



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

OBSAN **RAPPORT 72**

72

La santé psychique en Suisse

Monitorage 2016

Daniela Schuler, Alexandre Tuch, Nathalie Buscher, Paul Camenzind

L'**Observatoire suisse de la santé (Obsan)** est une institution mandatée par la Confédération et les cantons. L'Obsan 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, veuillez consulter 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

Éditeur

Observatoire suisse de la santé (Obsan)

Auteurs

- Daniela Schuler, Obsan
- Alexandre Tuch, Obsan
- Nathalie Buscher, Obsan
- Paul Camenzind, Obsan

Avec la collaboration de

- Sylvie Füglistler-Dousse, Obsan
- Isabelle Sturny, Obsan
- Marcel Widmer, Obsan

Reviewboard

- Fabienne Amstad, Promotion Santé Suisse
- Martina Blaser, Promotion Santé Suisse
- Chantale Bürlì, Office fédéral de la santé publique (OFSP)
- Monika Diebold, Directrice Obsan
- Alfred Künzler, Réseau Santé Psychique Suisse (RSP)
- Esther Walter, Office fédéral de la santé publique (OFSP)

Direction du projet à l'Obsan

Daniela Schuler

Série et numéro

Obsan Rapport 72

Référence bibliographique

Schuler, D., Tuch, A., Buscher, N. & Camenzind, P. (2016). *La santé psychique en Suisse. Monitoring 2016* (Obsan Rapport 72). Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.

Renseignements / informations

Observatoire suisse de la santé
Espace de l'Europe 10
CH-2010 Neuchâtel
Tél. 058 463 60 45
obsan@bfs.admin.ch
www.obsan.ch

Langue du texte original

Allemand

Traduction

Services linguistiques de l'Office fédéral de la statistique (OFS)

Mise en page/graphiques

Office fédéral de la statistique (OFS), Section DIAM, Prepress/Print

Cartes

Office fédéral de la statistique (OFS), Section DIAM, ThemaKart

Page de couverture

Roland Hirter, Berne

Impression

Hertig + Co. SA, Lyss

Commandes d'imprimés

Tél. 058 463 60 60, fax 058 463 60 61, order@bfs.admin.ch

Numéro de commande

874-1604

Prix

17 francs (TVA excl.)

Cette publication est également disponible en allemand
(numéro de commande: 873-1602)

Téléchargement du fichier PDF (gratuit)

www.obsan.ch → Publications

ISBN

978-2-940502-57-8

© Obsan 2016



La santé psychique en Suisse

Monitorage 2016

Rédaction Daniela Schuler, Obsan
Contenu Daniela Schuler, Alexandre Tuch, Nathalie Buscher,
Paul Camenzind, Obsan
Éditeur Observatoire suisse de la santé (Obsan)

Neuchâtel 2016

Table des matières

Résumé	5	4 Recours aux soins	36
1 Introduction	9	4.1 Recours aux soins en général	36
1.1 Santé psychique – maladie psychique	9	4.1.1 Traitement pour des problèmes psychiques	36
1.2 Importance des troubles psychiques	11	4.2 Recours aux soins: cabinets	38
1.2.1 Progression des maladies psychiques	11	4.3 Recours aux soins: cliniques et hôpitaux	40
1.2.2 Évolution de la prévalence des troubles psychiques	12	4.3.1 Taux d'hospitalisation	40
1.2.3 Conséquences des troubles psychiques sur l'individu et la société	12	4.3.2 Durée d'hospitalisation et journées de soins	42
1.3 Politique de la santé	13	4.4 Consommation de médicaments	44
1.3.1 Politiques internationales dans le domaine de la santé et des maladies psychiques	13	5 Thèmes particuliers	48
1.3.2 Mesures mises en œuvre au niveau national	15	5.1 Rentes AI pour troubles psychiques	48
1.3.3 Mesures mises en œuvre au niveau cantonal	16	5.2 Placement à des fins d'assistance et mesures limitatives de liberté	51
1.4 Quatrième édition du rapport sur le monitoring	18	5.2.1 Placement à des fins d'assistance (PAFA)	52
1.5 Bases de données	19	5.2.2 Mesures limitatives de liberté	53
1.5.1 Enquête suisse sur la santé (ESS)	19	5.3 Suicide	53
1.5.2 Statistique médicale des hôpitaux	20	5.4 Coûts des troubles psychiques	59
1.5.3 Statistique de l'AI	20	5.4.1 Cabinets du secteur ambulatoire: nombre de patients et coûts par patient	60
1.5.4 Statistiques des causes de décès et des mortinaissances	21	5.4.2 Hôpitaux et cabinets: total des coûts AOS et coûts du secteur psychiatrique	60
1.5.5 Pool de données SASIS SA	21	6 Synthèse	62
2 État de santé psychique	22	Abréviations	66
2.1 Énergie et vitalité	22	Bibliographie	67
2.2 Problèmes psychiques	24	Annexe	73
2.3 Dépression et états dépressifs	26		
2.4 Comorbidité	28		
3 Facteurs de protection et facteurs de risque	31		
3.1 Sentiment de maîtriser sa vie	31		
3.2 Soutien social	33		
3.3 Solitude	34		

Résumé

Dans ce quatrième rapport de monitoring, l'Observatoire suisse de la santé (Obsan) donne un aperçu des connaissances empiriques dont on dispose aujourd'hui sur la santé psychique de la population suisse. Il s'appuie sur différentes sources de données qui, ensemble, donnent une idée assez complète de la santé psychique en Suisse.

La *santé psychique* comporte des aspects tels que le bien-être personnel, la joie de vivre, la confiance en soi, la capacité relationnelle, l'aptitude à assumer les contraintes normale de la vie, à exercer une activité productive et à apporter sa contribution à la collectivité. La santé psychique n'est pas un *état* mais un *processus* complexe et dynamique qui, par-delà ses aspects individuels, est considérablement influencé par des facteurs extérieurs. Les *troubles psychiques* limitent la capacité de l'individu à fonctionner dans la société. Ils l'entravent dans sa vie quotidienne et peuvent avoir des effets aux niveaux émotionnel, cognitif, interpersonnel, somatique et comportemental. Ils affectent souvent tous les domaines de la vie, diminuent la qualité de vie des malades et de leurs proches, et peuvent conduire au suicide. Les troubles psychiques sont largement répandus. Ils comptent parmi les maladies les plus fréquentes et les plus handicapantes qui soient. Pourtant, elles ne sont souvent pas détectées ou elles sont minimisées et sous-estimées quant à leurs conséquences individuelles, sociales et économiques.

Le présent rapport traite de la santé psychique de la population, des facteurs de protection et de risque des troubles psychiques, et de la demande de traitements dans ce domaine. Il aborde en outre quelques thèmes choisis tels que l'invalidité pour cause de troubles psychiques, le placement à des fins d'assistance, les mesures de limitation de la liberté de mouvement dans les cliniques psychiatriques, le suicide et le coût des maladies psychiques. Chaque fois que c'est utile et possible, les données sont présentées sous l'angle de leur évolution dans le temps. La source principale des données est, comme précédemment, l'enquête suisse sur la santé (ESS), complétée par d'autres enquêtes (statistique médicale des hôpitaux, statistique de l'AI, statistique des causes de décès et des mortinaissances, pool de données de SASIS SA).

Santé psychique

Environ 60% de la population suisse se sentent pleins *d'énergie et de vitalité*. Les hommes, les personnes âgées et les personnes bien formées ont plus fréquemment ce sentiment que les femmes, les jeunes et les personnes peu formées. Il y a de nettes différences aussi entre les régions: davantage de personnes disent se sentir pleines d'énergie et de vitalité en Suisse alémanique qu'en Suisse latine.

Près de 5% des personnes interrogées en Suisse estiment avoir des *problèmes psychiques* importants et environ 13% des problèmes psychiques moyens. Ces chiffres indiquent l'existence probable de troubles psychiques chez 18 personnes sur 100. Les femmes font état de problèmes psychiques nettement plus souvent que les hommes, et les personnes peu formées plus souvent que les personnes bien formées. C'est au Tessin et dans la région lémanique que les personnes interrogées disent le plus fréquemment avoir des problèmes psychiques.

Parmi les personnes interrogées, 30% font état de *symptômes dépressifs*. Environ 2% des femmes et des hommes font état de symptômes (assez) sévères. On peut estimer que les troubles de ces personnes correspondent très probablement au tableau clinique caractérisé de la dépression. À noter que la fréquence réelle des symptômes de dépression sévère pourrait bien être sous-estimée du fait de la méthode d'enquête utilisée (enquête téléphonique et écrite auprès de personnes vivant dans un ménage privé, pas d'enquête dans les établissements médico-sociaux et dans les homes). Les symptômes dépressifs légers sont plus fréquents chez les femmes (25%) que chez les hommes (20%), tandis que des symptômes moyens à sévères sont mentionnés à peu près aussi souvent par les femmes que par les hommes (7% vs 6%). La dépressivité diminue à mesure que l'âge et le niveau de formation augmentent. Régionalement, c'est dans le canton du Tessin que les symptômes dépressifs sont les plus fréquents.

La *comorbidité* – coexistence de plusieurs maladies – est fréquente chez les personnes atteintes de troubles psychiques. Plus de 70% des personnes qui ont des problèmes psychiques importants et environ 73% de celles qui présentent des symptômes dépressifs sévères souffrent en plus de problèmes somatiques importants. Tendanciellement, les femmes disent plus souvent que les hommes souffrir de problèmes à la fois psychiques et physiques. Les problèmes psychiques sont sensiblement plus marqués chez les personnes atteintes d'une maladie somatique chronique handicapante dans la vie quotidienne.

Facteurs de protection et facteurs de risque

Environ 40% de la population suisse ont le sentiment que leur *maîtrise de la vie* est moyenne à bonne; 20% ont le sentiment de mal maîtriser leur vie. Une grande partie de la population estime donc avoir globalement une bonne emprise sur la vie. Ces chiffres sont stables depuis vingt ans. Les hommes, dans tous les groupes d'âge, ont plus fréquemment que les femmes un sentiment de maîtrise élevé. La part des personnes qui ont un sentiment de maîtrise élevé augmente à l'âge de la retraite chez les hommes comme chez les femmes. Les personnes ayant un sentiment marqué de maîtriser leur vie font nettement moins souvent état de problèmes psychiques que celles qui ont le sentiment d'avoir peu d'emprise sur leur vie.

Près de 40% de la population estiment pouvoir compter sur autrui et bénéficient d'un bon *soutien social*, tandis que plus de 12% ont le sentiment d'être peu soutenus. La part des personnes qui estiment être peu soutenues augmente avec l'âge. Elle est plus élevée aussi chez les personnes qui ont un bas niveau de formation. Une corrélation nette existe entre le soutien social et les problèmes psychiques: un manque de soutien social va de pair avec un surcroît de problèmes psychiques.

Un peu plus du tiers (36%) des personnes interrogées disent se sentir parfois, souvent ou très souvent seules. C'est un peu plus que les années précédentes (env. 30%), mais c'est le même pourcentage qu'en 1997 (36%). Les femmes se sentent plus souvent *seules* que les hommes (42% vs 30%). Cet écart entre les sexes s'observe dans tous les groupes d'âge. La part des hommes qui font état de sentiments de solitude diminue avec l'âge. Dans le groupe des 15 à 34 ans, 37% des hommes disent se sentir parfois, assez souvent ou très souvent seuls. Chez les hommes de 65 et plus, la proportion n'est que de 22%. Chez les femmes, la part des personnes qui se sentent seules diminue moins fortement avec l'âge (50% vs 39%). Le sentiment de solitude est corrélé avec un niveau élevé de problèmes psychiques.

Demande de soins

La *demande générale de soins* pour des problèmes psychiques n'a cessé d'augmenter d'année en année. En 1997, 4,1% de la population se faisaient traiter pour des problèmes psychiques; la proportion est passée à 5,4% en 2012. Les femmes (6,6%) recourent plus fréquemment aux soins que les hommes (4,2%). La plupart des patientes et des patients (plus de 80%) font appel à un psychiatre ou à un psychothérapeute. Au cours des 15 dernières années, la prise en charge de problèmes psychiques dans les cabinets de généralistes a nettement diminué en termes relatifs (de 33% à 13%). Proportionnellement, ce sont surtout les personnes âgées et les femmes qui consultent un médecin généraliste pour des problèmes psychiques.

Le nombre de personnes traitées ambulatoirement dans des *cabinets* psychiatriques a sensiblement augmenté au cours des dix dernières années: il est passé d'env. 283 000 personnes en 2006 à 447 000 en 2015. Cette progression ne s'observe pas seulement en termes absolus: le rapport entre le nombre de patientes et de patients traités annuellement et le nombre de médecins a également augmenté. Les médecins psychiatres ont traité dans leur cabinet en moyenne 118 patients en 2015. C'était nettement moins – 105 patients en moyenne – en 2006. On observe d'une manière générale que les problèmes psychiques vont de pair avec un recours accru aux soins médicaux. Les personnes qui font état de problèmes psychiques importants, ou qui souffrent de problèmes à la fois psychiques et somatiques, sont particulièrement nombreuses à consulter un médecin plusieurs fois par an.

En 2014, les *hôpitaux* suisses ont enregistré 91 297 hospitalisations liées à un diagnostic psychiatrique. Cela représente environ 13 hospitalisations (ou cas) pour 1 000 habitants. En 2002, le taux était d'environ 11 cas pour 1 000 habitants. En 12 ans, le nombre de cas psychiatriques dans les hôpitaux a donc augmenté de 16,4%. L'augmentation a été un peu moins forte en termes de patients (8,1 patients pour 1 000 habitants en 2002, 9,1 en 2014). Le nombre de réadmissions (réhospitalisations) par patient a augmenté d'environ 12% entre 2002 et 2014. Cette évolution s'explique en premier lieu par une plus grande mobilité des patients entre les services ambulatoires et stationnaires. Si l'on considère le nombre de traitements stationnaires en 2014 selon des critères démographiques, on voit que les hôpitaux ont traité dans l'ensemble plus de femmes que d'hommes, et le plus souvent des personnes de 35 à 49 ans. Chez les hommes, les diagnostics les plus fréquents sont les troubles liés à l'alcool (F10), les troubles névrotiques/liés au stress/somatoformes (F4) et les dépressions (F32 – F33). Chez les femmes, les dépressions viennent en tête, suivies des troubles névrotiques/liés au stress/somatoformes (F4) et des psychoses (F2). En 2014, le traitement des troubles psychiques a nécessité 379 jours d'hospitalisation pour 1 000 habitants, soit 11 jours de moins qu'en 2002. Le taux varie selon le type de maladie, selon le sexe et selon l'âge. Il varie aussi sensiblement selon les cantons. La dépression est le diagnostic qui génère le plus de jours d'hospitalisation chez les femmes et chez les hommes – resp. 135 et 87 jours pour 1 000 habitants.

Pour la *consommation de médicaments*, les résultats sont les suivants: environ 5% de la population suisse disent prendre tous les jours des somnifères ou des tranquillisants et environ 7% disent prendre quotidiennement des antidouleurs. La consommation quotidienne de ces médicaments est beaucoup plus répandue chez les femmes que chez les hommes. Elle augmente avec l'âge et elle varie selon l'importance des problèmes psychiques. Un écart entre les sexes s'observe également pour la consommation d'antidépresseurs. En outre, environ 40% des personnes traitées pour des problèmes psychiques prennent quotidiennement des antidépresseurs.

Thèmes particuliers

Les *rentes d'invalidité* sont accordées quand la (ré)insertion dans la vie active est jugée impossible. Le nombre de nouvelles rentes AI a diminué de 2003 à 2006, puis s'est stabilisé. La même courbe s'observe pour les nouvelles rentes motivées par une maladie psychique. Bien que le nombre absolu de nouvelles rentes ait baissé, la part des nouvelles rentes motivées par une maladie psychique reste stable – autour de 43% – depuis 2008. Les maladies psychiques sont la cause la plus fréquente d'invalidité chez les nouveaux bénéficiaires de rentes, et ce sont les personnes de 20 à 50 ans qui sont particulièrement concernées. En 2014, la majorité (environ 52%) des nouveaux bénéficiaires d'une rente motivée par une maladie psychique souffraient de troubles psychogènes – notamment des troubles de la personnalité, des troubles dépressifs et des douleurs somatoformes. Les schizophrénies et les autres psychoses font également partie des causes les plus fréquentes de mise à l'AI (31% au total). La part des nouvelles rentes motivées par une maladie psychique est sensiblement plus élevée chez les femmes que chez les hommes (48% vs 39%).

Le code civil suisse (CC) autorise les autorités à placer à des fins d'assistance dans un établissement psychiatrique – même contre leur gré – des personnes qui sont atteintes d'une maladie psychique, d'une déficience mentale grave ou d'un état grave d'abandon. En 2014, on estime qu'il y a eu en Suisse 11 000 *placements à des fins d'assistance (PAFA)* dans les établissements psychiatriques. Cela représente environ 11% de l'ensemble des cas psychiatriques recensés en Suisse. La proportion était sensiblement plus élevée en 2002 (plus de 20%). Elle diminue d'année en année. Cette évolution, de 2002 à 2014, est la résultante de l'augmentation du nombre de cas psychiatriques (+33%) et du recul du nombre de placements (–25%). À côté du placement à des fins d'assistance, la Suisse autorise dans les hôpitaux psychiatriques certaines *mesures limitatives de la liberté* – p. ex. l'isolement, la contention et l'administration forcée de médicaments. En 2014, de telles mesures ont été appliquées dans environ 7% des cas psychiatriques. Par extrapolation, cela représente environ 6 000 cas par an.

Les troubles psychiques ont un *coût économique* élevé. On estime ce coût pour la Suisse à plus de 11 milliards de francs par an. Les coûts indirects sont importants (p. ex. congés maladie, départs anticipés à la retraite). L'évolution des coûts de l'assurance obligatoire des soins (AOS) montre que les frais de traitement dans les hôpitaux et dans les cabinets médicaux ont sensiblement augmenté de 2006 à 2015 dans le domaine psychiatrique (+50%), comme d'ailleurs pour l'ensemble du domaine AOS. La hausse des coûts est particulièrement marquée dans la psychiatrie ambulatoire hospitalière (+88%) et dans les cabinets psychiatriques ambulatoires (+64%). Les coûts ont augmenté moins fortement dans la psychiatrie hospitalière stationnaire (+29%).

En 2014, 274 femmes et 754 hommes se sont *suicidés* en Suisse (sans les suicides assistés). Cela fait en moyenne près de trois suicides par jour. On compte quatre fois plus de décès par suicide que par accident de la route. Le taux de suicide (sans les suicides assistés) est environ trois fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes, et il augmente avec l'âge. Jusqu'en 2010, le taux était en recul; depuis 2010, il reste stable autour de 13 cas pour 100 000 habitants. On observe d'importantes différences selon les cantons. Les méthodes de suicide les plus fréquentes sont la pendaison, le saut dans le vide et l'utilisation d'une arme à feu, avec des différences sensibles selon le sexe. Contrairement au suicide non assisté, le taux de suicide avec assistance (aide au décès) a augmenté constamment entre 1998 et 2014. Il est passé pendant cette période de 0,8 à 9,6 cas pour 100 000 habitants.

1 Introduction

Le présent rapport livre une vue d'ensemble de la santé mentale et des maladies psychiques au sein de la population suisse. Comme les rapports sur la santé, il est conçu dans une optique de périodicité et de comparabilité, et il se réfère en maints endroits aux thèmes des trois premiers rapports de monitoring sur la santé mentale en Suisse (Rüesch & Manzoni, 2003; Schuler & Burla, 2012; Schuler et al., 2007). Avant d'entrer dans le vif du sujet, à partir du chapitre 2, et de présenter les résultats du monitoring, il donne un bref aperçu de la santé mentale et des maladies psychiques, de l'importance des troubles psychiques pour la progression des maladies psychiques, l'évolution de leur prévalence et leurs conséquences sur l'individu et la société. Il passe également en revue la politique menée dans le domaine de la santé mentale aux niveaux international, national et cantonal.

1.1 Santé psychique – maladie psychique

La *santé psychique* englobe des aspects tels que le bien-être personnel, la joie de vivre, la confiance en soi, la capacité relationnelle, l'aptitude à surmonter les difficultés habituelles de l'existence et à fournir un travail productif, de même que la capacité de participer à la vie en société. Être en bonne santé psychique signifie également croire à sa propre valeur et savoir apprécier la valeur des autres (HEA, 1999; WHO, 2004).

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 (telle la capacité à gérer le quotidien professionnel ou à réaliser des objectifs individuels), qui sont susceptibles d'être modifiés et maîtrisés par des ressources externes et internes (comme les relations sociales ou le raisonnement analytique). 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. Selon sa situation spécifique au moment de cette survenue, un individu disposera de ressources plus ou moins adaptées et suffisantes pour faire face au stress. La santé psychique passe par une adaptation constante et active à des réalités objectives et subjectives qui évoluent sans cesse. Elle peut être considérée comme le résultat d'interactions complexes entre des facteurs biologiques, psychologiques, socio-économiques, socioculturels et institutionnels (Becker et al., 2004). Aussi, la santé psychique n'est-elle pas un *état* résultant uniquement des prédispositions et du comportement d'un

individu, mais un processus dynamique à plusieurs niveaux, influencé à la fois par des paramètres individuels et par des facteurs exogènes (OMS, 2001).

Les *troubles psychiques* ont un effet limitatif sur les fonctions humaines au niveau existentiel et comportemental. Ils peuvent affecter la vie quotidienne d'un individu, se répercuter au niveau émotionnel, cognitif, relationnel et physique ainsi qu'influencer son comportement. 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). Un certain flou règne quant à la bonne utilisation des expressions «troubles psychiques», «problèmes psychiques» et «maladie psychique». À ce propos, l'OFSP a écrit: «Dans le contexte psychiatrique, on utilise souvent l'expression de «troubles psychiques», qui souligne le dysfonctionnement. La notion de «maladie psychique» renvoie à l'importance et au déroulement de la maladie, au traitement et à la prise en charge de l'individu» (OFSP, 2015, p. 15). Dans le présent rapport, ces diverses expressions sont employées comme synonymes.

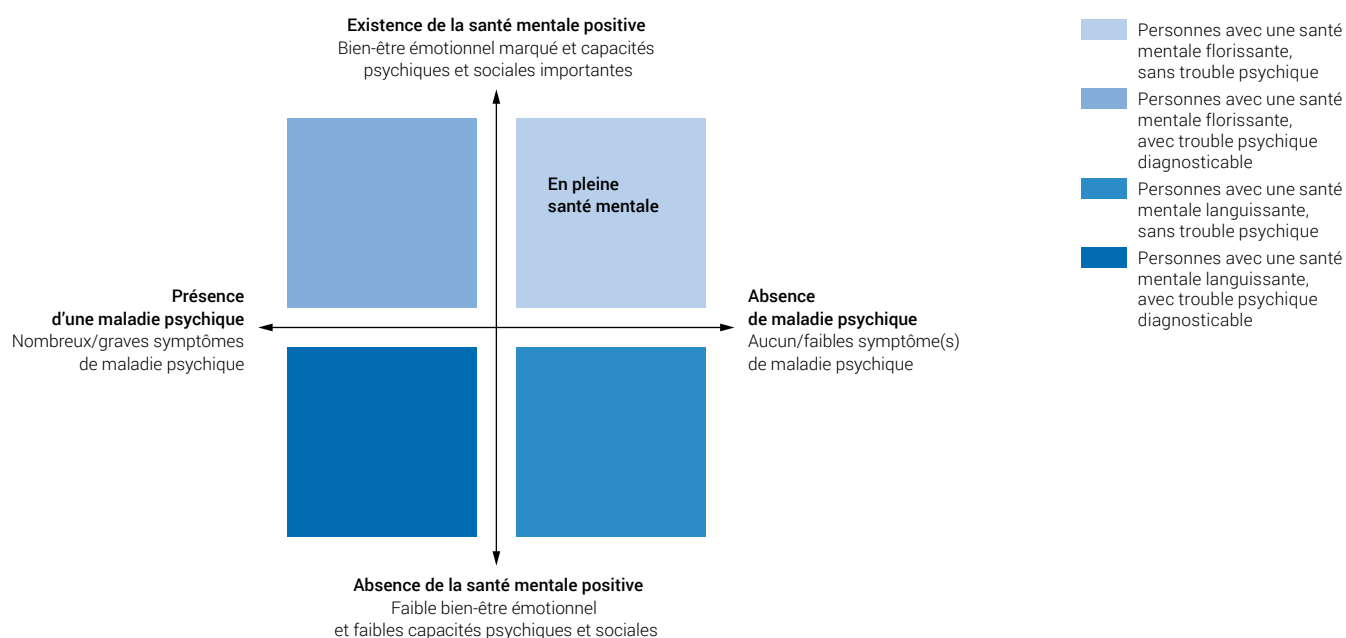
Plusieurs modèles permettent de décrire la relation entre santé et maladie (cf. Franke, 2012). Dans le domaine de la santé et des maladies psychiques, l'approche se fonde le plus souvent sur une conception bipolaire, plus que dichotomique. La santé et la maladie sont par conséquent considérées comme 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 (Antonovsky, 1997; Lippke & Renneberg, 2006). 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 (Schlipfenbacher & Jacobi, 2014): une personne peut par exemple se juger «plus malade» qu'elle ne l'est aux yeux de la médecine. Des travaux de recherche récents montrent cependant qu'une approche unidimensionnelle, sous la forme d'un continuum de la santé mentale, ne suffit pas pour expliquer de manière satisfaisante les différentes données réunies dans le domaine de la santé et des maladies psychiques. Ce constat est à l'origine de la mise au point du modèle dit à deux continuums, qui correspond mieux à la réalité empirique (Keyes, 2005). Comme l'illustre le graphique 1.1, le modèle considère les maladies et la santé psychiques comme deux dimensions différentes, mais pas totalement indépendantes et non pas comme les pôles d'un continuum à une dimension (Keyes, 2005, 2007; Westerhof & Keyes, 2010). L'un des continuums décrit l'existence ou l'absence d'une maladie psychique et l'autre l'existence ou

l'absence de la santé psychique (au sens anglais de *mental well-being*, soit bien-être mental). Autrement dit, un individu peut occuper une position différente pour ce qui est de la maladie psychique qu'en ce qui concerne la santé psychique, car les deux dimensions ne dépendent pas en tous points l'une de l'autre. Une personne peut ainsi être considérée comme ne souffrant d'aucune maladie psychique – car elle ne présente aucun symptôme de maladie – sans pour autant se sentir en bonne santé mentale. Dans le modèle, cet état correspond au quadrant en bas à droite: «Personnes jouissant d'un faible niveau de bien-être psychique, qui ne souffrent d'aucun trouble psychique pouvant être diagnostiqué». L'absence de maladie psychique n'implique donc pas automatiquement l'existence de la santé mentale. À l'inverse, le manque de santé mentale ne reflète pas d'emblée l'existence d'une maladie psychique. En conséquence, il est possible de dire qu'une santé psychique optimale est une combinaison d'un niveau élevé de bien-être émotionnel, psychique et social, et de l'absence de maladie psychique. Cette conception correspond à la définition de l'OMS: «La santé mentale est un état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté» (WHO, 2004, p. 12). En même temps, elle signifie également qu'une diminution des maladies psychiques dans la société n'accroît pas nécessairement la santé mentale, mais plutôt qu'il importe de promouvoir activement la santé mentale – c'est-à-dire le bien-être émotionnel ainsi que les capacités psychiques et sociales.

Bien qu'il soit difficile de définir une limite claire entre santé et maladie, il est souvent nécessaire, dans la pratique, de classer des personnes selon une définition dichotomique de la santé et de la maladie (par ex. lors du versement de prestations de l'assurance-maladie ou de l'aide sociale). Les systèmes de classification et de diagnostics, comme la *Classification internationale des maladies CIM-10* de l'Organisation mondiale de la santé (OMS)¹ et le *Manuel diagnostic et statistique des troubles mentaux* (DSM-5) de l'Association américaine de psychiatrie (APA, 2013) 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 socio-culturel, présentent des caractéristiques spécifiques de gravité, d'intensité, de fréquence et de durée, et qui entraînent des souffrances personnelles ou des restrictions fonctionnelles (Scharfetter, 2002). Dans nombre de cas, il est impossible d'affirmer où se situe exactement la limite entre «malade» et «en bonne santé» (Jacobi & Barnikol, 2015). Si les indices et les symptômes ne sont pas suffisamment marqués et persistants, aux yeux du spécialiste appelé à poser un diagnostic, pour remplir les critères d'une maladie psychique ou d'une indication thérapeutique, on parle de stress, de souffrance ou de problèmes psychiques. La présente publication mentionne notamment un grand nombre de résultats sur les problèmes psychiques (cf. sous-chapitre 2.2). Ces résultats s'appuient sur une auto-évaluation des personnes interrogées quant à leur bien-être psychique (dans le cadre de l'Enquête suisse sur la santé, ESS). Ils ne se réfèrent pas à des diagnostics cliniques établis par des spécialistes. Néanmoins,

Santé mentale et maladie mentale: le modèle à deux continuums

G 1.1



Sources: Propre représentation basée sur Keyes (2005, 2007) et Westerhof & Keyes (2010)

© Obsan 2016

¹ www.statistique.ch → Trouver des statistiques → 14 – Santé → Nomenclatures → Classifications et codage médicaux → Instruments pour le codage médical (consulté le 25.10.2016).

lorsque le degré de gravité s'avère moyen à élevé, la probabilité de l'existence d'un trouble psychique peut être considérée comme accrue. Il n'en va 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 Progression 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 recherche épidémiologique plus récente de Wittchen, Jacobi et al. (2011), qui inclut des études réalisées dans les vingt-sept États de l'UE, en Suisse, en Islande et en Norvège, révèle que plus de deux tiers 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 présente une vue d'ensemble de la prévalence annuelle² de certains des troubles psychiques étudiés par Wittchen, Jacobi et al. (2011). 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, cf. Ajdacic-Gross & Graf, 2003; et Maercker et al., 2013).

Pour évaluer la proportion dans laquelle une population est touchée par une maladie donnée, on ne recourt pas seulement aux données sur la prévalence, mais on quantifie également ce que l'on appelle la charge de morbidité. Cette charge (*burden of disease*) correspond à la différence entre l'état de santé actuel et la situation sanitaire idéale (Murray & Lopez, 1996). Cette charge est mesurée à l'aide des DALY (*disability-adjusted life years* ou *années de vie corrigées de l'incapacité*). Cette unité correspond à la somme d'années potentielles de vie en bonne santé perdues à cause de la maladie, d'un handicap ou d'une mort précoce (également appelées *années de vie perdues en bonne santé*).

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

T 1.1

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			7,8			
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			14,0	61,5	14+	2,5
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
État 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

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

Source: Wittchen & Jacobi et al., 2011

© Obsan 2016

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

Selon les résultats de la Global Burden of Disease (GBD) Study 2013 de l'Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), la charge de morbidité induite par les troubles psychiques est forte: ceux-ci occasionnent 13,6% du total des DALY calculés en Suisse. Les troubles psychiques occupent ainsi, après le cancer (16,0%) et les maladies de l'appareil locomoteur (14,1%), la troisième place en termes de charge de morbidité, se plaçant même devant les problèmes cardiovasculaires (12,8%). Parmi les troubles psychiques, ce sont la maladie d'Alzheimer et d'autres formes de démence (26,2%), les dépressions (23,6%) et les troubles anxieux (13,7%) qui engendrent le plus de DALY ou la plus grosse charge de morbidité. Le classement des hommes est le même que celui des femmes, sauf en ce qui concerne les troubles anxieux, où la charge de morbidité des hommes est plus faible. Ces derniers affichent cependant un total de DALY plus élevé pour les troubles dus à l'usage de psychotropes (15,5%). Pour l'ensemble des troubles psychiques, les femmes perdent davantage d'années en bonne santé que les hommes. Chez les femmes, 15,2% des DALY sont attribués aux troubles psychiques, alors que cette proportion n'est que de 12,0% chez les hommes.³ Valables pour la Suisse, ces chiffres sont comparables aux données de l'UE.

1.2.2 Évolution de la prévalence des troubles psychiques

L'idée règne aujourd'hui dans l'opinion publique, et surtout dans les médias, que les troubles psychiques sont en progression. Cette idée est confortée par différents éléments: multiplication des polémiques à ce sujet au sein de la société, proportion élevée de rentes AI pour cause de troubles psychiques, accroissement des traitements dispensés dans les cliniques psychiatriques et nombre élevé des suicides. En réalité, aucune preuve scientifique ne confirme cette hypothèse. Pour étudier l'évolution dans le temps, il est nécessaire de disposer d'études sur les troubles psychiques réalisées de façon répétée, menées sur une période relativement longue et faisant appel à chaque fois à des méthodes de mesure identiques. L'une des études les plus vastes et les plus pertinentes a été effectuée aux États-Unis entre 1990 et 1992, puis entre 2001 et 2003. Or, elle n'a révélé aucun changement significatif en matière de prévalence des troubles psychiques (Kessler et al., 2005b). En outre, deux revues de la littérature spécialisée, portant respectivement sur 44 et sur 23 études, n'ont pas identifié de tendance claire permettant de conclure à une hausse constante de la prévalence des troubles psychiques dans les pays occidentaux (Richter & Berger, 2013; Richter et al., 2008). Après comparaison de leurs travaux de 2005 et de 2011 (Wittchen & Jacobi, 2005; Wittchen et al., 2011), Wittchen et Jacobi n'ont pas trouvé davantage de différences en termes de prévalence des troubles psychiques. Ces constats sont confirmés par d'autres données récentes: selon l'étude représentative Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland DEGS (étude

sur la santé des adultes en Allemagne), réalisée entre septembre 2009 et avril 2012 par l'Institut Robert Koch et l'Université de Dresde, en particulier selon son module complémentaire Psychische Gesundheit DEGS-MH (santé psychique), rien ne permet de conclure à une hausse de la prévalence annuelle. C'est du moins ce que révèle une comparaison entre le relevé du DEGS-MH et la Bundesgesundheitsurvey (enquête allemande sur la santé) de 1998 (Jacobi et al., 2014). La hausse «perçue» relève manifestement d'autre chose que d'une augmentation réelle. Cette perception pourrait s'expliquer par une meilleure connaissance des troubles psychiques au sein de la population et des milieux professionnels, ce qui améliore leur détection ainsi que leur accueil au sein de la société et accroît la disposition à recourir à l'aide professionnelle. Il apparaît donc que, bien que leur prévalence demeure constante, les troubles psychiques sont davantage identifiés en tant que tels au sein de la société, ou qu'ils passent moins souvent inaperçus. Nous devons notamment cette évolution à des dépistages systématiques (voir par ex. Künzler & Wernli, 2011 pour des dépistages pour le contexte médical; et Schulte-Körne, 2016 pour le contexte scolaire). Malgré tout, beaucoup de troubles psychiques – près de trois quarts – 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 engendrent une charge de morbidité – c'est-à-dire la période marquée par une restriction des capacités et un handicap – particulièrement importante. Cependant, la qualité de vie des personnes souffrant de troubles psychiques est aussi 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 sont des facteurs émotionnels qui jouent un rôle primordial dans la qualité de vie subjective des personnes souffrant de troubles psychiques.

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 et de l'absentéisme. Selon le rapport de 2015 sur la santé, publié par l'association faïtière des caisses-maladie d'entreprises allemandes, les troubles psychiques sont, en Allemagne, à l'origine de la plupart des absences prolongées pour cause de maladie sur l'ensemble des groupes de diagnostics. De plus, le nombre de jours d'absence pour cause de troubles psychiques a plus que doublé entre 2004 et 2014 (Knieps & Pfaff, 2015). Les personnes affectées craignent souvent de perdre leur emploi et la stigmatisation rend la réinsertion professionnelle plus difficile. Une enquête auprès des petites et moyennes entreprises du canton de Bâle-Campagne a ainsi révélé que la majeure partie d'entre elles embaucheraient plus volontiers une personne non fiable mais en bonne santé qu'un candidat souffrant d'une maladie physique chronique, et qu'elles engageraient encore moins volontiers une personne atteinte de troubles psychiques (Baer, 2007).

³ Source: <http://ghdx.healthdata.org/global-burden-disease-study-2013-gbd-2013-data-downloads> (consulté le 25.8.2016). La catégorie «troubles psychiques» englobe les catégories B.7 (*mental and substance use disorders*) et B.6.1 (*Alzheimer disease and other dementias*) de l'étude GBD.

Les troubles psychiques sont en outre la cause la plus fréquente d'invalidité: en Suisse, les personnes affectées représentaient 46% de tous les rentiers AI en 2015 (OFAS, 2016). Si le pourcentage des nouvelles rentes octroyées pour cause de troubles psychiques a suivi une hausse constante entre 2000 et 2008, il s'est désormais stabilisé aux alentours de 43% (cf. sous-chapitre 5.1). Les troubles psychiques sont par ailleurs la principale cause des suicides, qui sont loin d'être rares, puisque la Suisse en totalise 1 000 par année⁴ (cf. sous-chapitre 5.3). Bon nombre de personnes atteintes d'une maladie psychique chronique souffrent également d'une pathologie somatique grave. Leur espérance de vie est raccourcie de 10 à 16 ans par rapport à celle des personnes en bonne santé psychique. Les années de vie perdues sont essentiellement à mettre sur le compte des maladies concomitantes, telles les maladies cardiovasculaires (qui sont notamment dues aux effets secondaires de la pharmacopée psychiatrique), une hygiène de vie lacunaire et une insuffisance de soins en médecine générale. Les suicides n'expliquent donc qu'une petite partie de la différence en termes d'espérance de vie. Enfin, il y a lieu de supposer que cette différence pourrait s'accroître encore (Lawrence et al., 2013).

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 (Jungbauer et al., 2001). 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 établissements somatiques (Baer & Cahn, 2009). Au niveau sociétal, les répercussions financières sont également importantes. En dehors des coûts directs résultant du traitement des troubles psychiques, les coûts indirects, induits notamment par les pertes de productivité et l'absentéisme, revêtent une grande importance. En 2010, les troubles psychiques et les maladies neurologiques ont engendré des coûts totaux de l'ordre de 800 milliards d'euros au sein de l'Union européenne. Sur ce total, 60% sont des coûts directs médicaux et non médicaux (établissements médico-sociaux, par ex.) et 40% des coûts indirects, dus par exemple à l'absentéisme pour cause de maladie (Olesen et al., 2012). Ces coûts dépassent ainsi ceux entraînés par les maladies cardiovasculaires, le cancer et le diabète pris ensemble (Gustavsson et al., 2011). À l'échelle mondiale, le coût économique des pertes de productivité dues uniquement à la dépression et aux troubles anxieux se monte à plus d'un billion de dollars par an (Chisholm et al., 2016). En Suisse, le total des coûts entraînés par les troubles psychiques et les maladies neurologiques a avoisiné 14,5 milliards d'euros en 2010. Avec des coûts annuels de 1 900 euros par habitant, la Suisse se situe nettement au-dessus de la moyenne européenne (1 550 euros) et occupe, juste derrière l'Allemagne, la septième place dans le classement européen (Maercker et al., 2013).

1.3 Politique de la santé

1.3.1 Politiques internationales dans le domaine de la santé et des maladies psychiques

Au niveau international, la santé mentale⁵ occupe une place croissante dans la politique de la santé. Il a en effet été généralement reconnu qu'elle revêt une importance vitale et primordiale pour le capital humain, social et économique, non seulement au niveau des individus mais pour toute la société. Son importance transparaît dans les efforts internationaux visant à élaborer des stratégies destinées à promouvoir la santé mentale. À l'origine de ces efforts, on trouve la *Déclaration sur la santé mentale pour l'Europe*, qui a été rédigée en 2005 à l'occasion de la Conférence ministérielle européenne de l'OMS réunie à Helsinki. Les États membres ont alors approuvé un plan d'action destiné à favoriser la santé psychique durant la période 2005 à 2010 (OMS Europe, 2006). Élaboré pour le continent européen, ce plan poursuit les objectifs suivants: a) mieux faire comprendre l'importance du bien-être mental; b) lutter collectivement contre la stigmatisation, la discrimination et l'inégalité; c) concevoir et mettre en œuvre des systèmes de santé mentale complets intégrés et efficaces; d) répondre au besoin de disposer d'un personnel compétent et efficace; e) reconnaître l'expérience et l'expertise des patients et de l'entourage, et s'en inspirer dans la planification et l'élaboration des services.

Des efforts ont par la suite été entrepris à l'échelle mondiale pour intégrer les objectifs définis à Helsinki dans les politiques en matière de santé ou de formuler des stratégies concrètes destinées à promouvoir la santé mentale. La Commission européenne a par exemple publié un livre vert intitulé *Améliorer la santé mentale de la population: vers une stratégie sur la santé mentale pour l'Union européenne*, dans lequel elle décrit des mesures concrètes afin de mettre en œuvre le plan d'action. En 2008, lors d'une de ses conférences à Bruxelles, l'UE a fondé le Pacte européen pour la santé mentale et le bien-être (EU-Konferenz, 2008). Contraignant pour la totalité des vingt-sept États membres, ce pacte prévoit des actions dans cinq domaines prioritaires: 1) prévention de la dépression et du suicide; 2) santé mentale chez les jeunes et dans le système éducatif; 3) santé mentale sur le lieu de travail; 4) santé mentale des personnes âgées; 5) lutte contre la stigmatisation et l'exclusion sociale.

