESS 2007	Question: Avez-vous été chez un médecin, spécialiste et gynécologue inclus, au cours des 12 derniers mois, sans compter le dentiste? Réponses possibles: non; oui Question: Au cours des 12 derniers mois, combien de fois vous êtes-vous rendu(e) chez un médecin? Réponses possibles: 1 à 97 fois Question: Au cours des 12 derniers mois, combien de fois vous êtes-vous rendu(e) chez votre médecin de famille personnel? Réponses possibles: 1 à 97 fois	Catégories: Consultation médicale au cours des 12 derniers mois: – non – oui Nombre de consultations médicales: – 0 – 1–2 – 3–5 – 6+

Tab. A.1 Explications concernant les indicateurs utilisés (suite)

Indicateur	Source	Question/réponses possibles	Explications concernant les catégories utilisées
Traitement des problèmes psychiques	ESAI 2008/2009	<p>Question (questionnaire destiné au personnel soignant):</p> <p>1. Au cours des 12 derniers mois, la personne a-t-elle été traitée, ou a bénéficié de consultations, pour des problèmes psychiques?</p> <p>Réponses possibles: non; oui</p> <p>2. Dans ce cas, quelle était la profession de la (des) personne(s) qui l'a (ont) évaluée, rencontrée et/ou traitée au cours de ces 12 derniers mois?</p> <p>Réponses possibles (3 réponses possibles): psychologue, psychothérapeute; psychiatre/psychogériatre; médecin généraliste/interniste; autre médecin; autre profession</p>	<p>Catégories:</p> <ul style="list-style-type: none"> - psychiatre - psychologue - psychothérapeute - médecin généraliste - autres médecin - autres
Consommation de médicaments	ESAI 2008/2009	<p>Question (questionnaire destiné au personnel soignant): Au cours des 7 derniers jours, la personne a-t-elle pris un ou plusieurs des médicaments suivants?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Médicaments contre la démence (p.ex. Exelon, Reminyl, Aricept, Axura, Ebixa) - Somnifères - Médicaments contre l'anxiété (nerfs fragiles, nervosité) - Médicaments contre les états dépressifs et de tristesse - Médicaments contre les troubles du comportement, les délires ou les hallucinations (neuroleptiques) <p>Réponses possibles: non; oui</p>	<p>Catégories:</p> <ul style="list-style-type: none"> - non - oui
Statut d'activité	ESS 2007	<p>Question: Travaillez-vous actuellement contre rémunération – même si ce n'est qu'une heure par semaine – que vous soyez employé(e), indépendant(e) ou apprenti(e)?</p> <p>Réponses possibles: non; oui</p> <p>Question à poser à toutes les personnes qui n'ont pas d'activité lucrative ou qui n'ont pas donné de réponse: Etes-vous:</p> <ul style="list-style-type: none"> - étudiant/e (écolier/ère) - femme au foyer/homme au foyer - au service militaire/service civil (plus de 12 semaines) - à la retraite (retraité/e) - au bénéfice d'une rente AI ou CNA/SUVA - au chômage - collaborateur (trice) sans rémunération dans l'entreprise familiale - dans une autre situation <p>Réponses possibles: non; oui</p>	<p>Catégories:</p> <ul style="list-style-type: none"> - au chômage - non actif (étudiant/e, écolier/ère; femme au foyer; homme au foyer; au service militaire/service civil; à la retraite; au bénéfice d'une rente AI ou CNA/SUVA) - actif
Satisfaction au travail	ESS 2007	<p>Question: De manière générale, dans quelle mesure êtes-vous satisfait(e) de votre travail?</p> <p>Réponses possibles: pleinement satisfait(e); très satisfait(e); assez satisfait(e); moyennement satisfait(e); plutôt insatisfait(e); très insatisfait(e); complètement insatisfait(e)</p>	<p>Catégories:</p> <ul style="list-style-type: none"> - très satisfait (pleinement satisfait(e); très satisfait(e)) - plutôt satisfait (assez satisfait(e)) - (plutôt) insatisfait (moyennement satisfait(e); plutôt insatisfait(e); très insatisfait(e)); complètement insatisfait(e))

Tab. A.1 Explications concernant les indicateurs utilisés (suite)

