



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

La santé psychique en Suisse

Monitorage

Daniela Schuler, Peter Ruesch,
Carine Weiss

L'Observatoire suisse de la santé (Obsan) est une unité organisationnelle de l'Office fédéral de la statistique, née dans le cadre du projet de politique nationale suisse de la santé et mandatée par la Confédération et les cantons. L'Observatoire suisse de la santé analyse les informations existant en Suisse dans le domaine de la santé. Il soutient la Confédération, les cantons et d'autres institutions du secteur de la santé publique dans leur planification, leur prise de décisions et leur action. Pour plus d'informations, consultez www.obsan.ch et www.nationalegesundheits.ch.

L'Obsan confie à des experts externes ou à ses collaborateurs le soin d'élaborer les rapports spécialisés, qui constituent ses documents de travail. Ces rapports doivent servir de base de travail aux spécialistes du domaine de la santé. Les auteurs sont responsables de la rédaction et du contenu de leurs rapports.

Daniela Schuler, Peter Rüesch, Carine Weiss
La santé psychique en Suisse. Monitorage

Document de travail 24
Août 2007

Commandes:
Office fédéral de la statistique
CH-2010 Neuchâtel
Tél. 032 713 60 60 / Fax 032 713 60 61
E-mail: order@bfs.admin.ch
15 francs (TVA excl.)
N° de commande: 874-0701
ISBN 978-3-907872-39-0

© Observatoire suisse de la santé
Espace de l'Europe 10
CH-2010 Neuchâtel
www.obsan.ch

Direction du projet à l'Obsan :
Daniela Schuler: tél. 032 713 63 34

Adresse des auteurs:
Daniela Schuler, Carine Weiss
Observatoire suisse de la santé
Espace de l'Europe 10
CH-2010 Neuchâtel

Peter Rüesch
Fachstelle Gesundheitswissenschaften
Zürcher Hochschule Winterthur
Bankstrasse 4
CH-8401 Winterthur



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

La santé psychique en Suisse

Monitoring

Document de travail 24

Daniela Schuler¹, Peter Rüesch², Carine Weiss¹

¹ Observatoire suisse de la santé, Neuchâtel

² Section des sciences de la santé, Haute école zurichoise de Winterthour

Août 2007

Neuchâtel

Observatoire suisse de la santé

Table des matières

Résumé.....	4
1 Introduction.....	8
1.1 Définitions et contexte.....	8
1.2 Quelques faits.....	10
1.3 Politique de la santé.....	11
1.4 Deuxième rapport de monitoring.....	13
1.5 Base de données.....	14
2 Santé psychique.....	19
2.1 Equilibre psychique.....	19
2.2 Sentiment de bien-être psychique.....	20
3 Problèmes et maladies psychiques.....	22
3.1 Problèmes psychiques légers.....	22
3.2 Problèmes psychiques chroniques à conséquences invalidantes au quotidien.....	24
3.3 Dépression.....	26
4 Recours à des traitements.....	28
4.1 Maladie psychique et recours à des traitements.....	28
4.2 Problèmes psychiques traités.....	29
4.3 Traitements en établissements psychiatriques.....	31
4.4 Le volume de soins en établissements psychiatriques.....	36
5 Ressources et facteurs de risque.....	40
5.1 Capacité à maîtriser son existence.....	40
5.2 Soutien émotionnel.....	41
5.3 Stress lié au travail.....	42
5.4 Événements critiques de l'existence.....	43
6 Conséquences de la maladie.....	46
6.1 Baisse de la qualité de vie, des aptitudes fonctionnelles et de la capacité à travailler.....	46
6.2 Rentes d'invalidité.....	49
6.3 Suicide.....	53
7 Conclusion.....	58
Bibliographie.....	63

Résumé

Les troubles psychiques sont très répandus. Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), ils font partie des maladies les plus fréquentes. Ils sont souvent handicapants dans la vie quotidienne et professionnelle; ils peuvent mener à l'invalidité, voire au suicide. Il arrive pourtant fréquemment que des troubles psychiques ne soient pas reconnus comme tels, qu'ils soient minimisés ou que leurs conséquences au plan personnel, social et économique soient sous-estimées.

Ce deuxième rapport de monitoring de l'Observatoire suisse de la santé décrit l'état actuel de la santé psychique de la population suisse. Il traite de la santé psychique, des maladies psychiques, de leurs traitements, des ressources qui favorisent la santé psychique, des facteurs de risque et des conséquences des maladies psychiques. Ce rapport montre également comment la situation a évolué au cours du temps. Une partie importante de nos analyses se base sur les données de l'Enquête suisse sur la santé ESS de 2002. Pour que la description soit la plus complète possible, nous nous sommes référés également à des données tirées d'autres enquêtes (Panel suisse des ménages) et de divers registres (statistique médicale des hôpitaux, statistique de l'AI, statistique des causes de décès). Malgré quelques lacunes sur des points de détail, l'interprétation de cet ensemble de données permet de dresser un tableau complet de l'évolution de la santé psychique de la population suisse.

Deux évolutions opposées se dessinent durant la période considérée, qui s'étend grosso modo de 1990 à 2005 (selon la source de données). D'un côté, la santé psychique de la majorité de la population s'est améliorée. La plupart des personnes interrogées estiment que leur bien-être psychique est bon. Par rapport aux années 1990, elles sont de plus en plus nombreuses à se sentir sereines et équilibrées. Les troubles légers tels que la fatigue psychique, le pessimisme, la nervosité et les troubles du sommeil sont en recul depuis une dizaine d'années, et la fréquence des troubles chroniques sévères tend à diminuer, notamment chez les hommes. De l'autre côté, le nombre des personnes déclarées invalides en raison de troubles psychiques a quasiment doublé au cours des dix dernières années. Le pourcentage des rentes AI versées pour cause de maladie psychique sur l'ensemble des rentes AI a augmenté en conséquence : en 2005, 37% des rentes AI étaient octroyées pour cause de maladie psychique, contre 20% en 1986. Au cours de la même période, la part des rentes AI versées pour d'autres maladies est tombée de 52% à 42%. L'augmentation des rentes concerne en premier lieu des troubles psychogènes ou réactionnels. En revanche, la proportion de troubles sévères tels que la psychopathie a tendance à diminuer. Le risque d'avoir à recourir à l'AI pour des troubles psychiques augmente avec l'âge. Il est aussi plus élevé chez les hommes que chez les femmes, mais cette différence entre les sexes est peut-être due à un effet de rattrapage chez les femmes, qui sont entrées en nombre sur le marché du travail ces dernières années.

Plus de la moitié de la population suisse jouit d'un sentiment de bien-être psychique et d'équilibre psychique élevés. Un tiers environ des personnes interrogées déclarent néanmoins avoir souffert pendant la semaine précédant l'enquête d'au moins un problème psychique léger. Il s'agit généralement de pessimisme et de manque d'énergie. Nos résultats mettent en évidence les graves conséquences que peuvent avoir les problèmes psychiques. Par rapport au reste de la population, les personnes qui souffrent de troubles psychiques ont

une qualité de vie nettement moins bonne. Leur degré de satisfaction dans la vie et dans divers domaines d'activité est bien plus bas. Ces personnes souffrent par ailleurs environ deux fois plus souvent d'incapacités fonctionnelles ou professionnelles que les autres (37%/27% contre 16%/10%). Les personnes qui ont des problèmes psychiques sont nettement plus souvent sans emploi ou au bénéfice d'une rente que les personnes qui jouissent d'une bonne santé psychique. Or, ces deux situations sont souvent interdépendantes : la maladie mène à l'inactivité professionnelle et celle-ci mène à la maladie. Les hommes d'âge moyen souffrant de troubles psychiques constituent un groupe à risques : plus de 30% d'entre eux sont sans emploi, contre 5% des hommes de même âge sans problèmes psychiques. Les problèmes psychiques peuvent avoir une issue fatale: en Suisse, 90% des personnes qui se suicident souffraient avant leur décès d'une dépression ou d'un autre trouble psychique. Le suicide est la deuxième cause de décès chez les personnes de 15 à 34 ans, après le cancer pour les femmes et les accidents de la route pour les hommes. En 2004, un suicide sur trois a été commis par une personne de plus de 65 ans, dont un cinquième environ avec l'aide d'un tiers. Le taux de suicide a baissé au cours des dernières années; cette baisse est due à la diminution du taux de suicide des hommes, celui des femmes étant resté stable.

La santé psychique est un état d'équilibre constamment menacé par des facteurs extérieurs. La capacité à maîtriser les situations difficiles et le fait de bénéficier d'un soutien émotionnel en cas de crise sont des facteurs qui favorisent la santé psychique. Plus de la moitié de la population a vécu en 2004 un « événement critique » (décès d'un proche, divorce, perte d'un emploi, etc.). La plupart des Suisses ont ainsi dû s'adapter à un changement important dans leur vie ou ont été confrontés à un événement psychiquement éprouvant dans leur sphère privée. La majorité de la population suisse estime pourtant jouir d'une bonne santé psychique. Le bien-être psychique ne dépend donc pas seulement de l'apparition ou de l'absence de situations de crise mais de la capacité à faire face à de telles situations. Le sentiment d'être maître de son existence est une ressource importante pour une bonne santé psychique. Les hommes et les personnes âgées semblent mieux armés dans ce domaine que les femmes et les jeunes. Le nombre de personnes ayant le sentiment de pouvoir maîtriser leur existence a heureusement fortement augmenté dans toutes les classes d'âges, chez les femmes comme chez les hommes. Par contre, un cinquième des personnes interrogées déclarent être aux prises avec des problèmes insurmontables, se sentir à la merci des aléas de la vie et incapables de maîtriser leur existence. Le fait d'avoir quelqu'un à qui se confier, qui vous témoigne de la compréhension et de la compassion, aide à surmonter les crises. Les femmes comme les hommes trouvent ce soutien émotionnel en premier lieu auprès de leur partenaire. Les hommes, cependant, semblent moins dépendre à cet égard d'une relation de couple que les femmes. Le facteur déterminant réside apparemment dans le fait de disposer d'une personne de confiance.

Nos résultats montrent clairement que la santé psychique et la maladie psychique sont les deux pôles d'un continuum. La santé et la maladie ne sont pas des catégories antinomiques, mais des réalités relatives. Certaines personnes déclarent être en bonne santé bien qu'elles soient passées par de graves crises existentielles. La santé psychique n'est pas un état stable mais un équilibre à rétablir en permanence dans les situations difficiles. La capacité de rétablir cet équilibre dépend des ressources personnelles et de l'environnement dans lequel on évolue. Lorsque l'équilibre entre les contraintes extérieures, la capacité à gérer les

situations de crise et le soutien extérieur est rompu, les problèmes psychiques entravent souvent durablement, avec les conséquences économiques que cela implique, la capacité de l'individu à prendre part à la vie sociale et professionnelle.

Le recours à des traitements pour des maladies psychiques a augmenté. Toujours plus de gens se font soigner pour des problèmes psychiques. Le nombre d'hommes qui demandent de l'aide pour une dépression a progressé d'environ 1% par rapport à 1997. Les femmes s'adressent plus souvent que par le passé à des spécialistes en psychologie ou en psychiatrie. Elles tendent en revanche à se rendre moins souvent chez des médecins d'autres disciplines. En Suisse les hommes sont encore plus nombreux que les femmes à consulter un psychologue ou un psychiatre en cas de problème psychique. Cette observation est surprenante car divers travaux de recherche montrent que les hommes sollicitent moins volontiers que les femmes une aide dans ce domaine.

L'exemple de la dépression montre que les prestations dans le domaine de la psychiatrie et de la psychothérapie sont aujourd'hui insuffisantes ou inadaptées. Une échelle d'appréciation de l'humeur dépressive, qui a été utilisée pour la première fois dans le cadre de l'ESS 2002, a montré que 3% de la population souffre d'une dépression nécessitant un traitement, mais que seulement un quart des personnes avec des symptômes mineurs à sévères sollicitent un traitement pour cette maladie et la moitié de celles qui ont des symptômes majeurs.

Les taux d'hospitalisation, après une période d'augmentation, se sont stabilisés ces dernières années à environ huit hospitalisations pour mille habitants. Le taux est un peu plus élevé chez les hommes que chez les femmes. Des études récentes montrent que ce n'est pas le nombre de personnes hospitalisées qui augmente mais la fréquence des hospitalisations chez les mêmes personnes. Quelques tableaux cliniques sont à l'origine d'une grande partie des journées d'hospitalisation. Les diagnostics qui exigent le plus de soins sont, pour les deux sexes, la schizophrénie et la dépression. Le nombre total de jours d'hospitalisation en clinique psychiatrique varie sensiblement d'une région à l'autre. Les chiffres régionaux sont toutefois difficilement comparables entre eux car ils dépendent fortement des structures de soins locales et des types de traitement appliqués, qui ne sont pas encore suffisamment connus pour permettre des interprétations.

Globalement, nos données montrent clairement que la santé psychique des individus est en rapport étroit avec leurs conditions d'insertion et de fonctionnement dans la société. Nos données font ressortir également les conséquences potentiellement graves des maladies psychiques. Une question qui se pose est de savoir si la santé psychique s'est améliorée au cours des dix dernières années pour la majorité de la population, et si les personnes qui souffrent de troubles psychiques vivent plus mal et dans des conditions d'invalidité plus marquées qu'auparavant. Quoi qu'il en soit, nos données font apparaître clairement la nécessité de prendre à tous les niveaux des mesures propres à renforcer la cohésion sociale et à améliorer l'aptitude des gens à maîtriser leur existence. Des mesures s'imposent dans toutes les classes d'âge et dans tous les domaines de la vie (soutien aux parents, éducation des jeunes enfants, école, formation, vie professionnelle, retraite, etc.). La santé psychique, et dans une certaine mesure aussi la maladie psychique, sont des réalités difficiles à appréhender, mais leurs conséquences sont très concrètes.

Recherches futures

La question de l'interaction entre la santé psychique, l'environnement social, la maîtrise de la vie et les situations de handicap sera abordée de manière plus approfondie dans le cadre du programme pluriannuel de recherche sur l'invalidité et le handicap de l'Office fédéral des assurances sociales¹.

Les facteurs qui influencent la santé psychique sont observés dans le cadre de l'étude longitudinale SESAM (Swiss Etiological Study of Adjustment and Mental Health²), dont le but est d'identifier les causes complexes qui favorisent un développement de la santé psychique sain sur toute la durée de vie.

Une enquête complémentaire prévue dans le cadre de l'ESS 2007 fournira des données sur la santé psychique des personnes âgées dans les établissements pour personnes âgées.

L'Obsan a lancé un programme destiné à examiner de manière approfondie la structure et l'organisation des prestations psychiatriques ambulatoires et intra-muros, ainsi que l'état des données dans ce domaine. Un autre projet a pour but de comparer les prestations psychothérapeutiques des différentes régions.