Le Pacte européen pour la santé mentale et le bien-être a servi de base, en 2013, à la *Joint Action for Mental Health and Well-being (JA MH-WB)*. Financée par l'Agence exécutive pour les consommateurs, la santé, l'agriculture et l'alimentation, cette initiative regroupe 51 partenaires, qui représentent 28 États de l'UE et 11 organismes européens. Elle a pour objectif de promouvoir la santé mentale et le bien-être psychique, la prévention de maladies psychiques et l'amélioration de la prise en charge des malades (y compris leur insertion sociale). L'une des priorités de la Joint Action réside dans le programme de travail *Mental Health*

⁴ Suicides assistés non compris ou environ 1 300 cas, suicides assistés compris (cf. sous-chapitre 5.3)

⁵ Afin de faciliter la lecture, la notion de «santé psychique» ou de «santé mentale» se réfère dans le présent chapitre aussi bien à l'état «en bonne santé» qu'à l'état de «malade», dans le sens de l'expression anglaise *mental health* (et non pas *mental wellbeing*).

in All Policies. Celui-ci a pour tâche d'étudier l'influence que les politiques menées dans divers secteurs peuvent exercer sur la santé psychique. Le groupe de travail a élaboré diverses notes de politique, qui décrivent comment il est possible d'intégrer effectivement la santé mentale dans les politiques régissant l'éducation⁶, le travail⁷, les autorités locales⁸ et l'exécutif national⁹. Principal effort entrepris à la suite de la conférence de Helsinki, la Joint Action illustre l'approche intersectorielle préconisée par l'OMS et propagée à l'aide du slogan «Santé et santé mentale vont de pair».

L'OMS a pour sa part adopté en mai 2013 le *Plan d'action pour la santé mentale 2013 – 2020*. Devant s'appliquer à l'échelle mondiale, ce plan d'action vise à améliorer la santé mentale dans le monde entier en mettant l'accent sur les pays à revenus bas à moyens (OMS, 2013). Le fait que presque tous les États membres de l'ONU ont approuvé une vision commune de la santé psychique, y compris des objectifs spécifiques à atteindre dans un laps de temps prédéfini, prouve bien que les milieux politiques de la planète ont pris conscience du rôle de la santé psychique (Saxena et al., 2014).

Parallèlement au plan d'action mondial, l'OMS a publié le *Plan d'action européen pour la santé mentale* (OMS Europe, 2013), spécialement conçu pour répondre aux besoins des pays à revenus moyens à élevés de la région européenne (Muijen, 2014). Approuvé par les 53 États membres de la région européenne en septembre 2013 à l'occasion de la 63^e session du Comité régional de l'OMS pour l'Europe, ce plan a été élaboré sous la direction du Comité permanent du Comité régional pour l'Europe (CPCR) et en étroite collaboration avec les États membres, des expertes et des experts ainsi que des ONG. Ce plan d'action correspond au cadre politique européen pour la santé et le bien-être «Santé 2020» de la région européenne et contribue directement à sa mise en œuvre. Ce faisant il poursuit les sept objectifs suivants:

1. Que chacun, et surtout les personnes les plus vulnérables ou les plus exposées à des risques, ait les mêmes possibilités de parvenir au bien-être psychique durant toute son existence.
2. Que les personnes ayant des problèmes de santé mentale soient des citoyens dont les droits humains sont intégralement pris en compte, protégés et promus.
3. Que les services de santé mentale soient accessibles à un prix abordable et disponibles en fonction des besoins, dans un rayon proche.
4. Que chacun ait droit à un traitement sûr et efficace dans le respect de sa personne.

5. Que les systèmes de santé dispensent de bons soins de santé physique et mentale pour tous.
6. Que les systèmes de santé mentale travaillent en partenariats bien coordonnés avec d'autres secteurs.
7. Qu'en matière de santé mentale, la gouvernance et la fourniture de soins reposent sur de bonnes informations et de solides connaissances.

Un événement récemment mis sur pied par la Banque mondiale et l'OMS apporte peut-être la preuve la plus récente de l'intérêt que politique et économie accordent à la santé psychique au niveau international. Les deux institutions ont organisé ensemble en avril 2016 une table ronde de haut niveau sur la santé psychique, qui a réuni des représentants des milieux politiques, du secteur économique et des milieux scientifiques¹⁰. Au cours de cette table ronde, intitulée «De l'ombre à la lumière: faire de la santé mentale une priorité de développement mondiale», les participants ont débattu des coûts économiques et sociaux engendrés à l'échelle mondiale par les maladies psychiques et de l'utilité économique et sociale des investissements consentis pour promouvoir la santé mentale. Ces discussions ont eu pour point de départ une étude de l'OMS, selon laquelle les coûts économiques annuels de la dépression et des troubles anxieux se monteraient à plus d'un billion de dollars au niveau mondial (Chisholm et al., 2016). Cette étude montre par ailleurs que chaque dollar investi dans le traitement d'angoisses et de dépressions fournirait un rendement de quatre dollars sous forme de meilleure santé et de productivité accrue du travail. L'étude estime que pour réaliser ce rendement du capital investi (RCI), c'est-à-dire améliorer considérablement la situation dans le domaine des traitements, il serait nécessaire d'investir à l'échelle mondiale quelque 184 milliards de dollars jusqu'en 2030 dans le traitement des angoisses et des dépressions (Chisholm et al., 2016; Kleinman et al., 2016).

Informations complémentaires

Politique en matière de santé mentale de la Commission européenne:
www.ec.europa.eu/health/mental_health/policy/index_fr.htm
 (consulté le 26.8.2016)

Programme relatif à la santé mentale de l'Organisation mondiale de la santé:
www.who.int/mental_health/fr/ (consulté le 26.8.2016)

⁶ Source: www.mentalhealthandwellbeing.eu/assets/docs/publications/Policy-Brief%20Education.pdf (consulté le 25.8.2016)

⁷ Source: www.mentalhealthandwellbeing.eu/assets/docs/publications/Policy-Brief%20Labour.pdf (consulté le 25.8.2016)

⁸ Source: www.mentalhealthandwellbeing.eu/assets/docs/publications/Policy-Brief%20Local%20authorities.pdf (consulté le 25.8.2016)

⁹ Source: www.mentalhealthandwellbeing.eu/assets/docs/publications/Policy-Brief%20WholeGovernment.pdf (consulté le 25.8.2016)

¹⁰ Source: *Report of Proceedings of WBG/WHO Event «Out of the Shadows: Making Mental Health a Global Development Priority» held as part of the WBG/IMF Spring Meetings on April 13–14, 2016, Washington, D.C.*
<http://pubdocs.worldbank.org/en/391171465393131073/0602-SummaryReport-GMH-event-June-3-2016.pdf> (consulté le 26.8.2016)

1.3.2 Mesures mises en œuvre au niveau national

Pour ce qui est des mesures politiques dans le domaine de la santé mentale, le rapport *Santé psychique en Suisse – État des lieux et champs d'action*, publié en mai 2015, en donne un aperçu récent. Commandé par le Dialogue de la politique nationale de la santé, ce rapport a été élaboré par l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), la Conférence suisse des directrices et des directeurs cantonaux de la santé (CDS) et la fondation Promotion Santé Suisse (OFSP, 2015). Ce rapport conclut que l'aménagement de mesures de santé psychique présente encore des lacunes dans toute la Suisse. Selon les auteurs, des interventions sont avant tout requises dans quatre champs d'action: 1) sensibilisation, déstigmatisation et information; 2) réalisation d'actions dans les domaines de la promotion de la santé, la prévention et le dépistage précoce; 3) sensibilisation et diffusion des bases scientifiques; 4) structures et ressources.

Dans chacun de ces champs d'action, le rapport définit des mesures prioritaires, qui ont pour objectif de renforcer la santé mentale et de réduire les conséquences des maladies psychiques. Le champ d'action 1 comprend par exemple des campagnes nationales de sensibilisation et la diffusion d'informations sur les bases scientifiques et les offres de prise en charge existantes. Les diverses mesures énumérées visent globalement à améliorer la coordination des activités actuelles dans la prévention et le dépistage précoce des maladies psychiques ainsi qu'à optimiser les synergies entre les acteurs concernés.

En ce qui concerne les prestations psychiatriques en Suisse, elles sont passées en revue dans le rapport *Avenir de la psychiatrie en Suisse* (OFSP, 2016a), qui a été élaboré en réponse au postulat Stähelin (10.3255) et publié en mars 2016. Selon ce rapport, la Suisse dispose d'une offre psychiatrique de qualité qui garantit un traitement ad hoc aux patients. Il identifie cependant aussi des problèmes et souligne qu'il est nécessaire d'améliorer encore l'offre psychiatrique. Afin de surmonter les principaux problèmes dans le domaine des soins psychiatriques et de favoriser le développement de structures durables permettant de les fournir, les auteurs proposent d'améliorer les bases requises pour développer les structures garantissant l'offre de soins, d'optimiser la coordination des différentes offres et de renforcer leur qualité, d'assurer le financement durable des structures de soins intermédiaires et de soutenir la formation qualifiante de spécialistes dans le domaine de la psychiatrie. Le rapport souligne par ailleurs qu'il importe, outre de développer l'offre de soins psychiatriques, de continuer à promouvoir la prévention des maladies psychiatriques, et annonce dans ce domaine des mesures que le Conseil fédéral doit approuver avant fin 2016.

D'autres mesures dans le domaine de la santé psychique sont actuellement en préparation dans le cadre de la mise en œuvre de la motion Ingold (11.3973) *Prévention du suicide. Mieux utiliser les leviers disponibles*. Sur mandat du Dialogue de la politique nationale de la santé, l'OFSP, la CDS et la fondation Promotion Santé Suisse ont rédigé un projet de Plan d'action prévention du suicide, qu'ils ont soumis à une large procédure de consultation au printemps 2016. Ce projet a été élaboré avec la participation de spécialistes ainsi que de personnes confrontées à la suicidabilité. Une fois mis au point, le plan d'action sera soumis pour

approbation au Conseil fédéral et au Dialogue de la politique nationale de la santé. Son adoption est prévue pour fin 2016 et s'appliquera dès 2017. Il vise à réduire de manière durable le nombre de suicides non assistés et les tentatives. À cet effet, il prévoit différents types de mesures: renforcer les ressources, sensibiliser la population en général et les groupes spécifiques, repérer à temps les personnes en crise suicidaire et assurer une intervention précoce, assurer une prise en charge et un traitement appropriés aux personnes suicidaires, rendre difficile l'accès aux moyens létaux, soutenir les personnes ayant perdu un proche et celles concernées (professionnellement) par cette thématique, mais aussi encourager les médias à publier des informations sur la prévention et favoriser le monitoring et la recherche.

Aux côtés des mesures issues des rapports *Avenir de la psychiatrie en Suisse* et *Santé psychique en Suisse* ainsi que du *Plan d'action prévention suicide*, il existe d'autres stratégies et programmes qui visent à promouvoir la santé mentale et à prévenir les maladies psychiques parmi des groupes spécifiques. En novembre 2015, le Conseil fédéral a par exemple approuvé la *Stratégie nationale Addictions 2017–2024*.¹¹ Élaborée par l'OFSP avec le concours d'un comité d'experts, cette stratégie vise à prévenir l'émergence d'addictions, à fournir aux personnes présentant une addiction l'aide et les traitements dont elles ont besoin, à réduire les dommages sanitaires et sociaux et à diminuer les conséquences négatives pour la société. Le rapport qui présente la stratégie définit huit champs d'action: quatre thématiques (thérapie et conseil, par ex.) et quatre liés au pilotage (coordination et coopération, par ex.). Pour chacun de ces champs d'action, il précise les objectifs, fournit des explications concernant les mesures prévues et illustre leur application par des exemples. Après la première étape de sa mise en œuvre, la stratégie devrait être soumise à une évaluation intermédiaire avant fin 2020 et être au besoin adaptée en vue de la deuxième étape.

Afin d'améliorer la santé psychique de la population suisse, divers organes de la Confédération (OFSP, SECO, OFAS), la CDS et la fondation Promotion Santé Suisse ont créé ensemble en 2011 le Réseau Santé Psychique Suisse (RSP). Sis auprès de la fondation Promotion Santé Suisse, le bureau de coordination est l'organe opérationnel du réseau. Il constitue un centre national pour la coordination et la promotion de la santé psychique en Suisse, les thèmes traités impliquant les programmes régionaux et l'identification précoce de la dépression et du suicide. Le réseau encourage et coordonne l'échange d'information et d'expérience entre les acteurs qui évoluent dans le domaine de la santé psychique. Il apporte également un soutien ciblé à ses membres dans leurs activités, afin d'accroître leur efficacité et leur efficience. Outre la mise en réseau, le RSP met à disposition une plateforme d'information complète sur la santé psychique.

¹¹ Office fédéral de la santé publique: www.ofsp.admin.ch → Thèmes → Alcool, tabac, drogues, Stratégie nationale Addictions → Stratégie Nationale Addictions (consulté le 26.8.2016).

En prévision de la Conférence suisse de santé publique de 2014 et de la 3^e Rencontre du Réseau Santé Psychique Suisse, la société Santé publique suisse a publié un *Manifeste suisse relatif à la Public Mental Health* (Santé publique suisse, 2014) afin de renforcer encore la place de la santé psychique dans la politique. Ce manifeste préconise une prise en compte intégrale des dimensions psychiques de la santé sur le plan individuel et social. À cet effet, il appelle les professionnels de tous les niveaux d'intervention à diffuser ses contenus et à les intégrer dans les lignes directrices et concepts, dans les programmes de formation, de recherche et d'application ainsi que dans leur travail quotidien.

Un autre pas a été franchi pour améliorer la santé psychique en Suisse lorsque le Département fédéral de l'intérieur DFI a décidé d'augmenter la contribution pour la prévention générale des maladies prélevée sur les primes de l'assurance-maladie. S'élevant actuellement à 2 fr. 40, cette contribution passera tout d'abord à 3 fr. 60 en 2017, puis à 4 fr. 80 en 2018. Dès 2017, la fondation Promotion Santé Suisse utilisera chaque année 1 fr 20 de cette hausse pour promouvoir la prévention et la détection précoce des maladies psychiques dans le cadre de programmes d'action cantonaux. L'autre partie de l'augmentation, soit 1 fr. 20 également, servira dès 2018 à promouvoir la santé chez les personnes âgées.¹²

En plus des stratégies et des programmes mentionnés qui visent à promouvoir la santé mentale et à prévenir les maladies psychiques, le Conseil fédéral a adopté en juillet 2016 l'ordonnance sur le registre des professions de la psychologie¹³, qui contribue à concrétiser la loi sur les professions de la psychologie. Cette ordonnance vise à accroître la transparence et la qualité dans l'offre de traitements psychothérapeutiques en Suisse. Par analogie avec le registre des professions médicales, qui recense depuis 2008 tous les médecins reconnus, le nouveau registre listera uniquement les psychologues ayant suivi des formations de base et postgrade solides et reconnues sur le plan fédéral. Les informations contenues dans ce registre, appelé PsyReg, seront librement consultables à partir de l'été 2017. Grâce à ce registre, les personnes qui souhaitent recourir aux conseils ou au traitement d'un ou d'une psychothérapeute pourront savoir si le thérapeute en question dispose des formations de base et postgrade correspondantes. Le PsyReg facilitera également la tâche des autorités cantonales, à qui il permettra de vérifier aisément si une personne remplit les conditions professionnelles requises pour l'octroi d'une autorisation de pratiquer.

Informations complémentaires

Dialogue de la politique nationale de la santé, Santé mentale: www.nationalegesundheit.ch/fr/projets/sante-mentale/index.html (consulté le 26.8.2016)

OFSP, Santé psychique: www.ofsp.admin.ch → Page d'accueil → Thèmes → La politique de la santé → Santé psychique (consulté le 26.8.2016)

Promotion Santé Suisse, Santé psychique: www.promotionsante.ch → Public Health → Santé psychique (consulté le 22.6.2016)

RSP, Réseau Santé Psychique Suisse: www.npg-rsp.ch/fr (consulté le 22.6.2016)

1.3.3 Mesures mises en œuvre au niveau cantonal

Plusieurs programmes cantonaux visent actuellement à protéger et à promouvoir la santé mentale. Une enquête réalisée conjointement au printemps 2014 par le RSP et par l'Association suisse des responsables cantonaux pour la promotion de la santé (ARPS) fournit un aperçu des activités menées au niveau cantonal. Illustrés dans le graphique 1.2, les résultats de cette enquête montrent que 13 cantons se sont dotés d'un programme complet pour la santé psychique (AG, BS, GE, GR, LU, NE, SG, SO, SZ, UR, VD, VS, ZG). Neuf autres cantons ne possèdent certes pas de programme formel, mais mènent néanmoins des activités dans ce domaine (AI, AR, BE, BL, FR, JU, OW, TG, ZH). Quatre cantons (GL, NW, SH, TI) n'entreprennent rien dans le domaine de la santé psychique et certains ont mis en place des collaborations inter-cantonales. Trois cantons de Suisse orientale (SG, AI, AR) et la Principauté du Liechtenstein se sont par exemple regroupés pour créer le Forum Santé Psychique de Suisse orientale. En Suisse romande, une plateforme internet doit voir le jour dans le cadre de la Commission de prévention et de promotion de la santé du GRSP (CPPS), dans le but de favoriser les échanges de connaissances entre les cantons romands et de mettre à la disposition de la population et des professionnels une présentation uniformisée des thèmes abordés.

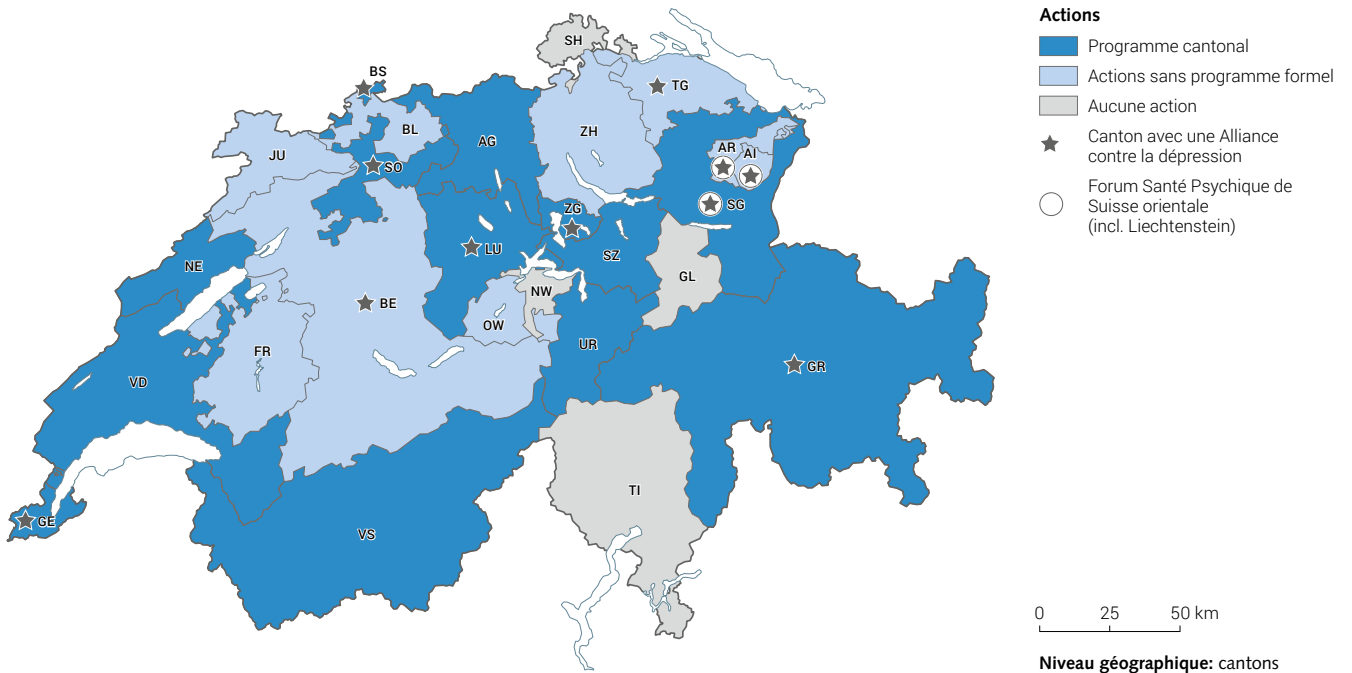
À l'avenir, les programmes d'action cantonaux sont appelés à se développer dans le domaine de la santé psychique. Grâce à la hausse, mentionnée ci-dessus, du supplément sur les primes de l'assurance-maladie, la fondation Promotion Santé Suisse disposera dès 2017 de moyens financiers supplémentaires pour promouvoir la prévention et la détection précoce de maladies psychiques au niveau cantonal. Afin de fournir une base aux programmes d'action cantonaux, Promotion Santé Suisse a publié le rapport de base *La santé psychique au cours de la vie* (Blaser & Amstad, 2016). Ce rapport entend fournir un socle décisionnel pour des mesures stratégiques dans le domaine de la santé psychique aux niveaux national, cantonal et communal. Il propose des lignes d'orientation thématiques et spécifiques à des groupes cibles, qui devraient permettre aux cantons et organismes spécialisés intéressés de lancer un programme d'action

¹² Office fédéral de la santé publique: www.ofsp.admin.ch → Thèmes → La politique de la santé → Ordonnance: contribution pour la prévention générale des maladies (consulté le 26.8.2016)

¹³ Office fédéral de la santé publique: www.ofsp.admin.ch → Thèmes → Professions de la santé → Professions de la psychologie → Registre des professions de la psychologie (consulté le 26.8.2016)

Activités des cantons dans le domaine de la santé mentale, 2014

G1.2



Source: Réseau Santé Psychique Suisse 2014

© OFS 2016

axé sur la santé psychique. Le rapport de base fournit des indications probantes sur la manière dont la santé psychique devrait être promue auprès des personnes concernées.

Le rapport *Santé psychique en Suisse – État des lieux et champs d'action* donne un aperçu complet des diverses actions menées dans le domaine de la santé psychique aux niveaux des cantons et des communes (OFSP, 2015, p. 28).

Information complémentaire

RSP, Santé psychique dans les cantons:
www.npg-rsp.ch/fr/ → Liens → Santé psychique dans les cantons
 (consulté le 29.8.2016).

1.4 Quatrième édition du rapport sur le monitoring

La présente édition du rapport sur le monitoring *La santé psychique en Suisse* est une version actualisée et légèrement raccourcie de l'édition de 2012 (Schuler & Burla, 2012). Elle reprend la structure et, à quelques adaptations et modifications près, les indicateurs de la dernière édition. Le rapport est structuré comme suit:

- Le chapitre 2, consacré à *l'état de santé psychique*, traite de la dimension d'énergie et de vitalité, une des caractéristiques de la santé psychique positive, ainsi que du stress, de l'état dépressif et de la comorbidité.
- Le chapitre 3 intitulé *facteurs de protection et de risque* traite du sentiment de maîtriser sa vie, du soutien social et de la solitude, des facteurs en lien avec la santé psychique, qui peuvent exercer sur elle une influence positive ou négative.
- Le chapitre 4 traite du *recours* par des personnes souffrant de problèmes psychiques, aux traitements pratiqués par divers prestataires de services (cabinets médicaux et cliniques). Il porte également sur la consommation de médicaments.
- Le chapitre 5 traite de quelques thèmes importants en rapport avec la santé psychique, comme les *rentes AI*, le *placement à des fins d'assistance*, le *suicide* et les *coûts* du domaine psychiatrique.

La réunion de plusieurs sources de données différentes a permis de dégager une vue d'ensemble des problèmes de santé et des maladies psychiques en Suisse (T 1.2). Toutefois, les banques de données ayant 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 de nouvelles définitions mises en application, la comparaison entre les derniers résultats et ceux des versions précédentes n'est parfois 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.

Vue d'ensemble des indicateurs et des banques de données de référence

T 1.2

Indicateurs	Banques de données	Années d'enquête	Producteur de données
2 État de santé psychique			
2.1 Énergie et vitalité	Enquête suisse sur la santé ESS	2012	OFS
2.2 Problèmes psychiques	Enquête suisse sur la santé ESS	2007, 2012	OFS
2.3 Dépression et états dépressifs	Enquête suisse sur la santé ESS	2012	OFS
2.4 Comorbidité	Enquête suisse sur la santé ESS	2007, 2012	OFS
3 Facteurs de protection et facteurs de risque			
3.1 Sentiment de maîtriser sa vie	Enquête suisse sur la santé ESS	1992, 1997, 2002, 2007, 2012	OFS
3.2 Soutien social	Enquête suisse sur la santé ESS	2012	OFS
3.3 Solitude	Enquête suisse sur la santé ESS	1997, 2002, 2007, 2012	OFS
4 Recours aux soins			
4.1 Recours aux soins en général	Enquête suisse sur la santé ESS	1997, 2002, 2007, 2012	OFS
4.2 Recours aux soins: cabinets	Pool de données SASIS SA Enquête suisse sur la santé ESS	2006–2015 2012	SASIS SA OFS
4.3 Recours aux soins: cliniques	Statistique médicale des hôpitaux	2002–2014	OFS
4.4 Prise de médicaments	Enquête suisse sur la santé ESS	1992, 1997, 2002, 2007, 2012	OFS
5 Thèmes particuliers			
5.1 Rentes AI pour troubles psychiques	Statistique de l'AI	2000–2015	BSV
5.2 Placement à des fins d'assistance et mesures limitatives de liberté	Statistique médicale des hôpitaux ANQ	2002–2014 2013, 2014	OFS ANQ
5.3 Suicide	Statistique des causes de décès et des mortinaissances	1998–2014	OFS
5.4 Coûts des troubles psychiques	Pool de données SASIS SA	2006–2015	SASIS SA

© Obsan 2016

1.5 Bases de données

Le monitoring se fonde sur les données existantes mises à jour périodiquement. Ces informations proviennent d'enquêtes (échantillons) et de registres (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 et 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 résidante de la Suisse.
Producteur de données	Office fédéral de la statistique, section Santé de la population
Univers de base et unités d'enquête	Population résidante permanente à partir de 15 ans
Type d'enquête	Enquête par échantillonnage auprès des ménages, sélection aléatoire effectuée dans le cadre d'échantillonnage pour les enquêtes auprès des personnes et des ménages (SRPH) de l'OFS. L'enquête a été réalisée en deux phases: 1. Interview téléphonique; 2. Questionnaire écrit. Les personnes âgées de 75 ans et plus et celles limitées par un problème de santé peuvent choisir l'enquête personnelle.
Degré de régionalisation	Grandes régions, parfois cantons (pour les cantons ayant fait densifier leur échantillon)
Périodicité	Tous les cinq ans. Enquêtes réalisées jusqu'ici: 1992/1993, 1997, 2002, 2007, 2012. Prochaine enquête: 2017
Site web	www.statistique.ch → Trouver des statistiques → 14 – Santé → Enquêtes → Enquête suisse sur la santé (consulté le 03.11.2016)

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, conventions sociales).
- Il s'agit d'une enquête par échantillonnage réalisée auprès des ménages privés. Les personnes vivant dans des établissements bénéficiant d'un accompagnement médico-social 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 réalisée uniquement en français, en allemand 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 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 Services de santé
Univers de base et unités d'enquête	Hôpitaux
Type d'enquête	Enquête exhaustive
Degré de régionalisation	Env. 600 régions MedStat
Périodicité	Annuelle, depuis 1998
Site web	www.statistique.ch → Trouver des statistiques → 14 – Santé → Enquêtes → Statistique médicale des hôpitaux (consulté le 03.11.2016)

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 hôpitaux et 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. Ces informations ne sont par conséquent disponibles que pour un peu plus de la moitié (2002) à plus de deux tiers (2014) des cas psychiatriques en Suisse.

1.5.3 Statistique de l'AI

Description	Données relatives aux finances de l'AI et aux bénéficiaires de prestations (classées par caractéristiques telles que l'âge, le sexe, l'invalidité ou le canton)
Producteur de données	Office fédéral des assurances sociales (OFAS), secteur Statistique 1
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
Site web	www.bsv.admin.ch/bsv/fr/home/assurances-sociales/iv/statistik.html (consulté le 03.05.2016)

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 (OMS, 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 d'autres maladies psychotiques;
 2. troubles névrotiques et autres troubles réactifs du milieu ou psychogènes;
 3. maladies de la 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 elles seules 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.

1.5.4 Statistiques 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, section Santé de la population
Univers de base et unités d'enquête	Personnes décédées parmi la population résidante 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
Site web	www.statistique.ch → Trouver des statistiques → 14 – Santé → Enquêtes → Statistique des causes de décès et des mortinaissances (consulté le 03.11.2016)

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.

1.5.5 Pool de données SASIS SA

Description	Données agrégées de presque tous les assureurs; fournit des informations sur le comportement des prestataires (notamment contrôles de l'économicité des prestations) ainsi que sur l'évolution des primes et des coûts
Producteur de données	SASIS SA
Univers de base et unités d'enquête	Assureurs-maladie affiliés
Type d'enquête	Données administratives (enquête partielle auprès d'assureurs-maladie reconnus)
Degré de régionalisation	Cantons
Périodicité	Mensuelle, depuis 1998
Site web	www.sasis.ch/fr/Entry/ProductEintrag/ProductMenuEintrag?selectedMenuId=885 (consulté le 03.11.2016)

Le pool de données contient toutes les factures saisies par les assureurs, y compris la participation des personnes assurées (franchise, quote-part et participation aux frais d'hospitalisation), sous le terme de prestations brutes. Les résultats présentés dans ce rapport se réfèrent exclusivement aux prestations qui ont été remboursées aux personnes assurées dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins (AOS). Seuls sont pris en considération par conséquent les traitements pour lesquels les assureurs-maladie ont reçu une facture ou qui ont été facturés directement à ces derniers par le fournisseur de prestations. Les factures que les assurés conservent (p. ex. si leur franchise est trop élevée) et celles concernant des prestations non couvertes

par l'AOS (p. ex. prestations des assurances complémentaires LCA) ne figurent pas dans le pool de données. Autrement dit, il se peut que le nombre de patients par année soit sous-estimé dans ce rapport.

Les données du pool de données sont relevées sur une base volontaire et couvraient 92% des personnes assurées en Suisse en 2000 et près de 100% en 2011. Pour pouvoir comparer les données annuelles entre elles, les données sont extrapolées à 100% à l'aide de l'effectif des assurés provenant de la compensation des risques de l'institution commune de la LAMal.

2 État de santé psychique

En guise d'introduction, le chapitre 1 a présenté la santé psychique au niveau théorique. Le présent chapitre décrit certains résultats *empiriques* d'analyses portant sur la santé psychique de la population suisse.

En l'absence de données suffisantes, il n'esquisse que la perspective salutogénétique en présentant des résultats concernant l'énergie et la vitalité ressenties (2.1). Il traite ensuite des indicateurs pathogénétiques tels les *problèmes psychiques* en général (2.2) et, plus particulièrement, la dépression et les *états dépressifs* (2.3). Le sous-chapitre 2.4, *comorbidité*, est quant à lui consacré à la concomitance de problèmes psychiques et de troubles somatiques supplémentaires.

2.1 Énergie et vitalité

Environ 60% des personnes interrogées au niveau suisse se sentent pleines d'énergie et de vitalité. C'est plus souvent le cas des hommes, des personnes âgées et des personnes au bénéfice d'une bonne formation que des femmes, des jeunes et des personnes d'un niveau de formation moindre. Des différences marquées s'observent entre les régions: les personnes se sentant pleines d'énergie et de vitalité sont plus nombreuses en Suisse alémanique que dans les régions latines.

A côté de l'approche scientifique de la psychologie, axée sur les déficits, de plus en plus d'approches se concentrent sur les ressources et considèrent donc surtout les aspects positifs du psychisme. La psychologie dite «positive» met l'accent sur les ressentis positifs, les traits de caractère positifs et un environnement positif des individus considérés. Une fois qu'elles sont identifiées, il s'agit d'utiliser ces caractéristiques positives pour améliorer la qualité de vie des personnes et, ainsi, mieux prévenir les problèmes psychiques (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000).

Dans le dernier rapport de monitoring de l'Obsan (Schuler & Burla, 2012), la santé psychique *positive* a été décrite au moyen de l'indicateur «force, énergie et optimisme», repris du Panel suisse des ménages (PSM). Le présent rapport recourt à cet effet à l'indice «énergie et vitalité» (EVI), utilisé pour la première fois en 2012 dans le cadre de l'ESS (cf. annexe). Avec l'EVI, le sentiment d'avoir ou de ne pas avoir d'énergie et de la vitalité n'est pas mesuré uniquement sur la base de l'état physiologique, comme la fatigue ou l'existence d'une maladie somatique. Les facteurs

psychologiques tels que la capacité à s'enthousiasmer ou l'humeur en général exercent une influence bien plus grande (Ryan & Frederick, 1997).

L'EVI figure également dans le questionnaire de l'Enquête européenne par entretien sur la santé (EHIS), où il résulte des quatre questions ci-après sur le niveau de vitalité, d'énergie ou de fatigue d'un individu: «Pendant combien de temps, au cours des quatre dernières semaines, vous êtes-vous senti plein de vie?», «...plein d'énergie?», «...épuisé?», «...fatigué?». Les réponses sont ensuite classées dans les catégories de niveau d'énergie et de vitalité *faible, moyen et fort*.

En 2012, plus de trois quarts de la population suisse ont déclaré ressentir un niveau de vitalité et d'énergie élevé (59,5%) ou moyen (17,6%; G 2.1).¹⁴ À l'inverse, près de 23% des Suissesses et des Suisses ressentent souvent un manque d'énergie et de vitalité. Cet indicateur ayant été mesuré pour la première fois dans le cadre de l'ESS 2012, il est impossible de procéder à une comparaison dans le temps.

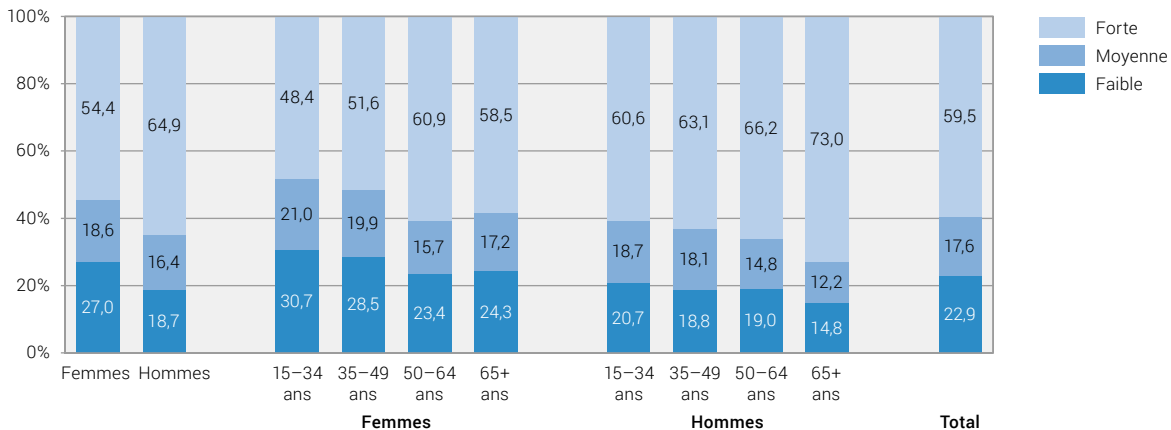
Les réponses fournies par la population suisse quant au niveau d'énergie et de vitalité révèlent un net écart entre les sexes: les femmes font plus souvent (27,0%) état d'un faible niveau d'énergie et de vitalité que les hommes (18,7%); les hommes sont dès lors plus nombreux (64,9%) que les femmes (54,4%) à afficher un niveau d'énergie et de vitalité élevé (G 2.1). On observe également un fort gradient d'âge: il est en effet intéressant de constater que ce se sont surtout les jeunes qui affirment manquer d'énergie et de vitalité, alors qu'avec l'âge les gens affichent plus souvent un bon niveau d'énergie et de vitalité. Tous groupes d'âge confondus, les hommes sont plus nombreux que les femmes à se sentir pleins d'énergie et de vitalité.

Une corrélation apparaît également entre le niveau de formation de la population suisse et le niveau d'énergie et de vitalité. Une grande vitalité est ainsi plus fréquente chez les personnes au bénéfice d'une formation du tertiaire (64,9%) que parmi les personnes sans formation post-obligatoire (51,4%). À l'inverse, un niveau de formation inférieur correspond plus souvent à un manque d'énergie et de vitalité. Des différences régionales sont également perceptibles (G 2.2): en Suisse centrale, orientale et du Nord-Ouest, où la proportion de personnes se disant pleines de vitalité et d'énergie est plus élevée que dans l'ensemble de la Suisse. La proportion de ces personnes est

¹⁴ Il convient de relever que l'ESS ne porte que sur des personnes vivant dans des ménages privés. Les personnes âgées, dont une partie vivent dans des établissements médico-sociaux, sont par exemple sous-représentées dans cette enquête.

Énergie et vitalité, selon le sexe et l'âge, 2012

G 2.1



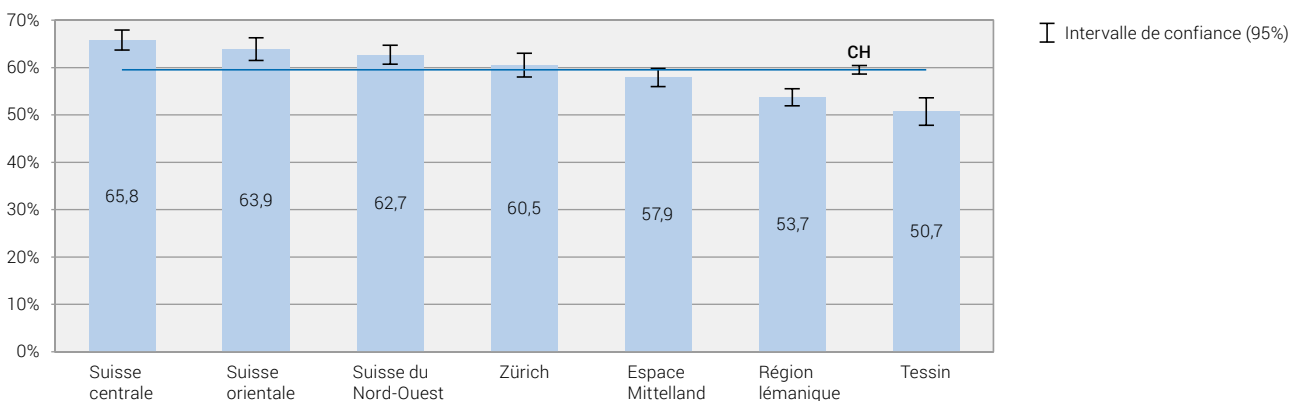
Femmes: n=10850, hommes: n=9795

Source: OFS – Enquête suisse sur la santé (ESS) 2012

© Obsan 2016

Forte énergie et vitalité, selon les régions, 2012

G 2.2



Suisse centrale: n=3349, Suisse orientale: n=2937, Suisse du Nord-Ouest: n=3002, Zurich: n=2135, Espace Mittelland: n=3993, Région lémanique n=3764, Tessin: n=1465

Source: OFS – Enquête suisse sur la santé (ESS) 2012

© Obsan 2016

nettement plus faible dans la région lémanique et au Tessin. Dans les différents cantons suisses, les valeurs vont de 71,3% (Uri) à 48,3% (Neuchâtel).

Différents facteurs peuvent influencer sur le niveau d'énergie et de vitalité d'un individu. Le graphique 2.3 illustre le lien entre énergie et vitalité et différents indicateurs de santé comme l'état de santé auto-évalué, le sentiment de maîtriser sa vie et le soutien social. L'état de santé auto-évalué est mesuré à l'aide de la question «Comment est votre santé en général?». Les réponses à cette question présentent une forte corrélation avec la mortalité et la morbidité (Bopp et al., 2012; Jylhä, 2009). L'état de santé auto-évalué reflète avant tout le bien-être physique et psychique ainsi que les attitudes en matière d'hygiène de vie¹⁵ des personnes interrogées (Jylhä, 2009). Deux tiers des Suissesses et

des Suisses qui s'estiment en (très) bonne santé font état d'un niveau élevé d'énergie et de vitalité. Lorsque l'état de santé est moyen à (très) mauvais, l'énergie et la vitalité sont également nettement plus faibles (30,0%).

Par ailleurs, les indicateurs *sentiment de maîtriser sa vie*¹⁶ et le *soutien social*¹⁷, décrits plus en détail dans les sous-chapitres 3.1 et 3.2, présentent le rapport suivant avec le niveau d'énergie et de vitalité (G 2.3): lorsque le sentiment de maîtriser sa vie est élevé, trois quarts des personnes interrogées font état d'un niveau élevé d'énergie et de vitalité. Lorsque, à l'inverse, ce sentiment est faible, la proportion des personnes se sentant pleines d'énergie et de vitalité n'est que de 33,8%. En outre, les personnes

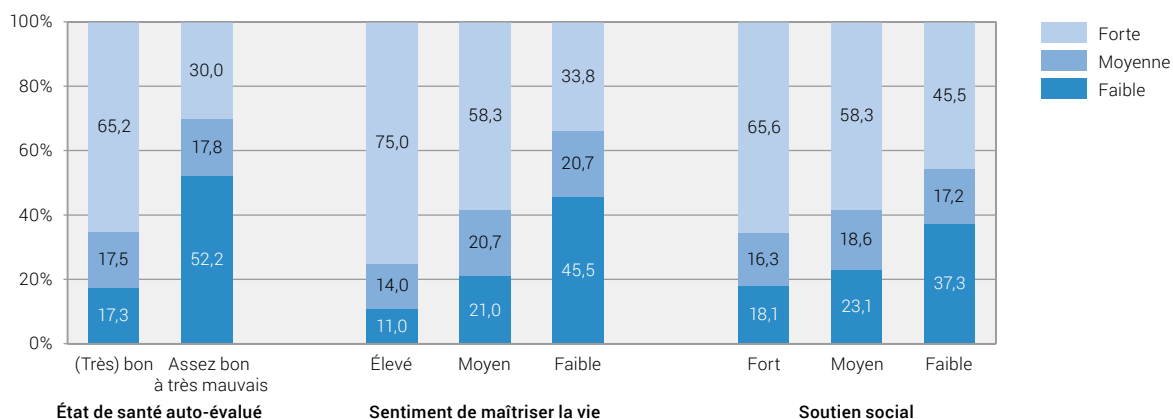
¹⁵ Les personnes qui se nourrissent moins sainement ou consomment du tabac jugent leur état de santé significativement plus mauvais que celles qui se nourrissent sainement et ne fument pas (Manor et al., 2001).