Indicateur	Source	Question/réponses possibles	Explications concernant les catégories utilisées
Interférence entre la vie privée et la vie professionnelle	PSM 09	Question: <i>Dans quelle mesure le travail vous éloigne-t-il plus que vous le souhaitez de vos activités privées et de vos obligations familiales?</i> Réponses possibles: de 0 (pas du tout) à 10 (très fortement)	Catégories: – pas de déséquilibre (valeurs 0–3) – peu de déséquilibre (valeurs 4–6) – (très) fort déséquilibre (valeurs 7–10)
Tensions psychiques au travail	ESS 2007	Question: <i>Et qu'en est-il de la tension psychique et nerveuse dans votre travail?</i> <i>Imaginez deux postes de travail:</i> – <i>Un poste A où la tension psychique et nerveuse est généralement très forte.</i> – <i>Un poste B où la tension psychique et nerveuse est pratiquement inexistante.</i> <i>Votre propre poste est-il plus proche de A ou de B?</i> Réponses possibles: exactement comme A; semblable à A; entre A et B; semblable à B; Exactement comme B	Catégories: – légères (semblable à B; semblable à B) – moyennes (entre A et B) – élevées (semblable à A; exactement comme A)
Effets négatifs du travail sur la santé les plus fréquents	EWCS 2005	Question: <i>Comment affecte-t-il votre santé</i> – <i>Maux de dos</i> – <i>Maux de tête</i> – <i>Douleurs musculaires dans les épaules et le cou, douleurs musculaires dans les membres supérieurs, douleurs musculaires dans les membres inférieurs</i> – <i>Problèmes d'insomnie</i> – <i>Fatigue générale</i> – <i>Anxiété</i> – <i>Irritabilité</i> Réponses possibles: non; oui	Catégories: – non – oui
Crainte de perdre son emploi	ESS 2007	Question: <i>Craignez-vous de perdre votre emploi actuel?</i> Réponses possibles: oui, beaucoup; oui, passablement; non, pas tellement; non, pas du tout	Catégories: – non, pas du tout – non, pas tellement – oui (oui, beaucoup; oui, passablement)
Limitation des performances et de la capacité de travail	ESS 2007	Question: <i>Pendant combien de jours avez-vous été handicapé(e) par un problème de santé au point de ne pas pouvoir exercer votre activité normalement, au cours des 4 dernières semaines?</i> Réponses possibles: 1 à 28 jours/jamais Question: <i>Et pendant combien de jours n'avez-vous pas pu aller au travail ou exercer votre activité habituelle (par ex. le ménage) au cours des 4 dernières semaines?</i> Réponses possibles: de 0 à 28 jours	Catégories: – non – oui (1 et plus)



GDK Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
CDS Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé
CDS Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Eidgenössisches Departement des Innern EDI
Département fédéral de l'intérieur DFI
Dipartimento federale dell'interno DFI



Das Schweizerische Gesundheitsobservatorium (Obsan) ist eine gemeinsame Institution von Bund und Kantonen.
L'Observatoire suisse de la santé (Obsan) est une institution commune de la Confédération et des cantons.
L'Osservatorio svizzero della salute (Obsan) è un'istituzione comune della Confederazione e dei Cantoni.



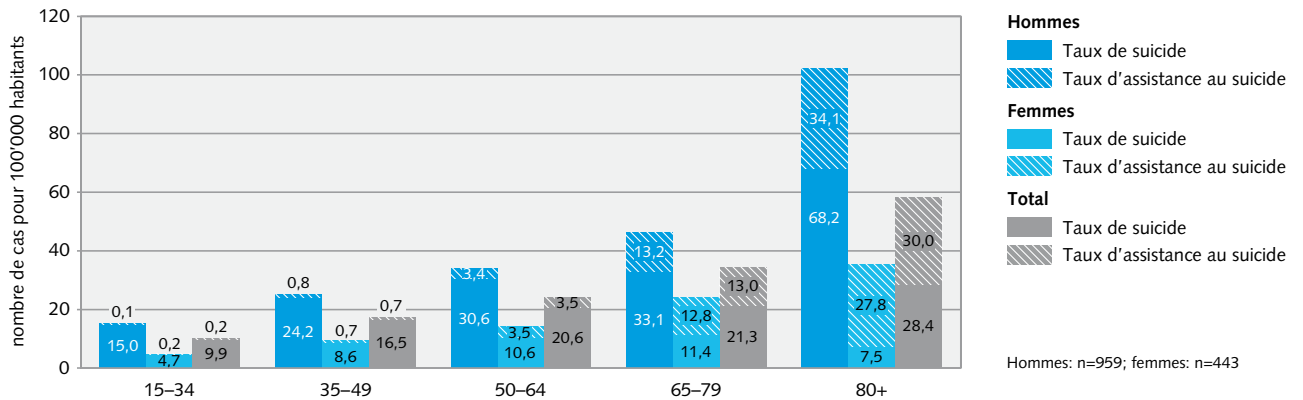
Erratum

Pour la publication «La santé psychique en Suisse. Monitoring 2012»

ISBN 978-3-907872-97-0

A la page 69 dans la figure 5.12 les colonnes des hommes et des femmes ont été inversées. Voici la figure correcte:

Taux de suicide et taux d'assistance au suicide selon le sexe et l'âge, 2009 **Fig. 5.12**



Source: OFS, Statistique des causes de décès 2009

© Obsan