Il est déjà prévu de répéter la présente étude en 2009 et de la compléter si cela semble possible et judicieux. Ce sont les données de l'Enquête suisse sur la santé 2007 ainsi que le module supplémentaire de cette étude dans les établissements pour personnes âgées qui formeront la partie essentielle de ce futur rapport. Il comprendra aussi une actualisation des résultats de ce rapport avec les banques de données déjà utilisées – en particulier sur la base de la statistique médicale des hôpitaux.

¹ www.bsv.admin.ch/praxis/forschung/00106/01326

² www.sesamswiss.ch

1 Introduction

1.1 Définitions et contexte

La *santé psychique* comporte plusieurs dimensions, parmi lesquelles on peut citer le bien-être personnel, la joie de vivre, l'estime de soi, l'aptitude à établir des relations avec les autres, l'aptitude à gérer le quotidien, à accomplir un travail et à participer à la vie sociale. Être psychologiquement en bonne santé, c'est aussi être conscient de sa valeur et de sa dignité personnelle, tout en respectant la valeur et la dignité d'autrui (HEA, 1999).

La santé psychique est un équilibre entre les contraintes externes et internes qui s'exercent sur l'individu et les ressources externes et internes dont il dispose pour y faire face. Elle requiert une adaptation constante et active à des réalités objectives et subjectives qui évoluent sans cesse. La santé psychique peut être envisagée comme le résultat d'interactions complexes entre des facteurs biologiques, psychologiques, socioéconomiques, socioculturels et institutionnels. Elle n'est pas un état qui résulterait des dispositions personnelles et des comportements du sujet, mais un processus dynamique influencé à la fois par des paramètres individuels et par des facteurs exogènes (OMS, 2001).

À l'inverse, les *maladies psychiques* se manifestent par des problèmes de comportement ou par des désordres psychologiques qui peuvent être diagnostiqués cliniquement. Elles s'accompagnent de stress ou de limitations des fonctions humaines. Elles peuvent augmenter sensiblement le risque pour l'individu de perdre une partie de sa liberté, de souffrir d'une qualité de vie réduite, d'éprouver de la douleur ou des problèmes divers.

La santé psychique et la maladie psychique ne sont pas à considérer comme des catégories antinomiques, mais comme les deux pôles d'un continuum, dont l'appréciation dépend en fin de compte des normes sociales. Chaque individu, à chaque moment de sa vie, se situe en un point donné de ce continuum, quelque part entre la santé et la maladie (modèle salutogénétique, Antonovsky, 1979). Dans la pratique, cependant, il est souvent nécessaire, dans des domaines tels que l'assurance maladie ou les services sociaux, d'arrêter des décisions sur la base d'une définition dichotomique de la santé et de la maladie.

Les systèmes de classification et de diagnostics, comme la Classification internationale des maladies CIM-10 de l'OMS (OMS, 1994) et le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-IV) de l'Association américaine de psychiatrie (Sass et al., 1998), fixent des critères contraignants de délimitation entre la santé et la maladie. Un comportement anormal occasionnel ou de courte durée ne permet pas de conclure à l'existence de troubles psychiques. Ne sont considérés comme pathologiques que les symptômes qui, compte tenu de la biographie du sujet et de son milieu socioculturel, présentent des caractéristiques déterminées de gravité, d'intensité, de fréquence et de durée, et qui entraînent des souffrances personnelles ou des restrictions fonctionnelles (Scharfetter, 2002).

La Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé CIF de l'OMS (DIMDI/OMS, 2004) fournit, en complément des systèmes diagnostiques précités, des informations sur les aptitudes fonctionnelles de l'individu. Cette classification embrasse toutes les fonctions organiques (y compris les fonctions mentales), les activités humaines et les fonctions de participation à la vie sociale. Sont considérés également les facteurs

environnementaux qui interagissent avec l'individu. La CIF peut donc servir à évaluer les aptitudes fonctionnelles et les handicaps des personnes atteintes d'une maladie psychique.

Comme nous l'avons dit, toute souffrance psychique ne peut pas être considérée, d'après ces systèmes de classification, comme une maladie psychique. Si les indices et les symptômes ne sont pas suffisamment marqués et persistants pour remplir les critères d'une maladie psychique, on parle de problèmes psychiques ou de souffrances psychiques. On fera par exemple la différence entre une humeur dépressive et une dépression diagnostiquée comme telle. Dans la présente publication, lorsqu'on parle de souffrances ou de problèmes psychiques, il ne s'agit pas de diagnostics standardisés, mais de difficultés plus ou moins marquées qui ont été ressenties et communiquées par les personnes interrogées.

Le but du présent rapport est de fournir une vue d'ensemble (limitée) de la situation de la population suisse dans le domaine de la santé psychique. Il s'inscrit dans une série de rapports sur la santé psychique en Suisse, et il est à ce titre soumis à une exigence de répétitivité et de comparabilité. Il s'appuie sur le premier rapport de monitoring de Rüesch et Manzoni (2003). La plupart de nos analyses sont structurées comme celles de ce premier rapport, mais elles se fondent sur des données actualisées. S'y ajoutent des comparaisons dans le temps qui donnent une idée de la manière dont les choses ont évolué ces dernières années.

Quant au contenu de ce rapport, la santé psychique est appréhendée comme un continuum entre la santé et la maladie qui va de l'équilibre psychique et du bien-être psychique (chapitre 2) à des problèmes psychiques légers jusqu'aux maladies psychiques invalidantes nécessitant un traitement médical (chapitre 3).

Le chapitre premier est un chapitre d'introduction où sont notamment décrites les sources de données utilisées. Le chapitre 2 traite de la santé psychique sur la base de deux indicateurs, celui de l'équilibre psychique et celui du bien-être psychique. Le chapitre 3 concerne les problèmes psychiques légers ainsi que les troubles et maladies psychiques chroniques. La dépression y est traitée à part: il s'agit d'une problématique complexe, qui englobe des symptômes légers aussi bien que des troubles établis cliniquement, et qui intéresse par conséquent une grande partie de l'axe santé-maladie. Le chapitre 4 concerne les traitements suivis pour des problèmes psychiques; une partie du chapitre est consacrée aux traitements en milieu hospitalier et aux frais des traitements en clinique psychiatrique. Les chapitres 5 et 6 analysent certaines conditions de la santé psychique et un certain nombre de conséquences possibles des problèmes et des maladies psychiques.

1.2 Quelques faits

Les troubles psychiques sont très répandus. Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), ils constituent l'une des causes de maladie les plus fréquentes. Or souvent, la personne concernée et son entourage ne les reconnaissent pas, minimisent leur importance ou les sous-estiment. Les personnes malades sont fréquemment stigmatisées et discriminées et il arrive que leurs droits ne soient pas respectés – que ce soit à l'intérieur ou à l'extérieur des institutions psychiatriques. Quelques faits importants:

- Dans le monde, 450 millions de personnes souffrent de problèmes psychiques, neurologiques ou comportementaux (OMS, http://www.who.int/mental_health/en/).
- Quelque 900 000 personnes se suicident chaque année. Dans 90% des cas, des troubles psychiques (la plupart du temps une dépression) ont précédé le passage à l'acte (Beautrais, 2000).
- Près d'une Suisse et d'un Suisse sur deux souffrent, durant leur vie, de troubles psychiques nécessitant un traitement (Ajdacic & Graf, 2003).
- Souvent, plusieurs types de troubles psychiques surviennent simultanément. C'est le cas pour environ 50% des personnes malades et cette tendance est particulièrement marquée dans les cas de dépression, de dépendance et de schizophrénie. Cette comorbidité détériore le pronostic, augmente le besoin de traitement et accroît les conséquences invalidantes (Ajdacic & Graf, 2003).
- Les maladies psychiques sont, dans le monde, à l'origine de 1% des décès et d'une part importante (env. 11%) des années de vie vécues avec une incapacité¹. Parmi les dix principales causes de la progression du nombre d'années vécues avec une incapacité, cinq sont des maladies psychiques: la dépression, la dépendance alcoolique, les troubles bipolaires, la schizophrénie et les troubles obsessionnels compulsifs (Ajdacic & Graf, 2003).
- Les maladies psychiques contribuent fortement à la charge de morbidité². Pour 2020, des estimations évaluent à 15% la part de la perte totale d'années de vie en bonne santé ou sans incapacité³ qui sera due à des troubles psychiques, contre 10% en 1990 (Murray & Lopez, 1996).
- On pense que les dépressions seront en 2020 la deuxième cause d'années de vie perdues en bonne santé, après les cardiopathies ischémiques (Murray & Lopez, 1996).
- Les personnes frappées par des problèmes et des maladies psychiques chroniques recourent intensément aux traitements médicaux. La plupart de ces traitements sont administrés par des médecins généralistes (Rüesch, 2006).

¹ YLD (« years of life lived with disability »): années vécues avec une incapacité.

² La charge de morbidité ou « burden of disease » correspond à la différence entre l'état de santé actuel et la situation sanitaire idéale (pour la mesurer, on utilise les DALY, voir note ci-dessous) (Murray & Lopez, 1996a).

³ Les DALY (« disability adjusted life years ») représente la somme des années de vie potentielle perdues en raison de mortalité prématurée ou d'incapacité (années de vie perdues en bonne santé).

- Entre 30 et 50% des patients des médecins généralistes souffrent de problèmes ou de troubles psychiques, qui ne sont souvent ni diagnostiqués, ni traités (Tress et al., 1999; Ustün & Sartorius, 1995).
- Les personnes souffrant de problèmes psychiques se sentent atteintes dans leurs aptitudes fonctionnelles et environ 20% d'entre elles sont en congé maladie pour une période indéterminée (Rüesch & Manzoni, 2003).
- Le coût des structures de soins psychiatriques en Suisse est estimé à 2'115 millions de francs pour l'année 2000 (OFS, 2002, Beeler et al., 2003). Ils sont imputables pour un peu plus d'un tiers aux soins ambulatoires, pour un peu moins des deux tiers aux soins hospitaliers. Globalement, ils représentent près de 5 % des coûts de la santé (Gabriel & Liimatainen, 2000).
- Les conséquences économiques des maladies psychiques représentent en moyenne 3 à 4 % du produit intérieur brut (Gabriel & Liimatainen, 2000). Il s'agit pour deux tiers de pertes de productivité et pour un tiers d'absences prolongées du travail (Lachenmeier, 2002). Quatre pour cent du PIB de la Suisse, c'est plus de 18 milliards de francs, si l'on considère le PIB de 2005, qui est de 456 milliards de francs.

1.3 Politique de la santé

Niveau international

La santé psychique a été longtemps négligée dans la politique de la santé partout dans le monde. On sait aujourd'hui, grâce aux acquis de la psychologie, de la psychothérapie et de la sociothérapie, que la santé psychique est essentielle non seulement pour l'individu mais pour la société, et qu'elle est une composante importante du capital humain, social et économique. Le constat de l'OMS selon lequel il n'y a « pas de santé sans santé psychique » est aujourd'hui largement accepté. Il a été repris dans une déclaration européenne sur la santé psychique¹ lors de la Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur la santé psychique à Helsinki en 2005. Les pays membres ont par ailleurs arrêté, sous le titre « Relever les défis, trouver des solutions », un plan d'action qui vise à atteindre douze objectifs entre 2005 et 2010. Le défi consistera à élaborer, à mettre en œuvre et à évaluer des politiques et des législations débouchant sur des actions qui permettront d'améliorer le bien-être de l'ensemble de la population, d'éviter les problèmes de santé psychique et de favoriser l'intégration et le fonctionnement des personnes atteintes de ce type de problèmes. Les buts poursuivis sont les suivants : a) mieux faire comprendre l'importance du bien-être psychique, b) lutter contre la stigmatisation, la discrimination et l'inégalité, c) mettre en œuvre des systèmes de santé psychique complets, intégrés et efficaces, d) mettre en place un personnel compétent et efficace, e) utiliser, dans la planification et dans l'élaboration des services, l'expérience et le savoir des patients et de leur entourage.

¹ Déclaration et Plan d'action sur la santé mentale pour l'Europe, Conférence européenne de l'OMS, Helsinki 2005: http://www.euro.who.int/eprise/main/WHO/Progs/MNHCONF/press/20050114_1?language=French

Afin d'évaluer la mise en œuvre de toutes ces actions dans les pays membres, des travaux sont en cours pour faire le bilan de la situation et des activités actuelles dans le domaine de la santé psychique.

Niveau national

Avant la conférence de l'OMS, la Suisse avait élaboré, dans le cadre de la Politique nationale suisse de la santé, qui est menée conjointement par la Confédération et les cantons, un projet de stratégie nationale visant à protéger, à promouvoir, à sauvegarder et à rétablir la santé psychique de la population suisse (PNS, 2004a)¹. Le projet a été soumis à plusieurs offices fédéraux, aux directions cantonales de la santé et des affaires sociales ainsi qu'à des organisations privées. La majorité des organisations consultées approuvent, dans leur principe, les objectifs, les contenus, le bilan, le plan d'action et la mise en œuvre de la stratégie nationale projetée. Elles considèrent que la santé psychique constitue un capital économique et humain important, et préconisent des mesures propres à éviter la médicalisation de certains problèmes de société. Quelques critiques ont été formulées sur le degré de concrétisation et sur le rayon d'action de la stratégie.

Les objectifs retenus pour les dix années à venir coïncident pour l'essentiel avec ceux de la Déclaration européenne:

- Augmenter la vitalité psychique de la population suisse
- Améliorer la prise de conscience des aspects positifs de la santé psychique
- Améliorer l'accès à des traitements appropriés
- Améliorer la coopération des personnes concernées et de leurs proches
- Diminuer la chronicité des troubles psychiques et le nombre de personnes devant être mises au bénéfice d'une rente AI
- Diminuer le taux de suicides
- Augmenter le sentiment de satisfaction chez les patients et réduire le nombre de cas de burnout (épuisement) chez les professionnels
- Augmenter l'attractivité du travail avec des malades psychiques

Le plan d'action comporte dix recommandations à mettre en œuvre à court, à moyen ou à long terme. La Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) et l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) considèrent le projet de stratégie nationale pour la santé psychique (PNS, 2004a) et le récapitulatif des résultats de la consultation (PNS, 2004b) comme un « cadre de référence ». Les cantons, la Confédération et les institutions privées sont appelés à développer et à mettre en œuvre sur cette base des projets d'application de portée nationale.