¹⁶ En bref, le fort sentiment de maîtriser sa vie est celui que ressent une personne persuadée de pouvoir décider librement de son existence.

¹⁷ En bref, le soutien social désigne ici l'aide sur laquelle une personne peut compter de la part de son entourage personnel.

Énergie et vitalité, selon l'état de santé auto-évalué, le sentiment de maîtriser la vie et le soutien social, 2012

G 2.3



État de santé auto-évalué: n=20627, Sentiment de maîtrise de la vie: n=17132, Soutien social: n=19764

Source: OFS – Enquête suisse sur la santé (ESS) 2012

© Obsan 2016

qui peuvent s'attendre à un soutien social moyen (58,3%) à fort (65,6%) bénéficient plus souvent d'un niveau élevé d'énergie et de vitalité que celles qui reçoivent un soutien moindre (45,5%).

En toute logique, le niveau d'énergie et de vitalité dépend également des indicateurs qui mesurent les problèmes psychiques (sous-chapitre 2.2) et la dépression et les états dépressifs (sous-chapitre 2.3). Parmi les personnes souffrant de graves problèmes psychiques, 5% seulement se sentent pleines d'énergie et de vitalité. De celles qui ne font état d'aucun ou de légers problèmes psychiques, plus de deux tiers (68,6%) se disent pleines d'énergie et de vitalité. Le schéma est identique pour l'indicateur dépression et états dépressifs: parmi les personnes souffrant de symptômes dépressifs (assez) graves, seuls 12,9% estiment avoir un niveau élevé d'énergie et de vitalité. En l'absence de symptômes ou lorsque les symptômes dépressifs sont minimales, 71,8% des personnes se déclarent toutefois pleines d'énergie et de vitalité.

2.2 Problèmes psychiques

Selon l'ESS 2012, 13% de la population suisse déclarent souffrir de problèmes psychiques moyens et 5% de problèmes psychiques importants. Les femmes se plaignent plus souvent de tels problèmes que les hommes et les personnes moins formées plus souvent que celles d'un niveau de formation élevé. Une comparaison régionale montre que c'est au Tessin et dans la région lémanique que les personnes interrogées sont les plus nombreuses à se dire confrontées à des 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. Ces derniers se distinguent des premiers par leur gravité et par leur fréquence ainsi que par la durée des symptômes et le degré de déficience qu'ils entraînent (Scharfetter, 2010).

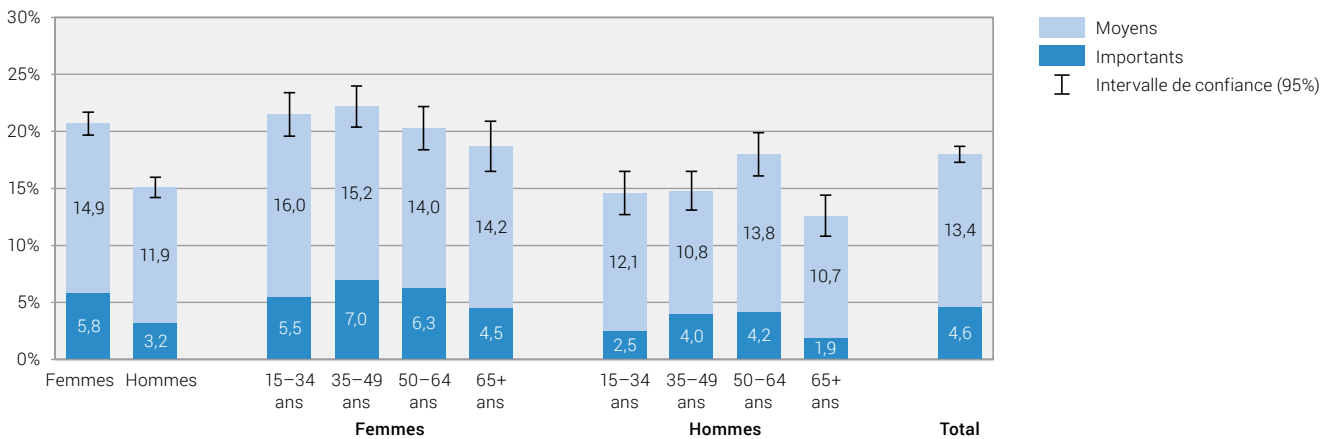
Dans l'ESS, les *problèmes psychiques* font l'objet d'une estimation fondée sur la fréquence de trois états émotionnels négatifs (nervosité; abattement ou mauvaise humeur; découragement ou déprime) et de deux états émotionnels positifs (calme ou sérénité; sentiment de bonheur) durant les quatre semaines écoulées (*Mental Health Inventory*, MHI-5; cf. annexe). Il est ainsi possible d'établir un indicateur de la probabilité de troubles anxieux ou dépressifs (OFS, 2010). La catégorisation – en problèmes *aucun/faibles*, *moyens* ou *importants* – ne correspond bien entendu pas à un diagnostic médical. Elle permet néanmoins d'identifier des groupes de personnes au sein de la population qui sont touchées par des problèmes psychiques d'une certaine gravité. Du point de vue clinique, le ressenti de problèmes psychiques moyens dénote une probabilité accrue de troubles psychiques et l'existence de tels troubles est très probable en cas de problèmes psychiques importants (OFS, 2008, 2013). Le MHI-5 a été utilisé pour la première fois pour mesurer les problèmes psychiques dans l'ESS 2007, de sorte qu'il est possible de considérer l'évolution entre 2007 et 2012.

En 2012, 13,4% des personnes vivant en Suisse ont indiqué souffrir de problèmes psychiques moyens et 4,6% de problèmes psychiques importants (G 2.4). Aucune évolution notable n'a été enregistrée depuis 2007: cette année-là, 12,8% de la population ont déclaré avoir des problèmes psychiques moyens et 4,3% des problèmes psychiques importants.

En 2007, toute comme en 2012, les femmes (20,7%) ont fait nettement plus souvent état de problèmes psychiques moyens ou importants que les hommes (15,1%). Parmi les femmes, celles âgées de 35 à 49 ans (22,2%) sont les plus concernées (différences non significatives avec les autres classes d'âge). Chez les hommes, ce sont ceux âgés de 50 à 64 ans (18,0%). Dans toutes les classes d'âge, à l'exception de celles des 50 à 64 ans, les femmes apparaissent presque 1,5 fois plus touchées par des problèmes psychiques (moyens à importants) que les hommes. L'écart entre les sexes est le plus grand chez les personnes de 35 à 49 ans. Chez celles de 50 à 64 ans il n'y a pas de différence significative entre femmes et hommes.

Problèmes psychiques, selon le sexe et l'âge, 2012

G 2.4



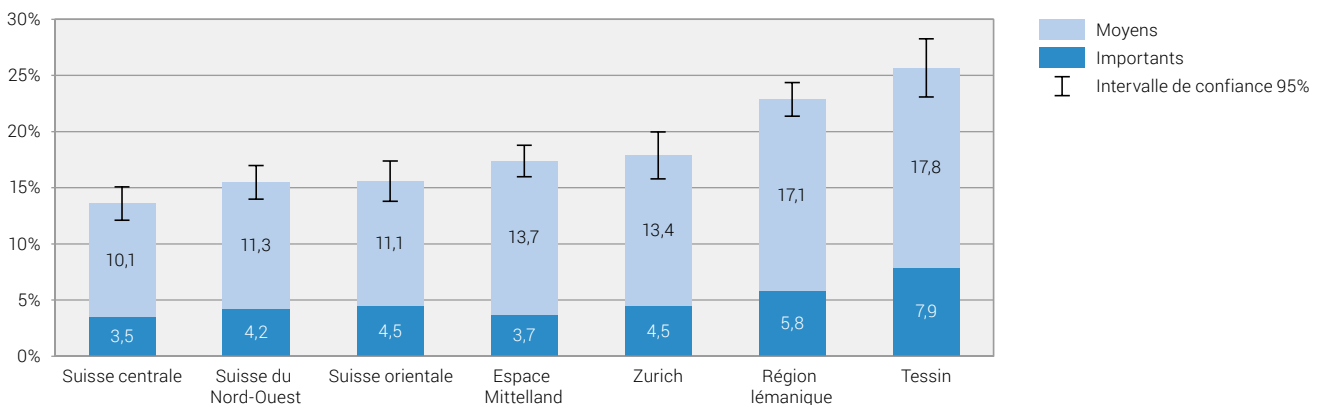
Les intervalles de confiance se réfèrent aux catégories cumulées des problèmes psychiques *moyens + importants*.
n=20652

Source: OFS – Enquête suisse sur la santé (ESS) 2012

© Obsan 2016

Problèmes psychiques, selon les régions, 2012

G 2.5



Les intervalles de confiance se réfèrent aux catégories cumulées des problèmes psychiques *moyens + importants*.

Suisse centrale: n=3356, Suisse du Nord-Ouest: n=3010, Suisse orientale: n=2949, Espace Mittelland: n=3991, Zurich: n=2138, Région lémanique: n=3747, Tessin: n=1461

Source: OFS – Enquête suisse sur la santé (ESS) 2012

© Obsan 2016

L'ampleur des problèmes psychiques dépend elle aussi du niveau de formation des personnes interrogées. Ces problèmes sont moins fréquents lorsque la formation est poussée: 25,1% des personnes n'ayant achevé que l'école obligatoire font état de problèmes psychiques moyens à importants, alors que la proportion est de 18,2% parmi les personnes ayant achevé une formation du degré secondaire II et de 13,6% parmi celles ayant suivi une formation du degré tertiaire.

L'analyse régionale des données montre que les habitants du canton du Tessin (25,7%) et de la région lémanique (22,9%) sont proportionnellement plus nombreux à éprouver des problèmes psychiques, la proportion des personnes souffrant de problèmes psychiques importants tendant à être plus élevée (7,9%) au Tessin que dans la région lémanique (5,8%; G 2.5). C'est en Suisse centrale que les problèmes psychiques sont les moins fréquents (13,6%), les parts enregistrées en Suisse centrale ne différant toutefois pas de manière significative des résultats mesurés en Suisse orientale et en Suisse du Nord-Ouest. Rien ne permet de savoir dans quelle mesure les écarts régionaux pourraient s'expliquer par des différences linguistiques ou culturelles par exemple.

2.3 Dépression et états dépressifs

Près de 30% de la population font état de symptômes dépressifs. Les symptômes faibles sont plus répandus chez les femmes que chez les hommes, alors que la part des symptômes moyens à sévères est comparable dans les deux sexes. Ces états dépressifs subjectifs diminuent avec l'âge et le niveau de formation. Pour ce qui est des différences régionales, ce sont les personnes interrogées dans la région lémanique et dans le canton du Tessin qui déclarent souffrir le plus souvent de symptômes dépressifs.

Les dépressions sont des troubles psychiques très fréquents, qui sont associés à des souffrances importantes, générant des handicaps considérables dans la vie quotidienne, sociale et professionnelle et qui induisent des coûts socio-économiques élevés. Les troubles dépressifs touchent une personne sur cinq au cours de sa vie. Ils débutent en moyenne à l'âge de 30 ans, soit bien avant les maladies physiques, et présentent en général un caractère récidivant ou chronique. De plus, les dépressions sont souvent associées à d'autres maladies, tant psychiques que physiques (cf. sous-chapitre 2.4).

Les états dépressifs et les dépressions¹⁸ peuvent s'avérer limitatifs, même sous une forme légère (Baer et al., 2013). Ils passent par ailleurs pour être la cause fréquente de retraites anticipées et d'arrêts de travail pour cause de maladie (Stamm & Salize, 2006); cf. sous-chapitre 5.1). Avec 2,5 cas pour 1000 habitants, la dépression est le diagnostic psychiatrique le plus souvent traité dans les hôpitaux et elle représente aussi la majeure partie des jours d'hospitalisation. Les dépressions comptent en outre parmi les maladies qui engendrent la plus grande charge de morbidité (cf. 1.2.1).

Les résultats présentés ci-après sur la dépression au sein de la population suisse proviennent des données de l'ESS 2012. Dans les enquêtes de 2002 et de 2007, le relevé des états dépressifs a utilisé le *Depression Screening Questionnaire* (DSQ-10, également appelé «échelle de Wittchen»; (Schuler & Burla, 2012; Schuler et al., 2007). En 2012, ce questionnaire a été remplacé par le *Brief Patient Health Questionnaire* (PHQ-9), car celui-ci est plus répandu au niveau international et que sa validité et sa fiabilité sont reconnues (Rüesch et al., 2011).

Le PHQ-9 est un outil qui comprend neuf questions sur la fréquence d'effets limitatifs dus à des symptômes dépressifs au cours des deux semaines précédant l'enquête (cf. annexe).¹⁹ À partir de là, on calcule un indicateur de l'état dépressif dont le degré de gravité est ensuite classé dans quatre catégories: symptômes *absents/minimaux*, *faibles*, *moyens* et (*plutôt*)

sévères (Kroenke et al., 2001; Löwe & Spitzer, 2001). En cas de symptômes (*plutôt*) *sévères*, il est très probable que la personne concernée souffre d'une dépression pouvant faire l'objet d'un diagnostic au sens d'une *Major Depression* (selon DSM-IV) ou d'un épisode dépressif (selon la CIM-10). Bien que le PHQ-9 soit une échelle fondée sur la pratique clinique pour identifier des dépressions, l'interprétation des résultats doit tenir compte du fait que ceux-ci reposent sur des symptômes ou des impressions rapportés par les personnes interrogées et pas sur un diagnostic médical.

Les analyses des données issues de l'ESS 2012 montrent que près de 30% des personnes interrogées font état de symptômes dépressifs (G 2.6). Il s'agit de symptômes (*plutôt*) *sévères* dans près de 2% des cas, moyens dans 5,6% des cas et faibles dans 22,2% des cas. Il convient de souligner ici que la fréquence des symptômes, en particulier des symptômes plus sévères, pourrait être sous-estimée, car l'enquête n'inclut pas les personnes vivant en institution. De plus, les personnes souffrant de dépression sévère peuvent éprouver des difficultés à remplir le questionnaire ou à participer à un entretien téléphonique.

Les femmes estiment en général plus souvent (31,8%) souffrir de symptômes dépressifs que les hommes (25,5%; G 2.6). Si l'on distingue les personnes touchées en fonction du degré de gravité, un écart significatif entre les sexes (24,7% contre 19,7%) n'apparaît que pour les symptômes dépressifs faibles. Il n'y a pas de différences significatives entre femmes et hommes concernant la fréquence des symptômes moyens à sévères.

Avec l'âge, l'état dépressif ressenti par les personnes interrogées tend à diminuer (G 2.6). Selon l'ESS 2012, ce sont les personnes âgées de 15 à 35 ans qui font le plus souvent état de symptômes dépressifs (36,0%) et les personnes âgées de 65 ans et plus qui sont les moins nombreuses à en ressentir (19,6%). Cette diminution des symptômes avec l'âge intervient dans les trois catégories de gravité des états dépressifs.

En 2012, les écarts dans la prévalence d'états dépressifs en fonction des groupes d'âge diffèrent quelque peu par rapport aux années précédentes. Les deux rapports précédents du monitoring de l'Obsan décrivent ainsi une prévalence plus élevée des symptômes dépressifs *faibles* parmi les personnes âgées et une prévalence constante des symptômes *moyens à sévères* (Schuler & Burla, 2012; Schuler et al., 2007). Ces différences du gradient d'âge dans les résultats de 2012 par rapport à ceux de 2007 et de 2002 pourraient s'expliquer par le contenu ou la méthodologie de l'enquête.

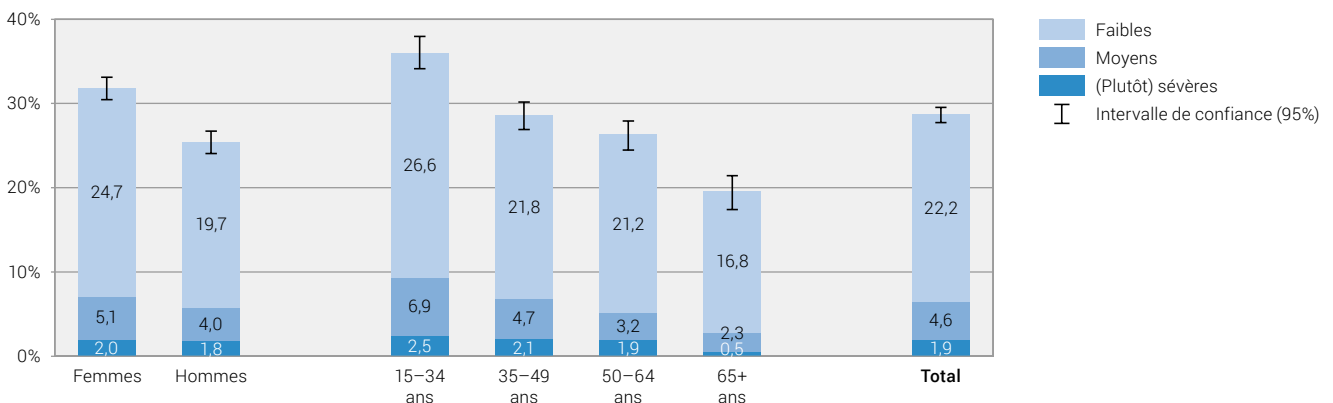
Mentionnons notamment les différences dans la formulation des questions lors des trois dernières éditions de l'ESS: de prime abord, les questions du PHQ-9 (ESS 2012) et celles du DSQ-10 (ESS 2002/2007) paraissent certes très similaires; leur contenu n'en diffère pas moins. L'une des questions du DSQ-10 porte ainsi uniquement sur une *inappétence* ou une *perte de poids*. Dans le PHQ-9, cette question mentionne en plus le *besoin excessif de nourriture*. Contrairement au DSQ-10, le PHQ-9 permet ainsi d'identifier également les formes de dépression dites «atypiques» (Angst et al., 2006; Angst et al., 2002), qui se manifestent notamment par un appétit excessif et par une forte prise de poids. L'apparition fréquente, et connue, de ces troubles à un âge relativement jeune pourrait expliquer

¹⁸ L'expression «états dépressifs» sert ici à désigner des indicateurs subjectifs correspondant à une humeur dépressive, dont on ignore s'ils remplissent les critères diagnostiques d'une dépression. Le terme «dépression» est utilisé dans le contexte d'une dépression diagnostiquée au plan clinique.

¹⁹ Les questions couvrent les neuf critères d'une dépression grave selon le DSM-IV: indifférence; abattement, mélancolie, désespoir; troubles du sommeil; fatigue, manque d'énergie; inappétence ou appétit excessif; mauvaise opinion de soi-même, sentiment d'échec; difficultés de concentration; lenteur d'élocution ou de locomotion ou agitation constante; idées noires ou suicidaires.

Symptômes dépressifs, selon le sexe et l'âge, 2012

G 2.6



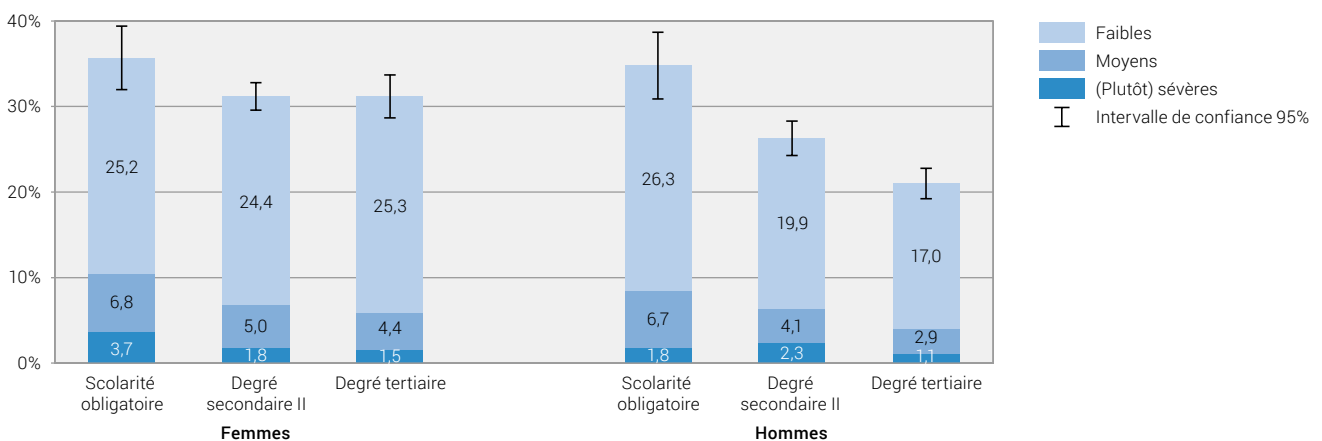
Les intervalles de confiance se réfèrent aux catégories cumulées des symptômes dépressifs faibles + moyens + (plutôt) sévères.
n=16 980

Source: OFS – Enquête suisse sur la santé (ESS) 2012

© Obsan 2016

Symptômes dépressifs, selon le sexe et la formation, 2012

G 2.7



Les intervalles de confiance se réfèrent aux catégories cumulées des symptômes dépressifs faibles + moyens + (plutôt) sévères.
Femmes: n=8 809, hommes: n=8 137

Source: OFS – Enquête suisse sur la santé (ESS) 2012

© Obsan 2016

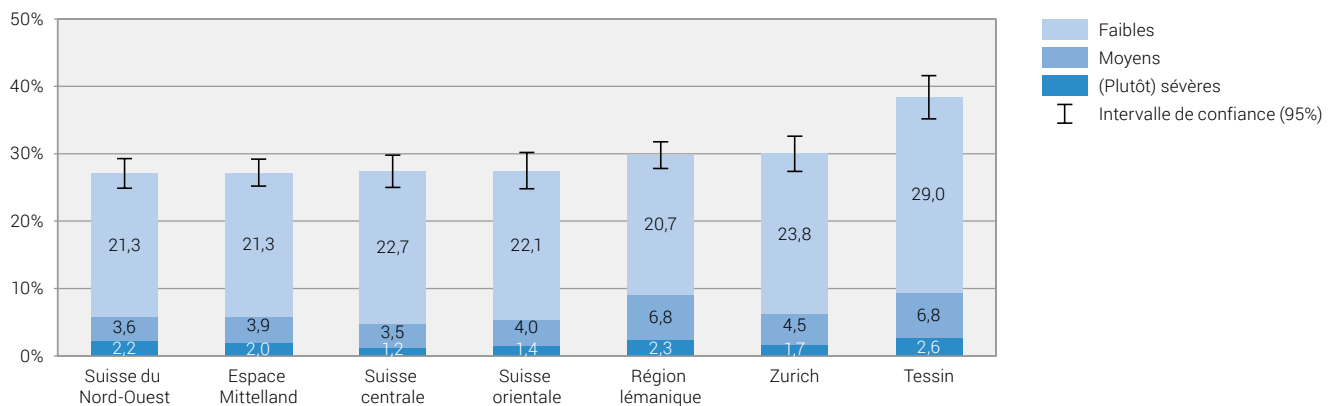
en partie la proportion relativement élevée, par rapport aux enquêtes précédentes réalisées avec le DSQ-10, des symptômes dépressifs parmi les personnes de 15 à 34 ans.

Une autre différence entre les deux outils utilisés pour l'enquête réside dans une éventuelle baisse de la libido des personnes interrogées. Alors que la phrase correspondante figurait encore dans le DSQ-10 (ESS 2002/2007), le PHQ-9 ne la pose plus (ESS 2012). Les années précédentes, l'absence de réponse à cette question du DSQ-10 a engendré à chaque fois bon nombre de valeurs manquantes. Ces valeurs manquantes ont surtout pesé parmi les personnes de 65 ans et plus et ont peut-être conduit à sous-estimer la prévalence des états dépressifs parmi la population âgée (Rüesch et al., 2011).

Si l'on considère enfin la prévalence d'états dépressifs en fonction du niveau de formation, on observe un gradient éducatif marqué: plus le niveau de formation des personnes interrogées est élevé, moins elles souffrent de symptômes dépressifs. En tenant compte, de plus, du degré de gravité des symptômes et du sexe, le gradient éducatif apparaît toujours chez les hommes. Parmi les femmes, au contraire, un écart significatif entre les personnes ayant achevé l'école obligatoire et celles dont le niveau de formation est plus élevé n'apparaît que lors de symptômes dépressifs (plutôt) sévères (G 2.7). Dans le cas de symptômes faibles à moyens, les écarts entre les niveaux de formation demeurent toutefois non significatifs.

Symptômes dépressifs, selon les régions, 2012

G 2.8



Les intervalles de confiance se réfèrent aux catégories cumulées des symptômes dépressifs *faibles + moyens + (plutôt) sévères*.

Suisse du Nord-Ouest: n=2458, Espace Mittelland: n=3295, Suisse centrale: n=2789, Suisse orientale: n=2452, Région lémanique: n=2998, Zurich: n=1 803, Tessin: n=1 185

Source: OFS – Enquête suisse sur la santé (ESS) 2012

© Obsan 2016

Comme pour les indicateurs de l'énergie et de la vitalité ainsi que des problèmes psychiques en 2012, la comparaison régionale montre que les symptômes dépressifs faibles, moyens ou sévères ont le plus souvent été mentionnés dans le canton du Tessin. Du point de vue statistique, aucun écart significatif n'apparaît entre les autres régions (G 2.8). La situation singulière du canton du Tessin repose en particulier sur une prévalence plus élevée de symptômes dépressifs faibles et moyens. Pour ce qui est des symptômes dépressifs (plutôt) sévères, un écart significatif existe uniquement entre le Tessin et la Suisse centrale.

2.4 Comorbidité

Des proportions élevées de personnes ayant des problèmes psychiques graves (71%) ou des symptômes dépressifs sévères (73%) souffrent également d'importants troubles physiques. Les femmes déclarent tendanciellement plus souvent souffrir aussi bien de problèmes psychiques graves que de troubles physiques importants (différence non significative). Lorsqu'une affection physique chronique limite fortement les activités quotidiennes, elle accroît encore sensiblement les problèmes psychiques.

La comorbidité désigne l'existence de plus d'un trouble de santé spécifique et pouvant être diagnostiqué chez une personne au cours d'une période déterminée (Burke et al., 1990). En cas de troubles psychiques, les diagnostics doubles et multiples sont particulièrement fréquents. Dans leur étude réalisée aux États-Unis, Kessler et al. (2005a) ont ainsi constaté, chez 45% des malades psychiques, au moins un autre trouble psychique, c'est-à-dire un trouble psychique *comorbide* (comorbidité sur 12 mois). Ces résultats recourent par exemple ceux de la Bundes-Gesundheitssurvey (GHS-MHS), menée en Allemagne. Dans ce pays, Jacobi, Wittchen et al. (2004a) ont relevé, selon les troubles psychiques, des taux de comorbidité pouvant aller de 44 à 94%.

Plusieurs autres études épidémiologiques²⁰ portant sur les troubles psychiques situent entre 42 et 60% le taux de comorbidité sur la durée de vie (Tholen, 2006). Les diagnostics les plus fréquents sont des combinaisons de trois types de troubles: «troubles affectifs», «problèmes d'anxiété» et «consommation de substances».

On observe par ailleurs (Härter et al., 2007; Klesse et al., 2008) que les troubles psychiques (ou leurs combinaisons) s'accompagnent aussi très souvent de maladies somatiques (chroniques): la part de la population atteinte de maladies psychiques en même temps que d'une maladie somatique a été estimée à 45% environ (Lobo et al., 2005; Thiel et al., 1998). Selon Knol et al. (2006), le risque de diabète est par exemple de 37% plus élevé chez les adultes souffrant de dépression.

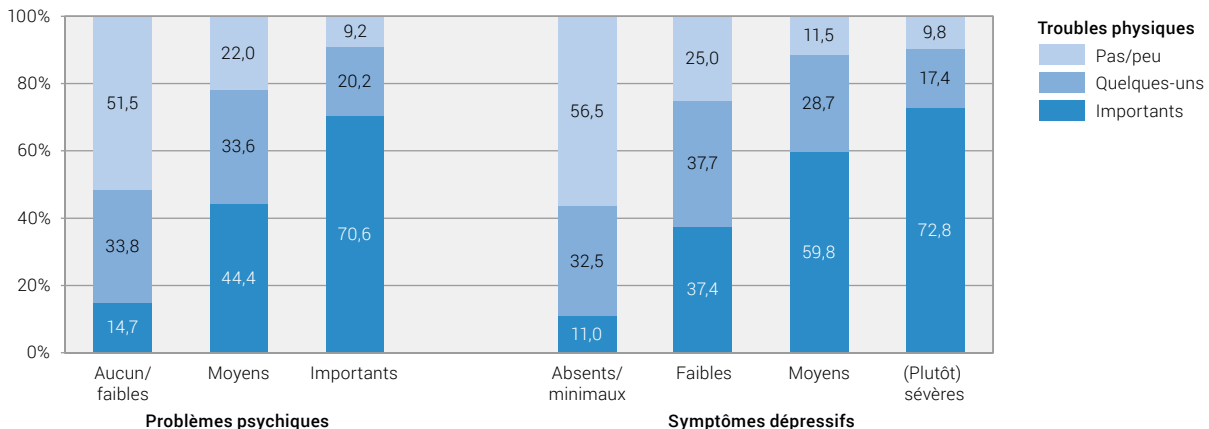
Le même lien de cause à effet peut naturellement aussi être observé dans le sens inverse: des patients atteints par exemple d'un cancer, du VIH ou du sida, du diabète ou ayant fait un infarctus du myocarde ou une attaque, sont davantage exposés à un risque de dépression (Anderson et al., 2001; OMS Europe, 2006; WHO, 2003). 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.

Pour la prévention et le traitement, il est crucial de savoir s'il existe des comorbidités, quel est leur type et où elles se situent. De même, il est essentiel de connaître les pathologies qu'il convient de ne pas considérer isolément. Il importe également d'identifier assez tôt les états de comorbidité et de les prendre en charge de manière adéquate. Comparés aux diagnostics «isolés», ceux de comorbidité ou de multimorbidité entraînent en général une multitude de conséquences négatives: gravité et durée accrues de la maladie, succès moindre de la thérapie, limitations

²⁰ 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 Sao Paulo (ECA-SP).

Troubles physiques, selon les problèmes psychiques et les symptômes dépressifs, 2012

G 2.9



Problèmes psychiques: n=17 319, Symptômes dépressifs: n=16 175

Source: OFS – Enquête suisse sur la santé (ESS) 2012

© Obsan 2016

psychosociales et professionnelles plus nombreuses, mise à contribution inappropriée du système de santé et davantage de tentatives de suicide (Baer & Cahn, 2009).

Les résultats présentés ci-après proviennent à nouveau de l'ESS 2012 et mettent l'accent sur le rapport entre problèmes psychiques ou états dépressifs et les troubles physiques ou maladies somatiques chroniques concomitantes. Pour connaître l'ampleur de ces troubles physiologiques, l'ESS 2012 a construit des indices sur la base de questions concernant 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 et les douleurs dans la poitrine (cf. annexe).

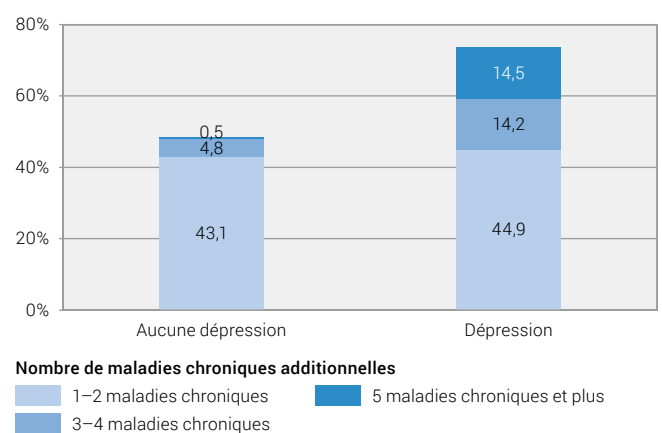
Comme on s'y attendait, une bonne santé psychique coïncide le plus souvent avec l'absence de troubles physiques ou uniquement avec des troubles légers, tandis qu'une moins bonne santé psychique s'accompagne en général de troubles physiques plus prononcés. Lorsque les problèmes psychiques sont absents ou faibles ou qu'aucun symptôme dépressif n'est présent, on observe des troubles physiques importants chez respectivement 14,7% et 11,0% des personnes interrogées (G 2.9). Lorsque les problèmes psychiques sont importants ou que les symptômes dépressifs sont sévères, plus de 70% des personnes interrogées souffrent également de troubles physiques importants. À l'inverse, seulement 10% des personnes éprouvant des problèmes psychiques importants ou très dépressives déclarent n'avoir que peu, voire pas du tout, de troubles physiques.

Selon l'ESS 2012, les femmes tendent à se plaindre plus souvent que les hommes (73,4% contre 65,4%) de l'existence concomitante de problèmes psychiques graves et de troubles physiques importants. Parmi les personnes souffrant de problèmes psychiques graves, la classe des 50 à 64 ans tend à constituer la plus forte proportion des personnes qui éprouvent simultanément des troubles physiques importants (76,2%). Aucun écart significatif n'existe toutefois entre les classes d'âge.

Le graphique 2.10 illustre la relation entre la dépression et le nombre de maladies chroniques supplémentaires (cf. annexe): il apparaît que les personnes ayant souffert d'une dépression au cours des douze mois précédant l'enquête font nettement plus souvent état de trois ou de plusieurs maladies chroniques supplémentaires que celles n'ayant pas fait de dépression.

Dépression, selon le nombre de maladies chroniques additionnelles, 2012

G 2.10



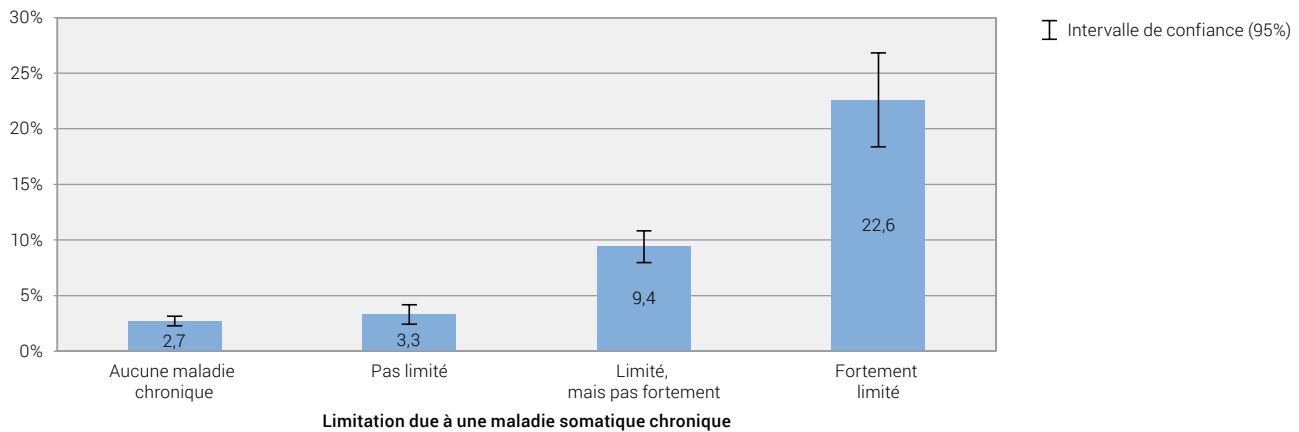
Aucune dépression: n=17 199, dépression: n=1 158

Source: OFS – Enquête suisse sur la santé (ESS) 2012

© Obsan 2016

Problèmes psychiques importants, selon l'ampleur de la limitation due à une maladie somatique chronique, 2012

G 2.11



Aucune maladie chronique: n=12253; pas limité: n=2777; limité, mais pas fortement: n=2504; fortement limité: n=611

Source: OFS – Enquête suisse sur la santé (ESS) 2012

© Obsan 2016

Les maladies somatiques chroniques peuvent réduire sensiblement la qualité de vie des personnes concernées et entraîner ensuite des problèmes psychiques. Les résultats de l'ESS permettent de conclure que les problèmes psychiques sont nettement accrus lorsque la maladie somatique chronique limite les activités quotidiennes. Parmi les malades chroniques très limités dans leurs activités quotidiennes, 22,6% déclarent aussi éprouver des problèmes psychiques graves (G 2.11). À l'inverse, parmi les personnes qui ne souffrent d'aucune maladie chronique ou qui ne se sentent pas limitées, seuls 2,7% et, respectivement, 2,7% déclarent éprouver des problèmes psychiques importants.

3 Facteurs de protection et facteurs de risque

Toutes les formes de stress, qu'il soit de nature physique, psychique ou sociale, peuvent constituer des facteurs de risque en ce qui concerne les maladies physiques ou psychiques. Les modèles dits «de ressources contre le stress» partent du principe que la maîtrise du stress dépend des ressources dont disposent les personnes concernées (Hurrelmann, 2002). En permettant de mieux gérer le stress, ces ressources, également appelées «facteurs de protection», peuvent atténuer ou prévenir les effets de ce dernier. Certains facteurs de protection peuvent aussi exercer un effet direct sur la santé et amener une personne concernée à ne même pas être 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. Distinguer facteurs de protection et facteurs de risque s'avère cependant difficile et suscite des controverses scientifiques. On admet parfois qu'un certain facteur, ou l'absence de ce facteur, peut agir soit comme facteur de risque soit comme facteur de protection en fonction de son empreinte et des prédispositions individuelles. Le présent chapitre décrit dès lors quelques facteurs pouvant avoir un effet positif ou négatif sur la santé psychique. Il n'opère toutefois pas une distinction stricte entre facteurs de protection et facteurs de risque. Les facteurs décrits plus en détail ci-après sont le *sentiment de maîtriser sa vie* (3.1), le *soutien social* (3.2) et la *solidité* (3.3).

3.1 Sentiment de maîtriser la vie

Le sentiment de maîtriser la vie est marqué (moyen à élevé) pour environ 40% et faible pour quelque 20% de la population suisse, ces chiffres étant demeurés stables au cours des 20 dernières années. Chez les hommes, ce sentiment est plus souvent marqué et plus rarement faible que chez les femmes. Passé l'âge de la retraite, la part des personnes qui ont le sentiment de maîtriser leur vie augmente. Un lien évident existe entre ce sentiment et les problèmes psychiques.

Le sentiment de maîtriser la vie, dans sa conception, repose sur la théorie dite de «l'apprentissage social» mise au point par Rotter (1966). Avec ce concept, l'auteur désigne l'appréciation subjective d'une personne quant à l'influence qu'elle est en mesure d'exercer sur sa propre vie. Les personnes chez qui ce sentiment est fort sont convaincues de pouvoir déterminer de manière autonome le cours de leur propre existence. Celles chez qui ce sentiment est au contraire faible considèrent que leur vie est principalement conditionnée par des facteurs externes, comme le hasard, la destinée ou d'autres personnes, si bien qu'elles jugent leur propre influence comme mineure.

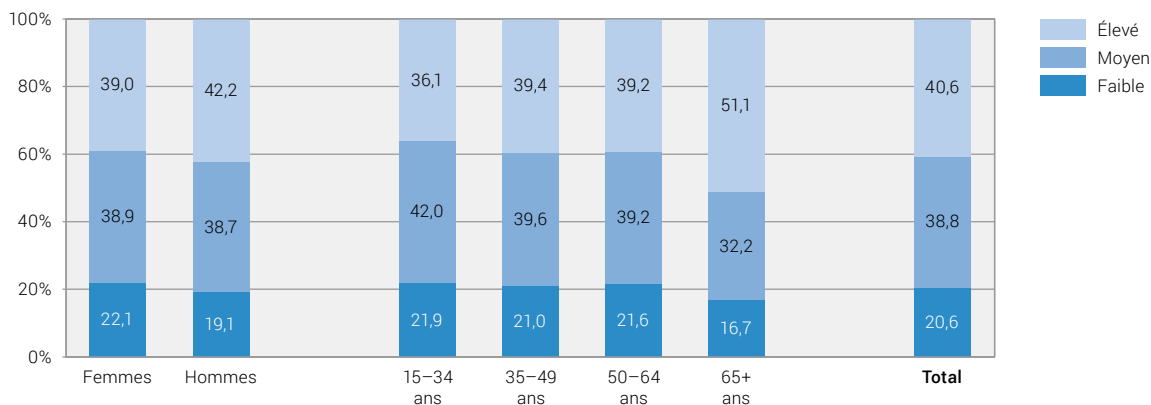
Des études empiriques ont montré qu'un fort sentiment de maîtrise de sa propre vie est lié à un meilleur état de santé en général, à une plus grande satisfaction dans la vie et à une meilleure gestion du stress. À l'inverse, le sentiment de peu maîtriser sa vie est plutôt lié à une activité réduite, à l'impuissance apprise, à la dépression (ou à des états dépressifs) et au désespoir (Deci, 1975; Seligman, 1975).

Selon les données de l'ESS 2012 (cf. annexe), un cinquième (20,6%) de la population suisse ressent un *faible* sentiment de maîtriser sa vie, tandis que ce sentiment est *moyen* (38,8%) ou *élevé* (40,6%) chez les quatre cinquièmes restants (G 3.1). Dans l'ensemble, le sentiment de maîtriser sa vie est plus souvent élevé et plus rarement faible chez les hommes que parmi les femmes. C'est également le cas pour les personnes à la retraite: les personnes de 65 ans et plus font nettement plus souvent état d'un sentiment élevé de maîtriser leur vie (51,1%) que des personnes plus jeunes et sont nettement moins nombreuses que ces dernières à ressentir faiblement cette maîtrise (16,7%). Aucun écart similaire n'apparaît entre les classes d'âge de moins de 65 ans. Avec l'âge, le sentiment de maîtriser sa vie suit une évolution comparable chez les femmes et chez les hommes, le sentiment faible de maîtriser sa vie reculant toutefois nettement moins chez les femmes de 65 ans et plus que chez les hommes. Tous groupes d'âge confondus, le sentiment de maîtriser sa vie est davantage l'apanage des hommes que des femmes.

La répartition des personnes selon le sentiment de maîtriser sa vie faible, moyen ou élevé est restée relativement stable depuis l'ESS 1992. En 1997, la proportion des personnes interrogées ayant fait état d'un faible sentiment de maîtriser leur vie était par contre plus grande et celle des personnes ayant indiqué avoir un sentiment élevé de maîtriser leur vie plus faible que les autres années.

Le graphique 3.2 illustre le rapport qui existe entre le sentiment de maîtriser sa vie et les problèmes psychiques, ainsi que le rapport inverse. Le graphique à gauche révèle que 70,2% des personnes souffrant de graves problèmes psychiques font également état d'un faible sentiment de maîtriser leur vie, tandis que «seulement» 14,1% des personnes interrogées ont un faible sentiment de maîtriser leur vie alors qu'elles n'éprouvent aucun ou de faibles problèmes psychiques. Si l'on considère le rapport inverse (graphique à droite), 13,8% des personnes ayant un faible sentiment de maîtriser leur vie ont également de graves problèmes psychiques. Parmi les personnes chez qui le sentiment

Sentiment de maîtriser la vie, selon le sexe et l'âge, 2012

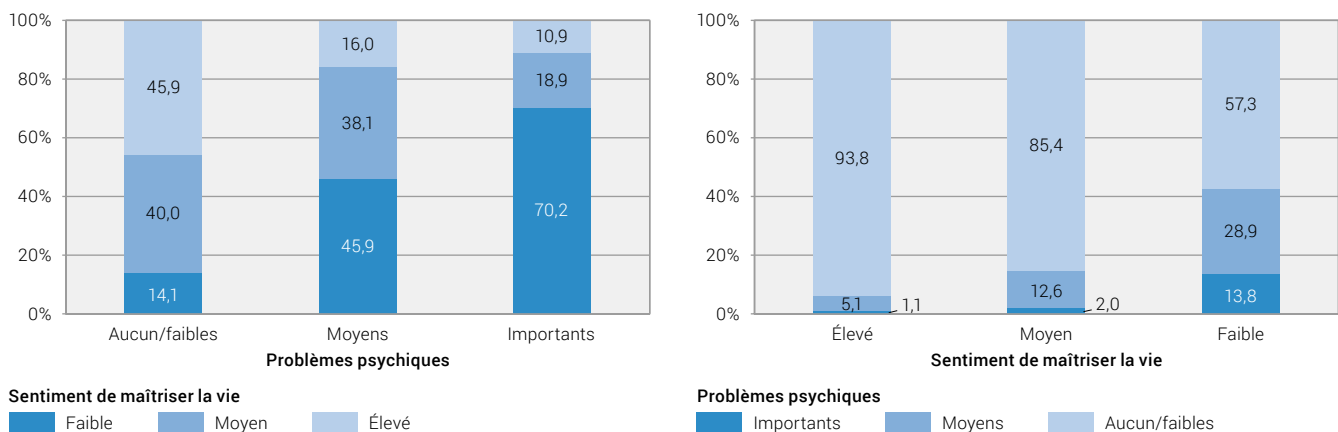
G 3.1


n=17267

Source: OFS – Enquête suisse sur la santé (ESS) 2012

© Obsan 2016

Sentiment de maîtriser la vie, selon les problèmes psychiques ainsi que problèmes psychiques, selon le sentiment de maîtriser la vie, 2012

G 3.2


n=17130

Source: OFS – Enquête suisse sur la santé (ESS) 2012

© Obsan 2016

de maîtriser leur vie est fort, seulement 1,1% font état de problèmes psychiques graves. Le graphique 3.2 montre donc clairement qu'il existe un rapport de cause à effet entre le sentiment de maîtriser sa vie et les problèmes psychiques et que ce rapport fonctionne dans les deux sens.

3.2 Soutien social

Près de 40% de la population suisse bénéficient d'un soutien social fort, alors que 12% font état d'un soutien faible. Plus les personnes sont âgées et plus leur niveau de formation est faible, plus elles sont nombreuses à recevoir un soutien social faible. On observe par ailleurs un net rapport de cause à effet entre soutien social et problèmes psychiques.

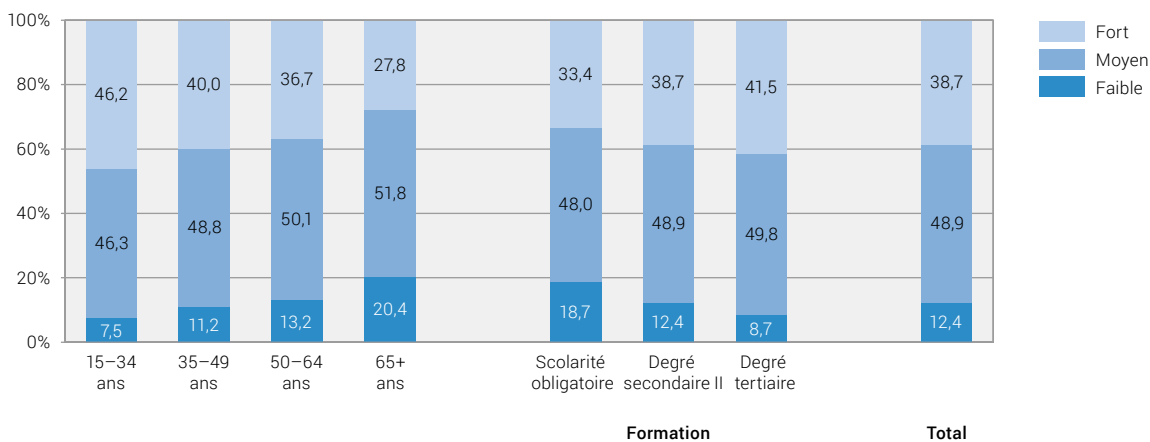
Pour le bien-être et la santé, tant psychiques que physiques, il est primordial d'avoir des contacts sociaux, de se lier à d'autres personnes et de ressentir leur soutien. Les ressources sociales, tel que le soutien social, exercent une influence considérable sur la mortalité, c'est-à-dire sur l'espérance de vie, de même que sur le risque de maladie, les chances de guérison et la durée de celle-ci (Bachmann, 2014). Le soutien social et l'intégration sociale diminuent par exemple les risques de maladies cardio-vasculaires, de cancers et de maladies infectieuses. L'absence de soutien social figure parmi les facteurs de risque pour la santé, au même titre que le tabagisme, le surpoids ou le manque d'activité physique. Un manque de soutien peut élever le taux d'adrénaline, 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, d'une part, un effet direct sur le bien-être et qu'il joue, d'autre part, un rôle d'«amortisseur» lorsqu'une personne est confrontée à des problèmes accrus (Turner & Turner, 1999).

L'ESS 2012 a utilisé pour la première fois l'«échelle d'Oslo» (Brevik & Dalgard, 1996) pour mesurer le soutien social (cf. annexe). À partir des questions portant sur le nombre de personnes proches, la participation d'autres personnes à la vie des personnes interrogées et la disponibilité d'aide dans le voisinage, on construit un indice dont la valeur peut être classée dans trois catégories: soutien social *faible*, *moyen* et *fort*.

En 2012, 38,7% de la population suisse ont déclaré éprouver un soutien social *fort* dans leur vie (G 3.3); 48,9% évoquent un soutien social *moyen* et 12,4% un soutien social *faible*. Aucune différence n'a pu être identifiée entre femmes et hommes. Avec l'âge, le soutien social fort devient plus rare et le soutien faible plus fréquent. Parmi les 15 à 34 ans, 7,5% font état d'un soutien social faible, alors que cette proportion atteint un cinquième (20,4%) parmi les personnes de 65 ans et plus. Un rapport également marqué apparaît pour la formation: plus le niveau de formation est élevé plus le soutien social fort est fréquent et le soutien faible rare.

Soutien social, selon l'âge et la formation, 2012

G 3.3



n=19921

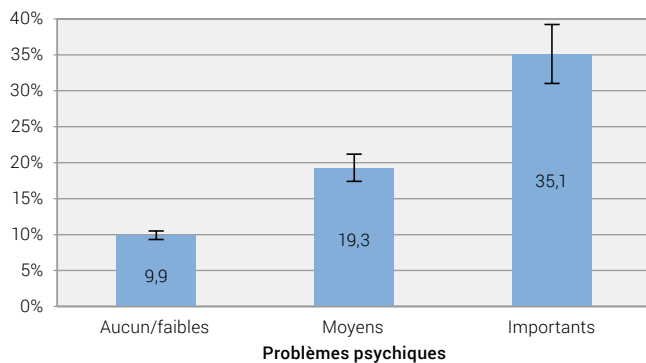
Source: OFS – Enquête suisse sur la santé (ESS) 2012

© Obsan 2016

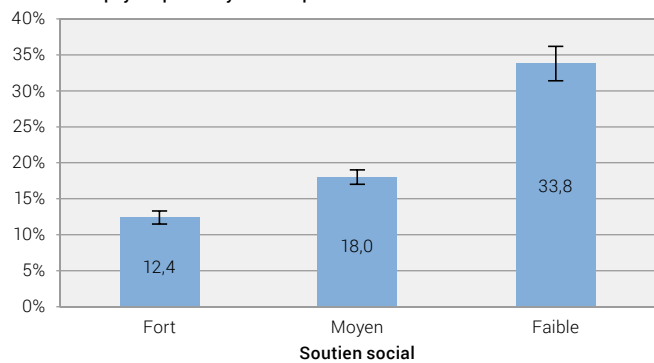
Soutien social faible, selon les problèmes psychiques ainsi que problèmes psychiques moyens à importants, selon le soutien social, 2012

G 3.4

Soutien social faible



Problèmes psychiques moyens à importants



┆ Intervalle de confiance (95%)

n=19764

Source: OFS – Enquête suisse sur la santé (ESS) 2012

© Obsan 2016

Le rapport entre problèmes psychiques et soutien social est clair. Parmi les personnes éprouvant de faibles problèmes psychiques, 9,9% «seulement» bénéficient d'un soutien social faible. Lorsque les problèmes psychiques sont plus graves, plus d'un tiers des personnes interrogées (35,1%) ressentent un faible soutien social (G 3.4). Ce rapport fonctionne également dans le sens inverse: parmi les personnes qui se sentent socialement peu soutenues, 33,8% font état de problèmes psychiques moyens à graves. Parmi celles qui ressentent un fort soutien social, 12,5% éprouvent des problèmes psychiques moyens à graves.

3.3 Solitude

Un peu plus d'un tiers (36%) des personnes interrogées en 2012 ont indiqué se sentir parfois à très souvent seules. Cette proportion est supérieure à celle enregistrée en 2007 et en 2002 (environ 30%, les deux années), mais correspond à celle de 1997. Les femmes (42%) se sentent nettement plus souvent seules que les hommes (29%) et la solitude est aussi plus fréquente chez les jeunes (15 à 34 ans) que parmi les personnes âgées. Le sentiment de solitude va de pair avec des problèmes psychiques accrus.

Chaque individu éprouve plus ou moins fortement le sentiment de solitude au cours des différentes étapes de son existence. Il est possible de définir la solitude comme l'impression désagréable que l'on ressent lorsque son réseau de relations est déficient (Perlman & Peplau, 1981). La solitude survient notamment lorsque les relations que l'on souhaiterait avoir ne correspondent pas à la réalité (Salimi, 2011).

Les réponses à la question de l'ESS sur le sentiment subjectif de solitude sont réparties ici dans deux catégories: les personnes interrogées se sentent seules *parfois* ou *assez/très souvent*

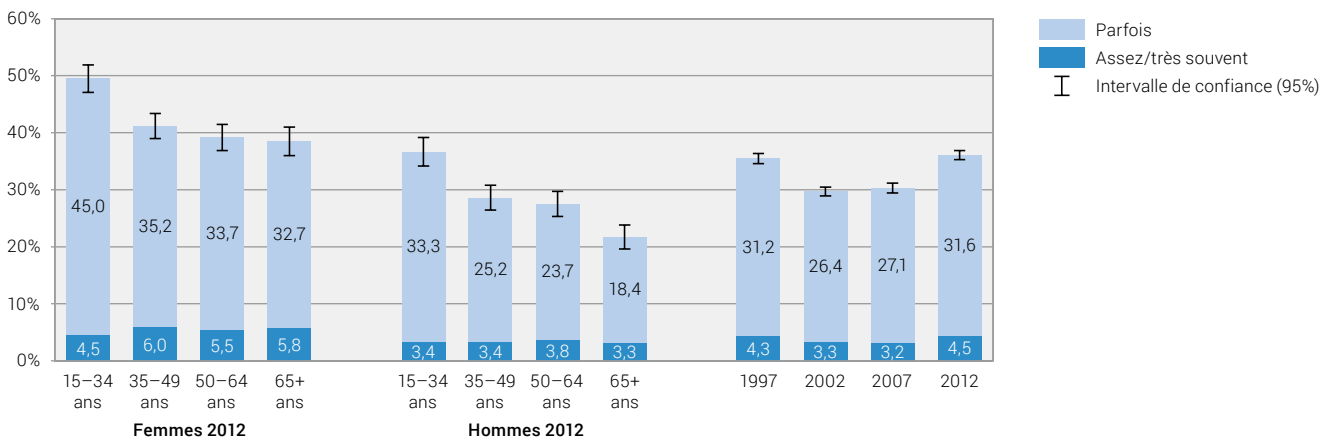
(cf. annexe). En 2012, 36,1% de la population suisse se sentaient parfois à assez/très souvent seuls (G 3.5). Cette proportion est supérieure à celle enregistrée en 2007 (30,3%) et en 2002 (29,7%), mais comparable à celle de 1997 (35,5%). Durant toutes les années considérées, les femmes (42,4% en 2012) se sentent nettement plus souvent seules que les hommes (29,5% en 2012). Cet écart entre les sexes se retrouve dans toutes les classes d'âge.

La moitié des femmes âgées de 15 à 34 ans déclarent se sentir parfois à très souvent seules (G 3.5). Les femmes plus âgées sont moins nombreuses (40% env.) à faire état d'un sentiment de solitude. Les femmes âgées tendent cependant à se sentir davantage assez/très seules que les plus jeunes. En avançant en âge, les hommes font plus rarement état d'un sentiment de solitude: parmi ceux de 15 à 34 ans, 36,7% se sentent parfois à assez/très souvent seuls, alors que cette proportion descend à 21,7% parmi les hommes de 65 ans et plus. Le graphique 3.5 montre clairement que ce recul intervient surtout dans la catégorie du sentiment occasionnel de solitude. La proportion d'hommes qui se sentent assez/très souvent seuls demeure constante (3,5% env.) quel que soit l'âge.

Le sentiment de solitude va de pair avec des atteintes à la santé psychique. Il est nettement plus fréquent chez les personnes éprouvant des problèmes psychiques que chez celles qui n'en ont pas: 34,1% des personnes souffrant de graves problèmes psychiques se sentent assez/très souvent seules (G 3.6), alors que la proportion s'abaisse à 1,7% parmi les personnes n'éprouvant pas ou de légers problèmes psychiques. Le rapport entre problèmes psychiques et solitude est naturellement aussi valable dans le sens inverse: parmi les personnes qui se sentent assez/très seules, 35,5% font état de problèmes psychiques graves, alors que la proportion est de 1,7% parmi celles qui ne se sentent jamais seules.

Sentiments de solitude, selon le sexe et l'âge, 1997-2012

G 3.5



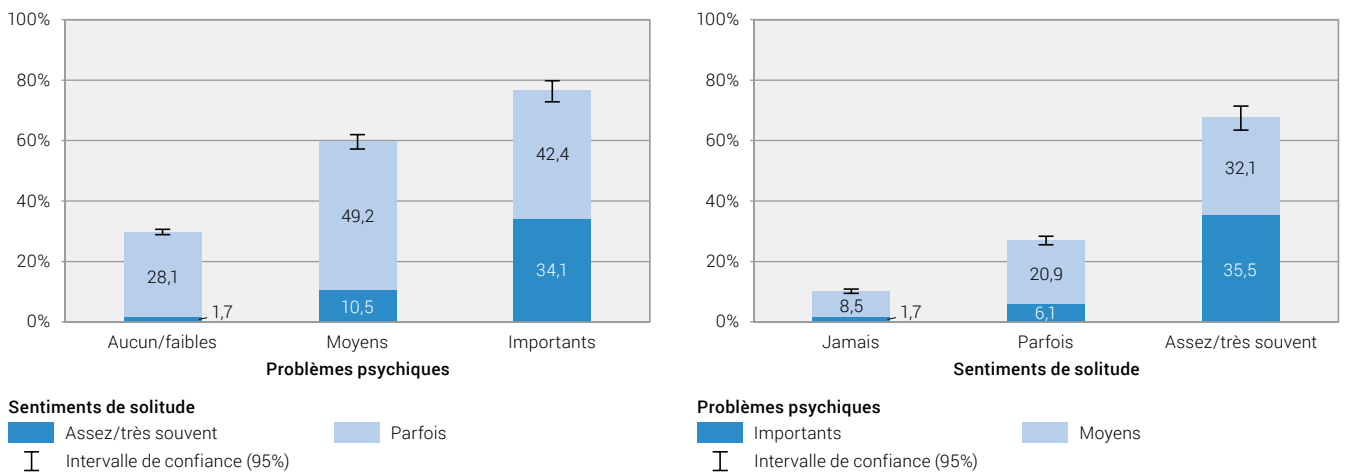
Les intervalles de confiance se réfèrent aux catégories cumulées des sentiments de solitude *parfois + assez/très souvent*.
 1997: n=12752, 2002: n=18735, 2007: n=17890, 2012: n=20841

Source: OFS – Enquête suisse sur la santé (ESS) 1997, 2002, 2007, 2012

© Obsan 2016

Solitude, selon les problèmes psychiques ainsi que problèmes psychiques, selon la solitude, 2012

G 3.6



Les intervalles de confiance se réfèrent aux catégories cumulées des sentiments de solitude *parfois + assez/très souvent* respectivement des problèmes psychiques *moyens + importants*.
 n=20625

Source: OFS – Enquête suisse sur la santé (ESS) 2012

© Obsan 2016

4 Recours aux soins

L'existence d'une maladie psychique intensifie le recours aux soins psychiatriques et somatiques (Koopmans et al., 2005). Ce sont en particulier la dépression, l'anxiété et la douleur qui entraînent une sollicitation accrue des prestations de médecine générale et, ces troubles n'étant pas reconnus dans près de la moitié de cas, le recours à des traitements somatiques spécialisés, qui pourraient en partie être évités (Barsky et al., 2006; Fritze et al., 2001; Gili et al., 2011; Kruse et al., 2004; Mitchell et al., 2009; Savageau et al., 2006).

Plus la maladie psychique est grave et chronique et plus elle s'accompagne d'affections parallèles (comorbidité, multimorbidité), plus le nombre de prestations sollicitées est élevé. En revanche, des attitudes comme 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 le professionnel 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). Des études montrent qu'entre un tiers et la moitié des patients psychiques dans les pays industrialisés restent sans traitement, parce que les maladies ne sont pas diagnostiquées par des professionnels et/ou que les personnes touchées ne sollicitent pas d'elles-mêmes l'aide de professionnels (Kessler & WHO World Mental Health Survey Consortium, 2004).

D'après Wittchen et al. (2011), au sein de l'UE, seule une personne sur deux souffrant de troubles psychiques prend contact avec un psychothérapeute professionnel ou avec un médecin. De plus, la plupart des personnes qui reçoivent un traitement sont traitées en médecine générale. Par conséquent, un quart seulement des personnes atteintes de troubles psychiques bénéficient d'une aide professionnelle axée sur la maladie psychique. Les taux de traitement varient selon le type de trouble psychique. Les troubles affectifs sont le plus fréquemment traités. Selon l'étude de cohorte zurichoise portant sur de jeunes adultes, 46% des patients atteints d'une maladie psychique suivent un traitement, les femmes plus souvent que les hommes (Angst et al., 2005).

Nous examinons ci-après en détail le recours par les personnes atteintes de troubles psychiques à différentes offres de soins. A cet effet, nous puisons dans des sources de données très variées, car il n'existe aucune source qui couvre la totalité de l'offre de soins à l'échelle de la Suisse. Vu les particularités de chaque banque de données, il est impossible d'établir une comparaison directe entre les résultats similaires de sources différentes.

Les résultats sur le recours aux soins sont présentés dans un sous-chapitre sur le recours *aux soins en général* (4.1), avec les différentes offres de traitements. Nous nous concentrerons ensuite sur le domaine des prestations ambulatoires, qui comprennent les *traitements en cabinet médical (psychiatre ou médecin de famille; 4.2)*. A cet effet, nous avons utilisé deux sources de données distinctes. Le domaine des *soins stationnaires en clinique ou en hôpital* (4.3) est décrit sur la base de la statistique médicale. Pour terminer, nous abordons la *consommation de médicaments* (4.4).

4.1 Recours aux soins en général

En 2012, plus de 5% de la population a eu recours à des soins pour des problèmes psychiques; les femmes un peu plus souvent que les hommes. La plupart de ces personnes, en particulier les jeunes, ont fait appel à un psychiatre ou à un psychothérapeute. Les gens se sont moins tournés vers la médecine générale qu'en 1997.

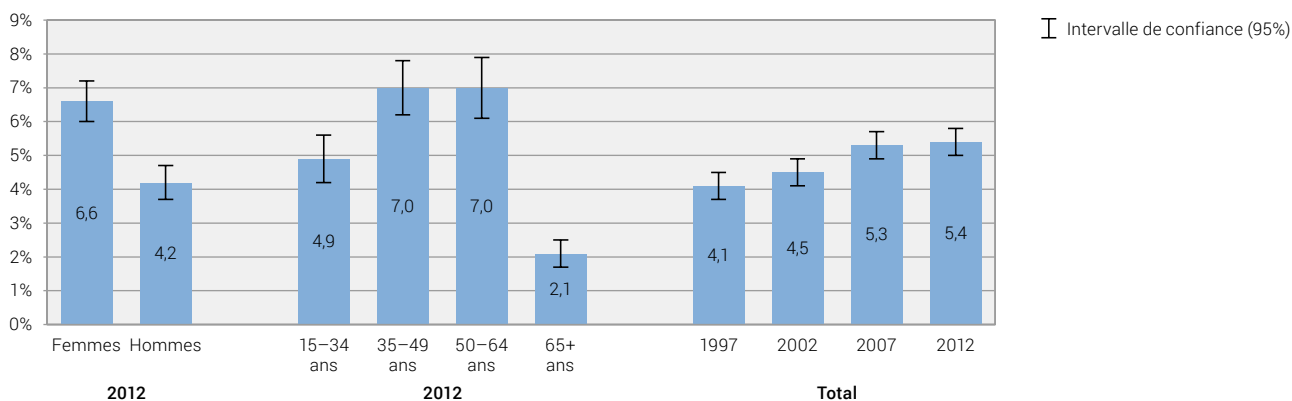
Les sous-chapitres 4.2 à 4.3 examinent le recours aux traitements auprès de différents groupes de prestataires. Auparavant, le présent sous-chapitre (4.1) présente les résultats sur les soins psychiatriques et psychothérapeutiques en général, sans les répartir de manière exclusive entre cabinets privés, institutions médico-sociales et établissements hospitaliers. Les données proviennent de l'Enquête suisse sur la santé (ESS) et résultent des réponses aux questions suivantes: «Avez-vous été en traitement pour des problèmes psychiques au cours des 12 derniers mois? Quelle était la profession de la personne qui vous a traité? Avez-vous suivi un traitement médical – ou êtes-vous actuellement en traitement – pour une dépression?» (cf. annexe).

4.1.1 Traitement pour des problèmes psychiques

Le graphique 4.1 montre que 5,4% de la population vivant en Suisse a été traitée pour des problèmes psychiques au cours des 12 mois précédant le sondage, les femmes (6,6%) un peu plus souvent que les hommes (4,2%). Ce sont les individus d'âge moyen qui recourent le plus souvent à ce type de traitements (7,0%). Dans le groupe des 65 ans et plus, seuls 2,1% des personnes ont été traitées pour ce genre de problèmes. Cette répartition en

Traitements des problèmes psychiques, selon le sexe et l'âge, 1997–2012

G 4.1



1997: n=13002, 2002: n=19698, 2007: n=18745, 2012: n=20867

Source: OFS – Enquête suisse sur la santé (ESS) 1997, 2002, 2007, 2012

© Obsan 2016

fonction de l'âge vaut pour les deux sexes. Entre 1997 et 2012, le nombre de personnes ayant eu recours à un traitement pour des problèmes psychiques a légèrement augmenté (passant de 4,1 à 5,4%). Cette hausse a été observée pour les deux sexes.

Au niveau régional, la proportion des personnes recourant à un traitement se situe entre 4,3% en Suisse centrale et 5,9% dans le canton de Zurich. Aucune différence statistiquement significative ne sépare toutefois les principales régions du pays.

La plupart des personnes ayant sollicité un traitement pour des problèmes psychiatriques ces 12 derniers mois se sont adressées à un psychiatre (41,8%; G 4.2). Viennent ensuite les psychologues et psychothérapeutes non-médecins (38,7%), puis les médecins généralistes (12,9%).

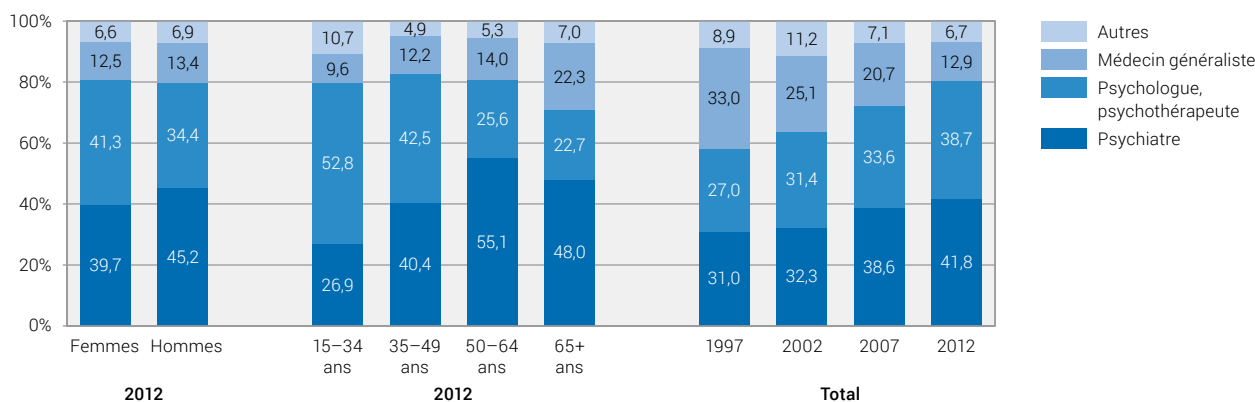
En ce qui concerne le choix de la profession du spécialiste consulté, aucune différence ne sépare les femmes et les hommes. Une comparaison entre les tranches d'âge révèle que les jeunes (15 à 34 ans) font le plus souvent appel à des psychologues ou à

des psychothérapeutes (52,8%). Le groupe suivant, celui des 35 à 49 ans, s'adresse presque aussi souvent à des psychologues ou psychothérapeutes (42,5%) qu'à des psychiatres (40,4%). Les personnes de 50 ans et plus demandent, quant à elles, le plus souvent de l'aide à un psychiatre. Enfin, les individus de 65 ans et plus préfèrent plus souvent que les personnes des autres groupes d'âge se tourner en priorité vers un médecin généraliste (22,3%). Avec l'âge, les gens tendent à consulter de préférence un médecin (psychiatre ou généraliste), plutôt qu'un spécialiste en psychologie.

La répartition des traitements sollicités pour soigner des problèmes psychiques a considérablement évolué depuis 1997: en 2012, les personnes confrontées à une maladie ou à des problèmes psychiques font le plus souvent appel aux services d'un spécialiste en psychiatrie ou en psychologie. Par rapport à 1997, le recours aux médecins généralistes a nettement reculé (G 4.2).

Traitement des problèmes psychiques: prestataire de soins, selon le sexe et l'âge des patients, 1997–2012

G 4.2



1997: n=601, 2002: n=1 014, 2007: n=1 075, 2012: n=1 167

Source: OFS – Enquête suisse sur la santé (ESS) 1997, 2002, 2007, 2012

© Obsan 2016

4.2 Recours aux soins: cabinets

Ces dix dernières années, le nombre de personnes traitées dans un cabinet ambulatoire de psychiatrie a nettement augmenté. Ce constat s'applique non seulement aux chiffres absolus, mais aussi au nombre de patients traités par médecin. Globalement, les personnes souffrant de problèmes psychiques se rendent plus souvent chez le médecin que les personnes qui n'en souffrent pas. Les personnes qui éprouvent à la fois des problèmes psychiques et physiques recourent particulièrement souvent aux prestations de cabinets médicaux.

Le tableau 4.1 donne un aperçu du nombre de patients traités chaque année dans un cabinet de psychiatrie ou de médecine générale. En 2015, un total de 447 455 patients ont été pris en charge dans un cabinet ambulatoire de psychiatrie, de sorte qu'un psychiatre a traité en moyenne 118 patients. A titre de comparaison, environ 6,755 millions de personnes ont reçu un traitement dans un cabinet de médecine générale, soit 15 fois plus de patients que les cabinets ambulatoires de psychiatrie. En moyenne, ce total représente 810 patients par médecin généraliste. Sur l'ensemble des patients pris en charge dans un cabinet ambulatoire, 2,7% ont été traités en *psychiatrie* et 40,8% en *médecine générale*.

Entre 2006 et 2015, le nombre de patients traités en cabinet ambulatoire a augmenté de 31,7%, les cabinets de psychiatrie enregistrant une hausse nettement plus forte (58,2%) que les cabinets de médecine générale (25,6%). Si le nombre total de patients par médecin est demeuré relativement stable durant cette période (+2,9%), ce nombre s'est nettement accru tant psychiatrie (+12,3%) qu'en médecine générale (+7,8%).

Ces chiffres signifient que les médecins travaillant dans un cabinet ambulatoire de psychiatrie ont chacun traité un nombre nettement plus grand de patients en 2015 qu'en 2006 (T 4.1). Les cabinets de médecine générale ont connu une évolution similaire, avec une augmentation légèrement moins marquée. A titre de comparaison, relevons que si le nombre de patients pris en charge dans un cabinet médical, toutes spécialisations confondues, a certes également augmenté, le nombre de patients traités par médecin est toutefois resté relativement stable au fil des ans.

Comme l'illustre le graphique 4.3, près d'un cinquième de la population suisse consulte un médecin²¹ relativement souvent (cf. annexe): 18,4% des personnes interrogées ont fait état d'au moins six consultations médicales au cours des 12 mois précédant l'enquête. Plus d'un cinquième des personnes interrogées (21,6%) n'ont en revanche suivi aucun traitement médical.

L'enquête a par ailleurs révélé qu'au cours d'une année les femmes se rendent plus souvent dans un cabinet médical que les hommes: 22,1% des femmes interrogées ont indiqué avoir consulté un médecin (contrôles gynécologiques compris) au moins six fois par an. Chez les hommes, la proportion est de 14,7%. Les femmes ont par ailleurs été moins nombreuses que

les hommes à n'avoir pas consulté du tout (14,3% contre 29,2%). La fréquence des consultations augmente en général avec l'âge. Les hommes de moins de 50 ans suivent particulièrement rarement un traitement médical: 36% d'entre eux n'ont jamais consulté un médecin durant l'année précédant l'enquête.

Les problèmes psychiques entraînent un recours plus fréquent aux prestations médicales. Plus les problèmes psychiques sont graves, plus les personnes concernées se rendent souvent chez le médecin (quels que soient les troubles traités): presque la moitié (46,3%) des personnes souffrant de problèmes psychiques graves se sont rendues six fois et plus en une année dans un cabinet médical. Parmi les personnes n'éprouvant aucun problème psychique ou uniquement des problèmes légers, seuls 15,4%, soit trois fois moins, ont consulté un médecin six fois par an (G 4.3).

Le graphique 4.3 illustre également la fréquence des consultations médicales en cas de troubles physiques et psychiques concomitants. Se fondant, à titre d'exemple, sur les problèmes psychiques et les maux de dos, elle montre clairement que les personnes souffrant simultanément de ces deux types de problèmes ont plus souvent recours aux traitements médicaux que les personnes éprouvant des problèmes psychiques, mais n'ayant pas mal au dos ou celles qui souffrent uniquement de maux de dos.

La Suisse ne possède pas de statistique réunissant des données nationales sur les traitements administrés par des psychothérapeutes non-médecins. La Fédération suisse des psychologues (FSP) a dès lors chargé le bureau d'études de politique du travail et de politique sociale (BASS) de réaliser une «Enquête sur les données structurelles de la psychothérapie psychologique» (Stettler et al., 2013). L'étude a analysé et présente l'offre de la psychothérapie psychologique, le recours à ce type de traitements et ses coûts dans le domaine ambulatoire.

Selon cette étude, environ 260 000 patients en Suisse ont eu recours aux prestations d'un psychothérapeute non-médecin en 2012, donnant lieu à 3,1 millions consultations. Plus d'un tiers des consultations se sont déroulées dans le cadre de la psychothérapie déléguée au sein d'un cabinet médical. Un peu moins d'un tiers ont été assurées par des thérapeutes indépendants. Le reste des consultations se répartissent entre les domaines ambulatoire et stationnaire des institutions psychiatriques-psychothérapeutiques.

Informations complémentaires

Enquête structurelle de la psychothérapie psychologique: www.buerobass.ch → SOINS ET SANTÉ: Professions de la santé → 08 / 2013 Recensement des psychothérapies psychologiques en Suisse 2012 (consulté le 3.11.2016)

²¹ Y compris les spécialistes et les gynécologues, à l'exception toutefois des dentistes.

Nombre de patients en cabinet médical ambulatoire, selon la spécialisation médicale, 2006 – 2015

T 4.1

		Psychiatrie et psychothérapie	Psychiatrie et psychothérapie des enfants et des adolescents	Psychiatrie (total)	Médecine générale	Autres médecins	Total
Nombre absolu de patients (en milliers)	2006	251	32	283	5 378	6 899	12 560
	2007	259 (+3,1)	32 (-0,1)	291 (+2,7)	5 735 (+6,6)	7 224 (+4,7)	13 250 (+5,5)
	2008	278 (+7,5)	33 (+2,7)	311 (+7,0)	5 686 (-0,9)	7 539 (+4,4)	13 535 (+2,2)
	2009	292 (+5,0)	33 (+1,5)	325 (+4,6)	5 755 (+1,2)	7 697 (+2,1)	13 777 (+1,8)
	2010	311 (+6,7)	35 (+6,5)	347 (+6,7)	5 751 (-0,1)	7 818 (+1,6)	13 915 (+1,0)
	2011	329 (+5,5)	37 (+4,6)	366 (+5,4)	5 892 (+2,5)	8 010 (+2,5)	14 268 (+2,5)
	2012	339 (+3,1)	40 (+7,0)	379 (+3,5)	6 023 (+2,2)	8 135 (+1,6)	14 537 (+1,9)
	2013	367 (+8,3)	42 (+7,3)	409 (+8,2)	6 429 (+6,7)	8 593 (+5,6)	15 431 (+6,1)
	2014	380 (+3,6)	44 (+3,7)	424 (+3,6)	6 448 (+0,3)	8 893 (+3,5)	15 765 (+2,2)
	2015	401 (+5,5)	47 (+5,8)	447 (+5,5)	6 755 (+4,8)	9 342 (+5,0)	16 544 (+4,9)
Nombre de patients par médecin	2006	108	84	105	751	901	717
	2007	109 (+0,8)	81 (-3,2)	105 (+0,3)	806 (+7,3)	939 (+4,2)	754 (+5,1)
	2008	113 (+4,0)	83 (+1,4)	109 (+3,8)	797 (-1,0)	966 (+2,9)	761 (+1,0)
	2009	118 (+4,0)	83 (+0,3)	113 (+3,6)	799 (+0,2)	971 (+0,6)	765 (+0,5)
	2010	122 (+3,8)	85 (+2,9)	117 (+3,7)	776 (-2,9)	956 (-1,6)	750 (-2,0)
	2011	126 (+2,7)	87 (+1,7)	120 (+2,6)	779 (+0,4)	979 (+2,5)	760 (+1,3)
	2012	122 (-2,9)	87 (+0,6)	117 (-2,5)	775 (-0,5)	935 (-4,6)	738 (-2,9)
	2013	119 (-2,8)	89 (+1,8)	115 (-2,2)	803 (+3,6)	883 (-5,6)	724 (-1,8)
	2014	119 (+0,2)	88 (-1,0)	115 (+0,0)	788 (-1,8)	877 (-0,7)	716 (-1,1)
	2015	122 (+2,5)	91 (+3,4)	118 (+2,6)	810 (+2,7)	909 (+3,6)	738 (+3,0)

Les chiffres entre parenthèses correspondent aux changements en % par rapport à l'année précédente.

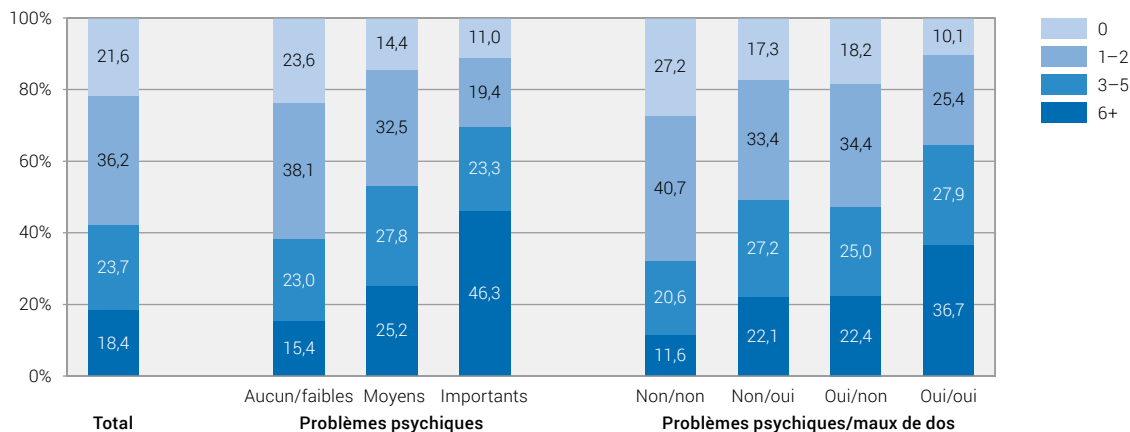
État des données: 19.05.2016.

Source: SASIS SA – pool de données/analyse obsan

© Obsan 2016

Nombre de consultations (au cours des 12 derniers mois), selon les problèmes psychiques et les problèmes psychiques/maux de dos, 2012

G 4.3



Total: n=21 524, problèmes psychiques: n=20 609, problèmes psychiques/maux de dos: n=20 606

Source: OFS – Enquête suisse sur la santé (ESS) 2012

© Obsan 2016

4.3 Recours aux soins: cliniques et hôpitaux

En 2014, on a dénombré 12,9 hospitalisations pour 1 000 habitants, dont le diagnostic principal était de nature psychiatrique, ces hospitalisations touchant davantage les femmes que les hommes. Les troubles traités dans les cliniques varient en fonction du sexe et de l'âge des patients. Par rapport à 2002, le nombre moyen de réadmissions par patient a augmenté de 12% environ. En 2014, le nombre de journées de soins s'est monté à 379 pour 1 000 habitants. La durée de traitement dépend du sexe, de l'âge et du diagnostic, et diffère sensiblement d'un canton à l'autre.

Les maladies psychiques peuvent nécessiter un séjour en clinique ou en hôpital. Les personnes chez qui des troubles psychiques sont diagnostiqués peuvent être suivies non seulement dans des cliniques psychiatriques, mais aussi dans les services psychiatriques et somatiques des hôpitaux de soins aigus. Les résultats présentés dans ce sous-chapitre (qui sont basés sur les données de la statistique médicale des hôpitaux de l'OFS) concernent donc non seulement les cas pris en charge dans les cliniques psychiatriques, mais aussi tous les cas d'hospitalisation de personnes âgées de 15 ans et plus, dont le diagnostic principal est psychiatrique²². Pour 2014, la répartition se présente comme suit: 59% des cas ont été traités en clinique psychiatrique, 15% dans les services psychiatriques et 26% dans les services somatiques des hôpitaux de soins aigus. Pour les séries chronologiques, les données sont présentées à partir de 2002, car certaines cliniques psychiatriques ne fournissaient pas de données les années précédentes et que la qualité des données était incertaine. Les indications de lieu dans les résultats régionaux se réfèrent au lieu de domicile de la patiente ou du patient (et non pas à l'emplacement de la clinique ou de l'hôpital).