Niveau régional

Plusieurs cantons ont lancé des programmes de protection et de promotion de la santé psychique. On trouvera une vue d'ensemble des stratégies et programmes actuels dans *Les*

¹ Santé psychique – Stratégie nationale : [http://www.nationalegesundheit.ch/main/Show\\$Id=1316.html#](http://www.nationalegesundheit.ch/main/Show$Id=1316.html#)

politiques suisses de santé – potentiel pour une politique nationale. Le premier volume de cette publication analyse des politiques existantes (PNS, 2006a) et le deuxième volume dresse le portrait de dix politiques suisses de la santé (PNS, 2006b). Dans le domaine de la santé psychique, il s'agit en premier lieu de projets relatifs à la prévention de la toxicomanie et au stress. De plus, pour donner un exemple, le canton de Zoug a élaboré en 2006 un concept de promotion de la santé psychique pour la période 2007–2012, qui vise à sensibiliser la société et les milieux concernés, à améliorer le dépistage et l'intervention précoce, et à favoriser l'intégration sociale, scolaire et professionnelle des personnes atteintes¹.

Comparaisons internationales

Une liste d'indicateurs sur la santé psychique a été élaborée dans le cadre du projet ECHI (European Community Health Indicators)² aux fins d'acquérir des données fiables et comparables sur la santé et la maladie psychique, sur ses déterminants, ainsi que sur les systèmes de santé des pays européens. La liste comprend 36 indicateurs. La Suisse n'est pas encore en mesure de fournir des données pour tous ces indicateurs. Mais de nombreuses adaptations prévues pour les années à venir permettront d'effectuer bientôt des comparaisons complètes entre la Suisse et les autres pays d'Europe. Il sera possible aussi d'observer l'évolution de la situation. Quelques changements dans ce sens ont d'ores et déjà été introduits dans l'Enquête suisse sur la santé, qui est actuellement en cours, si bien que des comparaisons internationales valables pourront probablement être effectuées lors de l'analyse des données 2007.

1.4 Deuxième rapport de monitoring

Cette première mise à jour du monitoring de la santé psychique en Suisse s'appuie, quant à sa structure et au choix des indicateurs, sur le premier rapport paru en 2003 (Rüesch & Manzoni). La base des données est restée la même (Tableau 1.1). Les différentes sources de données utilisées permettent d'acquérir une vue d'ensemble complète de la problématique de la santé psychique en Suisse, dans ses aspects positifs et négatifs. En raison des orientations parfois divergentes des données disponibles, celles-ci ne sont pas directement comparables entre elles. Les comparaisons ne sont possibles qu'à l'intérieur d'une source spécifique.

Quelques-unes des évaluations qui figuraient dans le premier rapport ont été écartées, d'autres ont été légèrement modifiées. Les comparaisons dans le temps, qui s'étendent (suivant les données disponibles) de 1992 à 2005, offrent de nouvelles perspectives. Dans le présent rapport, on a utilisé les données les plus récentes disponibles pour chaque source. La période concernée s'étend de 2002 (ESS) à 2005 (statistique de l'AI).

¹ <http://www.psychische-gesundheit-zug.ch/?page=gd.10>

² ECHI (European Community Health Indicators / Indicateurs de santé de la Communauté européenne: http://ec.europa.eu/health/ph_information/dissemination/echi/echi_fr.htm

Tableau 1.1 Domaines, groupes d'indicateurs et bases de données du monitoring de la santé psychique

Domaines et groupes d'indicateurs	Bases de données	Institution
Santé psychique		
(1) Equilibre psychique	Enquête suisse sur la santé (ESS) 2002	OFS
(2) Bien-être psychique	Enquête suisse sur la santé (ESS) 2002	OFS
Problèmes et maladies psychiques		
(3) Problèmes psychiques légers	Enquête suisse sur la santé (ESS) 2002	OFS
(4) Problèmes psychiques chroniques à conséquences invalidantes au quotidien	Enquête suisse sur la santé (ESS) 2002	OFS
(5) Dépression	Enquête suisse sur la santé (ESS) 2002	OFS
Recours à des traitements		
(6) Maladie psychique et recours à des traitements	Enquête suisse sur la santé (ESS) 2002	OFS
(7) Problèmes psychiques traités	Enquête suisse sur la santé (ESS) 2002	OFS
(8) Frais de traitement en établissements psychiatriques	Statistique médicale des hôpitaux 2004	OFS
(9) Volume des soins en établissements psychiatriques	Statistique médicale des hôpitaux 2004	OFS
Ressources et facteurs de risque		
(10) Capacité à maîtriser son existence	Enquête suisse sur la santé (ESS) 2002	OFS
(11) Soutien émotionnel	Panel suisse de ménages (PSM) 2004	FNS, OFS
(12) Stress lié au travail	Enquête suisse sur la santé (ESS) 2002	OFS
(13) Evénements critiques de l'existence	Panel suisse de ménages (PSM) 2004	FNS, OFS
Conséquences de la maladie		
(14) Baisse de la qualité de vie, des aptitudes fonctionnelles et de la capacité à travailler	Panel suisse de ménages (PSM) 2004 Enquête suisse sur la santé (ESS) 2002	FNS, OFS OFS
(15) Rentes d'invalidité	Statistique de l'AI 2005	OFAS
(16) Suicide	Statistique des causes de décès (SCD) 2004	OFS
OFS	Office fédéral de la statistique	
FNS	Fonds national suisse de la recherche scientifique	
OFAS	Office fédéral des assurances sociales	

1.5 Base de données

Le monitoring se fonde sur des données existantes, qui sont mises à jour périodiquement. Ces informations proviennent d'enquêtes (échantillons) ainsi que de données officielles (enquêtes exhaustives). Chaque collection de données n'illustre qu'un aspect de la problématique et présente des limites qui lui sont propres. Ci-dessous, nous décrivons brièvement les bases de données utilisées, en mentionnant leurs limites spécifiques.

Enquête suisse sur la santé (ESS)

L'Enquête suisse sur la santé fournit des informations sur l'état de santé de la population et sur les facteurs qui le déterminent, sur les conséquences des maladies, sur le recours aux prestations du système de santé et sur la situation en matière d'assurance. En 2002, on a interrogé 19 706 personnes choisies de manière aléatoire. Cet échantillon est représentatif de la population suisse (population résidente permanente) des plus de 15 ans qui vivent dans des ménages privés. Toutes les données utilisées dans ce rapport sont pondérées (du point de vue du sexe, de l'âge, du canton de domicile et de la nationalité). L'enquête est menée tous les cinq ans.

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

- 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.
- L'enquête repose sur les indications fournies par les personnes directement concernées, ce qui peut entraîner certaines imprécisions ou lacunes dans les données (mémoire imparfaite, refus de répondre, désirabilité sociale).
- Il 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.
- Les données publiées sont pondérées de manière à ce qu'elles correspondent 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.

Panel suisse de ménages (PSM)

Le Panel suisse de ménages illustre les changements sociaux qui affectent la Suisse, en particulier l'évolution des conditions de vie de la population (www.swisspanel.ch). Depuis son institution en 1999, un jeu de données à long terme unique en Suisse a été développé dans le cadre de l'enquête (téléphonique) *Vivre en Suisse*. Dans les deux questionnaires (destinés aux ménages et aux personnes), des estimations subjectives comme la satisfaction ou les valeurs complètent des données objectives comme le revenu ou la position sociale. Les analyses du présent rapport se fondent exclusivement sur les enquêtes individuelles (8067 questionnaires individuels complets en 2004). Le PSM est un produit conjoint du Fonds national suisse de la recherche scientifique (FNS), de l'Office fédéral de la statistique (OFS) et de l'Université de Neuchâtel. Il convient de garder à l'esprit les points suivants:

- Un certain biais d'échantillonnage peut survenir sous la forme d'une mortalité sélective au sein du panel.
- En raison de modifications ou de raccourcissements du questionnaire, la validité des comparaisons dans le temps peut être limitée.
- L'enquête repose sur les indications fournies par les personnes directement concernées, ce qui peut entraîner certaines imprécisions ou lacunes dans les données (mémoire imparfaite, refus de répondre, désirabilité sociale).
- Certaines personnes très malades ne veulent pas ou ne peuvent pas participer à une interview téléphonique. Une interview proxy a été réalisée auprès des personnes malades. Une autre personne du ménage répond alors à la place de la personne cible aux questions qui portent sur des faits concrets. Il existe un effet de sélection en faveur des personnes en bonne santé, dont il faut tenir compte pour les questions relatives à la santé psychique, mais qui est moins marqué que dans l'ESS.

Statistique médicale des hôpitaux

La statistique médicale des hôpitaux recueille chaque année les données concernant toutes les hospitalisations dans les établissements médicaux suisses. La saisie est réalisée par chaque hôpital et chaque clinique. Les données concernant les divers patients incluent à la fois des informations sociodémographiques (telles que l'âge, le sexe et la région de domicile), des informations administratives (telles que le type d'assurance et le lieu de séjour avant l'hospitalisation) et des informations médicales (telles que le diagnostic selon la Classification internationale des maladies [CIM] et les traitements reçus selon la Classification suisse des interventions chirurgicales [CHOP]). Pour le domaine de la psychiatrie, il existe un jeu de données supplémentaire que les hôpitaux ne sont pas obligés de saisir (données complémentaires sur la psychiatrie). L'identification des patients se fait par l'intermédiaire d'un code de liaison crypté et anonyme. La liaison entre les cas et les personnes a pu être établie intégralement (100%) pour l'année 2004. Les données présentées dans ce rapport concernent les cas traités en clinique psychiatrique, de 15 ans et plus, et ayant fait l'objet d'un « diagnostic principal F » (psychiatrie) selon la classification CIM-10. La statistique médicale des hôpitaux présente quelques points faibles:

- Pour les hôpitaux, la saisie des données complémentaires sur la psychiatrie est facultative. Certains cantons et certains établissements psychiatriques n'y participent pas. En 2004, environ 80% des cliniques psychiatriques ont livré ces données.
- En raison des exigences élevées de la protection des données, les possibilités d'analyse sont fortement restreintes, en particulier pour les problématiques régionales (grandes régions).
- La statistique des traitements semi-hospitaliers fait partie de la statistique médicale, mais ces traitements sont loin d'être saisis de manière complète et harmonisée par les hôpitaux. Ce n'est que dans quelques années que l'on pourra qualifier de « méthodologiquement correct » le recensement du recours aux traitements semi-hospitaliers et de son évolution dans le temps. Les traitements ambulatoires ne sont pas inclus.

Statistique de l'AI

La statistique de l'AI, qui est établie par l'Office fédéral des assurances sociales, fournit des informations sur les personnes qui bénéficient du soutien de l'assurance-invalidité (assurés, cotisants et bénéficiaires de rentes), ainsi que sur les rentes versées et les autres prestations fournies (mesures d'intégration, indemnités journalières et allocations pour impotents).

La population observée est constituée des personnes domiciliées en Suisse et assurées à l'AI ainsi que des Suisses établis à l'étranger qui sont assurés sur une base volontaire. Les rentes AI ne peuvent être versées qu'aux personnes de moins de 65 ans. Les cotisants sont des personnes actives occupées dont l'âge est compris entre 18 et 65 ans. Les restrictions sont les suivantes:

- La classification des troubles psychiques établie par l'AI diffère des classifications psychiatriques reconnues, comme la CIM-10 (OMS/Dilling et al., 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) 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.
 - La dépendance et la toxicomanie ne sont pas considérées comme des motifs justifiant à eux seuls le versement d'une rente AI. Un diagnostic psychique ou somatique secondaire est nécessaire. Il est dès lors possible que les maladies de la dépendance soient tendanciellement sous-estimées dans les données de l'AI. Il se pourrait également que des diagnostics secondaires soient attribués plus facilement, dans le cadre des procédures de demande d'une rente AI, aux personnes qui présentent des troubles de la dépendance.

Statistique des causes de décès

La statistique des causes de décès fournit une vue d'ensemble de la mortalité ainsi que des informations sur les causes de décès en Suisse. Elle permet de suivre l'évolution sur plusieurs décennies et livre également des indications sur les mesures préventives ou thérapeutiques susceptibles d'élever l'espérance de vie de la population. Cette statistique est un relevé exhaustif annuel qui se fonde sur les indications des offices de l'état civil et des médecins qui annoncent les décès. La population concernée est composée des personnes domiciliées en Suisse au moment de leur décès (population résidente permanente), indépendamment de leur nationalité et du lieu du décès. Les causes de décès sont recensées sur la base de la Classification internationale des maladies (CIM). Les points faibles de cette statistique sont les 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.

Données lacunaires dans le domaine des soins ambulatoires

Les données relatives aux soins ambulatoires sont aujourd'hui très lacunaires. Nos chiffres proviennent ici exclusivement d'enquêtes directes auprès des personnes (ESS et PSM) et appellent par conséquent certaines réserves (mémoire imparfaite des répondants, refus de répondre). Le pool de données de santé suisse pourrait constituer une autre source d'information pour le secteur ambulatoire. Ces données, toutefois, ne concernent que les consultations qui sont à la charge de l'assurance-maladie obligatoire. Dans le domaine de la psychothérapie, certaines prestations sont à la charge d'autres assurances (assurances

complémentaires, assurance invalidité) et nombreuses sont les consultations non transmises aux assurances et donc payées par les ménages eux-mêmes. Les psychothérapeutes indépendants non médecins, en effet, ne sont pas remboursés par l'assurance-maladie obligatoire. Deux publications de l'Obsan basées sur le pool de données de santé suisse proposent des analyses sur le thème des soins psychiatriques: *Daten zur Versorgung psychisch Kranker in der Schweiz* (Sturny et al., 2004) et *Offre et recours aux soins médicaux ambulatoires en Suisse* (Jaccard Ruedin et al., 2007).

L'analyse du secteur ambulatoire pourrait être améliorée par le recours à l'Index suisse des diagnostics (SDI) de IHA-IMS-Health à Hergiswil. Le SDI renseigne sur les pratiques diagnostiques et thérapeutiques des médecins établis en Suisse. Les données sont basées sur un échantillon relativement petit et leur exactitude scientifique soulève quelques doutes car elles sont établies à des fins de marketing et d'observation du marché. La prise en compte éventuelle du SDI dans un prochain rapport de monitoring doit encore être étudiée.

Les données Tarmed des trust-center des médecins fournira sans doute à l'avenir des résultats intéressants. Un peu plus de la moitié des données font actuellement l'objet de relevés. La qualité et la pertinence de cette nouvelle statistique – notamment pour le secteur ambulatoire des hôpitaux – n'ont guère été étudiées jusqu'ici. L'Obsan va recueillir à cet égard de premières expériences au cours de cette année.

Enfin, une enquête complémentaire dans le cadre de l'ESS 2007 fournira des données sur l'état de santé général et sur la santé (psychique) des personnes vivant dans les établissements pour personnes âgées. Ce groupe de population n'est pas pris en considération dans l'Enquête suisse sur la santé, qui porte exclusivement sur les ménages privés.

2 Santé psychique

2.1 Equilibre psychique¹

Les personnes équilibrées sur le plan psychique se sentent la plupart du temps calmes, sereines et équilibrées. Pratiquement tous les jours, elles estiment être pleines d'énergie et d'optimisme². Elles déclarent rarement se sentir abattues, de mauvaise humeur, tendues, irritables ou nerveuses. Les personnes qui se disent psychologiquement déséquilibrées, en revanche, ne se sentent que rarement calmes, optimistes et pleines d'énergie. Souvent, voire presque quotidiennement, elles sont aussi déprimées, de mauvaise humeur, tendues et irritables.

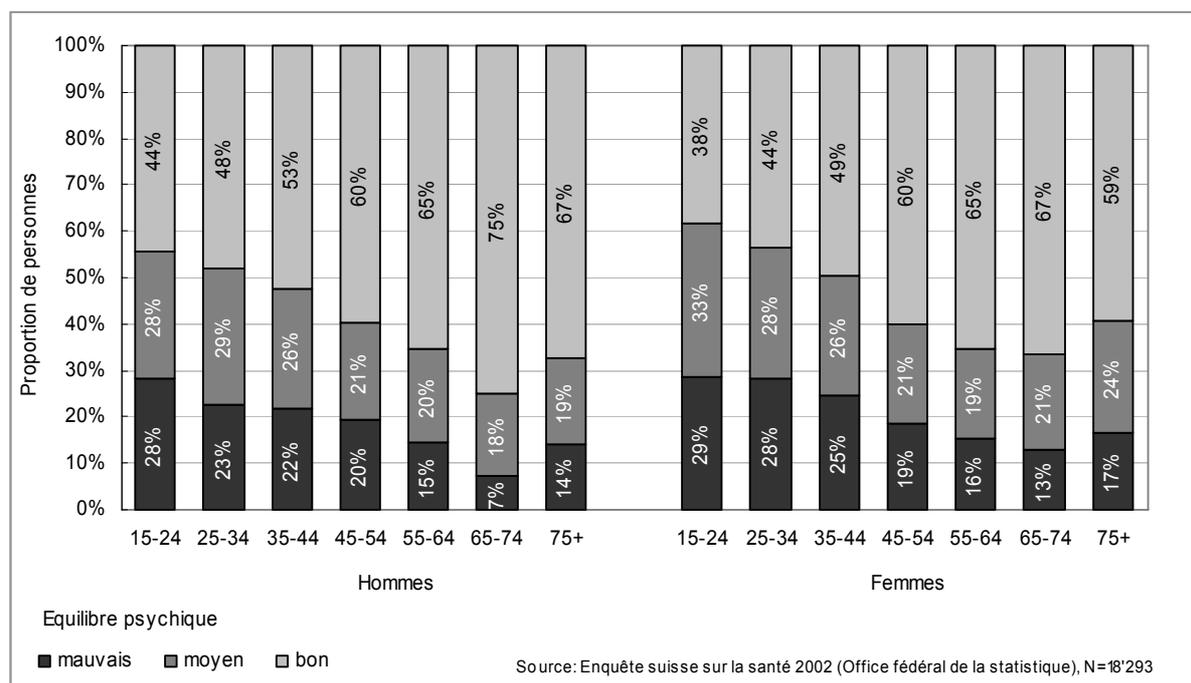


Figure 2.1 Equilibre psychique selon le sexe et l'âge, 2002

Si l'on considère le sentiment d'équilibre psychique au cours de la vie, on constate qu'il s'améliore avec l'âge (Figure 2.1). Quelque 40% des jeunes hommes et des jeunes femmes âgés de 15 à 24 ans affirment jouir d'un bon équilibre psychique. Jusqu'à l'âge de 74 ans, cette proportion ne cesse d'augmenter, pour reculer ensuite légèrement chez les personnes âgées de 75 ans et plus. Ce sont en premier lieu les jeunes qui semblent être atteints dans leur équilibre psychique. Près d'une personne de 15 à 24 ans sur trois se sent souvent agitée, tendue et irritable.

L'évolution a été à peu près parallèle dans tous les groupes d'âge. A noter qu'en 1992 la part des personnes peu équilibrées était encore supérieure à la part des personnes très

¹ Dans le premier rapport de monitoring (Rüesch & Manzoni, 2003), cette dimension était désignée par « sentiment de bien-être psychique ».

² Indice SANPSY (Weiss et al., 1990), voir *Enquête suisse sur la santé 2002 – les indices* (p.29). L'indice distingue les catégories « mauvais », « moyen » et « bon ». Pour l'enquête 2002, sa dénomination est passée de « bien-être psychique » à « équilibre psychique ». Sa construction et sa structure n'ont pas changé.

équilibrées dans le groupe des 15–24 ans. Dans le groupe d'âge le plus élevé, on n'observe qu'à partir de 2002 un recul de la part des personnes peu équilibrées et une progression de la part des personnes très équilibrées.

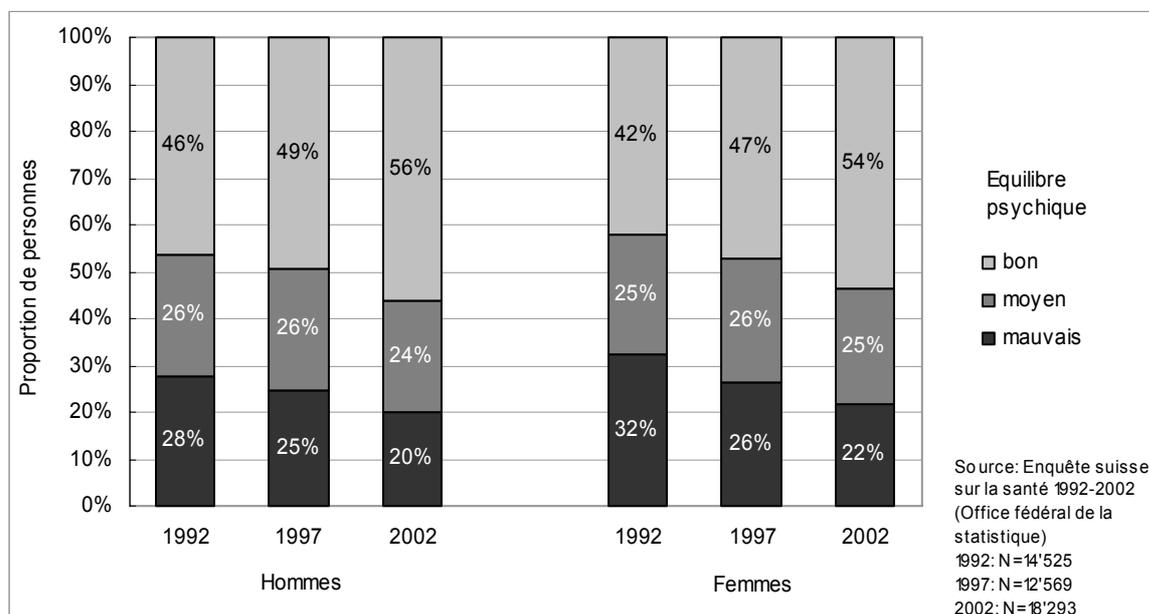


Figure 2.2 Equilibre psychique selon le sexe, 1992–2002

La Figure 2.2 montre que l'équilibre psychique de la population s'est amélioré de manière continue entre les différentes années de réalisation de l'Enquête suisse sur la santé (ESS). En 2002, plus de la moitié des personnes interrogées se sentaient émotionnellement stables, contre à peine 45% en 1992. La figure montre que cette amélioration s'accompagne d'une baisse de la proportion de personnes qui se sentent peu équilibrées mais que la proportion des personnes moyennement équilibrées reste constante. En moyenne, les hommes continuent à s'estimer légèrement plus équilibrés que les femmes.

2.2 Sentiment de bien-être psychique

Une personne ressent du bien-être lorsque les ressources dont elle dispose lui suffisent pour répondre aux exigences physiques, psychiques et sociales. Les personnes dont le bien-être psychique est élevé sont heureuses de vivre, estiment avoir de bonnes perspectives d'avenir, pensent que leur vie a un sens et acceptent ce qu'elles ne peuvent pas changer dans leur vie¹.

Environ 60% de la population jouit d'un bien-être psychique élevé (Figure 2.3). Les personnes d'âge moyen déclarent moins souvent que les autres – plus jeunes ou plus âgés – jouir d'un état de bien-être psychique. Comme pour l'équilibre psychique, les hommes semblent avoir tendance à se sentir mieux que les femmes.

¹ Indice OPTIMISM (Grob et al., 1990), voir *Enquête suisse sur la santé 2002 – les indices* (p. 30). Pour l'enquête 2002, sa dénomination est passée de « conception positive de la vie » à « bien-être psychique » (faible, plutôt faible, plutôt élevé, élevé). En 1997, cette question n'avait été posée qu'aux personnes âgées de 15 à 24 ans.

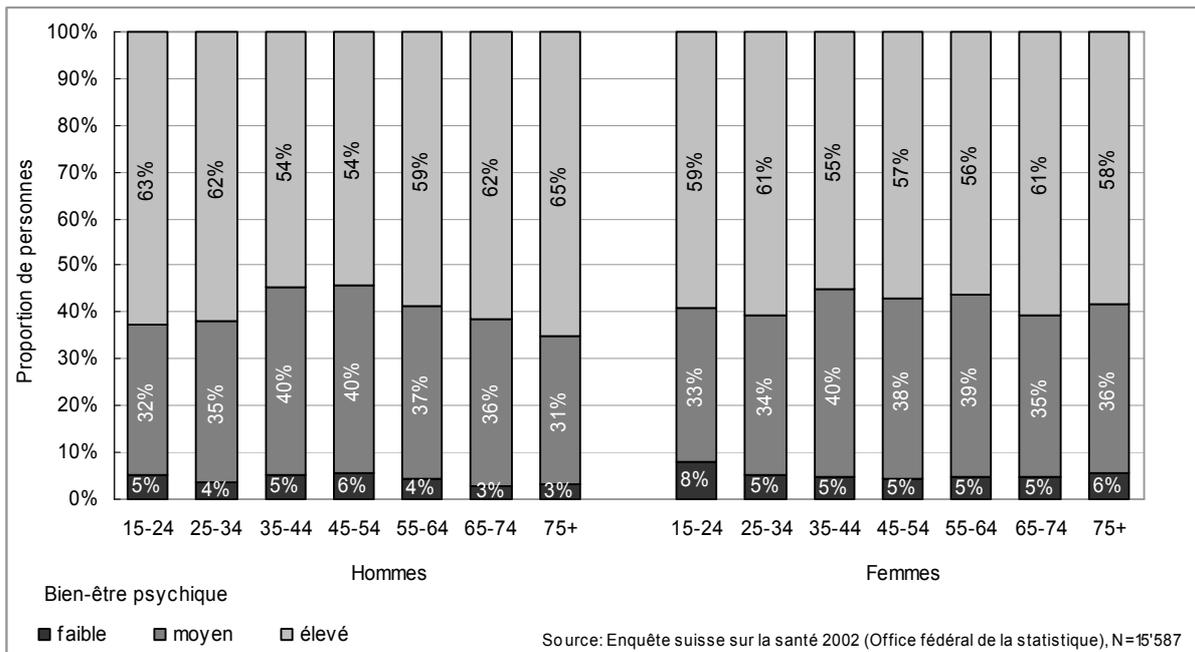


Figure 2.3 Bien-être psychique selon le sexe et l'âge, 2002

L'équilibre psychique (Figure 2.1) et le bien-être psychique (Figure 2.3) semblent meilleurs chez les personnes âgées. Cela s'applique du moins à celles qui vivent encore chez elles, puisque celles qui vivent en foyers pour personnes âgées ou en homes médicalisés ne participent pas à l'Enquête suisse sur la santé (voir chapitre 1.5). Bien que les jeunes présentent l'équilibre psychique le plus délicat, la majorité d'entre eux font état d'un bien-être psychique élevé. Leur manque d'équilibre pourrait être le reflet des difficultés qu'ils rencontrent lorsqu'il s'agit de s'intégrer à la société des adultes et de se faire une place dans la vie sociale, professionnelle et familiale. Certaines étapes du développement normal de la personne – puberté, maturation physique, recherche d'une identité – peuvent aller de pair avec une certaine instabilité psychique. Mais en même temps, les perspectives d'avenir des jeunes, leur joie de vivre et leur indépendance croissante sont de nature à leur procurer un certain bien-être.

3 Problèmes et maladies psychiques

3.1 Problèmes psychiques légers

Les problèmes psychiques légers incluent les sentiments de faiblesse et de fatigue, l'instabilité, la nervosité, le pessimisme et le manque d'énergie, la déprime et la mauvaise humeur, ainsi que les troubles de l'endormissement et du sommeil.

Entre 10 et 15% des hommes et des femmes affirment avoir souffert de pessimisme, de nervosité ou d'instabilité pendant au moins 3 à 4 jours de la semaine précédente. Ils sont un peu moins nombreux à se dire déprimés ou fatigués, ou à souffrir d'insomnies (Tableau 3.1). Près d'une personne sur trois affirme avoir souffert d'au moins un problème psychique léger durant le mois écoulé. Ces problèmes psychiques touchent plus souvent les femmes que les hommes. La différence la plus marquée entre les sexes s'observe pour les troubles du sommeil et pour le sentiment de faiblesse.

Tableau 3.1 Problèmes psychiques légers selon le sexe, 2002

Problème psychique	Intensité/Fréquence	Hommes	Femmes	N=Nombre de personnes
Pessimisme, manque d'énergie	Tous les jours/ 3-4 jours ¹	14.3%	16.3%	18'519
Nervosité, tensions	Tous les jours/ 3-4 jours ¹	10.4%	10.8%	18'587
Instabilité	Tous les jours/ 3-4 jours ¹	10.0%	11.2%	18'588
Etat déprimé, mauvaise humeur	Tous les jours/ 3-4 jours ¹	5.2%	7.2%	18'642
Troubles d'endormissement et du sommeil	Importants ²	5.0%	9.1%	19'689
Faiblesse, fatigue	Importants ²	5.0%	8.1%	19'684
Au moins 1 problème		29.4%	33.7%	18'719

Source: Enquête suisse sur la santé 2002 (OFS)

¹ Se rapporte à la semaine précédente.

² Se rapporte aux quatre dernières semaines.

Les problèmes psychiques légers dépendent aussi dans une certaine mesure de l'âge (Figure 3.1). Ce sont les 15–24 ans qui font part le plus souvent de ce genre de problèmes. La proportion de personnes concernées baisse ensuite jusqu'à la 64^e année pour les femmes et jusqu'à la 74^e pour les hommes, après quoi elle augmente à nouveau. C'est entre 65 et 74 ans que la différence entre les hommes et les femmes est la plus marquée, et elle reste relativement élevée au-delà de cet âge.