4.3.1 Taux d'hospitalisation

En 2014, on a enregistré 91 297 séjours stationnaires dont le diagnostic principal était d'ordre psychiatrique. Ce nombre correspond à un taux de 12,9 hospitalisations pour 1 000 habitants. Le graphique 4.4 représente les taux d'hospitalisation parmi les hommes et les femmes durant la période 2002 à 2014. Les taux sont indiqués par cas et par patients: pour les cas, ils tiennent compte de chaque admission en clinique ou en hôpital (indépendamment de la personne); pour les patients, ils comptabilisent les personnes qui ont éventuellement été admises à plusieurs reprises dans un établissement. Par rapport à 2002 (8,1 patients pour 1 000 habitants), le taux de patients a augmenté de 12,3% jusqu'en 2014, année où il a atteint 9,1 patients pour 1 000 habitants. Durant la même période, le taux des cas a suivi une hausse de 16,4%, passant de 11,1 à 12,9 cas pour 1 000 habitants. Ces chiffres permettent de conclure que le nombre des réadmissions a augmenté: leur nombre moyen par patient est passé de 0,39 (en 2002) à 0,43 (en 2014) par patient, soit une hausse de 11,7%. Les professionnels interrogés par Kuhl (2008) attribuent l'essentiel de cette évolution à une plus grande mobilité des patients entre les prises en charge ambulatoire et hospitalière.

Les hospitalisations suite à un diagnostic psychiatrique sont plus nombreuses parmi les femmes que chez les hommes: en 2014, on a dénombré 9,3 patientes et 13,2 cas pour 1 000 habitantes, contre 8,8 patients et 12,7 cas pour 1 000 habitants (G 4.4).

Outre les différences entre les sexes, il en existe également entre les groupes d'âge: c'est à l'âge moyen (35 à 49 ans) que femmes et hommes suivent le plus souvent un traitement stationnaire pour cause de maladie psychique (G 4.5). Les taux d'hospitalisation diminuent dans les deux groupes d'âge suivants, la baisse s'avérant plus forte chez les hommes que chez les femmes. Parmi ces dernières, les taux d'hospitalisation ne diffèrent pas entre les deux groupes d'âge au-delà de 50 ans.

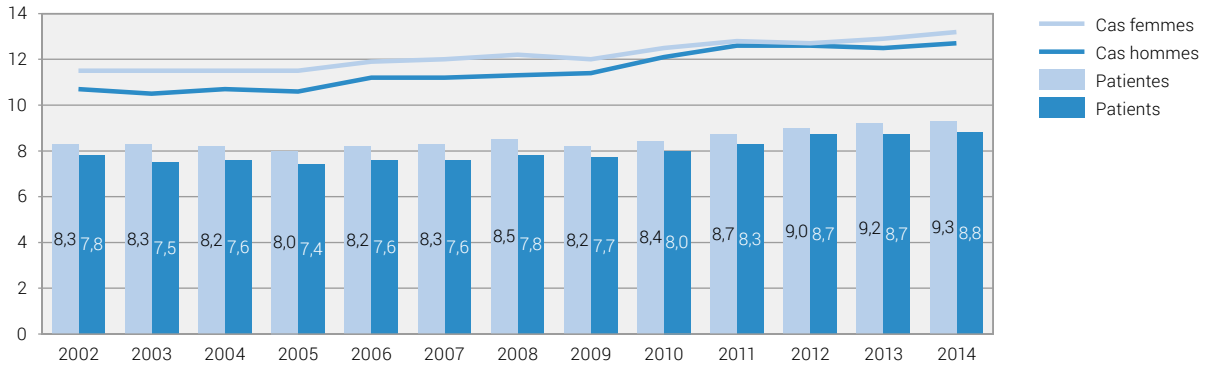
Femmes et hommes se distinguent également en ce qui concerne la fréquence des troubles psychiques diagnostiqués au cours de séjours stationnaires (G 4.6). En 2014, les diagnostics les plus souvent établis chez les femmes appartiennent au groupe de diagnostics des dépressions (28,6%). Viennent ensuite les troubles névrotiques, somatoformes et liés au stress (16,7%), les schizophrénies (12,8%) et les problèmes dus à l'alcool (11,9%). Chez les hommes, les diagnostics les plus fréquents présentent une répartition plus uniforme: problèmes dus à l'alcool (22,8%), dépressions (19,7%) et schizophrénies (17,1%).

²² Diagnostics de la catégorie F, chapitre 5, selon la classification CMI-10 (WHO, 1994)

Taux d'hospitalisation lors de maladies psychiques (traitement stationnaire; cas et patients), 2002–2014

G 4.4

Cas et patients pour 1000 habitants



Femmes: n=36522–47 447, hommes: n=31884–43850

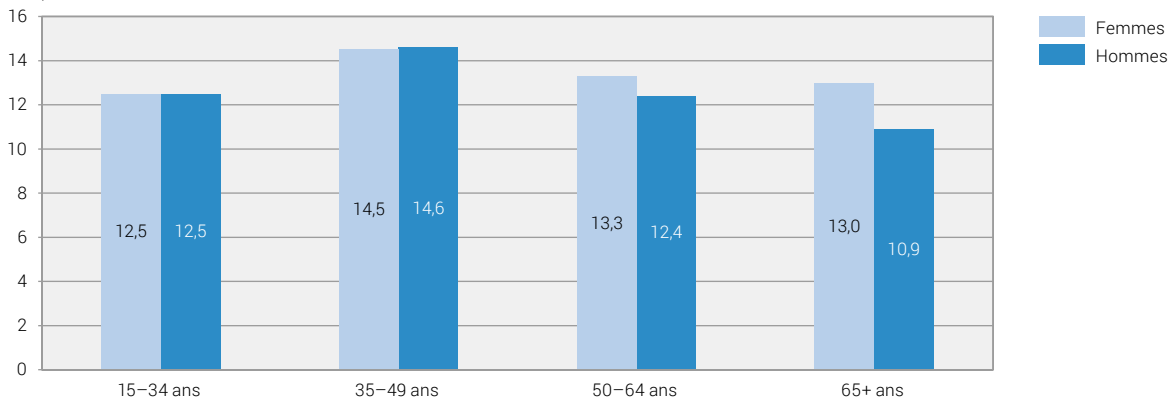
Source: OFS – Statistique médicale des hôpitaux (MS) 2002–2014

© Obsan 2016

Taux d'hospitalisation lors de maladies psychiques (cas), selon le sexe et l'âge, 2014

G 4.5

Cas pour 1000 habitants



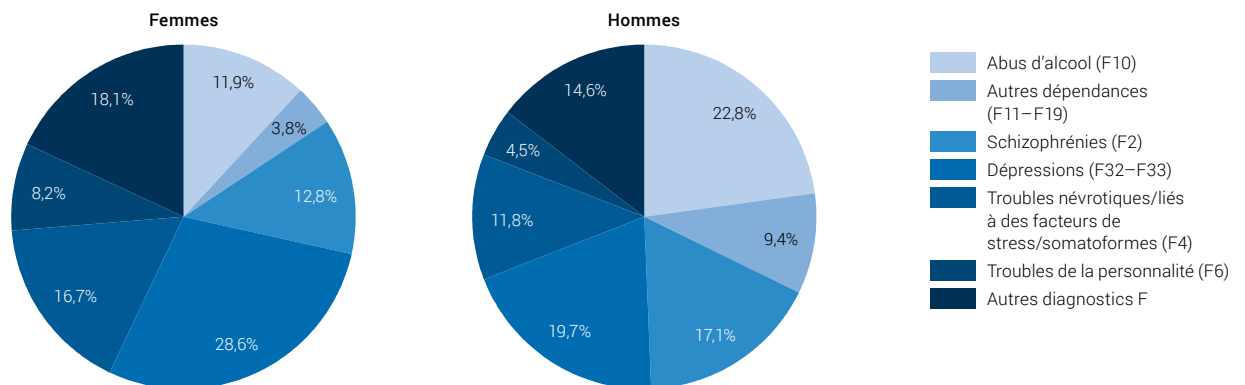
Femmes: n=47 447, hommes: n=43850

Source: OFS – Statistique médicale des hôpitaux (MS) 2014

© Obsan 2016

Hospitalisations selon les diagnostics psychiatriques (cas) et le sexe, 2014

G 4.6



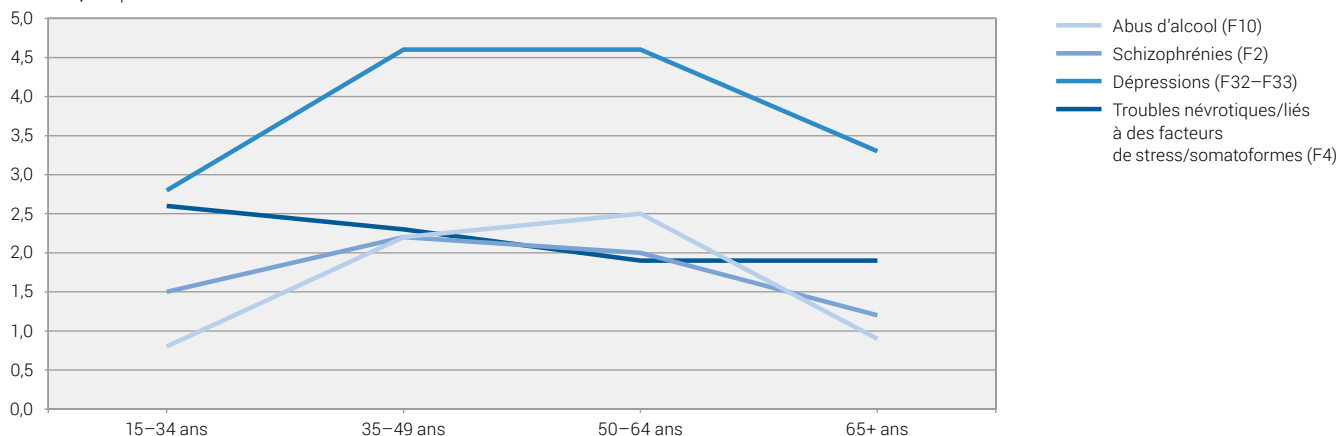
Femmes: n=47 447, hommes: n=43850

Source: OFS – Statistique médicale des hôpitaux (MS) 2014

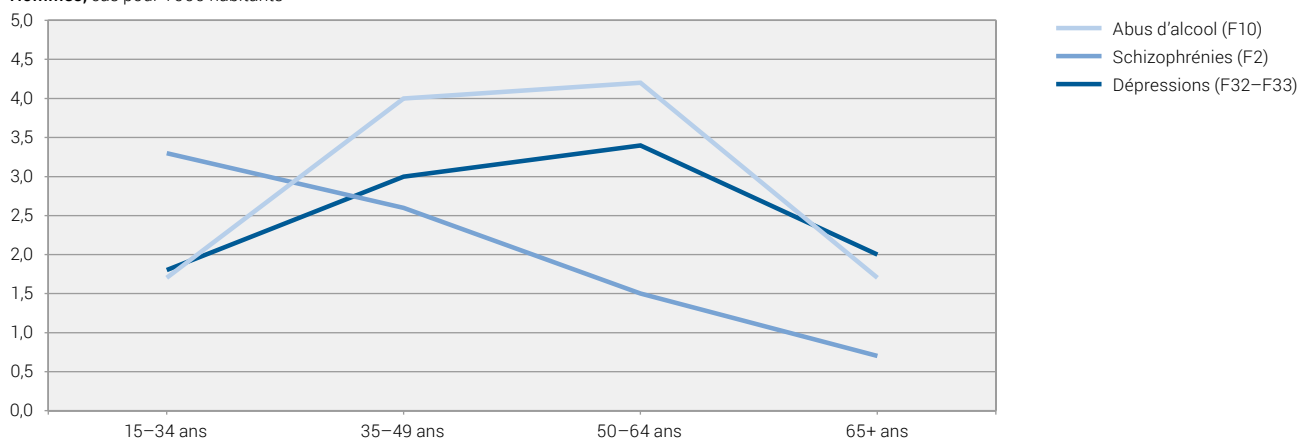
© Obsan 2016

Taux d'hospitalisation en fonction des principaux diagnostics psychiatriques (cas), selon le sexe et l'âge, 2014 **G 4.7**

Femmes, cas pour 1000 habitantes



Hommes, cas pour 1000 habitantes



Femmes: n=33180, hommes: n=26171

Source: OFS – Statistique médicale des hôpitaux (MS) 2014

© Obsan 2016

Le graphique 4.7 illustre, tant pour les femmes que pour les hommes, les troubles psychiques le plus souvent traités dans le cadre de soins stationnaires en fonction de l'âge. Chez les femmes, les dépressions, les troubles dus à l'alcool et les psychoses sont les plus fréquents dans les deux groupes d'âge moyen. Les diagnostics appartenant au groupe des troubles névrotiques, somatoformes et liés au stress sont les plus fréquents parmi les femmes jeunes, puis diminuent avec l'âge. Chez les hommes, les troubles dus à l'alcool et les psychoses sont également les plus fréquents à l'âge moyen. Pour les deux sexes, les cas de psychoses sont particulièrement fréquents au sein des groupes d'âges les plus jeunes qui ont été étudiés, cette fréquence diminuant avec l'âge.

Dans le groupe d'âge des 65 ans et plus, les soins stationnaires traitent en particulier les démences et les autres troubles organiques (données non représentées), ainsi que les dépressions.

4.3.2 Durée d'hospitalisation et journées de soins

La durée médiane de séjour²³ par hospitalisation pour le traitement stationnaire d'un diagnostic psychiatrique se situe à 17 jours en 2014 et affiche ainsi la même valeur qu'en 2002. Chez les femmes (18 jours), cette durée médiane compte deux jours de plus que chez les hommes (16 jours). La durée moyenne de séjour est de 29,7 jours pour les femmes et de 28,5 jours pour les hommes. Depuis 2002, elle a diminué de près de 6 jours pour les deux sexes. Certaines hospitalisations s'avérant très longues, la durée moyenne est plus élevée que la durée médiane de séjour.

A partir du nombre de traitements stationnaires et de leur durée, il est possible de calculer le nombre de journées de soins pour une année et dès lors les temps de traitement générés. Les journées de soins sont indiquées ci-après par des taux,

²³ Durée médiane de séjour: la moitié des traitements présentent une durée plus courte, l'autre moitié une durée plus longue. La médiane est moins sensible aux écarts de valeurs importants que la moyenne.

c'est-à-dire par un nombre de journées de soins pour 1 000 habitants. En interprétant ces chiffres, il convient de tenir compte du fait que la fréquence de la maladie (en d'autres termes, le nombre d'hospitalisations) exerce une influence directe sur le temps de traitement.

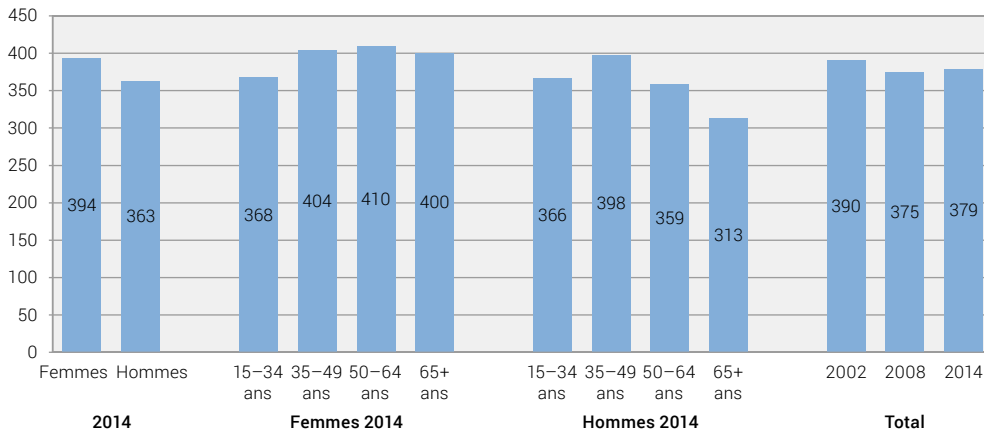
En 2014, les traitements stationnaires de diagnostics psychiatriques représentaient 379 journées de soins pour 1 000 habitants (G 4.8), contre 390 en 2002. Le temps de traitement varie selon le sexe et l'âge: les femmes génèrent davantage de journées de soins que les hommes. Chez les premières, c'est le groupe des 15 à 34 ans qui enregistre le taux le plus faible (368 journées de soins pour 1 000 habitantes). Dans les groupes d'âge au-delà de 35 ans, les taux demeurent constants et se situent entre 400 et 410 journées de soins. Chez les hommes,

les taux affichent une répartition inverse: c'est le groupe d'âge des 35 à 49 ans qui enregistre le taux le plus élevé, avec 398 journées de soins pour 1 000 habitants. Le taux diminue ensuite de manière constante dans les groupes d'âge plus élevés.

Le temps de traitement varie nettement en fonction du type de maladie psychique (G 4.9). Pour les femmes et les hommes, la dépression est le diagnostic qui entraîne le taux de journées de soins le plus élevé: 135 pour 1 000 habitantes et, respectivement, 87 pour 1 000 habitants. Chez les femmes, viennent ensuite, mais loin derrière, les schizophrénies (60 journées de soins) et les troubles névrotiques, somatoformes et liés au stress (47 journées de soins). Chez les hommes, les dépressions sont suivies de près par les schizophrénies (80 journées de soins), puis viennent les troubles dus à l'alcool (31 journées de soins).

Jours de soins pour 1 000 habitants lors de maladies psychiques, selon le sexe et l'âge, 2002, 2008 et 2014 **G 4.8**

Nombre de jours de soins pour 1 000 habitants

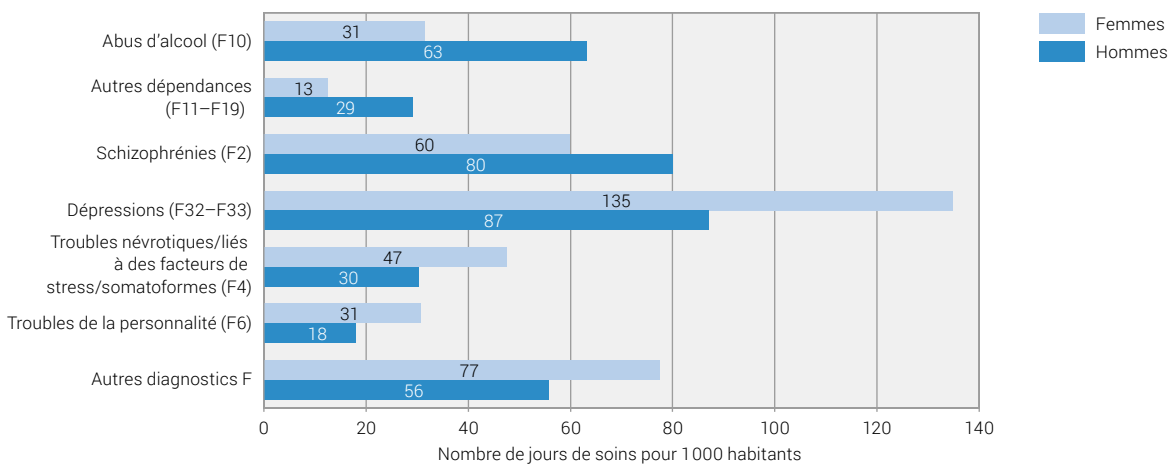


2002: n=68 560, 2008: n=77 560, 2014: n=91 297

Source: OFS – Statistique médicale des hôpitaux (MS) 2002, 2008, 2014

© Obsan 2016

Jours de soins pour 1 000 habitants selon les diagnostics psychiatriques et le sexe, 2014 **G 4.9**



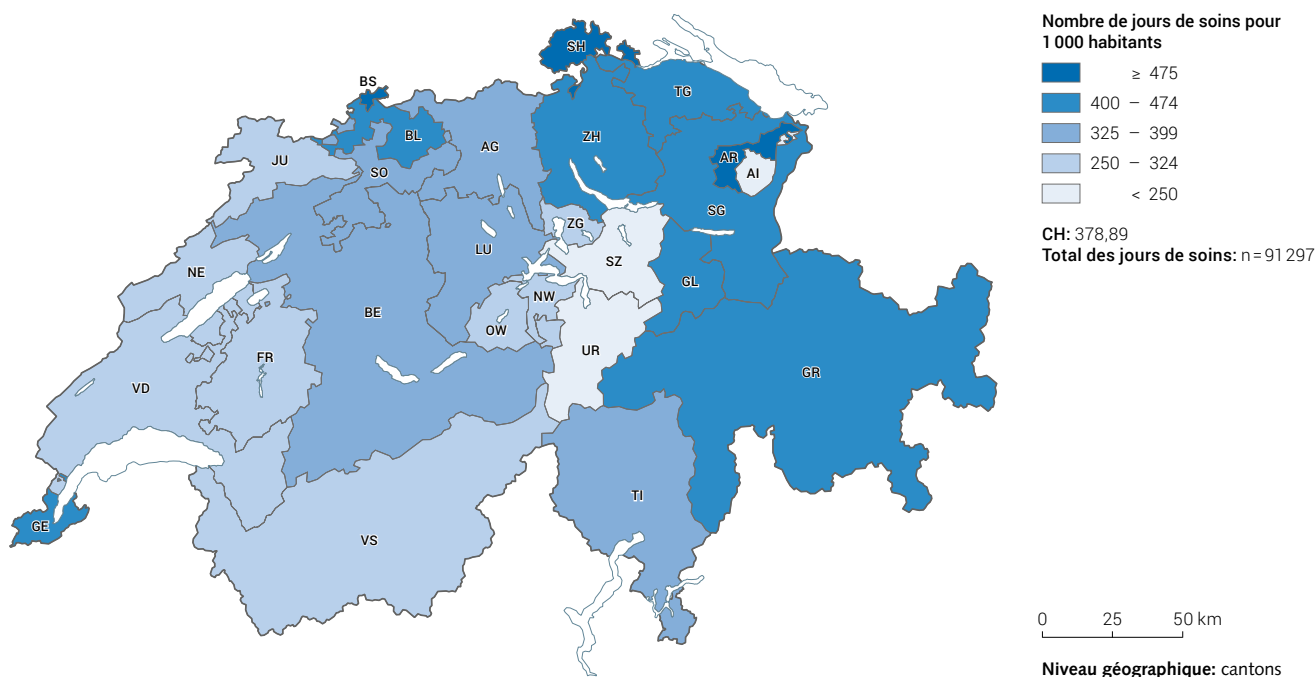
n=91 297

Source: OFS – Statistique médicale des hôpitaux (MS) 2014

© Obsan 2016

Jours de soins pour 1 000 habitants lors de maladies psychiques selon le canton de domicile, 2014

G 4.10



Source: OFS – Statistique médicale des hôpitaux (MS) 2014

© OFS 2016

Pour ce qui est des journées de soins, des écarts considérables séparent les cantons (G 4.10): le canton de Bâle-Ville enregistre un nombre particulièrement élevé (689 journées pour 1 000 habitants), alors que le canton d'Appenzell Rhodes-Intérieures affiche le taux le plus faible (211 journées de soins pour 1 000 habitants). Dans la comparaison cantonale des taux d'hospitalisation, les cantons d'Appenzell Rhodes-Intérieures et de Bâle-Ville occupent également les deux extrémités de la fourchette, avec 8,2 et, respectivement, 23,7 cas pour 1 000 habitants. Le canton d'Appenzell Rhodes-Intérieures compte également parmi les cantons qui présentent les valeurs les plus basses en ce qui concerne la durée médiane de séjour hospitalier: 13 jours pour le Valais et Genève et 13,5 jours pour Glaris et Appenzell Rhodes-Intérieures. Les cantons de Bâle-Ville et du Jura occupent le milieu du classement (17 jours chacun), tandis que les durées médianes de séjour hospitalier sont les plus longues dans les Grisons (22 jours) et à Schaffhouse (23 jours).

L'hétérogénéité régionale des taux de prévalence ou d'incidence des maladies psychiques ne saurait expliquer la forte amplitude des écarts observés entre les cantons au niveau des taux d'hospitalisation et du nombre de journées de soins. Cette forte variation s'explique sans doute davantage par les différences dans l'approche philosophique du traitement et dans les structures de soins psychiatriques, la pondération des offres de proximité variant d'un canton à l'autre (Brenner et al., 2003). D'après Brenner et al. (2003), les spécificités géographiques jouent aussi un rôle important en Suisse: le recours à des prestations psychiatriques est directement lié à la durée du trajet à franchir, un trajet de plus d'une demi-heure réduisant de moitié la demande de prise en charge stationnaire. Cette situation concerne en particulier les cantons dont la médecine de premier recours prévoit un traitement psychiatrique hors

canton. Dans leur étude épidémiologique sur les soins, Kuhl et Herdt (2007) soulignent par ailleurs 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 beaucoup.

4.4 Consommation de médicaments

Environ 5% de la population suisse prend un somnifère ou un calmant chaque jour et environ 7% un analgésique. La consommation quotidienne de ce type de médicaments est beaucoup plus répandue chez les femmes que chez les hommes et sa fréquence augmente avec l'âge aussi bien qu'avec la gravité des problèmes psychiques. Une différence entre les sexes apparaît également dans la consommation d'antidépresseurs. En outre, plus de 40% des personnes traitées pour des problèmes psychiques prennent des antidépresseurs chaque jour.

Le recours aux médicaments revêt une grande importance pour la santé de la population. Les médicaments peuvent améliorer de manière décisive la qualité de vie et ils peuvent augmenter l'espérance de vie jusqu'à un âge avancé. S'ils s'avèrent très utiles, les médicaments peuvent également engendrer des effets indésirables et recèlent un risque d'abus. Il y a abus de médicaments lorsqu'un individu prend une médication en quantités inutiles ou sans indication médicale claire. La prise régulière et prolongée de certains somnifères et calmants (benzodiazépines) ainsi que d'analgésiques opiacés peut engendrer une dépendance.

Les données de l'ESS que nous analysons ici ne permettent cependant pas de distinguer entre consommation appropriée et inappropriée de médicaments.

Durant les sept jours précédant l'enquête, réalisée en 2012, 48,6% de la population suisse a absorbé un médicament, indépendamment de son type, soit 53,2% des femmes et 43,8% des hommes. Vingt ans auparavant (en 1992), la proportion se situait encore à 38,3%. Outre la consommation générale de médicaments, l'ESS contient également des questions sur la prise de médicaments appartenant à des groupes spécifiques. Nous nous penchons ci-après plus en détail sur la consommation de somnifères, de calmants, d'analgésiques et d'antidépresseurs.

Somnifères et calmants

Pendant la semaine précédant l'enquête de 2012, 5,3% de la population suisse a pris des somnifères et 4,3% des calmants, et ces proportions sont restées stables ces dernières années. Dans l'ensemble, 4,8% de la population a pris des somnifères et/ou

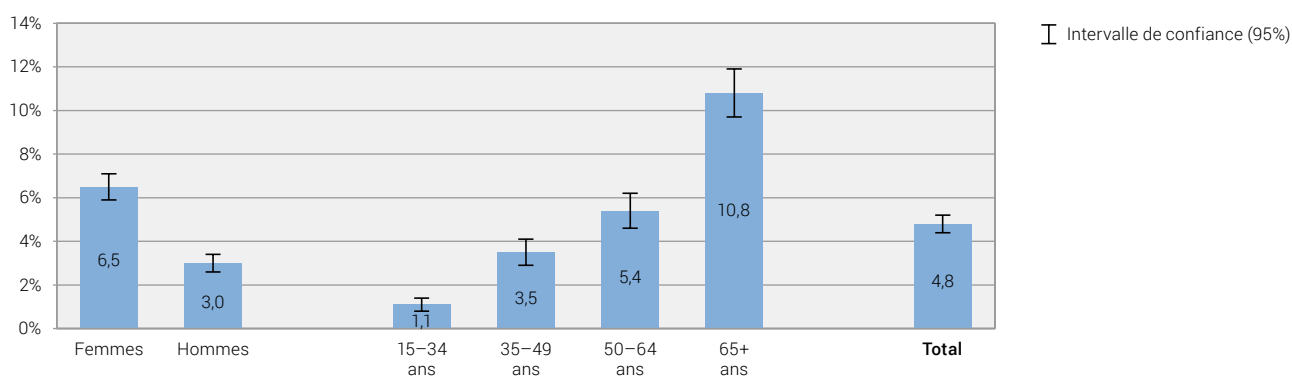
des calmants *chaque jour*; les femmes (6,5%) deux fois plus souvent que les hommes (3,0%; G 4.11). Avec l'âge, la consommation quotidienne de somnifères et de calmants devient plus fréquente: si seulement 1,1% des personnes de 15 à 34 ans prennent des somnifères ou des calmants chaque jour, la proportion atteint 10,8% dans le groupe d'âge des 65 ans et plus.

Analgésiques

Durant la semaine précédant l'enquête, 23,4% de la population a pris au moins une fois un analgésique. Cette proportion a pratiquement doublé au cours des 20 dernières années (12,4% en 1992). Le graphique 4.12 présente la consommation *quotidienne* d'analgésiques: 6,7% de la population suisse en prend chaque jour, les femmes (7,8%) étant, dans ce cas aussi, plus nombreuses que les hommes (5,5%). De plus, comme pour les somnifères et les calmants, la consommation quotidienne d'analgésiques devient plus fréquente avec l'âge: elle passe de 3,6% parmi les individus de 15 à 34 ans à 10,7% dans le groupe d'âge des 65 ans et plus.

Consommation quotidienne de somnifères et/ou de calmants (durant les 7 derniers jours), selon le sexe et l'âge, 2012

G 4.11



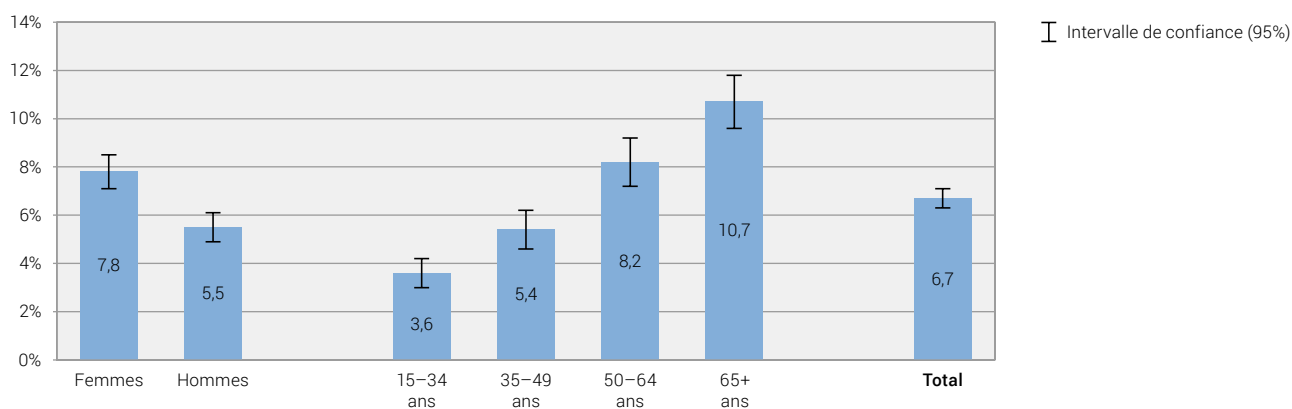
n=21 357

Source: OFS – Enquête suisse sur la santé (ESS) 2012

© Obsan 2016

Consommation quotidienne d'analgésiques (durant les 7 derniers jours), selon le sexe et l'âge, 2012

G 4.12



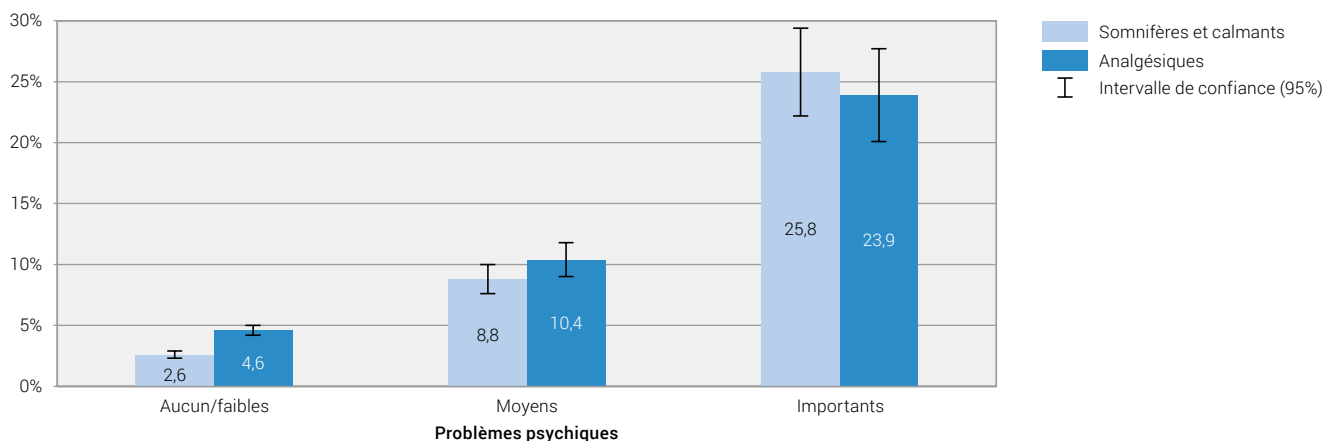
n=21 360

Source: OFS – Enquête suisse sur la santé (ESS) 2012

© Obsan 2016

Consommation quotidienne de somnifères, calmants et analgésiques (durant les 7 derniers jours), selon les problèmes psychiques, 2012

G 4.13



Somnifères et calmants: n=20 435, analgésiques: n=20 433

La question relative aux problèmes psychiques se réfère aux 12 mois précédant l'enquête et celle sur la consommation de médicaments aux 7 derniers jours qui précèdent l'enquête.

Source: OFS – Enquête suisse sur la santé (ESS) 2012

© Obsan 2016

La consommation d'analgésiques, de somnifères et de calmants augmente également avec la gravité des troubles psychiques (G 4.13). Parmi les personnes ne souffrant d'aucun trouble psychique ou de troubles psychiques légers, 2,6% prenaient quotidiennement des somnifères ou des calmants en 2012 et 4,6% des analgésiques. Parmi les personnes confrontées à des troubles psychiques graves, ces proportions se situaient à 25,8% et à 23,9% respectivement.

Antidépresseurs

En 2012, 4,1% de la population suisse a pris un antidépresseur durant la semaine précédant l'enquête. Cette proportion est demeurée stable ces dernières années. Globalement, 3,7% des personnes interrogées prennent des antidépresseurs chaque jour (G 4.14), les femmes (4,9%) deux fois plus souvent que les hommes (2,4%). Il importe de tenir compte du fait que la consommation *quotidienne* d'antidépresseurs est la règle lors du traitement d'une dépression. Les personnes de 15 à 34 ans (1,3%) prennent moins souvent des antidépresseurs que les personnes de 35 ans et plus (4,1 à 5,3%).

Parmi les personnes souffrant de troubles psychiques graves, 23,7% prennent des antidépresseurs chaque jour (G 4.15). Lorsque les troubles psychiques sont faibles, voire inexistants, la consommation quotidienne est en toute logique moins fréquente (1,7%). Plus de 40% des personnes ayant suivi un traitement pour des troubles psychiques durant l'année qui a précédé l'enquête ont pris quotidiennement des antidépresseurs au cours de la semaine précédant l'enquête.

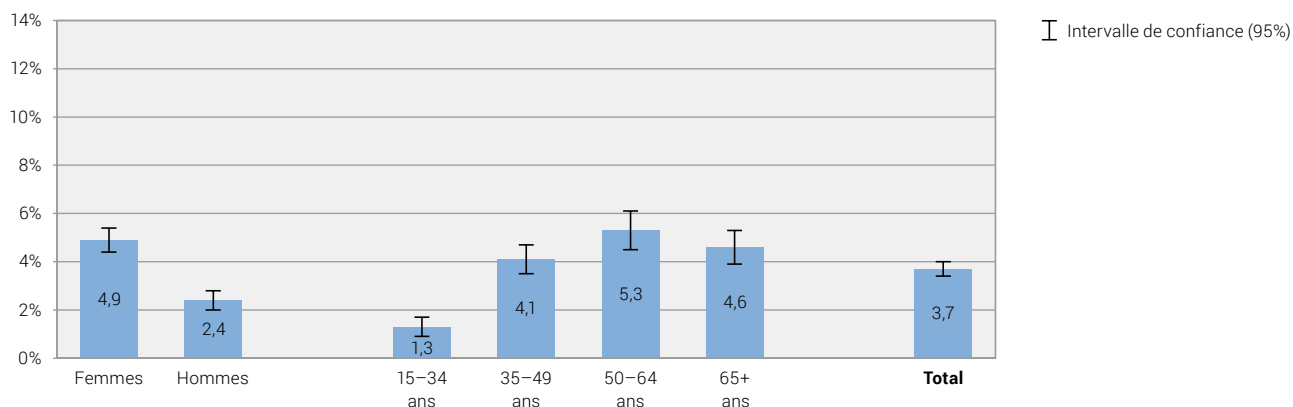
Informations complémentaires

Monitoring suisse des addictions:
www.suchtmonitoring.ch → Somnifères et tranquillisants
 (consulté le 4.11.2016)

OFSP – Monitoring des addictions:
www.ofsp.admin.ch → Thèmes → Alcool, tabac, drogues,
 Stratégie nationale Addictions → Monitoring suisse
 des addictions → Monitoring suisse des addictions:
 médicaments (consulté le 4.11.2016)

Consommation quotidienne d'antidépresseurs (durant les 7 derniers jours), selon le sexe et l'âge, 2012

G 4.14



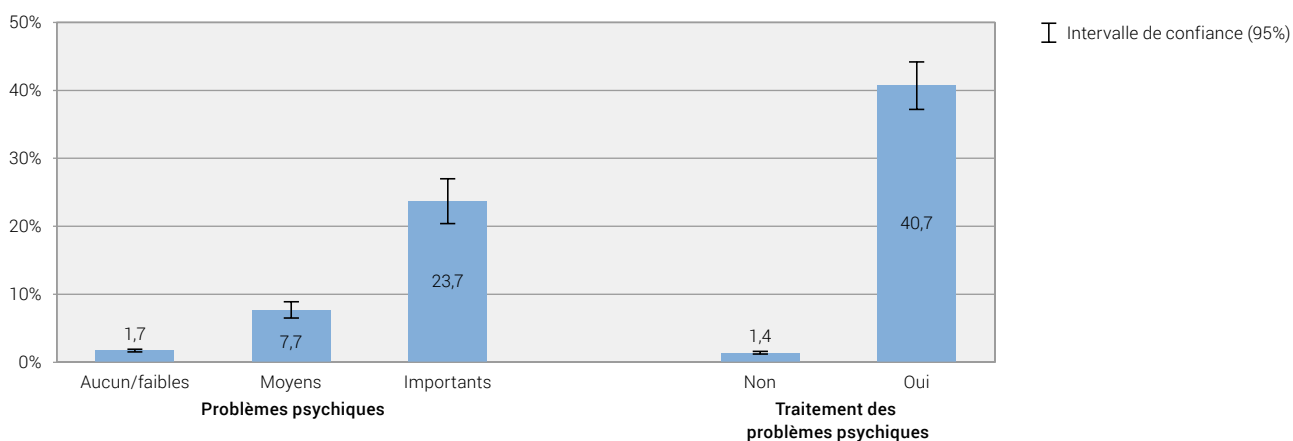
n=21364

Source: OFS – Enquête suisse sur la santé (ESS) 2012

© Obsan 2016

Consommation quotidienne d'antidépresseurs (durant les 7 derniers jours), selon l'ampleur des problèmes psychiques et leur éventuel traitement, 2012

G 4.15



Problèmes psychiques: n=20438, traitement des problèmes psychiques: n=20652

La question relative aux problèmes psychiques se réfère aux 12 mois précédant l'enquête et celle sur la consommation de médicaments aux 7 derniers jours qui précèdent l'enquête.

Source: OFS – Enquête suisse sur la santé (ESS) 2012

© Obsan 2016

5 Thèmes particuliers

Le présent chapitre approfondit quatre thèmes particulièrement importants en ce qui concerne la santé psychique. Le premier sous-chapitre (5.1) est consacré aux personnes touchant une *rente AI* en raison de troubles psychiques. Le sous-chapitre 5.2 présente quelques résultats concernant le *placement* de malades dans des cliniques psychiatriques à *des fins d'assistance*. Le sous-chapitre 5.3 aborde la thématique des *suicides*, ceux-ci pouvant résulter d'une maladie psychique. Enfin, le sous-chapitre 5.4 se penche sur les *conséquences financières* de maladies psychiques en Suisse, en se concentrant sur les coûts couverts par l'assurance obligatoire des soins (AOS).

5.1 Rentes AI pour troubles psychiques

Le nombre global des rentes AI nouvellement attribuées en Suisse est à la baisse depuis 2003, ce constat s'appliquant également au nombre de nouvelles rentes pour cause de *troubles psychiques*. Le pourcentage de ces dernières rentes a toutefois suivi une hausse constante jusqu'en 2008 pour se stabiliser ensuite aux alentours de 43%. Les maladies psychiques constituent ainsi la cause d'invalidité la plus fréquente et touchent en particulier les personnes âgées de 18 à 45 ans.

On entend par invalidité «l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée.»²⁴ Selon le droit des assurances sociales, l'incapacité de gain couvre non seulement une activité professionnelle, mais aussi le domaine des tâches, au sens large, assurées par une personne. Elle englobe donc également les tâches ménagères, 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 prime donc clairement le versement d'une rente (cf. OFAS, 2011a).

Ont droit à une rente AI les personnes âgées de 18 à 65 ans qui ont été dans l'incapacité de travailler en moyenne pendant 40% du temps au moins et sans interruption importante durant l'année écoulée. Un degré d'invalidité inférieure à 40% ne donne pas droit à une rente AI. A l'âge de la retraite (64 ans pour les femmes et 65 ans pour les hommes), la rente AI est transformée en rente AVS. Outre la rente, les prestations de l'assurance-invalidité comprennent

des mesures de réadaptation²⁵ et des allocations pour impotent²⁶, ces deux prestations n'étant toutefois pas examinées dans le présent sous-chapitre.

Selon la statistique de l'AI de l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS), 223 161 personnes ont touché une rente AI en 2015, dont 118 843 hommes (53,3%) et 104 318 femmes (46,7%). L'analyse de ces quinze dernières années révèle que le nombre de personnes touchant une rente AI a suivi une diminution constante depuis 2006, après avoir connu une hausse relativement forte entre 2000 et 2005 (et même auparavant).

Cette évolution se reflète également dans les chiffres concernant l'octroi de nouvelles rentes. On entend par là les rentes AI nouvellement attribuées au cours d'une année donnée. Le nombre de nouvelles rentes octroyées a nettement diminué depuis 2003, avec une réduction supplémentaire en 2006, pour se stabiliser à partir de 2007 à un niveau nettement inférieur à celui de la fin des années 1990 (G 5.1): alors que 23 546 nouveaux bénéficiaires d'une rente AI avaient été enregistrés en 2000, ils n'étaient plus que 13 990 en 2015, soit 41% de moins.

Ce recul du nombre de nouveaux rentiers est probablement à mettre avant tout sur le compte des 4^e et 5^e révisions législatives de l'AI, en 2004 et en 2008 (Modetta, 2009; OFAS, 2010, 2011b). La 4^e révision a notamment créé les services médicaux régionaux (SMR), qui ont pour tâche d'évaluer le droit à une rente sur la base de critères nationaux standards, de les documenter de manière uniformisée et d'assurer une coordination centrale. En améliorant la qualité, cette démarche visait également à réduire les dépenses liées aux rentes, notamment en identifiant les abus et en réduisant la durée de la procédure. La 5^e révision de la LAI, fondée sur le principe selon lequel «la réadaptation prime la rente», s'est quant à elle concentrée sur les mesures de réadaptation, la prévention de l'invalidité passant par un dépistage et une intervention précoces.

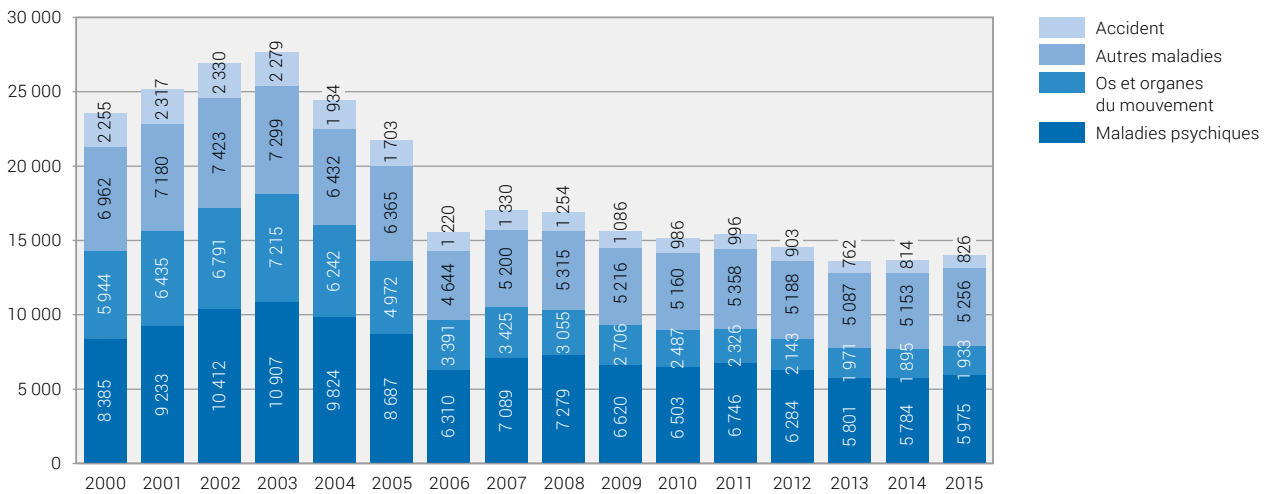
²⁴ www.bsv.admin.ch/bsv/fr/home/assurances-sociales/iv/grundlagen-gesetze/les-prestations-de-lassurance-invalidite.html (consulté le 10.11.2016)

²⁵ Mesures visant à améliorer la capacité de gain de façon durable et importante. Afin qu'elles puissent continuer à exercer une activité lucrative ou à accomplir leurs travaux habituels, les personnes assurées sont soutenues par l'AI au moyen de différentes mesures de réadaptation: mesures médicales, mesures de réinsertion, mesures d'ordre professionnel, moyens auxiliaires, indemnités journalières et remboursement de frais de voyage à titre de prestations supplémentaires (cf. www.ahv-iv.ch/fr).

²⁶ L'allocation pour impotent a pour but de permettre aux personnes handicapées de vivre de manière indépendante. Cette prestation sert à couvrir les frais de l'assuré qui, en raison d'une atteinte à la santé, doit recourir à l'aide régulière de tiers pour accomplir les actes de la vie quotidienne, faire face aux nécessités de la vie ou entretenir des contacts sociaux. (cf. www.ahv-iv.ch/fr).

Nombre de nouveaux invalides bénéficiaires de rente, selon la cause d'invalidité, 2000-2015

G 5.1

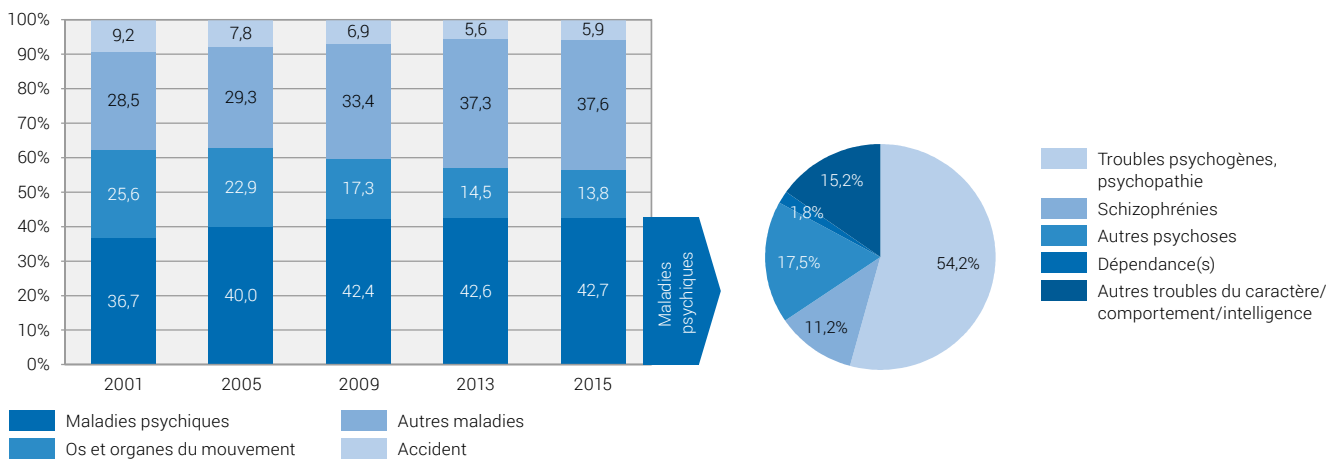


Source: OFAS - Statistique de l'AI 2000-2015

© Obsan 2016

Part des nouveaux bénéficiaires de rente, selon la cause d'invalidité, 2001-2015

G 5.2



2001: n=25 165, 2005: n=21 727, 2009: n=15 628, 2013: n=13 621, 2015: n=13 990

Source: OFAS - Statistique de l'AI 2001, 2005, 2009, 2013, 2015

© Obsan 2016

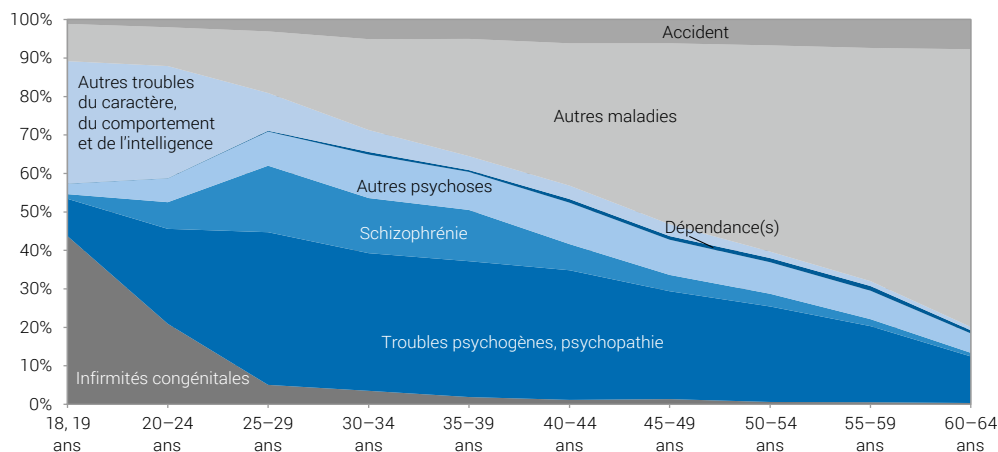
Enfin, le début de 2012 a été marqué par l'entrée en vigueur du premier volet de la 6^e révision de l'AI, la révision 6a. Celle-ci privilégie les mesures destinées à renforcer la réadaptation et les mesures d'incitation (qui s'adressent tant aux rentiers AI qu'aux employeurs) propices à la réinsertion professionnelle. En 2013, le Conseil national a toutefois rejeté le volet 6b de la révision. Celui-ci voulait renforcer encore l'insertion et le maintien dans la vie active et instaurer un système de rentes linéaire. Un nouveau projet de réforme est déjà sous toit, qui s'articule autour des enfants et des adolescents ainsi que des malades psychiques. Selon les évaluations, les trois dernières révisions de l'AI ont remporté moins de succès qu'escompté au sein de ces catégories de la population. Le rapport de l'OCDE sur la santé mentale et l'emploi en Suisse recommande d'ailleurs d'appliquer des mesures visant ces groupes de personnes (OCDE, 2014).

Le graphique 5.2 montre que les maladies psychiques constituent la cause d'invalidité la plus fréquente en Suisse. Bien que le nombre absolu des nouvelles rentes accordées à cause de ce type de maladies ait diminué, la proportion de nouvelles rentes pour troubles psychiques est demeurée stable depuis 2008 et se situe aux alentours de 43%. En 2015, la part des nouvelles rentes pour troubles psychiques a avoisiné 47,7% parmi les femmes et 38,8% parmi les hommes. Chez ces derniers, les accidents et d'autres maladies jouent toutefois un rôle plus important que chez les femmes.

En 2015, plus de la moitié (54,2%) des nouvelles rentes pour cause de maladies psychiques ont été accordées sur la base de diagnostics de troubles psychogènes et de psychopathies (les troubles de la personnalité arrivant en tête; G 5.2). Les cas de schizophrénie ont représenté 11,2% de toutes les nouvelles rentes pour troubles psychiques et les autres psychoses 17,5%. Si les

Part des nouveaux bénéficiaires de rente, selon l'âge et la cause d'invalidité, 2015

G 5.3



n=13990

Source: OFAS - Statistique de l'AI 2015

© Obsan 2016

nouvelles rentes fondées sur un diagnostic de troubles psychogènes et de psychopathies ont été plus souvent attribuées à des femmes (60,0% pour les femmes contre 48,5% pour les hommes), celles fondées sur un diagnostic de schizophrénie ont été plus fréquentes chez les hommes (14,0% chez les hommes contre 8,3% chez les femmes).

Le graphique 5.3 illustre le nombre de nouvelles rentes attribuées en Suisse durant l'année 2015 en fonction de l'âge et de la cause de l'invalidité. Les troubles psychiques représentent, avec 45,5%, le motif le plus fréquent d'octroi d'une rente invalidité, même dans les tranches d'âge des plus jeunes (18 ans et 19 ans), passant avant les infirmités congénitales (43,7%). Avec l'âge, le taux de nouvelles rentes motivées par une infirmité congénitale suit une diminution constante, alors que la part des rentes pour troubles psychiques augmente. Le taux des nouvelles rentes pour troubles psychiques atteint son maximum (75%) dans la tranche des personnes âgées de 25 à 29 ans. Ce n'est qu'à partir de 45 ans environ que d'autres maladies (notamment les maladies des os et des organes locomoteurs, ainsi que du système nerveux) arrivent à nouveau en tête parmi les motifs de l'attribution de nouvelles rentes en Suisse.

En 2006, l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) a lancé plusieurs programmes pluriannuels de recherche sur l'invalidité et le handicap en Suisse et sur la mise en œuvre de la loi sur l'assurance-invalidité (PR-AI et PR-AI 2). Dans ce cadre, diverses études sont en cours depuis 2006 sur les principales thématiques liées à l'AI.²⁷ Le rapport de synthèse du premier programme de recherche, PR-AI 2006–2009 (BSV, 2010) réunit les principaux résultats de 20 rapports de recherche. Il constate que l'accroissement du nombre de nouvelles rentes au cours des années 1990 et jusque vers 2005 a principalement été causé par un manque de systématisation de la procédure d'instruction en cas de maladies psychiques et de troubles douloureux, ainsi que par une orientation insuffisante de l'AI sur la réinsertion professionnelle («la réadaptation prime la rente»).

Le deuxième programme de recherche sur l'assurance-invalidité (PR-AI 2 2010–2015) s'est surtout attaché à évaluer l'efficacité des mesures prises dans le cadre des 4^e et 5^e révisions de l'AI. A cet effet, des travaux de recherche ont été menés sur la procédure d'instruction, la réadaptation professionnelle, les maladies physiques, les prestations financières et les interfaces entre l'AI et d'autres acteurs. Les résultats et les conclusions de ces travaux ont été publiés par l'OFAS dans un rapport de synthèse²⁸. Les connaissances issues de ces deux programmes de recherche ont alimenté les différentes révisions de l'AI.

Les programmes de recherche PR-AI et PR-AI 2 incluent tous deux diverses études consacrées plus spécifiquement à l'octroi de rentes AI pour troubles psychiques. Une étude de Baer et al. (2009) s'est penchée sur les rentes attribuées en raison de troubles psychogènes ou réactifs du milieu, dont le nombre a été multiplié par neuf parmi les causes d'invalidité entre 1986 et 2006. L'analyse d'un millier de dossiers individuels de l'AI a révélé que les maladies qui donnent lieu à l'octroi d'une rente sont principalement des troubles de la personnalité, des formes dépressives récurrentes et des douleurs somatoformes. L'étude a également montré que près de la moitié des bénéficiaires d'une rente AI souffrant de troubles psychogènes ont subi de forts stress pendant leur enfance ou leur adolescence (manque de soins, violence et abus durant l'enfance, maladies psychiques ou physiques graves des parents, séjours en foyer, etc.).

Une autre étude portant sur le travail lucratif a constaté que les maladies psychiques passent souvent inaperçues ou sont perçues comme telles trop tard par les supérieures hiérarchiques ou les responsables du personnel (Baer & Fasel, 2011). Elle a par ailleurs conclu que les supérieures hiérarchiques n'étaient ou ne sont en général guère en mesure de faire face à ce type de situation. S'y ajoute le fait qu'une aide professionnelle (médecin, centre externe de conseil ou office de l'AI) n'était ou n'est

²⁷ www.bsvlive.admin.ch/praxis/forschung/00106/01326/index.html?lang=fr (consulté le 10.11.2016)

²⁸ www.ofas.admin.ch → Assurance-invalidité AI → Recherche → Programmes de recherche sur l'assurance-invalidité (PR-AI) → 2015: Office fédéral des assurances sociales (2015): Rapport de synthèse du deuxième programme de recherche AI (2010–2015) (consulté le 10.11.2016)

sollicitée que rarement ou trop tard. En conséquence, une telle situation débouchait ou débouche le plus souvent sur la résiliation des rapports de travail. Selon l'étude, l'exclusion croissante de la vie active des personnes souffrant de problèmes psychiques est aussi fortement liée au fait que les employeurs sont dépassés par ce type de situation.

Un autre projet axé sur les maladies psychiques s'est penché plus spécialement sur les *individus jeunes* qui touchent une rente AI pour problèmes psychiques (Baer et al., 2015). En effet, alors que le nombre de nouvelles rentes a reculé parmi les groupes d'âge plus élevé, il n'a pratiquement pas diminué parmi les jeunes de moins de 25 ans. Après avoir étudié les dossiers, les auteurs de l'étude concluent qu'une rente est souvent accordée très rapidement, sur la base d'informations médicales parfois peu claires et avant que les mesures de réadaptation de l'AI ou les traitements médicaux envisageables aient été épuisés. A titre de recommandation, les auteurs préconisent notamment d'étendre les mesures professionnelles et de réadaptation (accroître leur fréquence et les mettre à disposition de manière récurrente), d'accorder davantage de poids aux rapports des médecins de l'AI, ainsi que d'améliorer et de systématiser la coopération entre les offices AI et les médecins traitants, d'une part, et les écoles, les entreprises formatrices et les institutions de formation du tertiaire, d'autre part. Ils proposent par ailleurs de repenser la pratique en matière d'instruction des cas et l'attribution de mesures de réadaptation pour certains groupes de diagnostics. La schizophrénie ne devrait par exemple pas être taxée d'incurable trop vite et les personnes concernées ne devraient pas se voir accorder une rente AI de manière prématurée.

Informations complémentaires

OFAS:

www.bsv.admin.ch/bsv/fr/home/assurances-sociales/iv.html
(consulté le 10.11.2016)

OFS, Statistique AVS et AI:

www.statistique.ch → Trouver des statistiques → 13 – Sécurité sociale → Assurances sociales → Assurance-invalidité
(consulté le 10.11.2016)

Programmes pluriannuels de recherche sur l'invalidité et le handicap et sur la mise en œuvre de la loi sur l'assurance-invalidité (PR-AI et PR1-AI):

www.bsvlive.admin.ch/praxis/forschung/00106/01326/index.html?lang=fr (consulté le 10.11.2016)

Rapport de l'OCDE: Santé mentale et emploi: Suisse;

www.oecd.org/fr/suisse/sante-mentale-et-emploi-suisse-9789264205192-fr.htm

5.2 Placement à des fins d'assistance et mesures limitatives de liberté

En 2014, le nombre de «placements à des fins d'assistance» (PAFA) dans des institutions psychiatriques s'est monté à 11 000 selon les estimations. Ce nombre correspond à 11% environ de toutes les hospitalisations en Suisse motivées par un diagnostic psychiatrique. Par rapport à 2014, le taux des PAFA était nettement supérieur en 2002, dépassant 20%, mais il a ensuite constamment diminué. L'évolution enregistrée entre 2002 et 2014 s'explique d'une part par l'augmentation des cas de diagnostic psychiatrique (+33%) et, d'autre part, par le recul du nombre de PAFA (-25%). Dans 7% des cas psychiatriques environ, des mesures limitatives de liberté ont été appliquées en 2014 (isolement, immobilisation et médication forcée, par ex.). Par extrapolation, ce taux correspond à quelque 6 000 cas par an.

En Suisse, le «placement à des fins d'assistance» (PAFA) est régi par l'art. 426 et suivants du Code civil (CC). Selon ces dispositions, l'autorité cantonale de protection de l'enfant et de l'adulte (APEA) peut placer une personne, contre son gré, dans une institution appropriée en raison de troubles psychiques, d'une déficience mentale ou d'un grave état d'abandon. Cette mesure n'est toutefois envisageable que si l'assistance ou le traitement nécessaires ne peuvent pas lui être fournis d'une autre manière. Jusqu'à fin 2012, le droit suisse appelait cette mesure «privation de liberté à des fins d'assistance» (PLAFA). Lors de la révision du droit de la tutelle dans le cadre du nouveau droit de la protection des adultes, au 1^{er} janvier 2013, cette expression a été remplacée par une autre: «placement à des fins d'assistance» (PAFA).

En vertu des «mesures limitatives de liberté» (FM, cf. Bührlen et al., 2015b), il est aussi possible qu'une personne souffrant de troubles psychiques et qui est entrée de son plein gré dans une institution puisse, sur ordre du médecin-chef de l'institution, y être retenue contre son gré pendant trois jours au plus. Une telle mesure n'est admissible que si la personne représente un grave danger pour elle-même ou pour autrui. Moyennant certaines conditions, la direction médicale de l'institution peut en outre ordonner des mesures médicales (médication forcée, immobilisation, etc.), à nouveau sans le consentement de la personne concernée. Enfin, le canton ou l'APEA peut également ordonner des mesures destinées à restreindre la liberté de mouvement d'une personne après sa sortie de l'institution.

En Suisse, la psychiatrie stationnaire comprend donc des mesures telles que le placement à des fins d'assistance (PAFA) ou les mesures limitatives de liberté (rétention, traitement forcé ou restriction de la liberté de mouvement, par ex.), qui constituent en principe une atteinte grave à l'intégrité de la personne concernée. Aussi la législation (CC) prévoit-elle diverses mesures destinées à protéger et à renforcer les droits individuels de cette personne. De plus, la période d'application des mesures ordonnées doit en principe être aussi brève que possible. Nous n'abordons toutefois pas en détail ces mesures «de soulagement» dans le présent sous-chapitre, car nous nous attachons plutôt à considérer d'un point de vue statistique l'évolution des placements à des fins d'assistance (anciennement «privation de liberté à des

fins d'assistance») et des mesures limitatives de liberté dans la psychiatrie stationnaire suisse destinée aux adultes. Nous saisissons cette occasion pour identifier les lacunes dans les données et proposons des solutions pour y remédier.

5.2.1 Placement à des fins d'assistance (PAFA)

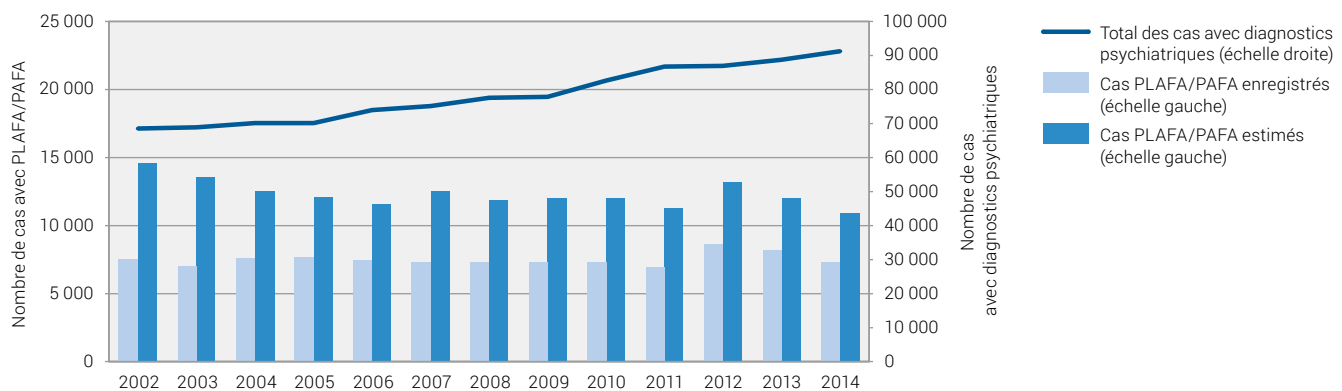
Les données complémentaires sur la psychiatrie²⁹ de la Statistique médicale des hôpitaux (SM) établie par l'OFS ont recensé jusqu'en 2015 les deux variables³⁰ «*entrée volontaire ou non*» et «*internement préventif*» (correspondant à la PLAFa) qui caractérisent l'entrée dans une clinique. Les dépouillements entrepris par l'Obsan révèlent toutefois à ce sujet que ces deux variables ne sont guère consistantes et qu'il est difficile de les interpréter en les mettant en relation. Gassmann (2011) souligne par ailleurs que d'autres spécifications qualifiant les entrées en clinique, comme celles utilisées par le canton de Zurich³¹, pourraient fournir des résultats plus consistants pour la statistique des PLAFa et des PAFA. L'OFS (2016b) a cependant décidé de remédier à l'inconstance observée en supprimant la variable «*entrée volontaire*» des relevés. En ce qui concerne la variable PLAFa – désormais appelée «placement à des fins d'assistance» (PAFA), conformément à la législation, et pouvant présenter deux modalités (1 = sans et 2 = avec) – l'OFS admet, pour simplifier, que tous les PAFA doivent être considérés comme «involontaires».

Le graphique 5.4 (échelle de droite) illustre tout d'abord le total des hospitalisations pour troubles psychiatriques (nombre de cas³²) en Suisse dans les années 2002 à 2014. Leur nombre a augmenté d'un tiers environ, passant de quelque 68 000 en 2002 à plus de 91 000 en 2014. Si cette hausse s'explique en partie par la croissance démographique, elle est aussi une conséquence des adaptations apportées à la stratégie des traitements psychiatriques. Celle-ci mise aujourd'hui sur les traitements intégrés et communautaires (ambulatoires), qui tendent à faciliter le passage entre prise en charge stationnaire et ambulatoire. Dans la statistique, ce changement d'approche se traduit par des durées de séjours plus courts, mais par une multiplication des cas.

A l'inverse, le nombre des hospitalisations psychiatriques *enregistrées* avec la caractéristique PLAFa ou PAFA (G 5.4, échelle de gauche) est demeuré pratiquement constant (se situant entre 7 000 et 8 000 environ) durant toute la période 2002 à 2014. Compte tenu de la variation du taux de données transmises dans le cadre des relevés psychiatriques complémentaires à la statistique médicale (cf. note 29), il est possible de procéder à une extrapolation afin de connaître le nombre des cas avec PLAFa ou PAFA si toutes les données complémentaires avaient été fournies à l'OFS. On obtient ainsi quelque 14 500 cas en 2002 et, avec une tendance globale à la baisse, moins de 11 000 cas en 2014.

Si l'on met en rapport le nombre extrapolé de cas avec PLAFa ou PAFA et le nombre total de cas psychiatriques, on obtient pour 2002 une proportion de plus d'un cinquième (21,3%). Le taux de

Total des hospitalisations lors de maladies psychiques et cas admis avec PLAFa ou PAFA¹, 2002–2014 G 5.4



¹ Depuis le 1^{er} janvier 2013, le placement à des fins d'assistance (PAFA) a remplacé la privation de liberté à des fins d'assistance (PLAFa) dans le Code civil.

Source: OFS – Statistique médicale des hôpitaux (MS) 2002–2014

© Obsan 2016

²⁹ Les données complémentaires sur la psychiatrie ne doivent pas être relevées obligatoirement et les cliniques ne sont pas non plus tenues de transmettre leurs données à l'OFS. Voilà pourquoi les informations disponibles couvrent seulement entre un peu plus de la moitié (2002) et plus de deux tiers (2014) de tous les cas psychiatriques en Suisse.

³⁰ Entrée volontaire: 1 = oui; 2 = non; 9 = inconnu; internement préventif: 1 = sans; 2 = avec.

³¹ Cf. PSYREC-KTR-Handbuch, Direction de la santé publique du canton de Zurich, 2007: Variable «entrée volontaire»: 1 = entrée volontaire; 2 = PLAFa prescrite par un médecin; 3 = PLAFa, mesure tutélaire avec certificat médical; 4 = exécution de mesures; 5 = détention/détention provisoire avec traitement (temporaire); 5 = les parents approuvent le traitement, mais l'enfant pas.

³² Sont ici considérées comme cas toutes les sorties avec un diagnostic principal psychiatrique (diagnostics de la catégorie F, chapitre 5, selon la classification CIM-10 (WHO, 1994), cf. 4.3).

cas avec PLFA ou PAFA diminue ensuite plus ou moins régulièrement, de sorte que la part des cas avec PAFA n'atteint plus que 11,9% en 2014. Cette valeur est légèrement inférieure à celle de 13,3% calculée par l'Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques (Bührlen et al., 2015a). Une analyse des données cantonales de 2014 concernant les cas avec PAFA (SM) confirme l'impression que les résultats de l'extrapolation sous-estiment toujours la réalité d'un à deux points de pourcentage. C'est en particulier dans les cantons de Fribourg, de Genève et de Lucerne que le nombre de cas avec PAFA enregistrés dans les cliniques paraît nettement trop bas.

5.2.2 Mesures limitatives de liberté

Depuis le second semestre 2012, l'association ANQ mène en Suisse des travaux pour évaluer la qualité de la psychiatrie stationnaire. Outre le placement à des fins d'assistance, présenté plus haut, elle recense également les mesures limitatives de liberté (FM) appliquées dans les cliniques. Ces FM comprennent l'isolement, l'immobilisation, la médication forcée ainsi que les mesures de sécurité d'immobilisation sur une chaise ou au lit. Le tableau 5.1 présente le nombre de mesures appliquées durant les années 2013 et 2014, qui ont fait l'objet d'un relevé exhaustif.

Selon le recensement de l'ANQ, la part des cas annoncés comprenant au moins une mesure limitative de liberté sur l'ensemble des cas psychiatriques avoisine 7% (6,8% en 2013 et 6,9% en 2014). L'extrapolation de cette proportion à tous les adultes hospitalisés avec un diagnostic principal psychiatrique, selon le recensement de la statistique médicale des hôpitaux, fournit plus de 6 000 cas en Suisse et par an impliquant au moins une FM. Il ressort par ailleurs du tableau 5.1 que dans près de la moitié des cas la mesure appliquée est *l'isolement*.

Informations complémentaires

ANQ:

www.anq.ch/fr → Psychiatrie

5.3 Suicide

En 2014, 274 femmes et 754 hommes ont commis un suicide en Suisse (suicides assistés non compris). Le taux de suicide est près de trois fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes et il augmente avec l'âge. Il a diminué jusqu'en 2010, puis s'est stabilisé à quelque 13 cas pour 100 000 habitants. Des écarts considérables séparent par ailleurs les cantons. 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. En la matière, on constate des différences marquées entre les sexes.

Chaque jour en Suisse, deux à trois personnes meurent par suicide. Chaque jour, 20 à 30 personnes bénéficient d'une prise en charge médicale à la suite d'une tentative de suicide (Muheim et al., 2013; OFSP, 2016b; Steffen et al., 2011). Le nombre effectif des tentatives de suicide est sans doute plus élevé, car nombre d'entre elles ne sont pas annoncées ou pas identifiées comme telles et leurs auteurs ne reçoivent donc pas de traitement.

Selon la définition de l'OMS, le suicide est un acte à l'issue fatale, perpétré par un individu ayant l'intention de se donner la mort. Depuis quelque temps, les milieux spécialisés remettent en question le fait de considérer le suicide comme un acte délibéré: une personne qui commet une tentative de suicide sans assistance se trouve souvent dans un état psychique inhabituel et sa capacité de discernement est limitée. Cet acte lui apparaît comme le seul moyen de s'extraire d'une situation qu'elle juge insupportable. Dans ce cas, le suicide n'est pas l'expression de la liberté individuelle, mais d'un sentiment de désespoir (Michel, 2012). Les personnes ayant survécu à une tentative de suicide évoquent d'ailleurs un état de transe ou de s'être senties dans le vague. Ces personnes sont en général heureuses d'être toujours en vie et ne cherchent plus à se suicider par la suite. Beaucoup de suicides pourraient être évités.

Le suicide ou la tentative de suicide est souvent le résultat d'une conjonction complexe de différents facteurs, par exemple une maladie psychique comme la dépression, des troubles de la personnalité ou des addictions, la solitude, des problèmes financiers, une crise existentielle, des douleurs chroniques, etc. (Beautrais, 2000; OFSP, 2016b). Le plus grand facteur de risque

Mesures entraînant une restriction de la liberté (MRL) lors de maladie psychique, 2013/2014

T 5.1

	2013		2014		
	ANQ	MS ¹	ANQ	MS ¹	
Total des cas en psychiatrie	64 648 (100%)	88 784	67 214 (100%)	91 297	
Nombre de cas en psychiatrie avec au moins une MRL	4 395 (6,8%)	6 036	4 643 (6,9%)	6 307	
dont nombre de cas avec isolements	2 554 (4,0%)	3 508	2 893 (4,3%)	3 930	
dont nombre de cas avec immobilisations	478 (0,7%)	656	505 (0,8%)	686	
dont nombre de cas avec administrations de médicaments de force	1 232 (1,9%)	1 692	1 476 (2,2%)	2 005	
dont nombre de cas avec restrictions de la liberté de mouvement	506 (0,8%)	695	598 (0,9%)	812	

¹ Le nombre total de cas avec MRL est extrapolé à partir de l'ensemble des cas stationnaires avec diagnostic psychiatrique de la MS (statistique exhaustive): total des cas avec diagnostic F (MS) * part des cas avec MRL (ANQ)

de suicide avec issue fatale est une tentative de suicide. Après une telle tentative, le risque de suicide augmente considérablement pendant plusieurs décennies (OFSP, 2005). Une étude sur le comportement suicidaire dans l'agglomération bernoise révèle que 44% des personnes qui tentent de se suicider ont essayé de le faire au moins une fois auparavant (Steffen et al., 2011). Dans la prévention du suicide, le traitement attentif et à long terme des personnes ayant commis une tentative de suicide joue dès lors un rôle important (OFSP, 2016b; Steffen et al., 2011).

La tentative de suicide fait suite à des idées suicidaires. Les résultats de l'ESS montrent qu'environ 1% des personnes interrogées ont des idées suicidaires un jour sur deux voire tous les jours. Les jeunes sont les plus touchés: 1,8% des 15 à 34 ans pensent au suicide au moins un jour sur deux, les femmes et les hommes dans les mêmes proportions.

Les suicides ont également des conséquences indirectes considérables: en moyenne, quatre à six membres de la famille et proches sont touchés, dont certains éprouvent une grande souffrance. Ces survivants présentent de leur côté un risque accru de suicide (Aguirre & Slater, 2010). Si le suicide se produit dans un espace public (saut du haut d'un bâtiment ou sous le train), il peut de plus traumatiser des tierces personnes.

Les résultats présentés ci-après se fondent sur la statistique des causes de décès de l'OFS. Puisque le présent rapport traite de la santé mentale et de la maladie psychique, nous mettons l'accent sur les cas de suicides qui résultent de troubles psychiques (OFS, 2016a). Nous n'abordons qu'incidemment les cas de suicides assistés, qui sont le plus souvent liés à une maladie physique (cf. encadré dans ce sous-chapitre). Les publications de l'OFS sur l'assistance au suicide donnent des informations détaillées sur le sujet (OFS, 2012, 2016a). Les taux de suicide

mentionnés dans ce sous-chapitre sont standardisés selon l'âge. Comme référence, nous avons utilisé la population européenne standard de 2010 (Eurostat, 2013).³³

En 2014, 1028 personnes (274 femmes et 754 hommes) ont commis un suicide en Suisse (suicides assistés non compris). Ces chiffres correspondent à près de trois suicides en moyenne par jour et à quatre fois plus de décès que ceux causés par des accidents de la route. Force est par ailleurs de supposer que les données statistiques sous-estiment les chiffres réels, car il est impossible d'identifier tous les suicides. C'est le cas par exemple des suicides «déguisés» en accident de la circulation ou perçus comme tels.

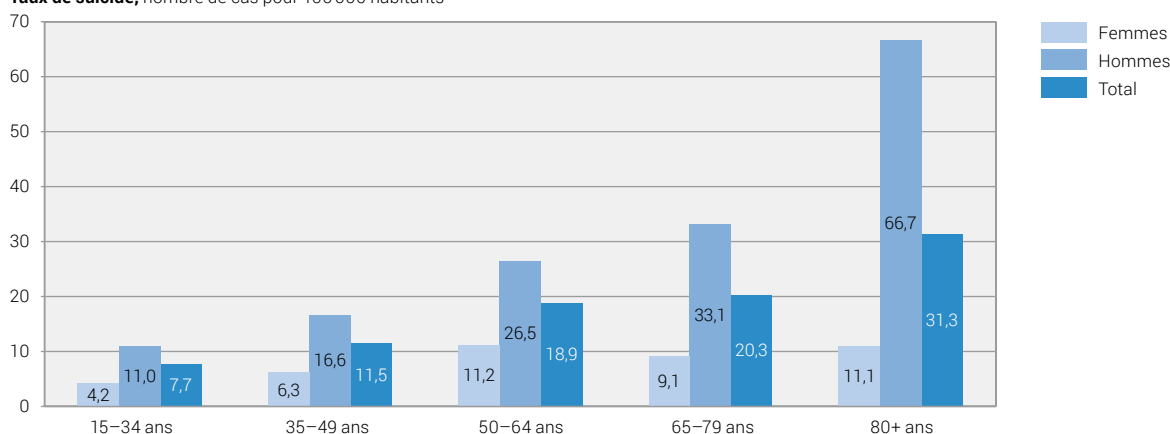
En Suisse, les hommes sont nettement plus nombreux que les femmes à mourir de suicide: en 2014, le taux de suicide des hommes (19,4 cas pour 100 000 individus) a été trois fois plus élevé que celui des femmes (6,4 cas pour 100 000 individus). Le taux de suicide total se situant à 12,4 cas pour 100 000 habitants. Le graphique 5.5 présente les taux de suicide selon le sexe et l'âge. La différence entre les sexes existe visiblement dans tous les groupes d'âge. Il est en outre frappant de constater le taux de suicide parmi les hommes de 80 ans et plus: avec 66,7 cas pour 100 000 hommes, il est extrêmement élevé, tant en comparaison avec les autres classes d'âge qu'avec le taux de suicide des femmes.

Malgré ces taux élevés de suicide à un âge avancé, il ne faut pas perdre de vue que le suicide est souvent la cause du décès de personnes jeune ou d'âge moyen; en particulier, par rapport à d'autres maladies à l'issue mortelle. Dans le groupe d'âge des 15 à 44 ans, presque un cinquième de tous les décès sont dus à des actes suicidaires. En Suisse, le suicide est la troisième cause de décès parmi les individus relativement jeunes (15 à 44 ans) et parmi les personnes d'âge moyen (45 à 64 ans).

Taux de suicide non assisté, selon le sexe et l'âge, 2014

G 5.5

Taux de suicide, nombre de cas pour 100 000 habitants



Femmes: n=274, hommes: n=754

Source: OFS – Statistique des causes de décès 2014

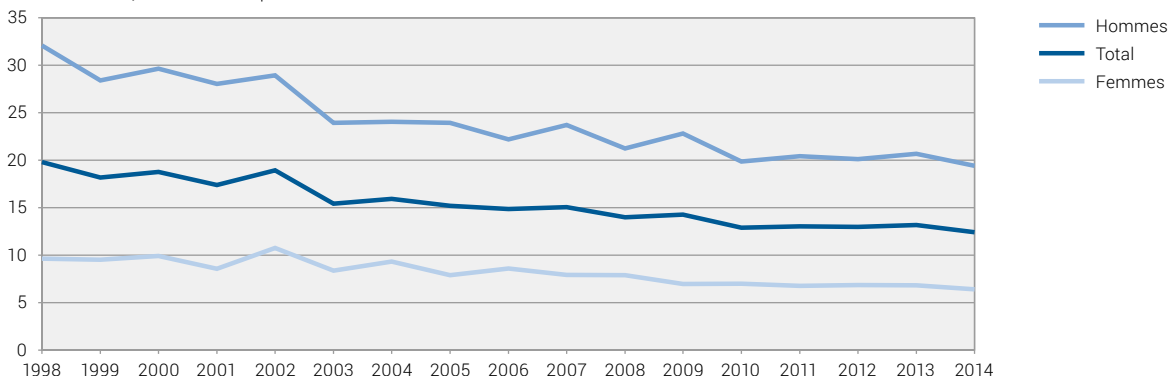
© Obsan 2016

³³ Le dernier rapport de monitoring, paru en 2012, utilisait encore la population européenne standard de 1976. D'où l'apparition de certains écarts au niveau des taux de suicide.

Évolution du taux de suicide non assisté, selon le sexe, 1998–2014

G 5.6

Taux de suicide, nombre de cas pour 100 000 habitants



Avant 1998, la statistique ne distingue pas entre les cas de suicide non assisté et assisté, raison pour laquelle le taux n'est affiché qu'à partir de 1998.

Standardisation selon la population standard européenne de 2010

Femmes: n=274–397, hommes: n=723–989

Source: OFS – Statistique des causes de décès 1998–2014

© Obsan 2016

Le graphique 5.6 illustre l'évolution des taux de suicide non assisté selon le sexe ainsi que pour le total des deux sexes durant la période 1998 à 2014. Une distinction entre suicide assisté et non assisté n'étant pas possible avant l'année 1998, nous avons renoncé à représenter les données des années précédentes. Entre 1998 et 2010, le taux global a enregistré une nette baisse, qui s'explique avant tout par la diminution du taux de suicide chez les hommes. Entre 2010 et 2013, le taux de suicide non assisté est demeuré constant, avoisinant 13 cas pour 100 000 habitants. En 2014, il se situe à un niveau légèrement plus bas (12,4 cas pour 100 000 habitants), mais n'affiche pas une différence significative par rapport à 2013.