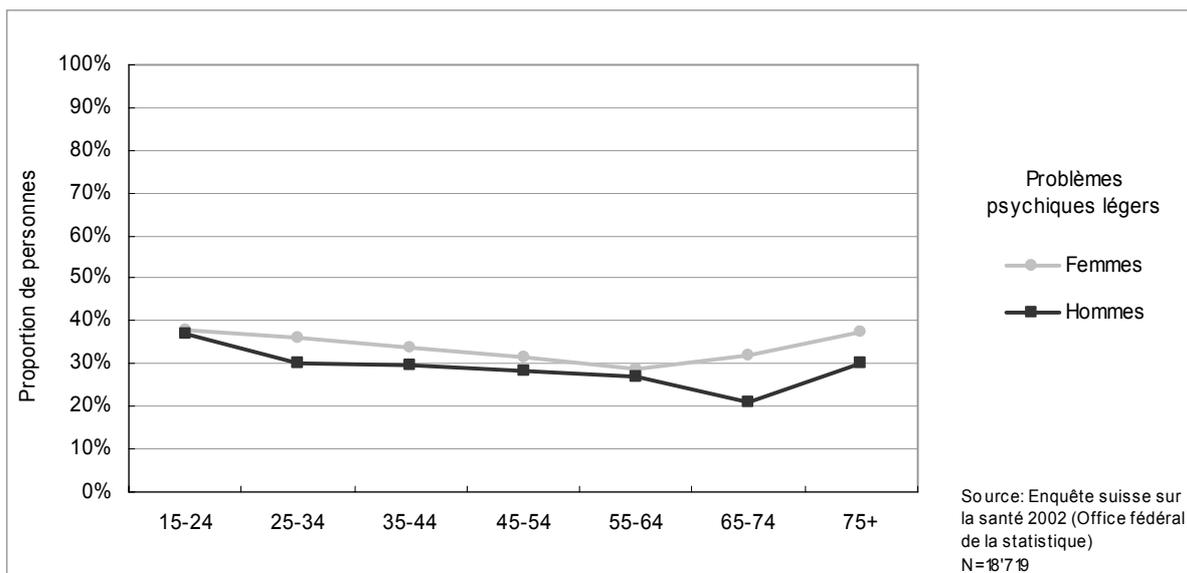


Figure 3.1 Fréquence des problèmes psychiques légers selon le sexe et l'âge, 2002

La Figure 3.2 montre le recul continu des problèmes psychiques légers entre les différentes vagues de l'ESS. Alors qu'environ 40% des personnes interrogées souffraient de problèmes psychiques légers il y a dix ans, elles n'étaient plus qu'environ 30% en 2002. La comparaison met aussi en évidence la différence entre hommes et femmes, qui reste stable à environ 5% au cours des ans.

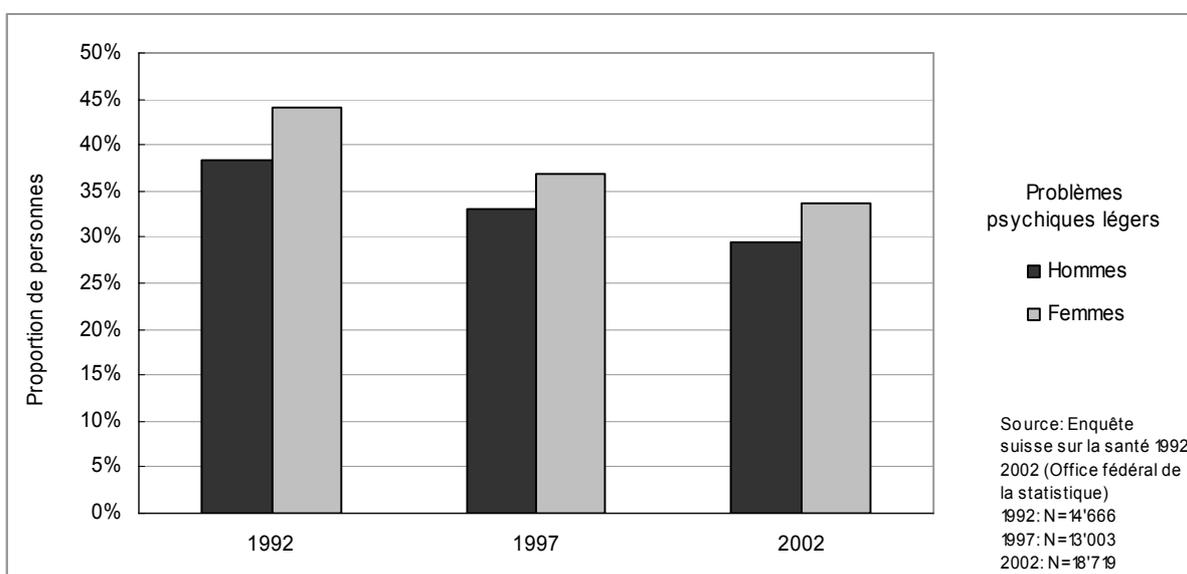


Figure 3.2 Problèmes psychiques légers selon le sexe, 1992–2002

3.2 Problèmes psychiques chroniques à conséquences invalidantes au quotidien

Les problèmes psychiques légers peuvent évoluer vers des troubles chroniques plus ou moins invalidants. Les participants à l'Enquête suisse sur la santé ont été interrogés sur ces problèmes psychiques plus lourds et sur leurs causes. On leur a demandé notamment si elles les attribuaient à une cause purement psychique ou à des causes psychiques et physiques.

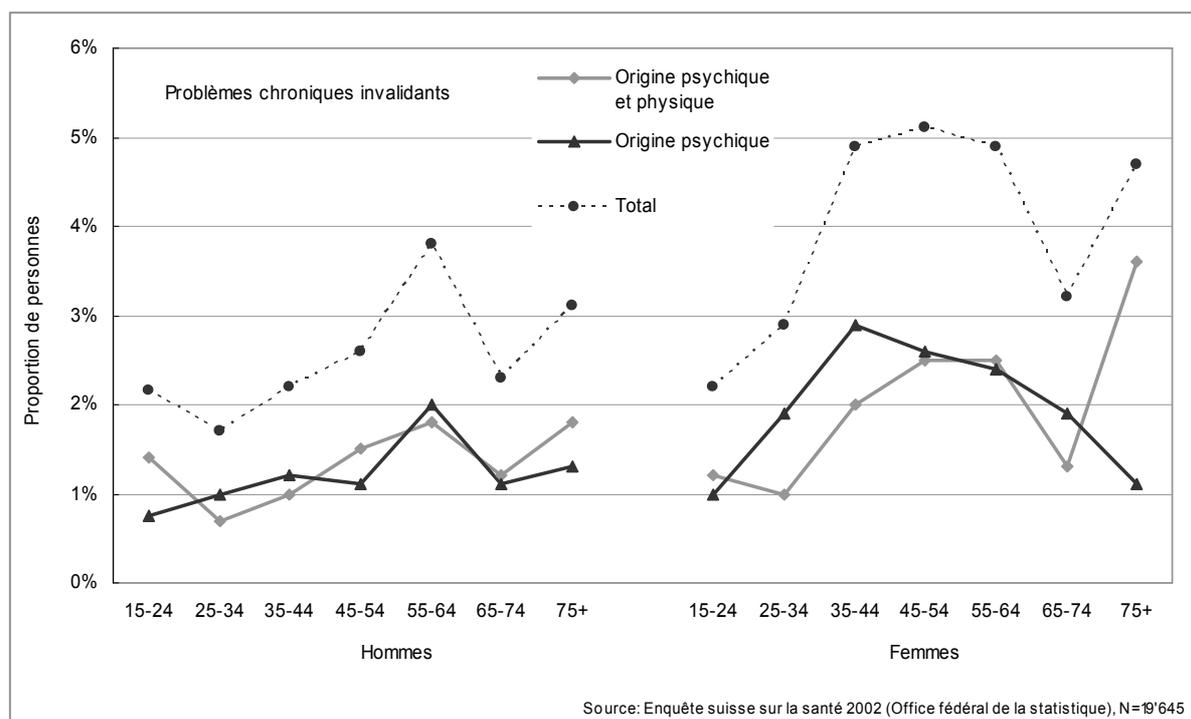


Figure 3.3 Problèmes chroniques invalidants au quotidien (dont l'origine est au moins partiellement psychique) selon le sexe et l'âge, 2002

En 2002, 4% des femmes interrogées (ce qui représente 124 000 personnes) et 2,5% des hommes (environ 72 000) ont fait état de problèmes psychiques qui duraient depuis plus d'un an et qui, selon les personnes concernées, avaient des conséquences invalidantes pour la vie de tous les jours. La fréquence de ces problèmes varie (au cours de la vie) selon les conditions de leur apparition¹. Leur fréquence évolue différemment selon qu'il s'agit de problèmes dont l'origine est perçue comme purement psychique ou de problèmes dont l'origine est perçue comme à *la fois* psychique et physique. Les problèmes chroniques d'origine uniquement psychique sont les plus fréquents chez les personnes d'âge moyen (35–64 ans: chez les hommes plutôt vers la fin de cette période, chez les femmes plutôt vers le début). Les problèmes d'origine à *la fois* psychique et physique sont plus fréquents chez les personnes très âgées. Dans pratiquement toutes les classes d'âge, les femmes sont

¹ Conditions d'apparition des troubles selon l'Enquête suisse sur la santé 2002, interview téléphonique: « A votre avis, cela [ce problème] est-il dû à des causes physiques ou psychiques? ». Réponses possibles: « dû à des causes physiques », « dû à des causes psychiques », « les deux », « dû ni à des causes physiques, ni à des causes psychiques ».

davantage concernées que les hommes. La différence est la plus marquée pour les problèmes d'origine purement psychique des personnes d'environ 40 ans. Pour les problèmes à *la fois* psychiques et physiques, l'écart entre les sexes est très marqué à partir de 75 ans. Très forte aussi est la différence entre les troubles d'origine psychique et les troubles mixtes chez les femmes de 75 ans et plus. Selon nos données, les femmes de cet âge ont assez rarement des problèmes d'origine purement psychique (1% des femmes), les problèmes sont relativement souvent à *la fois* d'origine psychique et physique (3,6% des femmes).

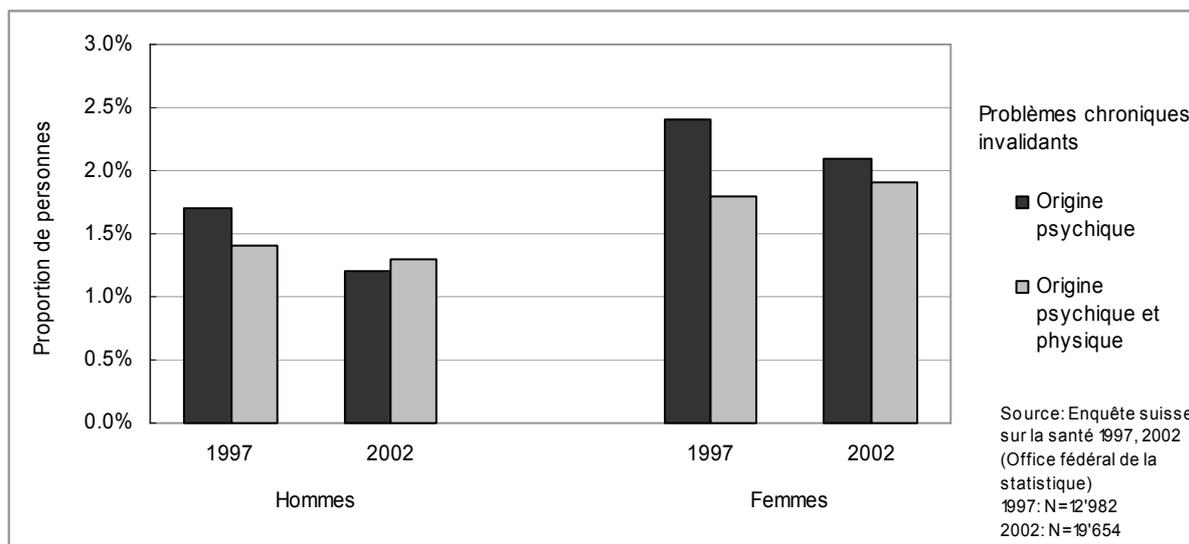


Figure 3.4 Problèmes chroniques dont l'origine est au moins partiellement psychique selon le sexe, 1997 et 2002

La fréquence des problèmes d'origine uniquement psychique a diminué entre 1997 et 2002, alors que la fréquence des problèmes d'origine psychique et physique semble être restée constante au cours de cette période (Figure 3.4).

La fréquence des problèmes chroniques d'origine entièrement ou partiellement psychique est vraisemblablement sous-estimée dans notre enquête, qui est basée sur les données fournies par les personnes interrogées. Il est probable que les personnes qui ont de tels problèmes ne sont pas toutes prêtes à en reconnaître l'origine psychique.

3.3 Dépression

En 2002, l'Enquête suisse sur la santé a recherché pour la première fois, au moyen de dix questions¹, l'existence d'une éventuelle humeur dépressive chez les personnes interrogées – au sens de l'épidémiologie psychiatrique. Un indice fondé sur divers symptômes définis par la psychiatrie a permis de calculer une valeur sur une échelle pour chaque personne (Wittchen, 2000, 2001).

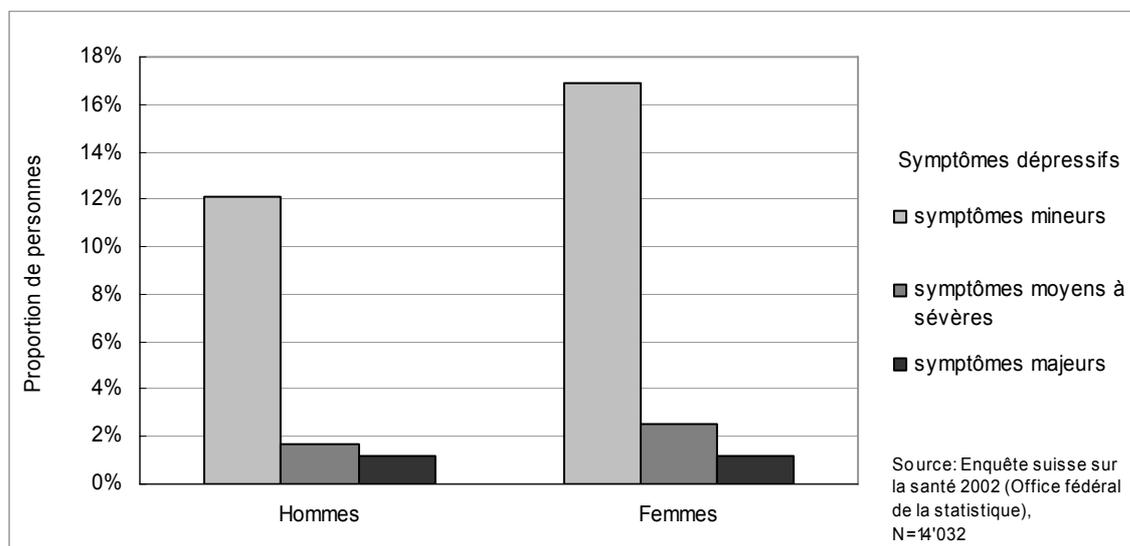


Figure 3.5 Symptômes dépressifs selon le sexe, 2002

La Figure 3.5 classe les symptômes dépressifs dans les catégories « mineurs », « moyens à sévères » et « majeurs ». Près de 15% de la population a ressenti de mineurs symptômes de dépression durant les deux semaines précédant l'enquête. Plus de 3%, soit environ 250'000 personnes, souffrent de symptômes moyens à majeurs. On parle alors de dépression sérieuse, qui devrait être traitée par un spécialiste, l'aide de l'entourage n'étant alors pas suffisante.