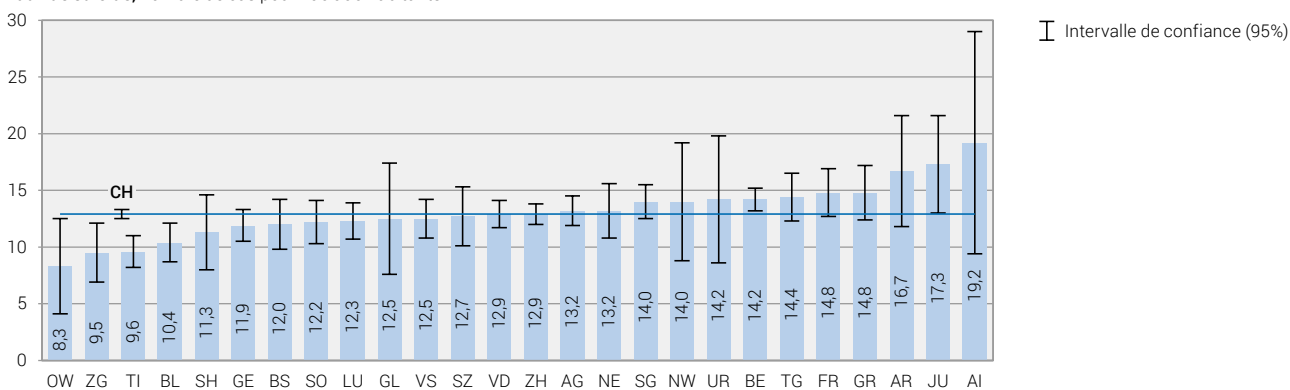
Les taux de suicide non assisté diffèrent sensiblement d'un canton à l'autre (G 5.7). Les cantons d'Obwald (8,3 cas pour 100 000 habitants), de Zoug (9,5) et du Tessin (9,6) enregistrent

les taux les plus faibles; les cantons d'Appenzell Rhodes-Extérieures (16,7), du Jura (17,3) et d'Appenzell Rhodes-Intérieures (19,2) les taux les plus élevés. Si l'on tient compte de la taille, parfois grande, de l'intervalle de confiance, seuls les cantons du Tessin, de Zoug, de Bâle-Campagne et, surtout, d'Obwald se situent au-dessous de la moyenne suisse. Dans aucun canton, le taux de suicide ne dépasse de manière significative la moyenne suisse. La plupart des cantons affichent par ailleurs un rapport entre les sexes qui correspond à celui observé à l'échelle de la Suisse: 3 (hommes) à 1 (femmes). La différence est encore plus élevée dans les cantons de Soleure, Bâle-Ville, Obwald et Appenzell Rhodes-Extérieures, où le rapport des taux de suicide avoisine 4:1 ou 5:1. C'est le canton de Nidwald qui affiche l'écart le plus frappant: le rapport entre hommes et femmes est de 14 à 1.

Taux de suicide non assisté, selon les cantons, 2010–2014 (valeurs moyennes)¹

G 5.7

Taux de suicide, nombre de cas pour 100 000 habitants



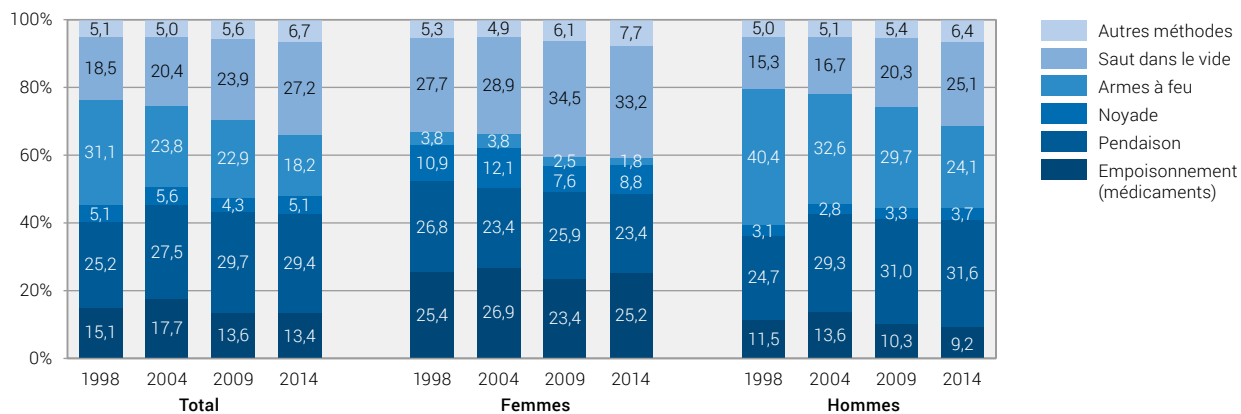
¹ En raison des variations annuelles des taux, en particulier dans les cantons de petite taille, les taux de suicide sont calculés sur une moyenne de cinq ans. Standardisation selon la population standard européenne de 2010

Source: OFS – Statistique des causes de décès 2010–2014

© Obsan 2016

Pourcentage de suicide non assisté, selon la méthode et le sexe, 1998–2014

G 5.8



Femmes: 1998: n=339, 2004: n=274, 2009: n=278, 2014: n=274;
Hommes: 1998: n=989, 2004: n=754, 2009: n=827, 2014: n=754

Source: OFS – Statistique des causes de décès 1998, 2004, 2009, 2014

© Obsan 2016

Les 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 – constituent l'une des raisons des écarts entre les cantons. Il est certain que la disponibilité des moyens de se suicider joue un rôle important. On observe ainsi de nettes différences entre les cantons pour ce qui est 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) (Reisch et al., 2007). De plus, des études internationales et nationales prouvent que le fait de rendre difficile l'accès aux méthodes et moyens létaux peut prévenir les suicides, car les suicidaires n'opteront pas nécessairement pour d'autres méthodes (Daigle, 2005; Reisch et al., 2007).

Le graphique 5.8 illustre la répartition en pour cent des suicides non assistés entre 1998 et 2014 selon la méthode utilisée: le saut dans le vide et la pendaison ont gagné en importance relative, tandis que le taux du recours à une arme à feu a nettement reculé. Alors que cette dernière méthode avait été le plus fréquemment utilisée en 1998, elle figurait en troisième position en 2014. La répartition des méthodes diffère nettement selon les sexes. Les femmes choisissent le plus souvent le saut dans le vide (33,2% en 2014), l'empoisonnement (25,2%) et la pendaison (23,4%). Cette répartition n'a pas changé ces dernières années. Durant la période prise en considération, on constate chez les hommes un recul du taux de suicide par arme à feu (24,1% en 2014) et un accroissement de l'importance relative de la pendaison (31,6%) et du saut dans le vide (25,1%).

Le graphique 5.9 présente une comparaison européenne du taux de suicide. Issus de la base de données européenne de la Santé pour tous, ces taux ont été standardisés à l'aide de la population européenne standard de 1976. D'où l'écart qui apparaît entre les taux suisses du graphique 5.9 (11,3 suicides pour 100 000 habitants) et le taux de suicide non assisté (12,4), mentionné plus haut dans ce sous-chapitre et standardisé sur la base de la population européenne standard de 2010. Comparé à celui d'autre pays, le taux suisse (11,3 suicides pour 100 000 habitants)

correspond à ceux de l'ensemble de l'Europe (11,2). Le taux de l'UE se situant légèrement plus bas, avec 10,0 suicides pour 100 000 habitants. Si le taux suisse est inférieur à celui des pays voisins que sont la France (13,3) et l'Autriche (12,6), il est supérieur à ceux de l'Allemagne (9,9) et de l'Italie (5,9). C'est la Lituanie qui affiche le taux de suicide de loin le plus élevé (28,3) et la Turquie de loin le plus bas (2,5).

Informations complémentaires

OFSP, Suicide et tentative de suicide:

www.ofsp.admin.ch → Thèmes → La politique de la santé → Santé psychique → Suicide et tentative de suicide → Faits et chiffres (consulté le 11.11.2016)

OFS, Mortalité, causes de décès:

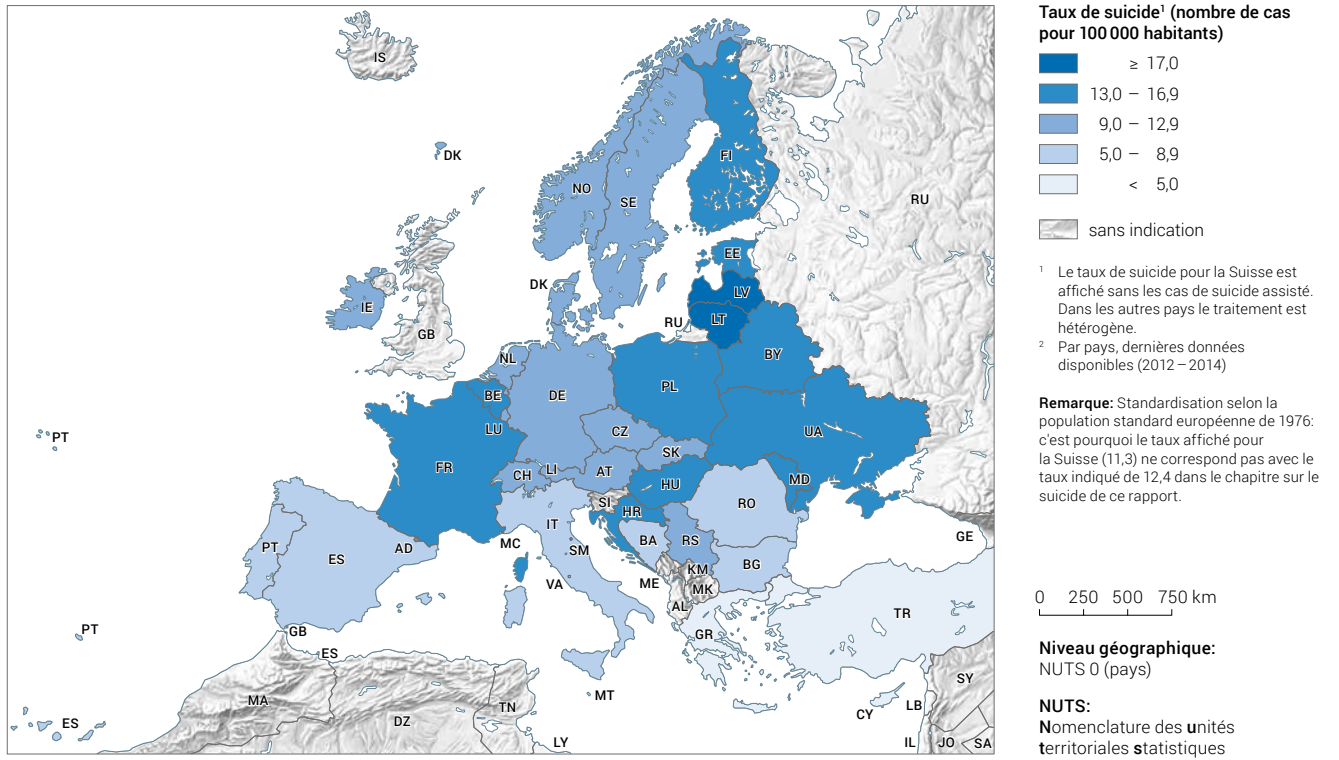
www.statistique.ch → Trouver des statistiques → Santé → État de santé → Mortalité, causes de décès (consulté le 11.11.2016)

Ipsilon, Initiative pour la prévention du suicide en Suisse:

www.ipsilon.ch (consulté le 11.11.2016)

Taux de suicide¹ de divers pays d'Europe, 2012 – 2014²

G 5.9



Source: WHO – European health for all database (HFA-DB)

© OFS 2016

Suicide assisté

Les suicides assistés sont motivés en priorité par des maladies physiques chroniques, comme le cancer, les maladies neurodégénératives et les maladies cardio-vasculaires (OFS, 2012, 2016a). Dans le cas de ce type de suicide, la personne concernée doit exprimer un désir de mourir durable lorsqu'elle est en pleine possession de sa capacité de discernement. Au contraire, nombre de suicides non assistés sont la conséquence de maladies psychiques ou de crises psychosociales graves. Lors des suicides non assistés, le désir de mourir est souvent passager et la capacité de discernement momentanément limitée (Gysin-Maillart & Michel, 2013; OFSP, 2016b).

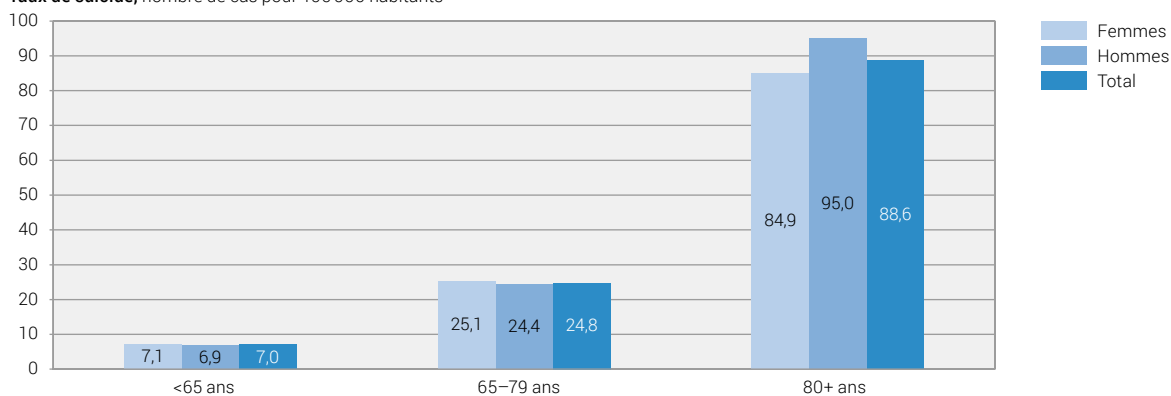
Les dépressions et le sentiment d'isolement constituent des facteurs de risque aussi bien dans le cas de suicides assistés que de suicides non assistés. Dans les deux cas, la dépression est détectée ou traitée de manière trop tardive (OFSP, 2016b).

En Suisse, 742 personnes ont mis fin à leurs jours en 2014 par suicide assisté (assistance au décès), 422 étaient des femmes et 320 des hommes. Exprimés en taux de suicide, ces chiffres correspondent à 9,4 femmes et à 10,3 hommes pour 100 000 habitants. Ce sont surtout les personnes âgées de 80 ans et plus (cf. graphique) qui optent pour cette solution: 88,6 cas pour 100 000 habitants. Les taux se situent à 24,8 dans la classe d'âge des 65 à 79 ans et à 7,0 cas pour 100 000 habitants parmi les moins de 65 ans.

Entre 1998 et 2014, le taux de suicides assistés a augmenté sans cesse, passant de 0,9 à 9,5 cas pour 100 000 habitants (cf. graphique). Le niveau des premières années considérées peut également s'expliquer par la difficulté à relever les données. Ce problème est moins important depuis 2014 (OFS, 2016a). Il n'y a pas d'écart significatif entre le taux des femmes et celui des hommes.

Taux de suicide assisté, selon le sexe et l'âge, 2014

Taux de suicide, nombre de cas pour 100 000 habitants



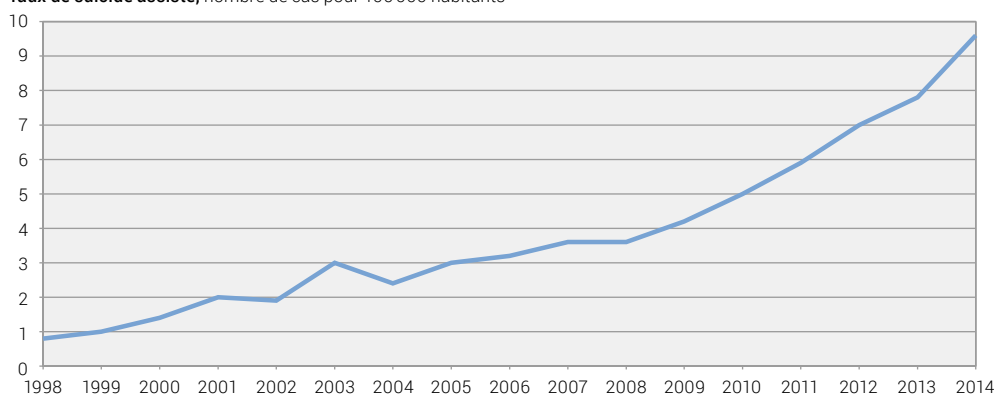
Femmes: n=422; hommes: n=320

Source: OFS – Statistique des causes de décès 2014

© Obsan 2016

Évolution du taux de suicide assisté, 1998–2014

Taux de suicide assisté, nombre de cas pour 100 000 habitants



n=43–742

Source: OFS – Statistique des causes de décès 1998–2014

© Obsan 2016

5.4 Coûts des troubles psychiques

L'évolution des coûts de l'assurance obligatoire des soins (AOS) se traduit par une hausse des coûts de traitement dans les hôpitaux et les cabinets entre 2006 et 2015 (+53%). Cela vaut pour la psychiatrie et pour l'ensemble du domaine AOS. Dans le domaine psychiatrique, la hausse des coûts est la plus marquée dans le secteur hospitalier ambulatoire (+88%).

Les troubles psychiques entraînent, d'une part, des souffrances considérables pour les personnes touchées et leur entourage et occasionnent, d'autre part, des coûts économiques et sociaux élevés (OECD, 2014). L'étude européenne «Cost of disorders of the brain in Europe 2010» a évalué les coûts sociaux des troubles psychiques, procédant aussi à une estimation pour la Suisse (Gustavsson et al., 2011; Maercker et al., 2013).

Selon ces estimations, les coûts des troubles psychiques³⁴ se sont montés en Suisse à 11 milliards de francs en 2010. Ils se répartissent comme suit:

- *coûts médicaux directs* (37%) des traitements psychiatriques et psychothérapeutiques à la charge du «système de santé»,
- *coûts directs non médicaux* (13%), tels les coûts réels (monétaires) qui incombent aux services sociaux et les coûts immatériels (non monétaires) de l'aide informelle assurée dans le cadre du «système social»,
- *coûts indirects* (50%) induits par exemple par les incapacités de travail ou les départs à la retraite anticipée engendrés par les troubles psychiques et qui sont à la charge du «système économique».

Selon l'étude, les troubles affectifs et les troubles psychotiques occupaient en 2010, avec 26% et 23% respectivement, les plus grandes parts dans les dépenses de 11 milliards de francs enregistrés en Suisse. Pour chacun de ces types de troubles, environ deux tiers des coûts étaient *indirects*, c'est-à-dire qu'il ne s'agissait pas de coûts engendrés par la prise en charge et le traitement des personnes touchées, mais de coûts causés par les pertes de productivités. En 2010, les coûts les plus élevés par patient ont été provoqués en Suisse par les troubles psychotiques (près de 33 600 francs par patient) et les troubles de la personnalité (presque 10 800 francs par patient). Les auteurs estiment à quelque 5 800 francs par personne concernée et par an les coûts des troubles affectifs et à 5 200 francs par personne et par an ceux de la dépression.

Une étude de Tomonoga et al. (2013) estime les coûts de la dépression dans le canton de Zurich à 37 900 francs par patient et par an.³⁵ De ce total, 44% sont des coûts directs et 65% des coûts indirects. Cette étude distingue par ailleurs les coûts en fonction de la gravité de la dépression. Comme on pouvait s'y attendre, le montant des coûts augmente considérablement avec

le degré de gravité de la maladie: ils sont estimés à 19 800 francs en cas de dépression légère, à 36 000 francs en cas de dépression moyennement sévère et à 53 000 francs en cas de dépression majeure. Dans ce dernier type de dépression, ils se répartissent à parts égales entre coûts directs et indirects. Pour les dépressions légères à moyennement sévère, les coûts indirects représentent une part plus importante en raison des pertes de productivité.

Une étude de Wieser et al. (2014) sur les coûts des maladies non transmissibles en Suisse souligne que les troubles psychiques (10 638 millions de francs) occasionnent, après les maladies musculo-squelettiques (12 194 millions de francs), les coûts *indirects* les plus élevés pour les personnes concernées et pour la société.³⁶ Pour ce qui est des coûts directs, les troubles psychiques se classent en troisième position (4 à 6,3 milliards de francs), derrière les maladies cardio-vasculaires (10,3 milliards de francs) et les maladies musculo-squelettiques (8,7 à 11,4 milliards de francs).

Compte tenu des données disponibles en Suisse, le présent sous-chapitre analyse uniquement les coûts *directs* engendrés par les prestations *médicales*. Les résultats se fondent sur le pool de données de SASIS SA et comprennent exclusivement les prestations et leurs coûts, tels qu'ils ont été comptabilisés dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins (AOS) et dont les factures ont été remises aux assureurs maladie. Les factures que les assurés ne remettent pas à leur assurance (car leur franchise est élevée, par ex.) ou les prestations qui ne sont pas prises en charge par l'AOS ne sont dès lors pas prises en considération (Sturny & Schuler, 2011). Les analyses ci-après se fondent sur les coûts bruts de l'AOS, de sorte que le jeu de données englobe la somme des prestations nettes enregistrées, de même que la participation aux coûts des personnes assurées.

En ce qui concerne le domaine psychiatrique et psychothérapeutique du système suisse de santé, les données de SASIS SA permettent d'analyser les soins prodigués par les prestataires ci-après:

- psychiatres en cabinet médical (privé; distinction étant faite entre la pédopsychiatrie pour enfants et adolescent et la psychiatrie pour adultes),
- cliniques psychiatriques (prestations ambulatoires et stationnaires),
- services psychiatriques des hôpitaux somatiques (prestations ambulatoires et stationnaires).

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 que l'on appelle la psychothérapie déléguée.³⁷ Les traitements psychiatriques ou

³⁴ Dépendance à une substance, troubles anxieux, troubles de l'alimentation, troubles affectifs, troubles de la personnalité, troubles psychotiques, troubles somatoformes, troubles durant l'enfance et à l'adolescence.

³⁵ Les données utilisées concernent les années 2007 et 2008. La conversion se fonde sur les taux de change annuels moyens de ces deux années.

³⁶ Diabète, affections chroniques des voies respiratoires, maladies cardio-vasculaires, cancer, maladies musculo-squelettiques, troubles psychiques et démence.

³⁷ Les psychothérapies déléguées sont des traitements de thérapeutes non-médecins, délégués par un spécialiste possédant 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.

psychothérapeutiques dispensés par des médecins généralistes ne peuvent pas être enregistrés en tant que tels dans le pool de données, ni analysés.

Après avoir donné un aperçu du nombre de patients, la première partie du sous-chapitre présente les coûts par patient dans les cabinets de psychiatrie. La deuxième partie se concentre quant à elle sur le volume absolu des coûts AOS du secteur de la psychiatrie, en opérant une distinction entre les cabinets du secteur ambulatoire et les services ambulatoires et stationnaires des hôpitaux.

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

L'analyse des données concernant les cabinets médicaux du secteur ambulatoire révèle que sur le total de 16,5 millions de patients traités en Suisse en 2015³⁸, 2,7% ont été pris en charge par des psychiatres (pour le nombre de patients traités durant la période 2006–2015, cf. T 4.1, p. 39). Les traitements psychiatriques-psychothérapeutiques en cabinet ont été assurés à 89,6% par des psychiatres pour adultes et à 10,4% par des psychiatres pour enfants et adolescents. Entre 2006 et 2015, le nombre absolu de patients traités dans des cabinets de psychiatre a augmenté de 58% pour passer de 282 900 à 447 455. L'essentiel de cette hausse peut être attribué à la psychiatrie pour adultes. Durant la même période, le nombre de patients traités en médecine générale s'est accru de 26%.

Les patients du secteur psychiatrique ne représentent certes que 2,7% de tous les patients pris en charge par les cabinets du secteur ambulatoire. Les coûts des traitements psychiatriques sont toutefois nettement plus élevés par patient: en 2015, le coût moyen d'un traitement en cabinet s'est élevé à 1 798 francs par patient en psychiatrie, contre 353 francs par patient en médecine générale.³⁹ Cet écart considérable 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 2015, le coût moyen d'un traitement par patient dans les cabinets du secteur ambulatoire a augmenté: de 5% en psychiatrie et même de 20% en médecine générale.

5.4.2 Hôpitaux et cabinets: total des coûts AOS et coûts du secteur psychiatrique

Le tableau 5.2 présente d'une part les coûts totaux AOS enregistrés en Suisse dans les hôpitaux et les cabinets (psychiatrie comprise) et d'autre part, ceux du secteur psychiatrique, pour la période 2006 à 2015. Tant pour le secteur ambulatoire que pour le secteur stationnaire, le groupe de coûts secteur *psychiatrique hospitalier* englobe les cliniques psychiatriques et les services psychiatriques des hôpitaux somatiques. Les coûts AOS dans le secteur psychiatrique (2,0 milliards de francs) représentent 9,2% du total des coûts AOS pour les hôpitaux et les cabinets ambulatoires enregistrés en 2015 en Suisse

Coûts AOS dans le secteur psychiatrique, comparaison avec les coûts totaux (hôpital et cabinets médicaux), 2006–2015 (en mio. CHF)

T 5.2

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Variation 06–15 en %
Total des coûts AOS pour les hôpitaux et les cabinets ambulatoires	14 072	14 793	15 596	16 337	16 811	17 401	18 193	19 960	20 399	21 497	52,8
Secteur hospitalier stationnaire	4 976	5 205	5 301	5 554	5 638	5 732	5 912	6 771	6 720	6 939	39,4
Secteur hospitalier ambulatoire	2 955	3 191	3 547	3 830	4 107	4 383	4 722	5 116	5 192	5 444	84,3
Cabinets ambulatoires	6 141	6 397	6 748	6 954	7 066	7 286	7 559	8 072	8 488	9 114	48,4
Coûts AOS dans le secteur psychiatrique	1 310	1 321	1 379	1 471	1 540	1 574	1 724	1 859	1 906	1 977	50,9
Secteur psychiatrique hospitalier stationnaire	612	600	609	649	648	649	728	781	780	788	28,6
Secteur psychiatrique hospitalier ambulatoire	191	199	220	245	278	275	311	333	345	359	88,4
Cabinets de psychiatrie ambulatoires	507	522	551	578	613	649	685	745	782	830	63,6

État des données: 19.05.2016

Source: SASIS SA – Datenpool santésuisse/analyse obsan

© Obsan 2016

³⁸ Est considéré comme patient, un assuré dans l'AOS qui a eu recours au moins une fois durant l'année considérée aux prestations AOS d'un fournisseur de soins. Si le même assuré s'est rendu deux fois chez le même médecin au cours de cette année, un seul patient apparaît dans la statistique de cette année-là. Si le même patient s'est rendu chez deux médecins différents au cours de la même année, deux patients sont comptés dans la statistique annuelle.

³⁹ Il s'agit ici des coûts bruts de l'AOS (coûts nets de l'AOS, y compris la participation des assurés aux coûts) pour les traitements médicaux. Les coûts de médicaments, de moyens et appareils, d'analyse et de physiothérapies engendrés dans les cabinets du secteur ambulatoire ne sont pas pris en compte.

(21,5 milliards de francs). Dans le seul secteur hospitalier stationnaire, la psychiatrie représente 11,4% des coûts. 6,6% des coûts sont imputables à cette dernière dans le secteur hospitalier ambulatoire et 9,1% dans le secteur des cabinets médicaux. En Suisse, les coûts totaux AOS des hôpitaux et des cabinets ambulatoires, ainsi que les coûts du secteur psychiatrique ont augmenté entre 2006 et 2015, la hausse avoisinant 50% dans les deux cas. Dans le secteur psychiatrique, c'est la psychiatrie ambulatoire qui affiche la hausse la plus marquée (+88%).

Informations complémentaires

OFS, Coûts et financement du système de santé:
www.statistique.ch → Trouver des statistiques →
14 – Santé → Coût, financement (consulté le 14.11.2016)

6 Synthèse

Nous présentons ici une synthèse de ce qui a été dit dans les chapitres précédents sur la santé et les maladies psychiques, leur évolution dans le temps, les différences entre les sexes, entre les groupes d'âge et entre les régions. Cette synthèse sera suivie d'un bilan présentant les principales conséquences à tirer pour la stratégie et la planification du secteur de la santé psychique.

Comment la santé psychique de la population suisse a-t-elle évolué au cours du temps?

Les possibilités d'effectuer des comparaisons dans le temps sont aujourd'hui très limitées. On dispose certes de séries chronologiques complètes pour certaines des questions étudiées dans ce rapport, comme les facteurs de risque, les facteurs de protection et le recours aux services de santé. Ces séries de données, toutefois, n'autorisent pas de comparaisons dans le temps car les instruments de mesure utilisés dans la dernière enquête suisse sur la santé (ESS) ont été renouvelés ou modifiés par rapport aux enquêtes précédentes.

Dans l'ensemble, on peut cependant affirmer que la santé psychique de la population suisse n'a pas fortement évolué au cours de ces dernières années. Si des évolutions négatives sont à signaler dans certains domaines, on constate dans d'autres domaines une stabilisation, voire une amélioration de la situation.

Une relative stabilité s'observe de 2007 à 2012 pour ce qui est de la fréquence des *problèmes psychiques*. La part de la population suisse qui souffre de problèmes psychiques moyens à forts a légèrement augmenté (de 17,1% à 18,0%), mais ce résultat n'est pas statistiquement significatif. Une stabilité relative s'observe également pour le sentiment de *maîtrise de la vie*. En 2012, comme en 2002 et en 2007, une grande partie de la population a le sentiment de pouvoir dans une large mesure maîtriser sa vie. Près de 80% des personnes interrogées font état d'un sentiment de maîtrise moyen à élevé. Le sentiment de *solitude*, en revanche, est plus répandu dans la population en 2012 qu'en 2007 et en 2002. En 2007, environ 30% de la population disaient se sentir parfois, assez souvent ou très souvent seuls; la proportion est passée à un peu plus de 36% en 2012.

La part de la population qui consulte pour des troubles psychiques a augmenté au fil des années. En 2012, 5,4% des personnes interrogées disaient avoir suivi un traitement pour des problèmes psychiques. C'est 30% de plus que quinze ans auparavant (1997: 4,1%). On observe cependant une stabilisation de 2007 à 2012. Une hausse plus nette apparaît si l'on considère, sur la base des comptes des caisses-maladie, le nombre de

patientes et de patients traités ambulatoirement dans un cabinet psychiatrique. L'augmentation représente 5,2% par an en moyenne de 2006 à 2015. Au cours de la même période et à titre de comparaison, la hausse moyenne du nombre de patients s'élève à 2,6% par an dans les cabinets de généralistes. L'augmentation du recours aux soins est allée de pair avec une nette hausse des coûts de l'AOS dans le domaine psychiatrique, ceci en particulier dans le secteur ambulatoire.

La consommation de médicaments a également augmenté. Il y a vingt ans (1992), environ 38% de la population suisse disaient avoir pris des médicaments au cours des sept jours précédant l'enquête. En 2012, la proportion a atteint presque 49%. Si la consommation est restée stable pour les tranquillisants et les antidépresseurs, elle a presque doublé pour les antidouleurs (12,4% vs 23,4%).

Pour d'autres indicateurs, on observe une évolution favorable. La proportion de nouvelles rentes AI motivées par des maladies psychiques est stable – autour de 43% – depuis 2008. La proportion avait baissé au cours des années précédentes à partir d'un niveau plus élevé. Les maladies psychiques restent cependant le principal motif d'octroi de nouvelles rentes AI chez les personnes de 18 à 44 ans.

On observe également une baisse puis une stabilisation du nombre de suicides non assistés. Le taux a reculé jusqu'en 2010 puis est resté constant à environ 13 cas pour 100 000 habitants. À noter que le taux de suicide assisté (assistance au décès) a augmenté continuellement de 1998 à 2014, passant de 0,8 à 9,6 cas pour 100 000 habitants.

Les placements en clinique psychiatrique à des fins d'assistance (PAFA) ont diminué, ce qui est un signe de qualité des soins psychiatriques. La proportion des placements dans l'ensemble des hospitalisations psychiatriques est passée de 20% en 2002 à 11% en 2014. Cela correspond à une baisse des placements à des fins d'assistance de 25%.

Des évolutions favorables s'observent enfin dans le secteur hospitalier: le nombre de patientes et de patients est resté relativement stable (hausse légère de 8,1 à 9,1 patient-e-s pour 1 000 habitants de 2002 à 2014), la durée moyenne d'hospitalisation a baissé et le nombre de réadmissions a augmenté, ce qui peut s'interpréter comme une amélioration de l'intégration de la chaîne des soins.

En résumé, l'état de santé psychique de la population suisse est resté en grande partie stable au cours des dernières années. On observe cependant une augmentation générale du recours aux prestations thérapeutiques. Plusieurs indicateurs montrent que le nombre de personnes qui se font soigner pour des

problèmes psychiques augmente d'année en année. Cette hausse en tant que telle ne peut pas être interprétée comme le signe d'une dégradation de la santé psychique de la population. Des études épidémiologiques de longue durée réalisées dans d'autres pays d'Europe n'ont pas montré d'augmentation notable des troubles psychiques (voir le point 1.2.2). Une explication de la hausse du recours aux soins pourrait résider dans le fait que la population et les professionnels de la santé ont aujourd'hui une meilleure connaissance des maladies psychiques, d'où une plus grande acceptation et une meilleure identification des troubles psychiques, et aussi une plus grande propension à solliciter l'aide d'un spécialiste. Il semble donc que, à prévalence inchangée, les troubles psychiques soient aujourd'hui plus fréquemment repérés et moins souvent ignorés qu'autrefois.

Les femmes sont en moins bonne santé psychique que les hommes

Comme on l'a déjà relevé dans le précédent rapport de monitoring (Schuler & Burla, 2012b), il existe des différences sensibles entre les sexes. La situation des femmes reste globalement moins favorable que celle des hommes. Les femmes disent plus fréquemment que les hommes avoir une *santé psychique* diminuée et on observe chez elles *plus de facteurs de risque* et *moins de facteurs de protection*. Elles sont moins souvent pleines d'énergie et de vitalité, elles présentent plus souvent des problèmes psychiques et des symptômes dépressifs, elles prennent plus fréquemment des somnifères, des tranquillisants et des antidépresseurs. De plus, elles ont moins que les hommes le sentiment de maîtriser leur vie et se sentent plus souvent seules. Pourtant, les hommes et les femmes jouissent à peu près du même soutien de la part de leur entourage social.

La différence entre les sexes n'a pas évolué non plus pour ce qui est du *recours aux prestations* thérapeutiques. Les femmes consultent plus fréquemment pour des problèmes psychiques et elles sont hospitalisées plus souvent et plus longtemps que les hommes pour des troubles psychiatriques. Le diagnostic le plus fréquent est la dépression, suivie d'assez loin par l'ensemble des troubles névrotiques, des troubles liés au stress et des troubles somatoformes. Viennent ensuite les psychoses et les troubles liés à l'alcool. Les hommes sont le plus souvent traités en stationnaire pour des troubles liés à l'alcool, pour des dépressions et des psychoses, et pour des troubles névrotiques/liés au stress/somatoformes.

Le risque d'invalidité liée à une maladie psychique est également plus élevé chez les femmes que chez les hommes. En termes absolus, on compte chaque année à peu près le même nombre de femmes que d'hommes parmi les nouveaux bénéficiaires de rentes AI accordées pour maladie psychique, mais en termes relatifs, les maladies psychiques sont une cause beaucoup plus fréquente de mise à l'AI chez les femmes que chez les hommes (48% vs 39%).

Le rapport entre les sexes est inverse pour ce qui est des suicides non assistés. Le taux de suicide est environ trois fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes. Mais les

tentatives de suicide sont plus fréquentes chez les femmes que chez les hommes. Le taux de suicide assisté est à peu près le même pour les deux sexes.

Les traitements pour des problèmes psychiques sont fréquents surtout chez les personnes d'âge moyen

Les données selon l'âge montrent que, dans l'ensemble, les personnes d'âge moyen suivent plus que les autres des traitements pour des problèmes psychiques. Elles montrent aussi que les personnes âgées jouissent d'une meilleure santé psychique que le reste de la population. Il faut toutefois tenir compte, dans l'interprétation des résultats qui vont suivre, du fait que la bonne santé psychique des personnes âgées est probablement surévaluée. Les données de l'ESS proviennent essentiellement d'une enquête, en partie téléphonique, en partie écrite, auprès des personnes vivant dans un ménage privé. Les personnes vivant en institution – établissements médico-sociaux, homes pour personnes âgées, etc. – ne sont pas représentées dans l'échantillon. On peut supposer en outre que les personnes atteintes d'une maladie psychique sont justement celles qui participent moins que les autres à l'enquête.

L'analyse montre que ce sont surtout les jeunes qui estiment manquer de *vitalité et d'énergie* et que, à mesure que l'âge augmente, on se sent plus fréquemment avoir beaucoup d'énergie et de vitalité. De même, les personnes âgées (65 ans et plus) font tendanciellement moins souvent état de *problèmes psychiques* et de *dépressivité* que les personnes plus jeunes. Elles ont aussi plus fréquemment le sentiment de maîtriser leur vie. En revanche, le soutien de l'entourage social diminue avec l'âge et la consommation de médicaments tels que somnifères, tranquillisants, antidouleurs et antidépresseurs se fait plus fréquente.

D'après leurs réponses au questionnaire de l'ESS, ce sont les personnes d'âge moyen (35 à 64 ans) qui consultent le plus fréquemment pour des problèmes psychiques. Les taux de consultation les plus faibles s'observent dans le groupe d'âge le plus jeune et dans le groupe d'âge le plus âgé. Le type de spécialiste consulté varie selon l'âge des patients: les jeunes recourent surtout à des psychothérapeutes (53%), les personnes âgées le plus souvent à un psychiatre (48%). Une proportion particulièrement élevée de personnes âgées souffrant de problèmes psychiques consultent un médecin généraliste (22%). La répartition par âge est en gros la même pour les traitements stationnaires avec diagnostic principal psychiatrique. Les groupes d'âge compris entre 35 et 49 ans présentent des taux d'hospitalisation supérieurs à tous les autres groupes. Dans les groupes d'âge moyens, la dépression est de loin le diagnostic le plus fréquent chez les femmes; chez les hommes, ce sont les troubles liés à l'alcool qui prédominent. Chez les femmes jeunes, les troubles névrotiques/liés au stress/somatoformes sont presque aussi fréquents que les dépressions. Chez les hommes jeunes, le trouble le plus fréquent est la psychose. La fréquence de ces deux diagnostics diminue avec l'âge. Le nombre de jours de soins pour 1000 habitant-e-s est resté globalement stable ces dernières années (2014: 379 jours/1000 habitant-e-s/an). Chez les femmes, ce taux augmente d'abord avec l'âge, puis se stabilise à partir

de 35 à 49 ans; chez les hommes, il augmente également dans un premier temps pour atteindre un sommet à l'âge moyen et diminuer ensuite.

Des différences selon l'âge s'observent aussi dans le domaine de l'invalidité pour maladie psychique. C'est surtout chez les personnes jeunes de 18 à 29 ans que les maladies psychiques sont le principal motif de mise à l'AI. À partir de 45 ans environ, d'autres maladies prennent le relais.

Enfin, une corrélation nette s'observe entre l'âge et le suicide non assisté. Le taux de suicide augmente constamment avec l'âge. Les taux de suicide relativement élevés observés chez les personnes âgées ne doivent cependant pas faire oublier que, en termes relatifs, le suicide est une cause de mortalité plus fréquente chez les jeunes et chez les personnes d'âge moyen. On le voit quand on compare pour chaque groupe d'âge le suicide avec les autres causes de décès. Le suicide, qui est la cause de près d'un cinquième de l'ensemble des décès, est la troisième cause de mortalité chez les personnes de 15 à 44 ans.

La santé de la population et le recours aux soins varient sensiblement selon les régions

Une tendance régionale relativement nette, déjà observée en 2007, se dégage des données de 2012. Au Tessin et dans la région lémanique, la population paraît jouir d'une moins bonne santé psychique qu'en Suisse centrale, en Suisse orientale et dans la Suisse du Nord-Ouest. Environ 25% de la population du Tessin, et 23% dans la région lémanique, déclarent avoir des problèmes psychiques moyens à importants. La proportion atteint à peine 14% en Suisse centrale, 16% dans le Nord-Ouest et 16% en Suisse orientale. La population tessinoise est aussi celle qui présente les chiffres les plus élevés pour la dépressivité. Au Tessin, la part des personnes présentant des symptômes dépressifs faibles, moyens ou sévères est supérieure à 38%; dans les autres grandes régions, elle est comprise entre 27% et 30%. Le rapport est inverse pour la santé psychique positive. En Suisse centrale, en Suisse orientale et en Suisse du Nord-Ouest, la part des personnes qui font état d'un niveau élevé de vitalité et d'énergie est supérieure à la moyenne (environ les deux tiers). Au Tessin et dans la région lémanique, la proportion dépasse tout juste la moitié des personnes interrogées.

Pour ce qui est du recours aux soins, on observe des différences importantes selon les cantons. Le taux d'hospitalisation avec diagnostic psychiatrique est le plus élevé dans le canton de Bâle-Ville (plus de 23 cas pour 1 000 habitants) et le plus faible dans le canton d'Appenzell Rhodes-Intérieures (environ huit cas pour 1 000 habitants). Si l'on considère le nombre de jours d'hospitalisation, le taux le plus élevé s'observe également dans le canton de Bâle-Ville (689 jours pour 1 000 habitants). Les autres cantons présentent des taux compris entre 211 jours (Appenzell Rhodes-Intérieures) et 480 jours (Schaffhouse). Les durées d'hospitalisation les plus courtes s'observent dans les cantons du Valais et de Genève (médiane 13 jours), de Glaris et d'Appenzell Rhodes-Intérieures (13,5 jours) et les plus longues dans les cantons des Grisons (22 jours) et de Schaffhouse (23 jours). Le canton de Bâle-Ville se situe, avec le canton du Jura, un peu au-dessous du milieu du classement (17 jours).

Les données ne permettent pas d'énoncer un jugement général sur la santé psychique de la population

Comment faut-il apprécier, sur la base des données ici présentées, la santé psychique de la population suisse? C'est une question à laquelle il est très difficile de répondre, *faute de données épidémiologiques systématiques et complètes* sur la fréquence et la prévalence des troubles psychiques en comparaison avec d'autres pays. Les indicateurs utilisés dans l'ESS 2012 renseignent certes sur la prévalence des problèmes psychiques et de la dépressivité, mais le questionnaire d'enquête ne couvre qu'une toute petite partie du champ des maladies psychiques. De plus, les données fournies par les personnes interrogées n'ont pas valeur de diagnostic. Enfin, les résultats ne peuvent pas être comparés avec ceux des autres pays car l'Europe n'a pas effectué, dans le cadre de la première enquête EHIS (*European Health Interview Survey*), de relevé complet des problèmes psychiques et de la dépressivité. Il n'est dès lors pas possible de calculer sur ces deux points des indicateurs à des fins de comparaison (voir Harbers et al., 2008). Il est prévu d'effectuer, dans la deuxième vague d'enquête de l'EHIS, un relevé complet des problèmes psychiques et de la dépressivité (Europäische Kommission & Eurostat, 2013). Il en va de même pour l'indicateur de la vitalité et de l'énergie, qui doit rendre compte du versant positif de la santé psychique.