¹ Au cours des deux dernières semaines... 1) Avez-vous été triste, abattu(e) ou déprimé(e) la plupart du temps? 2) Avez-vous ressenti une perte d'intérêt ou éventuellement une absence de plaisir pour les choses qui habituellement en avaient? 3) Vous êtes-vous senti(e) fatigué(e), épuisé(e) ou sans énergie (même sans avoir travaillé durement)? 4) Avez-vous perdu l'appétit ou maigri considérablement? 5) Avez-vous connu des troubles du sommeil (endormissement difficile, sommeil agité, réveil précoce)? 6) Avez-vous l'impression que vous vous déplacez ou que vous vous exprimez plus lentement que d'habitude? 7) Votre intérêt sexuel a-t-il été plus faible que d'habitude ou même avez-vous perdu tout désir sexuel? 8) Avez-vous ressenti une perte de confiance en vous-même, en vous jugeant inutile, coupable ou en vous faisant des reproches injustifiés? 9) Avez-vous eu des difficultés à vous concentrer (par ex. en lisant ou en regardant la télévision) ou à prendre des décisions courantes? 10) Avez-vous souvent pensé à la mort ou même avez-vous songé à mettre fin à vos jours?

La fréquence des symptômes moyens à graves ne dépend guère du sexe et de l'âge (Figure 3.6). Les différences sont en revanche marquées pour les symptômes mineurs, dont les femmes souffrent nettement plus souvent que les hommes. Si l'on considère toute la durée de la vie, ce sont surtout les jeunes et les personnes âgées qui sont davantage touchés par les symptômes mineurs.

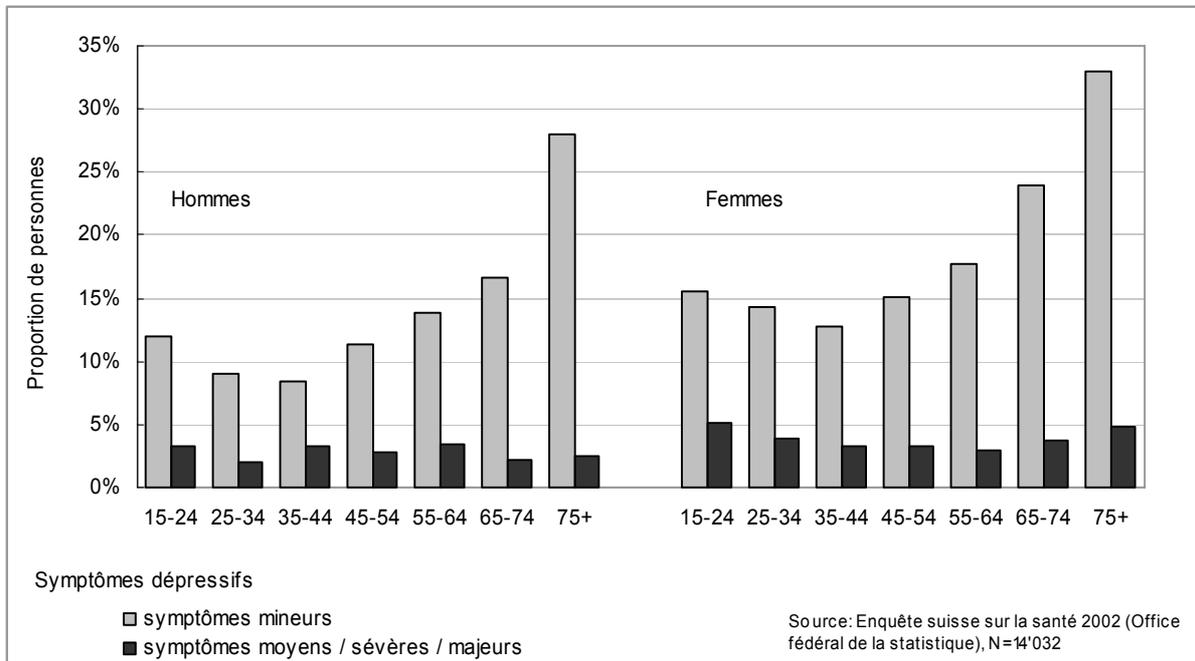


Figure 3.6 Symptômes dépressifs selon le sexe et l'âge, 2004

4 Recours à des traitements

4.1 Maladie psychique et recours à des traitements

La plupart des Suissesses et des Suisses consultent un médecin au moins une fois par année (Tableau 4.1). Mais peu de personnes, en 2002 comme en 1997, se sont fait traiter expressément pour un problème psychique: c'est le cas de 6% des femmes et de 3% des hommes. Ces chiffres incluent aussi les consultations accordées par des spécialistes en dehors du domaine médical, par exemple par les psychologues.

Comme on pouvait s'y attendre, la fréquence du recours à un traitement médical ou psychothérapeutique augmente avec la gravité des souffrances psychiques. Parmi les femmes affectées de manière chronique, plus de la moitié suit un traitement, contre un peu plus de 40% des hommes. Parmi les personnes souffrant de troubles psychiques ou psychophysiques chroniques, à peine une sur deux requiert un traitement *pour ces troubles*. Mais environ 90% des personnes qui éprouvent des souffrances psychiques ont consulté au cours des douze mois précédant l'enquête. Il s'agit probablement dans la plupart des cas d'une visite chez le médecin de famille. Il appartient à ce dernier de déceler les composantes psychiques de la maladie et de diriger le patient ou la patiente vers le spécialiste approprié.

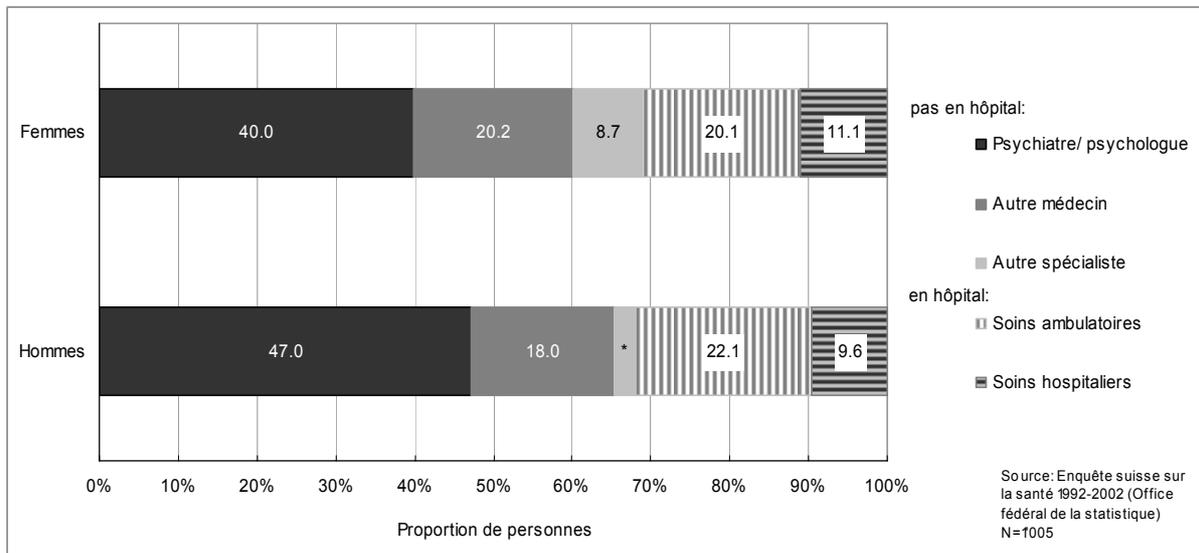
Tableau 4.1 Visite médicale durant les douze derniers mois ou traitement lié à un problème psychique selon le sexe , 2002

	Consultation médicale		Traitement pour un problème psychique	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Toutes les personnes interrogées	71.3%	82.1%	2.9%	6.0%
Personnes avec				
• un mauvais équilibre psychique	76.0%	86.6%	7.8%	14.0%
• un problème psychique depuis plus de 12 mois	87.2%	93.2%	42.1%	51.2%

Source: Enquête suisse sur la santé 2002 (Office fédéral de la statistique), N=18'276-19'698

Pour recevoir une aide professionnelle en raison d'un problème psychique, plus de deux tiers des personnes concernées s'adressent à des spécialistes en cabinet privé, notamment à des psychiatres ou à des psychologues. Le petit tiers restant profite de l'offre de traitements des établissements hospitaliers. Il s'agit en grande majorité d'offres ambulatoires (Figure 4.1).

Les hommes semblent s'adresser un peu plus souvent à des spécialistes (psychiatres ou psychologues), alors que les femmes et les personnes âgées consultent davantage les médecins extérieurs à la psychiatrie.



Il peut y avoir plusieurs traitements par personne.

* N<10

Figure 4.1 Type de traitement des problèmes psychiques

4.2 Problèmes psychiques traités

A peine 3% des hommes et 6% des femmes dans la population résidante (questionnaire téléphonique), ont consulté un spécialiste au cours des douze derniers mois pour traiter un problème psychique¹ (Figure 4.2). Pour les deux sexes, les visites sont les plus fréquentes parmi les personnes de 35 à 44 ans.

On obtient une image similaire chez les femmes lorsqu'on leur demande si elles ont été traitées pour une dépression nerveuse (questionnaire écrit)². La fréquence maximale se déplace toutefois vers la classe d'âge des 45 à 54 ans. Chez les hommes, on observe deux maxima, le premier chez les personnes de 35 à 44 ans et le deuxième chez celles de 55 à 64 ans. Sans tenir compte des classes d'âge, environ 4% des hommes et près de 6% des femmes mentionnent une visite médicale liée à une dépression nerveuse.

¹ Enquête suisse sur la santé 2002, questionnaire téléphonique: « Avez-vous été en traitement pour des problèmes psychiques au cours des douze derniers mois? ». Cette question n'avait pas été posée lors de l'enquête de 1992.

² Enquête suisse sur la santé 2002, questionnaire écrit: « Avez-vous été en traitement médical au cours des douze derniers mois – ou l'êtes-vous actuellement – pour une ou plusieurs des maladies suivantes? ». Parmi les réponses possibles: « Dépression nerveuse ». Réponses possibles: diabète, rhumatisme, bronchite chronique, hypertension, infarctus du myocarde, attaque, maladie des reins, cancer, rhume des foies/autre allergie, dépression nerveuse.

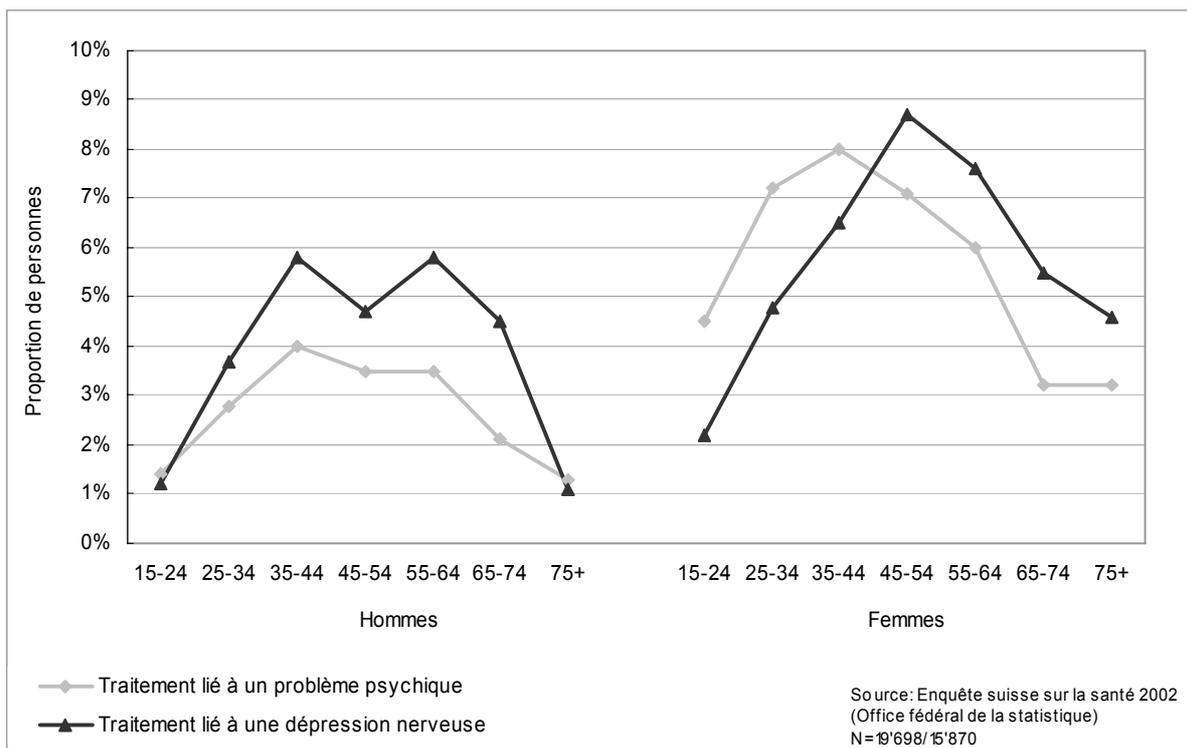


Figure 4.2 Traitement lié à un problème psychique ou à une dépression nerveuse selon le sexe et l'âge, 2002

Si l'on considère les traitements pour des problèmes psychiques en 1997 et en 2002, on observe une légère augmentation (de 4 à 4,5%), qui s'explique par une demande accrue de traitements de la part des femmes (Figure 4.3). On observe également une augmentation des traitements pour dépression nerveuse de 4.7% en 1997 à 5.1% en 2002. Cette évolution ne résulte pas d'une demande accrue des femmes mais des hommes. Les femmes sont dans l'ensemble plus souvent traitées pour une dépression que les hommes, mais leurs chiffres sont restés stables de 1997 à 2002, alors que la demande de traitements a augmenté de 1% chez les hommes.