Les données disponibles sont un peu meilleures pour la *demande et l'offre de traitements psychiatriques et psychothérapeutiques*. Mais seul le secteur psychiatrique stationnaire a fait l'objet jusqu'ici de relevés complets. Dans le secteur ambulatoire, on ne dispose que de données très limitées sur les traitements dans les cabinets psychiatriques. Nous n'avons aucune donnée sur le secteur ambulatoire non médical – p. ex. les cabinets des psychothérapeutes –, et le reste de l'offre ambulatoire et intermédiaire (p. ex. les cliniques de jour) ne fait l'objet d'aucune statistique. Mais ici aussi des améliorations sont prévues dans les années à venir⁴⁰.

En principe, on ne peut pas, à partir du recours aux prestations, tirer des conclusions sur la prévalence des troubles psychiques. Il est certain que beaucoup de troubles psychiques passent inaperçus et ne sont pas traités. Wittchen et ses collègues (2005) estiment qu'un quart seulement des personnes atteintes de troubles psychiques sont prises en charge dans un cadre professionnel. Avec les données aujourd'hui disponibles, on ne peut connaître ni la prévalence des maladies psychiques, ni le besoin réel de soins. Une grande incertitude demeure donc sur la question de savoir si le système de santé est aujourd'hui en mesure d'aider adéquatement les personnes souffrant de maladies psychiques.

⁴⁰ www.statistique.ch → Bases statistiques et enquêtes → Projets → Modules ambulatoires des relevés sur la santé (MARS)

Bilan

Le présent rapport de monitoring met en évidence deux tendances à première vue contradictoires: d'une part, la santé psychique de la population suisse est restée relativement stable au cours des années, d'autre part le recours aux traitements psychiatriques et psychothérapeutiques a augmenté constamment. Ce double constat – qu'il faut considérer avec prudence car il s'appuie sur des données encore insuffisantes – soulève plusieurs questions importantes pour la politique des soins de santé.

On parle depuis des années de la stigmatisation des personnes atteintes d'une maladie psychique. Cette stigmatisation, qui a certainement conduit à un déficit thérapeutique, semble avoir diminué ces dernières années, au moins dans certains cas et pour certains tableaux cliniques (Angermeyer et al., 2014; Angermeyer et al., 2013; voir aussi Ernst, 2015)⁴¹. S'il en est ainsi, il est logique que la demande de soins ait augmenté alors même que la charge de morbidité est restée constante (Clement et al., 2015). Une telle évolution serait d'ailleurs à considérer comme positive.

À l'appui de l'hypothèse du recul de la stigmatisation, on avance notamment le fait que l'on recherche toujours plus souvent des spécialistes en psychiatrie/psychologie plutôt que des généralistes. Un autre indice réside dans le fait qu'une vaste campagne visant à faire mieux accepter les maladies psychiques a eu des effets qui ont été évalués très favorablement⁴². Malgré cette évolution favorable, la stigmatisation des troubles psychiques et la discrimination qui en résulte reste un problème dans notre société. Des travaux de recherche et des mesures politiques restent nécessaires dans ce domaine. Le rapport «La santé psychique en Suisse: état des lieux et champs d'action» (BAG, 2015) considère qu'il faut poursuivre les activités de sensibilisation, de déstigmatisation et d'information.

L'augmentation du recours aux soins pourrait théoriquement être attribuée aussi à un excédent de l'offre (demande induite par l'offre), qui ferait monter les coûts sans diminuer la charge de morbidité. De fait, la Suisse possède au sein de l'OCDE la plus forte densité de cabinets spécialisés en psychiatrie et en psychothérapie (BAG, 2016), densité qui a encore augmenté légèrement ces dernières années. Mais le nombre croissant de patients traités chaque année par les psychiatres (voir le point 4.2) et les longs délais d'attente pour accéder à une thérapie (Stettler et al., 2013) semblent indiquer plutôt que les besoins ne sont pas couverts et que l'offre est insuffisante (Stocker et al., 2016).

Du point de vue macroéconomique, il est souhaitable que les maladies psychiques soient traitées à temps et d'une manière appropriée. Les pathologies affectives (comme la dépression) et psychotiques (comme la schizophrénie) sont les troubles psychiques qui génèrent en Suisse le plus de coûts. Les dépister et

les traiter assez tôt auraient pour effet d'augmenter les coûts directs de la médecine, mais entraîneraient une réduction des coûts indirects (liés aux congés maladie, aux retraites anticipées, etc.). Certaines comorbidités pourraient probablement être traitées préventivement. Les coûts indirects étant, dans le domaine des maladies psychiques, sensiblement plus élevés que les coûts directs, il en résulterait globalement une baisse des coûts (Maercker et al., 2013). L'intérêt économique qu'il y a à investir dans le traitement des troubles psychiques apparaît également dans une étude récente de l'OMS, qui montre que chaque dollar investi dans le traitement de l'anxiété et de la dépression génère en retour quatre dollars sous forme d'une meilleure santé et d'une hausse de la productivité du travail (Chisholm et al., 2016).

Une troisième hypothèse (outre celles du recul de la stigmatisation et d'une demande induite par l'offre) peut être avancée pour expliquer que le recours aux soins augmente alors que la charge de morbidité reste stable. Elle consiste à postuler que les problèmes psychiques ont effectivement augmenté dans notre société, mais que cette augmentation n'apparaît pas dans les chiffres car les gens parviennent, grâce à un soutien thérapeutique, à préserver leur équilibre psychique. Cette hypothèse reste pour le moment ouverte.

La question de savoir si la réponse du système de santé aux maladies psychiques est adéquate reste une question délicate car les besoins réels en matière de traitements sont très difficiles à évaluer. D'une part, on ne dispose pas de données complètes sur la prévalence des troubles psychiques, d'autre part il n'est pas certain que chaque problème diagnostiqué appelle nécessairement des soins (voir Jacobi & Kessler-Scheil, 2013). N'attribue-t-on pas en Suisse plus d'importance à la santé psychique qu'on ne le fait dans d'autres pays? C'est difficile à dire: combien les gens sont-ils prêts à investir dans leur santé psychique? Combien l'État est-il prêt à dépenser dans ce domaine? Dans quelle mesure les employeurs se sentent-ils concernés – en tant que demandeurs de personnel en bonne santé et en tant qu'investisseurs dans la santé?

De nouvelles observations, dans les années à venir, et l'évaluation des programmes aujourd'hui en cours à différents niveaux, aideront à effectuer au moins des comparaisons dans le temps à l'intérieur de la Suisse. On saura alors si les efforts consentis portent des fruits. Il faut le souhaiter pour les malades et pour leurs proches.

⁴¹ L'acceptation de la prise en charge médicale de la schizophrénie, de la dépression et de l'alcoolisme a augmenté en Allemagne de 1990 à 2011. Le recours à un psychiatre ou à un psychothérapeute est aujourd'hui mieux accepté, mais l'idée que la population se fait des personnes atteintes de schizophrénie s'est détériorée. Aucune tendance nette ne se dégage pour la dépression et pour l'alcoolisme.

⁴² La campagne «Comment vas-tu?» a fait l'objet de deux évaluations scientifiques. Elle a été accueillie très favorablement par la population. Source: www.wie-gehts-dir.ch → Die Kampagne → Evaluation

Abréviations

AI	Assurance-invalidité
AOS	Assurance obligatoire des soins
APEA	Autorité de protection de l'enfant et de l'adulte
AVS	Assurance-vieillesse et survivants
CC	Code civil suisse
CDS	Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé
CIM	Classification internationale des maladies
DALY	Disability Adjusted Life Years (Espérance de vie corrigée de l'incapacité)
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux)
DSQ	Depression Screening Questionnaire
ESS	Enquête suisse sur la santé
EVI	Indice «énergie et vitalité»
FM	Mesures limitatives de liberté
FMH	Fédération des médecins suisses
LAI	Loi fédérale sur l'assurance-invalidité
n	Nombre de personnes interrogées
Obsan	Observatoire suisse de la santé
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
OFAS	Office fédéral des assurances sociales
OFS	Office fédéral de la statistique
OFSP	Office fédéral de la santé publique
OMS	Organisation mondiale de la santé
PAFA	Placement à des fins d'assistance
PLAFA	Privation de liberté à des fins d'assistance
PSM	Panel suisse de ménages
SECO	Secrétariat d'État à l'économie
UE	Union européenne
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

Bibliographie

- Aguirre, R. & Slater, H. (2010). Suicide prevention as suicide prevention: Improvement and expansion in the United States. *Death Studies*(34): 529-540.
- Ajdacic-Gross, V. & Graf, M. (2003). État des lieux et données concernant l'épidémiologie psychiatrique en Suisse (Document de travail Nr. 2). Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.
- Anderson, R.J., Freedland, K.E., Clouse, R.E. & Lustman, P.J. (2001). The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes. A metaanalysis. *Diabetes Care*, 24(6): 1069-1078.
- Angermeyer, M.C., Matschinger, H., Carta, M.G. & Schomerus, G. (2014). Changes in the perception of mental illness stigma in Germany over the last two decades. *European Psychiatry*, 29(6): 390-395.
- Angermeyer, M.C., Matschinger, H. & Schomerus, G. (2013). Attitudes towards psychiatric treatment and people with mental illness: changes over two decades. *The British Journal of Psychiatry*, 203(2): 146-151.
- Angst, J., Gamma, A., Benazzi, F., Silverstein, B., Ajdacic-Gross, V., Eich, D. et al. (2006). Atypical depressive syndromes in varying definitions. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 256(1): 44-54.
- Angst, J., Gamma, A., Neuenschwander, M., Ajdacic-Gross, V., Eich, D., Rössler, W. et al. (2005). Prevalence of mental disorders in the Zurich Cohort Study: a twenty year prospective study. *Epidemiol Psychiatr Soc*, 14(2): 68-76.
- Angst, J., Gamma, A., Sellaro, R., Zhang, H. & Merikangas, K. (2002). Toward validation of atypical depression in the community: results of the Zurich cohort study. *Journal of affective disorders*, 72(2): 125-138.
- Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Tübingen: DGVT-Verlag.
- APA (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. Arlington: American Psychiatric Association.
- Bachmann, N. (2014). *Soziale Ressourcen als Gesundheitsschutz: Wirkungsweise und Verbreitung in der Schweizer Bevölkerung und in Europa*. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Baer, N. (2007). Würden Sie einen psychisch behinderten Menschen anstellen? Resultate einer Befragung von KMU. *Zeitschrift für Sozialhilfe*(1): 32-33.
- Baer, N., Altwicker-Hámori, S., Juvalta, S., Frick, U. & Rüesch, P. (2015). *Profile von jungen IV-Neurentenbeziehenden mit psychischen Krankheiten*. Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen (Forschungsbericht 19/15).
- Baer, N. & Cahn, T. (2009). Troubles psychiques. In: K. Meyer (Eds.), *La santé en Suisse. Rapport national sur la santé 2008* (p. 181–198). Genève: Éditions Médecine et Hygiène.
- Baer, N. & Fasel, T. (2011). «Schwierige» Mitarbeiter. Wahrnehmung und Bewältigung psychisch bedingter Problemsituationen durch Vorgesetzte und Personalverantwortliche. Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen.
- Baer, N., Frick, U. & Fasel, T. (2009). *Dossieranalyse der Invalidierungen aus psychischen Gründen. Typologisierung der Personen, ihrer Erkrankungen, Belastungen und Berentungsverläufe*. Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen.
- Baer, N., Schuler, D., Füglistler-Dousse, S. & Moreau-Gruet, F. (2013). *La dépression dans la population suisse. Données concernant l'épidémiologie, le traitement et l'intégration socio-professionnelle (Obsan Rapport 56)*. Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.
- Barsky, A., Orav, E. & Bates, D. (2006). Distinctive patterns of medical care utilization in patients who somatize. *Med Care*, 44: 803-811.
- 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., Schulz, P. & Schlotz, W. (2004). Persönlichkeit, chronischer Stress und körperliche Gesundheit: Eine prospektive Studie zur Überprüfung eines systemischen Anforderungs-Ressourcen-Modells. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 12(1): 11-23.

- Blaser, M. & Amstad, F.T. (Eds.). (2016). La santé psychique au cours de la vie. Rapport de base. Berne et Lausanne: Promotion Santé Suisse Rapport 6.
- Bopp, M., Braun, J., Gutzwiller, F. & Faeh, D. (2012). Health risk or resource? Gradual and independent association between self-rated health and mortality persists over 30 years. *PloS one*, 7(2): e30795.
- Brenner, H.D., Rössler, W. & Fromm, U. (2003). Die moderne evidenzbasierte psychiatrische Versorgung: Welchen Weg nimmt die institutionelle Schweizer Psychiatrie? *Schweizerische Ärztezeitung*, 84(35): 1777-1786.
- Brevik, J.I. & Dalgard, O.S. (1996). *The Health Profile Inventory*. Oslo.
- Bührlen, B., McKernan, S. & Laxdal, K. (2015). Rapport comparatif national: Psychiatrie stationnaire pour adultes – Mesures nationales en psychiatrie stationnaire pour adultes (Indicateurs «Importance des symptômes» et «Mesures limitatives de liberté»). Bâle: Cliniques universitaires psychiatriques de Bâle et Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques ANQ.
- Burke, J., Wittchen, H., Regier, D. & Sartorius, N. (1990). Extracting information from diagnostic interviews on co-occurrence of symptoms of anxiety and depression. *Comorbidity of mood and anxiety disorders*: 649-667.
- Cacioppo, J. & Patrick, W. (2008). *Loneliness: Human Nature and the Need for Social Connection*. New York: W.W. Norton & Co.
- Chisholm, D., Sweeny, K., Sheehan, P., Rasmussen, B., Smit, F., Cuijpers, P. et al. (2016). Scaling-up treatment of depression and anxiety: a global return on investment analysis. *The Lancet Psychiatry*, 3(5): 415-424.
- Clement, S., Schauman, O., Graham, T., Maggioni, F., Evans-Lacko, S., Bezborodovs, N. et al. (2015). What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies. *Psychological medicine*, 45(01): 11-27.
- Daigle, M.S. (2005). Suicide prevention through means restriction: Assessing the risk of substitution. A critical review and synthesis. *Accident Analysis and Prevention*, 37(4): 625-632.
- Deci, E.L. (1975). *Intrinsic Motivation*. New York: Plenum.
- 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*.
- Ernst, J. (2015). Psychische Erkrankungen – Die wahrgenommene Stigmatisierung ist rückläufig. *Psychother Psych Med*, 65(03/04): 89-89.
- EU-Konferenz (2008). *Europäischer Pakt für Psychische Gesundheit und Wohlbefinden*. Brüssel: Hochrangige EU-Konferenz.
- Europäische Kommission & Eurostat (2013). *Health Interview Survey (EHIS wave 2). Methodological manual: 2013 edition*.
- Eurostat (2013). *Revision of the European Standard Population. eurostat methodologies and working papers*: 121.
- Falkai, P. & Wittchen, H.U. (Eds.). (2015). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen-DSM-5®*. Göttingen: Hogrefe.
- Franke, A. (2012). *Modelle von Gesundheit und Krankheit (3. Auflage Eds.)*. Bern: Huber.
- Fritze, J., Sass, H. & Schmauss, M. (2001). Befragung der Fachgesellschaften durch den Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen zur Frage von Ueber-, Unter- und Fehlversorgung: Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde.
- Gassmann, J. (2011). *Wirksamkeit des Rechtsschutzes bei psychiatrischen Zwangseinweisungen in der Schweiz*. Erstellt im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- Gili, M., Luciano, J.V., Serrano, M.J., Jiménez, R., Bauza, N. & Roca, M. (2011). Mental disorders among frequent attenders in primary care: a comparison with routine attenders. *The Journal of nervous and mental disease*, 199(10): 744-749.
- Gustavsson, A., Svensson, M., Jacobi, F., Allgulander, C., Alonso, J., Beghi, E. et al. (2011). Cost of disorders of the brain in Europe 2010. *Eur Neuropsychopharmacol*, 21(10): 718-779.
- Gysin-Maillart, A. & Michel, K. (2013). *Kurztherapie nach Suizidversuch. ASSIP – Attempted Suicide Short Intervention Program. Therapiemanual*. Bern: Hans Huber.
- Harbers, M.M., van der Wilk, E.A., Kramers, P.G.N., Kuunders, M.M.A.P., Verschuuren, M., Eliyahu, H. et al. (2008). *Dare to Compare! Benchmarking Dutch health with the European Community Health Indicators (ECHI)*. RIVM report number 270051011. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.
- Härter, M., Baumeister, H. & Bengel, J. (2007). *Psychische Störungen bei körperlichen Erkrankungen*. Heidelberg: Springer.
- HEA (1999). *Community Action for Mental Health*. London: Health Education Authority.
- Hurrelmann, K. (2002). *Psycho- und somatische Gesundheitsstörungen bei Kindern und Jugendlichen*. *Bundesgesundheitsbl Gesundheitsforsch Gesundheitsschutz*, 45: 866-872.

- Jacobi, F. & Barnikol, U.B. (2015). Abschätzung von Prävalenz und Behandlungsbedarf psychischer Störungen. *Der Nervenarzt*, 86(1): 42-50.
- Jacobi, F., Höfler, M., Strehle, J., Mack, S., Gerschler, A., Scholl, L. et al. (2014). Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. *Der Nervenarzt*, 85(1): 77-87.
- Jacobi, F. & Kessler-Scheil, S. (2013). Epidemiologie psychischer Störungen. *Psychotherapeut*, 58(2): 191-206.
- Jacobi, F., Wittchen, H.U., Hölting, C., Höfler, M., Pfister, H., Müller, N. et al. (2004). 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.
- Jungbauer, J., Bischof, J. & Angermeyer, M.C. (2001). Belastungen von Angehörigen psychisch Kranker. *Psychiatrische Praxis*, 28(03): 105-114.
- Jylhä, M. (2009). What is self-rated health and why does it predict mortality? Towards a unified conceptual model. *Social science & medicine*, 69(3): 307-316.
- Kessler, R.C., Chiu, W.T., Demler, O. & Walters, E.E. (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., Demler, O., Frank, R.G., Olsson, M., Pincus, H.A. & Walters, E.E. (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.
- Keyes, C.L. (2005). Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(3): 539.
- Keyes, C.L. (2007). Promoting and protecting mental health as flourishing: a complementary strategy for improving national mental health. *American Psychologist*, 62(2): 95.
- Kleinman, A., Estrin, G.L., Usmani, S., Chisholm, D., Marquez, P.V., Evans, T.G. et al. (2016). Time for mental health to come out of the shadows. *The Lancet*, 387(10035): 2274-2275.
- Klesse, C., Baumeister, H., Bengel, J. & Härter, M. (2008). Somatische und psychische Komorbidität. Bedeutung für Diagnose und Behandlung. *Psychotherapeut*, 53(1): 49-62.
- Knieps, F. & Pfaff, H. (Eds.). (2015). BKK Gesundheitsreport 2015. Berlin: MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Knol, M.J., Twisk, J.W., Beekman, A.T., Heine, R.J., Snoek, F.J. & Pouwer, F. (2006). Depression as a risk factor for the onset of type 2 diabetes mellitus. A meta-analysis. *Diabetologia*, 49(5): 837-845.
- Koopmans, G., Donker, M. & Rutten, F. (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.
- Kroenke, K., Spitzer, R.L. & Williams, J.B.W. (2001). The PHQ-9. *Journal of General Internal Medicine*, 16(9): 606-613.
- Kruse, J., Schmitz, N., Wöller, W., Heckrath, C. & Tress, W. (2004). Why does the general practitioner overlooks psychological disorders in his patient? *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 54(2): 45-51.
- Kuhl, H.C. (2008). Stationäre Psychiatrie in der Schweiz 2000–2008 (Arbeitsdokument Nr. 31). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Kuhl, H.C. & Herdt, J. (2007). Stationäre psychiatrische Inanspruchnahme in der Schweiz. Eine epidemiologische Auswertung der Medizinischen Statistik. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Künzler, A. & Wernli, M. (2011). Kulturwandel in der Onkologie: Einführung eines biopsychosozialen Belastungsscreenings. *Schweizer Krebsbulletin*, 4: 311-314.
- Lawrence, D., Hancock, K.J. & Kisely, S. (2013). The gap in life expectancy from preventable physical illness in psychiatric patients in Western Australia: retrospective analysis of population based registers. *BMJ: British Medical Journal*, 346.
- Lippke, S. & Renneberg, B. (2006). Konzepte von Gesundheit und Krankheit *Gesundheitspsychologie* (p. 7–12): Springer.
- Lobo, A., Saz, P., Marcos, G., Campos, R., García-Campayo, J., Orozco, F. 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).
- Löwe, B.P. & Spitzer, R.L. (2001). Gesundheitsfragebogen für Patienten PHQ-D: Manual; Komplette Version und Kurzform: Pfizer GmbH.
- Maercker, A., Perkonig, A., Preisig, M., Schaller, K. & Weller, M. (2013). The costs of disorders of the brain in Switzerland: an update from the European Brain Council Study for 2010. *Swiss Med Wkly*, 143(w13751).

- Michel, K. (2012). Suizid ist keine überlegte Handlung: Fachinformationen Suizidalität.
- Mitchell, A.J., Vaze, A. & Rao, S. (2009). Clinical diagnosis of depression in primary care: a meta-analysis. *The Lancet*, 374(9690): 609-619.
- Modetta, C. (2009). Delphi-Studie zu Gründen für das verlangsamte Wachstum der IV-Neurenten. Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen.
- Muheim, F., Eichhorn, M., Berger, P., Czernin, S., Stoppe, G., Keck, M. et al. (2013). Suicide attempts in the county of Basel: results from the WHO/EURO Multicenter Study on Suicidal Behaviour. *Swiss Med Wkly*, 143(w13759).
- Muijen, M. (2014). The future role of psychiatry in Europe – The WHO European Mental Health Action Plan. *Die Psychiatrie*, 11(1): 11-18.
- Murray, C.J. & Lopez, A.D. (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.
- OCDE (2014). Santé mentale et emploi: Suisse: Santé mentale et emploi, Editions OCDE.
- OECD (2014). Making Mental Health Count: The Social and Economic Costs of Neglecting Mental Health Care. Paris: OECD Publishing.
- 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.
- OFAS (2016). Statistiques de la sécurité sociale: Statistique de l'AI 2015 – Tableaux détaillés: Office fédéral des assurances sociales.
- OFS (2008). Enquête suisse sur la santé 2007. Les indices. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique.
- 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 (2012). Statistique des causes de décès 2009. Assistance au suicide et suicide en Suisse. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique.
- OFS (2013). Enquête suisse sur la santé 2012. Documentation indices ESS12. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique.
- OFS (2016a). Statistique des causes de décès 2014. Suicide assisté et suicide en Suisse. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique.
- OFS (2016b). Statistique médicale des hôpitaux – Variables de la statistique médicale. Spécifications valables dès 1.1.2016. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique.
- OFSP (2005). Le suicide et la prévention du suicide en Suisse. Rapport répondant au postulat Widmer (02.3251). Berne: Office fédéral de la santé publique.
- OFSP (2015). Santé psychique en Suisse – État des lieux et champs d'action. Rapport sur mandat du Dialogue Politique nationale de la santé. Berne: Office fédéral de la santé publique.
- OFSP (2016a). Avenir de la psychiatrie en Suisse: Rapport en réponse au postulat de Philipp Stähelin (10.3255). Berne: Office fédéral de la santé publique.
- OFSP (2016b). La prévention du suicide en Suisse. Contexte, mesures à prendre et plan d'action. Rapport sur mandat du Dialogue Politique nationale de la santé. Version pour la consultation du printemps 2016. Berne: Office fédéral de la santé publique.
- Olesen, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Wittchen, H.U. & Jönsson, B. (2012). The economic cost of brain disorders in Europe. *European Journal of Neurology*, 19(1): 155-162.
- OMS (2001). Rapport sur la santé dans le monde 2001 – La santé mentale: Nouvelle conception, nouveaux espoirs. Genève: Organisation mondiale de la santé.
- OMS (2013). Plan d'action pour la santé mentale 2013–2020 (Nr. 9241506024). Genève: Organisation mondiale de la Santé.
- OMS Europe (2006). Santé mentale: relever les défis, trouver des solutions. Rapport de la Conférence ministérielle européenne de l'OMS. Copenhague: OMS Europe.
- OMS Europe (2013). Le Plan d'action européen sur la santé mentale 2013–2020. Copenhague: Organisation mondiale de la santé, bureau régional de l'Europe.
- Perlman, D. & Peplau, L.A. (1981). Toward a social psychology of loneliness. *Personal relationships*, 3: 31-56.
- Reisch, T., Schuster, U. & Michel, K. (2007). Suicide by Jumping and Accessibility of Bridges: Results from a National Survey in Switzerland. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37: 681-687.
- Richter, D. & Berger, K. (2013). Nehmen psychische Störungen zu? *Psychiatrische Praxis*, 40(04): 176-182.

- Richter, D., Berger, K. & Reker, T. (2008). Nehmen psychische Störungen zu? Eine systematische Literaturübersicht. *Psychiatrische Praxis*, 35: 321-330.
- Rotter, J.B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs: General and Applied*, 80(1): No. 609.
- Rüesch, P. & Manzoni, P. (2003). La santé psychique en Suisse – Monitoring. Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.
- Rüesch, P., Volken, T., Bänziger, A. & Gügler, R. (2011). Messinstrumente zu psychischer Gesundheit-Krankheit in der Schweizerischen Gesundheitsbefragung. Empirische Analyse der Messeigenschaften und Vergleich mit europäischer Erhebung (Obsan Dossier 16) (Nr. 3907872932). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Ryan, R.M. & Frederick, C. (1997). On Energy, Personality, and Health: Subjective Vitality as a Dynamic Reflection of Well-Being. *Journal of Personality*, 65(3): 529-565.
- Salimi, A. (2011). Social-emotional loneliness and life satisfaction. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 29: 292-295.
- Santé publique suisse (2014). Manifeste suisse relatif à la Public Mental Health. Berne: Santé publique suisse.
- Sareen, J., Jagdeo, A., Cox, B., Clara, I., Ten Have, M., Belk, S. 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., Wittchen, H.U. & Zaudig, M. (1996). Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-IV. Göttingen: Hogrefe.
- Savageau, J., McLoughlin, M., Ursan, A., Bai, Y., Collins, M. & Cashman, S. (2006). Characteristics of frequent attenders at a community health center. *J Am Board Fam Med*, 19: 265-275.
- Saxena, S., Funk, M. & Chisholm, D. (2014). WHO's Mental Health Action Plan 2013 2020: what can psychiatrists do to facilitate its implementation? *World Psychiatry*, 13(2): 107-109.
- Scharfetter, C. (2002). *Allgemeine Psychopathologie*. Stuttgart: Thieme.
- Scharfetter, C. (2010). *Allgemeine Psychopathologie*. Stuttgart: Thieme.
- Schlipfenbacher, C. & Jacobi, F. (2014). Psychische Gesundheit: Definition und Relevanz. Paper presented at the Public Health Forum.
- Schnellmann, U. & Stocker, R. (2010). Psychische Probleme am Arbeitsplatz: Hier finden die Beteiligten Unterstützung. *HR Today Das Schweizer Human Resource Management-Journal*.
- Schuler, D. & Burla, L. (2012). *La santé psychique en Suisse. Monitorage*. Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.
- Schuler, D., Rüesch, P. & Weiss, C. (2007). *La santé psychique en Suisse. Monitorage (Document de travail 24) (Document de travail)*. Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.
- Schulte-Körne, G. (2016). Mental health problems in a school setting in children and adolescents. *Deutsches Ärzteblatt International*, 113(11): 183.
- Seligman, M.E.P. (1975). *Helplessness: on depression, development, and death*. San Francisco: Freeman.
- Seligman, M.E.P. & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55(1): 5-14.
- Stamm, K. & Salize, H.-J. (2006). Volkswirtschaftliche Konsequenzen. In: G. Stoppe, A. Bramesfeld et al. (Eds.), *Volkskrankheit Depression? Bestandaufnahme und Perspektiven* (p. 109-120). Berlin: Springer.
- Steffen, T., Maillart, A., Michel, K. & Reisch, T. (2011). *Monitoring des suizidalen Verhaltens in der Agglomeration Bern der Jahre 2004 bis 2010*. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- Stettler, P., Stocker, D., Gardiol, L., Bischof, S. & Künzi, K. (2013). *Strukturerhebung zur psychologischen Psychotherapie in der Schweiz 2012. Angebot, Inanspruchnahme und Kosten*. Bern: Büro für Arbeits- und sozialpolitische Studien BASS AG. Im Auftrag der Föderation der Schweizer Psychologinnen und Psychologen (FSP).
- Stocker, D., Stettler, P., Jäggi, J., Bischof, S., Abrassart, A., Rüesch, P. et al. (2016). *Versorgungssituation psychisch erkrankter Personen in der Schweiz*. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- Sturny, I. & Schuler, D. (2011). *Psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung in der Schweiz. Monitoring 2010*. Neuchâtel: Obsan.
- Thiel, A., Nau, R. & Willers, T. (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.

- Tomonaga, Y., Haettenschwiler, J., Hatzinger, M., Holsboer-Trachsler, E., Rufer, M., Hepp, U. et al. (2013). The economic burden of depression in Switzerland. *Pharmacoeconomics*, 31(3): 237-250.
- Turner, R.J. & Turner, J.B. (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.
- Westerhof, G.J. & Keyes, C.L. (2010). Mental illness and mental health: The two continua model across the lifespan. *Journal of adult development*, 17(2): 110-119.
- WHO (1994). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V (F): Forschungskriterien*. Bern: Huber.
- WHO (2003). *Investing in Mental Health*. Geneva: World Health Organization.
- WHO (2004). *Promoting mental health: Concepts, emerging evidence, practice: Summary report*. Geneva: World Health Organization.
- Wieser, S., Tomonaga, Y., Riguzzi, M., Fischer, B., Telser, M., Pletscher, K. et al. (2014). *Die Kosten der nichtübertragbaren Krankheiten in der Schweiz. Im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit*. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- Wittchen, H.U. & Jacobi, F. (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., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Jönsson, B. et al. (2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology*, 21: 655-679.

Annexe

Explications concernant les indicateurs utilisés de l'ESS 2012

T A.1

Indicateur	Question/réponses possibles	Explications concernant les catégories utilisées
Énergie et vitalité (SF-36 VT; questions: 1, 5, 7, 9) & Problèmes psychiques (SF-36 MHI-5; questions: 2, 3, 4, 6, 8)	Question: <i>De manière générale, comment vous êtes-vous senti(e) ces 4 dernières semaines? Je vais vous citer différents états. Pour chacun d'eux, dites-moi si vous vous êtes senti(e) dans cet état tout le temps, la plupart du temps, parfois, rarement ou jamais au cours des 4 dernières semaines.</i> Au cours des quatre dernières semaines, à quelle fréquence vous êtes-vous senti(e): 1) Plein(e) de vitalité 2) Très nerveux/nerveuse 3) Avoir un cafard tel que rien ne pouvait vous remonter le moral 4) Calme et paisible 5) Plein(e) d'énergie 6) Abattu(e) et déprimé(e) 7) Épuisé(e) 8) Heureux/heureuse 9) Fatigué(e) Réponses possibles: <i>tout le temps; la plupart du temps; parfois; rarement; jamais</i>	Calcul de l'indice selon OFS, 2013 Énergie et vitalité, catégories: – faible – moyen – élevé Problèmes psychiques, catégories: – inexistants/faibles – moyens – importants
États dépressifs/ symptômes dépressifs (PHQ-9)	Question: <i>Au cours des 2 dernières semaines, à quelle fréquence les problèmes suivants vous ont-ils perturbé(e)?</i> a) Peu d'intérêt ou de plaisir à faire les choses? b) Être triste, déprimé(e) ou désespéré(e) c) Difficultés à s'endormir ou à rester endormi(e), ou dormir trop d) Se sentir fatigué(e) ou manquer d'énergie e) Avoir peu d'appétit ou manger trop f) Avoir une mauvaise opinion de soi-même, ou avoir le sentiment d'être nul(le), de s'être déçu(e) soi-même ou d'avoir déçu sa famille g) Avoir du mal à se concentrer, par exemple en lisant le journal ou en regardant la télévision h) Bouger ou parler si lentement que les autres auraient pu le remarquer. Ou au contraire, être si agité(e) que vous avez eu plus de mal que d'habitude à tenir en place i) Penser qu'il vaudrait mieux mourir ou envisager de vous faire du mal d'une manière ou d'une autre Réponses possibles: <i>jamais; plusieurs jours; plus de la moitié des jours; presque tous les jours</i>	Calcul de l'indice selon OFS, 2013 Catégories: – absents/minimaux – faibles – moyens – (plutôt) sévères
Troubles physiques (sans fièvre)	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> ... mal au dos ou aux reins ... sentiment de faiblesse généralisée, de lassitude, ou de manque d'énergie ... mal au ventre ou de ballonnements ... diarrhée, de constipation ou bien des deux ... difficultés à vous endormir, ou des insomnies ... maux de tête ou d'autres douleurs du visage ... d'irrégularités cardiaques (palpitations, tachycardie ou arythmies) ... douleurs ou de sensations de pression dans la poitrine ... (fièvre) Réponses possibles: <i>pas du tout; un peu; beaucoup</i>	Calcul de l'indice selon OFS, 2013 Catégories: – pas/peu – quelques-uns – importants

© Obsan 2016

Explications concernant les indicateurs utilisés de l'ESS 2012 (suite)

T A.1

Indicateur	Question/réponses possibles	Explications concernant les catégories utilisées
Maladie chronique	<p>Question:</p> <p>A Avez-vous suivi un traitement médical – ou êtes-vous actuellement en traitement – pour un ou plusieurs des problèmes de santé ou maladies suivants?</p> <p>B Si vous n'avez pas suivi de traitement médical au cours des 12 derniers mois pour l'une ou l'autre de ces maladies, l'avez-vous néanmoins eue au cours des 12 derniers mois?</p> <ul style="list-style-type: none"> – Migraine – Asthme – Diabète – Arthrose, arthrite (rhumatismale) – Ulcère gastrique ou duodénal – Ostéoporose – Bronchite chronique, emphysème – Hypertension – Infarctus du myocarde (crise cardiaque) – Attaque – Maladie des reins, calculs rénaux – Cancer, tumeur – Rhume des foins ou autres allergies – Dépression nerveuse – Blessure ou lésion permanente causée par un accident <p>Réponses possibles:</p> <p>A Oui, je suis actuellement encore en traitement; oui, j'ai suivi un traitement au cours des 12 derniers mois; oui, j'ai suivi un traitement il y a plus de 12 mois; non</p> <p>B Oui</p>	<p>Nombre des maladies chroniques</p> <ul style="list-style-type: none"> – 1–2 maladies chroniques – 3–4 maladies chroniques – 5 maladies chroniques et plus
Limitation due à une maladie somatique chronique	<p>Question:</p> <p>Avez-vous une maladie ou un problème de santé chronique ou de longue durée? On entend par là une maladie ou un problème de santé qui a duré ou qui durera probablement 6 mois ou plus.</p> <p>Réponses possibles:</p> <p>oui; non</p> <p>Question:</p> <p>Depuis au moins 6 mois, dans quelle mesure êtes-vous limité par un problème de santé dans les activités que les gens font habituellement? Diriez-vous que vous êtes...</p> <p>Réponses possibles:</p> <p>fortement limité; limité, mais pas fortement; pas limité du tout</p>	<p>Catégories:</p> <ul style="list-style-type: none"> – aucune maladie chronique – pas limité – limité, mais pas fortement – fortement limité
Sentiment de maîtriser la vie	<p>Question:</p> <p>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!</p> <p>a) Je n'arrive pas à surmonter certains de mes problèmes.</p> <p>b) J'ai parfois l'impression d'être ballotté(e) dans tous les sens.</p> <p>c) J'ai le sentiment d'avoir peu de contrôle sur ce qui m'arrive</p> <p>d) Je me sens souvent submergé(e) par les problèmes</p> <p>Réponses possibles:</p> <p>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, 2013</p> <p>Catégories:</p> <ul style="list-style-type: none"> – faible – moyen – élevé
Soutien social (Oslo-Scale)	<p>Question:</p> <p>Combien de personnes vous sont suffisamment proches pour que vous puissiez compter sur elles en cas de problèmes personnels sérieux?</p> <p>Réponses possibles:</p> <p>0; 1–2; 3–5; plus de 5</p> <p>Question:</p> <p>Dans quelle mesure les gens de votre entourage s'intéressent-ils et se sentent-ils concernés par ce que vous faites?</p> <p>Réponses possibles:</p> <p>beaucoup; assez; plus ou moins; peu; pas du tout</p> <p>Question:</p> <p>Pouvez-vous facilement obtenir de l'aide de vos voisins en cas de besoin?</p> <p>Réponses possibles:</p> <p>très facilement; facilement; possible; difficilement; très difficilement</p>	<p>Calcul de l'indice selon OFS, 2013</p> <p>Catégories:</p> <ul style="list-style-type: none"> – faible – moyen – fort

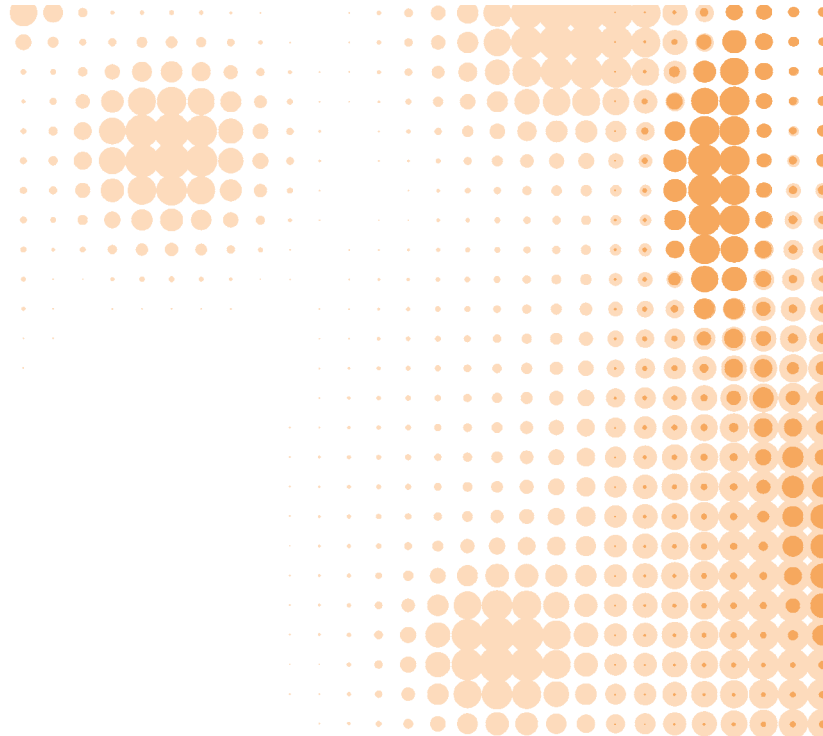
© Obsan 2016

Explications concernant les indicateurs utilisés de l'ESS 2012 (fin)

T A.1

Indicateur	Question/réponses possibles	Explications concernant les catégories utilisées
Sentiments de solitude	Question: <i>À quelle fréquence vous arrive-t-il de vous sentir seul(e)? Cela vous arrive-t-il...</i> Réponses possibles: <i>très souvent; assez souvent; parfois; jamais</i>	Catégories: – jamais – parfois – assez/très souvent
Traitement des problèmes psychiques	Question: <i>Avez-vous été en traitement pour des problèmes psychiques au cours des 12 derniers mois?</i> Réponses possibles: <i>non; oui</i>	Catégories: – non – oui
Prestataire de soins de traitement des problèmes psychiques	Question: <i>Quelle était la profession de la personne qui vous a traité?</i> Réponses possibles (3 réponses possibles): <i>psychologue, psychothérapeute; psychiatre; médecin généraliste/interniste; autre médecin; thérapeute de médecine complémentaire (p ex. naturopathe, magnétopathe, ayurveda, yoga); autre thérapeute, de caractère non médical (p ex. thérapie par la danse, dessin, théâtre, chamane); autre profession</i>	Catégories: – Psychiatre – Psychologue, psychothérapeute – Médecin généraliste – Autres
Consultations médicale	Question: <i>Êtes-vous allé(e) chez un médecin, spécialiste et gynécologue inclus, au cours des 12 derniers mois, sans compter le dentiste?</i> Réponses possibles: <i>non; oui</i> Question: <i>Au cours des 12 derniers mois, combien de fois vous êtes-vous rendu(e) chez un médecin?</i> Réponses possibles: <i>de 1 à 97 fois</i>	Catégories: Nombre de consultations médicales: – 0 – 1 – 2 – 3 – 5 – 6+
Consommation de médicaments	Question: <i>Avez-vous pris un médicament quelconque au cours des 7 derniers jours?</i> Réponses possibles: <i>oui; non</i>	Catégories: – non – oui
Consommation de médicaments, spécifique	Question: – <i>À quelle fréquence avez-vous pris des somnifères au cours des 7 derniers jours?</i> – <i>À quelle fréquence avez-vous pris des médicaments contre les douleurs au cours des 7 derniers jours?</i> – <i>À quelle fréquence avez-vous pris des calmants, tranquillisants au cours des 7 derniers jours?</i> – <i>À quelle fréquence avez-vous pris des médicaments contre la dépression au cours des 7 derniers jours?</i> Réponses possibles: <i>tous les jours; plusieurs fois par semaine; environ une fois par semaine; jamais</i>	Catégories: – tous les jours – autres

© Obsan 2016



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.