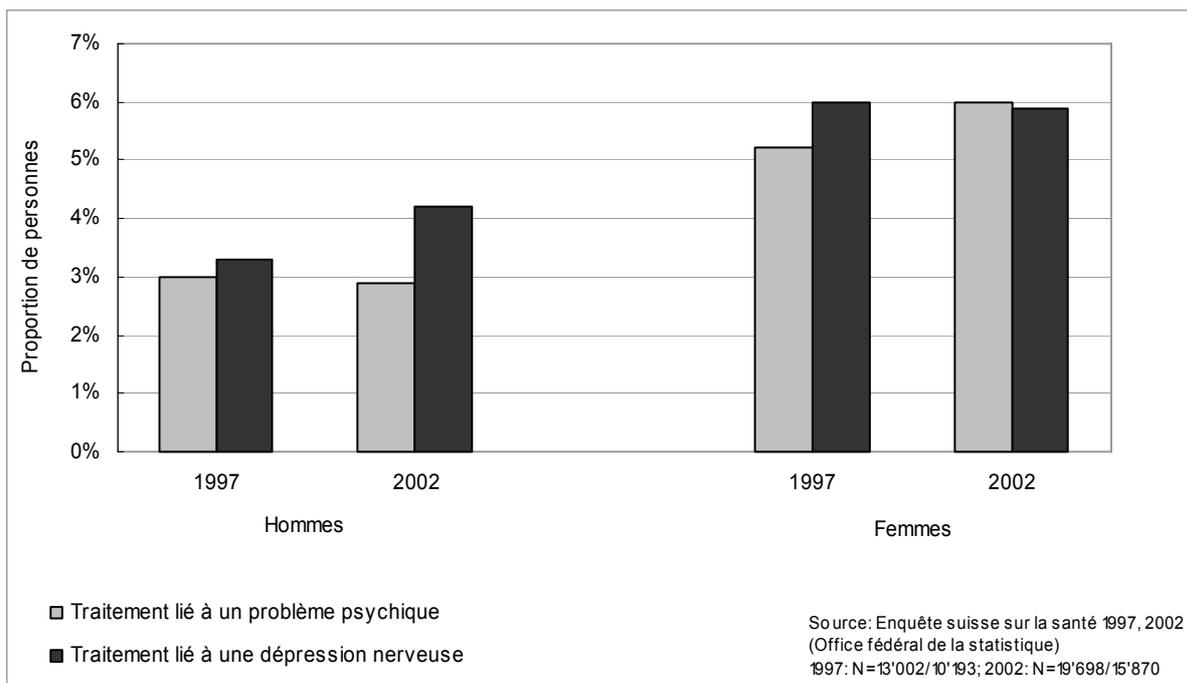


Figure 4.3 Traitement lié à un problème psychique ou à une dépression nerveuse selon le sexe, 1997 et 2002¹

Si l'on compare les données relatives aux traitements médicaux pour dépression avec les valeurs symptomatiques des personnes interrogées (symptômes de dépression), on constate que ces deux paramètres ne coïncident pas (voir chapitre 3.3). Parmi les personnes présentant des symptômes moyens à sérieux, une sur quatre a été traitée pour dépression au cours de l'année précédente. Dans le groupe des personnes présentant des symptômes dépressifs graves, la proportion est d'une sur deux (OFS, 2007, en préparation). Les personnes qui présentent des symptômes dépressifs moyens à graves et qui refusent d'être traitées pour une dépression recourent probablement davantage aux services médicaux pour d'autres raisons.

4.3 Traitements en établissements psychiatriques

Taux d'hospitalisation des hommes et des femmes

Les problèmes psychiques peuvent nécessiter un séjour en clinique². En 2004, les établissements psychiatriques ont enregistré dans l'ensemble 47'555 nouvelles admissions. Cela correspond à un taux d'environ huit hospitalisations pour 1000 habitants (hommes: 8/1000, femmes: 7/1000).

¹ La comparaison n'est ici possible qu'entre les deux dernières enquêtes, puisque la question correspondante n'a été introduite dans l'ESS qu'en 1997.

² Les données sur les traitements en établissements psychiatriques sont extraites de la Statistique médicale des hôpitaux de 2004. Dans ce qui suit, seuls sont pris en considération les traitements administrés pour la première fois en 2004 et qui ont un trouble psychique pour principal diagnostic (selon CIM-10, chapitre 5, catégorie F).

La statistique des hospitalisations fait apparaître de nettes variations liées au sexe et à l'âge (Figure 4.4). Chez les hommes, la fréquence des traitements intra-muros est la plus élevée dans la classe d'âge des 25 à 34 ans (11/1000 habitants), chez les femmes dans la classe des 35 à 44 ans (9/1000 habitants). Chez les hommes, ce sont la toxicomanie et la schizophrénie, chez les femmes, les troubles dépressifs qui constituent la majorité des diagnostics dans ces classes d'âge. Pour les deux sexes, le risque d'être admis dans un établissement psychiatrique diminue jusqu'à l'âge de 74 ans: il atteint alors son minimum avec environ 4 hommes sur 1000 et 5 femmes sur 1000. À partir de 75 ans, le taux d'hospitalisation augmente à nouveau pour les hommes comme pour les femmes. Dans cette classe d'âge, les différences liées au sexe disparaissent et le taux atteint six hospitalisations pour 1000 habitants.

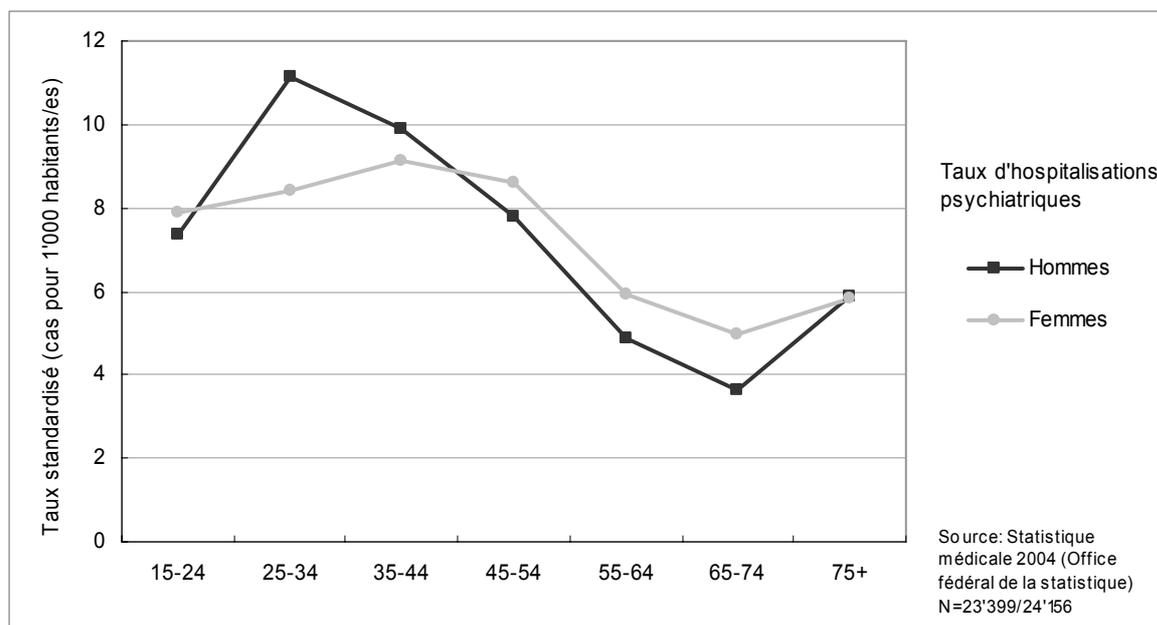


Figure 4.4 Taux d'hospitalisations psychiatriques selon le sexe et l'âge, 2004

Si l'on compare les taux d'hospitalisation de chaque classe d'âge en 1998 (cf. Ruesch & Manzoni, 2003) et en 2004, on constate une augmentation sensible pour les deux sexes dans toutes les classes d'âge. On compte au total 5 cas pour 1000 habitants en 1998 contre 8 cas pour 1000 en 2004. Les classes d'âge qui comptent le plus d'hospitalisation sont les mêmes en 1998 et en 2004 (hommes : 24–35 ans, femmes : 35–44 ans). Les taux sont passés de 8 à 11 pour 1000 habitants et de 5 à 9 pour 1000 habitants.

Fréquence des diagnostics

Pour les personnes admises en clinique, la fréquence des différents diagnostics varie selon le sexe (Figure 4.5). Chez les hommes, les quatre diagnostics les plus fréquents en 2004 étaient la schizophrénie, l'abus d'alcool, la dépression grave et la toxicomanie. Chez les femmes, la dépression grave arrivait nettement en tête, suivie des troubles névrotiques, des troubles de la personnalité et de la schizophrénie.

L'apparition de maladies psychiques dépend de l'âge et du sexe. La schizophrénie est particulièrement souvent diagnostiquée chez les hommes entre 15 et 44 ans. A mesure que l'âge augmente, le taux diminue chez les hommes jusqu'à n'être plus que légèrement

supérieur à celui des femmes. Dans tous les groupes d'âge, les troubles de l'humeur (troubles maniaque-dépressifs, dépressions graves et autres troubles affectifs) conduisent plus fréquemment les femmes en séjour en clinique psychiatrique. Pour les deux sexes, les séjours en clinique liés à ce type de problèmes sont les plus fréquents en milieu de vie, soit entre 35 et 54 ans.

La fréquence des traitements en établissements psychiatriques chez les hommes âgés de 25 à 34 ans s'explique par le nombre élevé de schizophrénies diagnostiquées et par les nombreux cas de toxicomanie. Chez les hommes de 25 à 34 ans, l'abus de drogues entraîne une hospitalisation dans environ 3 cas pour 1000 habitants, contre seulement 1 cas pour 1000 habitantes chez les femmes du même groupe d'âge. Les maladies de la dépendance sont d'une manière générale plus fréquentes chez les hommes que chez les femmes et les hommes sont plus souvent hospitalisés que les femmes pour une consommation abusive d'alcool. On observe que, pour les deux sexes, l'alcool est un problème caractéristique des personnes qui se trouvent entre le milieu de leur vie et l'âge de la retraite (35-64 ans).

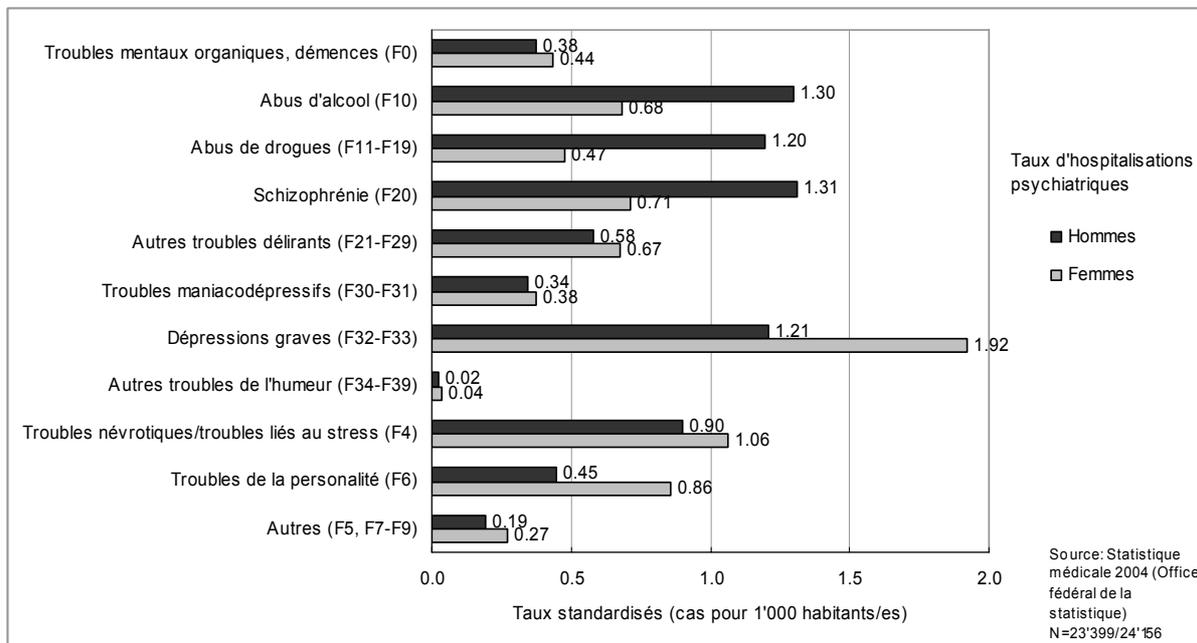


Figure 4.5 Taux d'hospitalisations psychiatriques selon le sexe et le diagnostic, 2004

Evolution dans le temps et variations régionales

La Figure 4.6 présente les taux d'hospitalisation pour quatre années consécutives. Le taux global varie, pour les années considérées, entre 7,5 et presque 8 cas pour 1000 habitants. La différence entre les sexes paraît relativement stable d'une année à l'autre. Pour 1000 habitants, les femmes présentent en moyenne 0,3 cas de moins que les hommes.

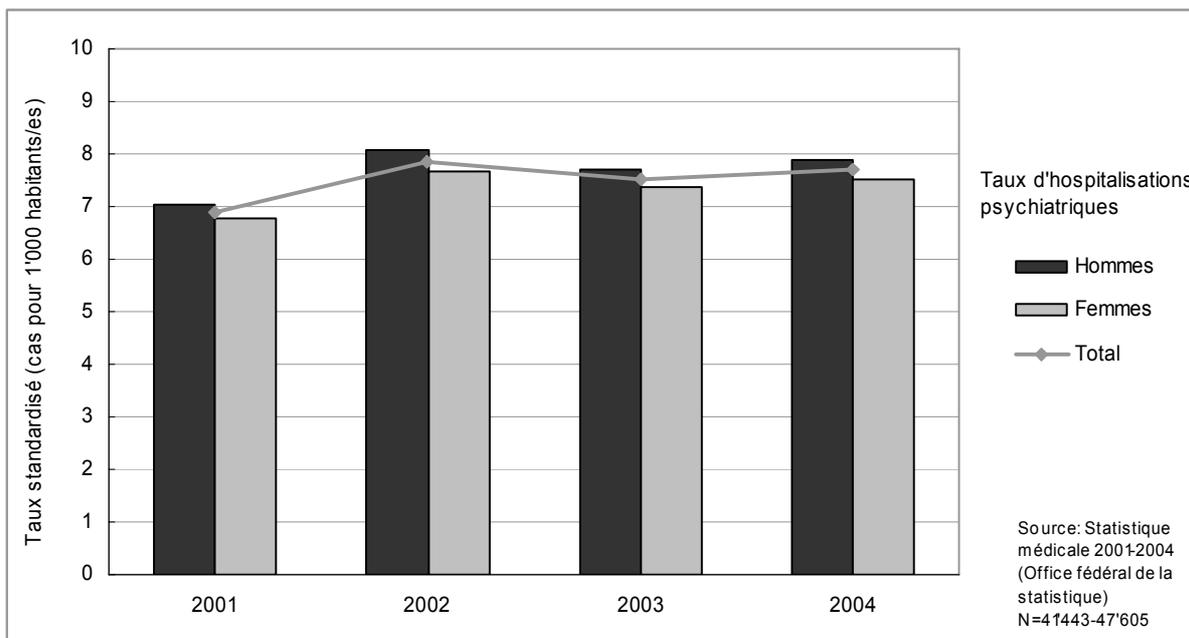


Figure 4.6 Taux d'hospitalisations psychiatriques selon le sexe, 2002–2004

Le taux d'hospitalisation psychiatrique varie selon les grandes régions et a évolué différemment de 2001 à 2004 (Figure 4.7). C'est la Suisse centrale, avec des taux constants d'un peu plus de 5 cas pour 1000 habitants, qui présente nettement les taux les plus bas. L'évolution dans la Région lémanique est particulièrement frappante: en 2002, le taux d'hospitalisation y était le plus élevé, avec plus de 9 cas pour 1000 habitants ; deux ans plus tard, la région est passée à 7 cas pour 1000 habitants, soit le taux le plus bas après celui de la Suisse centrale. En 2003 et 2004, c'est la région de Zurich qui enregistrait le taux le plus élevé (plus de 9/1000), suivie d'assez près par le Tessin (presque 9/1000). Si l'on excepte la Région lémanique, la tendance à la hausse du taux d'hospitalisation concerne toutes les régions. Le Région lémanique englobe les cantons de Genève, de Vaud et du Valais. Si on considère ces cantons séparément, on constate une forte diminution du taux d'hospitalisation dans le canton de Vaud de 2002 à 2003 et une diminution du taux dans le canton du Valais de 2003 à 2004. Le taux a en revanche augmenté dans le canton de Genève (cf. Obsan, monitoring par indicateurs, indicateur 6.1.2)¹.

¹ Les données du présent rapport ne sont pas directement comparables avec les données relatives aux cantons. L'échantillon sélectionné pour ce rapport est différent. Ce rapport se réfère aux cas d'hospitalisation en établissements psychiatriques pour lesquels un diagnostic principal F a été posé, alors que les analyses cantonales se fondent sur l'ensemble des cas d'hospitalisation en établissements psychiatriques (tous les diagnostics).

http://www.obsan.ch/monitoring/statisttiken/6_1_2/2004/f/612.pdf

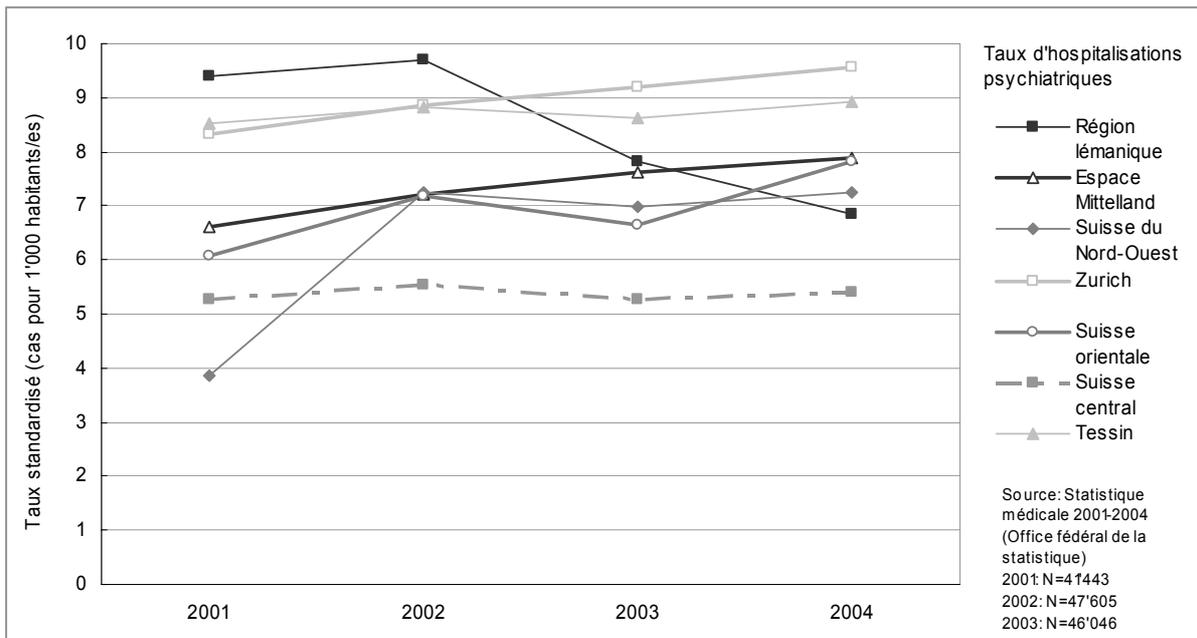


Figure 4.7 Taux d'hospitalisations psychiatriques par région, 2001-2004

Durée de séjour

La durée de séjour médiane¹ en établissement psychiatrique n'a guère varié au cours des dernières années (Figure 4.8). Au cours des quatre années considérées, la durée de séjour est restée pratiquement constante: près de 25 jours chez les femmes, 21 jours chez les hommes.

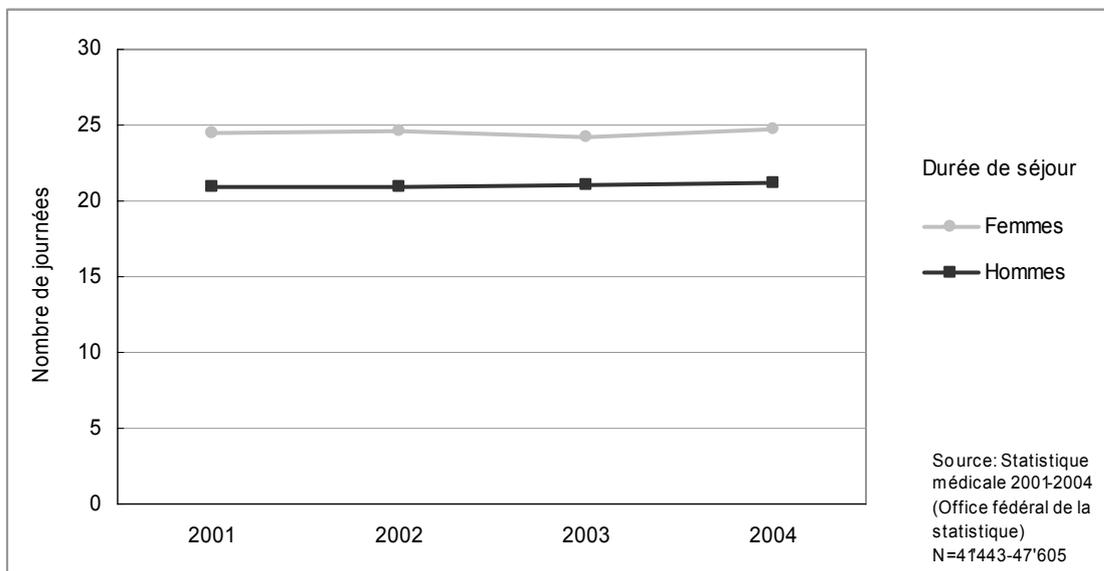


Figure 4.8 Durée de séjour médiane en psychiatrie selon le sexe, 2001-2004

¹ Durée de séjour médiane: la moitié des traitements présentent une durée plus courte, l'autre moitié une durée plus longue.

La différence entre les sexes, qui est de 3 à 4 jours, reste donc stable. Elle s'explique sans doute en grande partie par la durée assez longue des traitements administrés aux femmes à partir d'un certain âge (Rüesch & Manzoni, 2003). Ces traitements correspondent en particulier aux groupes de diagnostics « psychoses » (F2) et « dépressions » (F32–33) (cf. Obsan, monitoring par indicateurs, indicateur 8.1.2¹).

Chez les hommes la durée moyenne de séjour est de 56 jours et chez les femmes de 68 jours. Du fait que certains cas restent très longtemps, la durée moyenne de séjour est plus élevée que la durée de séjour médiane.

4.4 Le volume de soins en établissements psychiatriques

Volume de soins selon le sexe et l'âge

Le volume de soins fournis en institution médicale peut être exprimé par l'intermédiaire de la somme des journées d'hospitalisation (volume de journées d'hospitalisation) pour une année donnée. Ce volume résulte de la combinaison de deux valeurs: le nombre de traitements psychiatriques en établissement spécialisé (hospitalisations) et la durée du traitement par hospitalisation (durée de séjour). Ci-après, les volumes de journées d'hospitalisation sont représentés sous la forme de taux standardisés (somme des journées d'hospitalisation pour 1000 habitants/es).

En 2004, on a recensé dans les établissements psychiatriques de Suisse 47 555 nouvelles admissions pour lesquelles le diagnostic principal était une maladie psychique. Ces admissions ont engendré dans l'ensemble 2 917 568 journées d'hospitalisation, soit environ 61 journées par traitement. Si l'on rapporte ce volume à la population suisse, on obtient 471 journées d'hospitalisation en établissement psychiatrique pour 1000 habitants.

Le volume de soins en établissement psychiatrique dépendent aussi de l'âge et du sexe (Figure 4.9). Le total des journées d'hospitalisation des hommes est moins élevé que celui des femmes ; la durée de séjour des patients est plus courte que celle des patientes. Chez eux, le maximum est atteint pour les 25 à 34 ans, avec environ 525 journées pour 1000 habitants. Ce taux diminue ensuite continuellement avec l'âge chez les hommes de moins de 74 ans, mais augmente à nouveau fortement dans la classe des plus de 75 ans. Chez les femmes, cette évolution se retrouve en partie, avec toutefois – à côté du sommet atteint par les personnes de 25 à 34 ans – un deuxième pic légèrement plus marqué formé par les femmes de 45 à 54 ans (560 journées d'hospitalisation pour 1000 habitantes).

¹ Les données du présent rapport ne sont pas directement comparables avec les données relatives aux cantons. L'échantillon sélectionné pour ce rapport est différent. Ce rapport se réfère aux cas d'hospitalisation en établissements psychiatriques pour lesquels un diagnostic principal F a été posé, alors que les analyses cantonales se fondent sur l'ensemble des cas d'hospitalisation en établissements psychiatriques (tous les diagnostics).

http://www.obsan.ch/monitoring/statistiken/8_1_2/2004/f/812.pdf

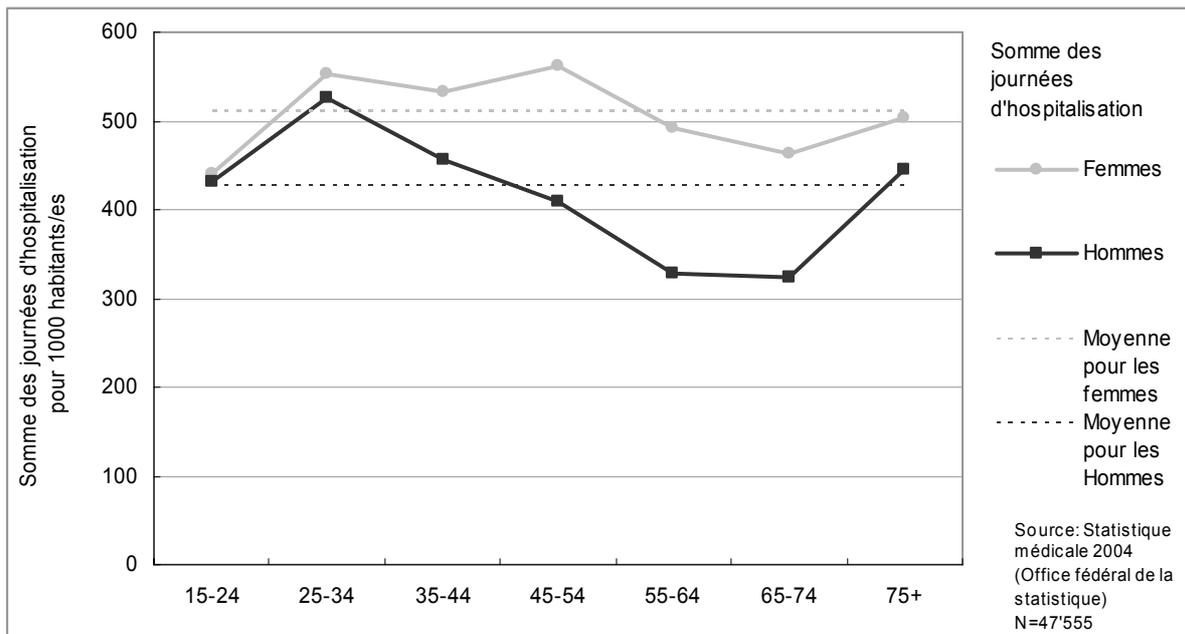


Figure 4.9 Somme des journées d'hospitalisation en établissement psychiatrique selon le sexe et l'âge, 2004

Volume de soins selon le diagnostic psychiatrique

Un nombre réduit de tableaux cliniques justifient à eux seuls la plus grande partie des journées d'hospitalisation en psychiatrie. La situation n'est toutefois pas la même pour les femmes que pour les hommes (Figure 4.10). Chez ces derniers, les quatre diagnostics qui demandent le plus de soins sont la « schizophrénie » (156 journées d'hospitalisation pour 1000 habitants), les « dépressions » (53 journées), « l'abus d'alcool » (41) et les « autres troubles délirants » (37). Ces quatre diagnostics génèrent 67% des journées d'hospitalisation chez les hommes. Ils coïncident pour l'essentiel avec les diagnostics les plus fréquents chez les hommes en clinique (schizophrénie, abus d'alcool, dépression grave, toxicomanie ; cf. Figure 4.5). Chez les femmes, les trois diagnostics demandant le plus de soins sont à l'origine de plus de la moitié des journées d'hospitalisation en psychiatrie (55%). Il s'agit de la « schizophrénie » (134 journées pour 1000 habitantes), des « dépressions » (94) et des « troubles mentaux organiques et démences » (53). Il n'y a pas de correspondance parfaite entre ces troubles qui requièrent beaucoup de soins et les diagnostics les plus fréquents, qui sont la dépression sévère, les troubles névrotiques, les troubles de la personnalité et la schizophrénie (cf. Figure 4.5).

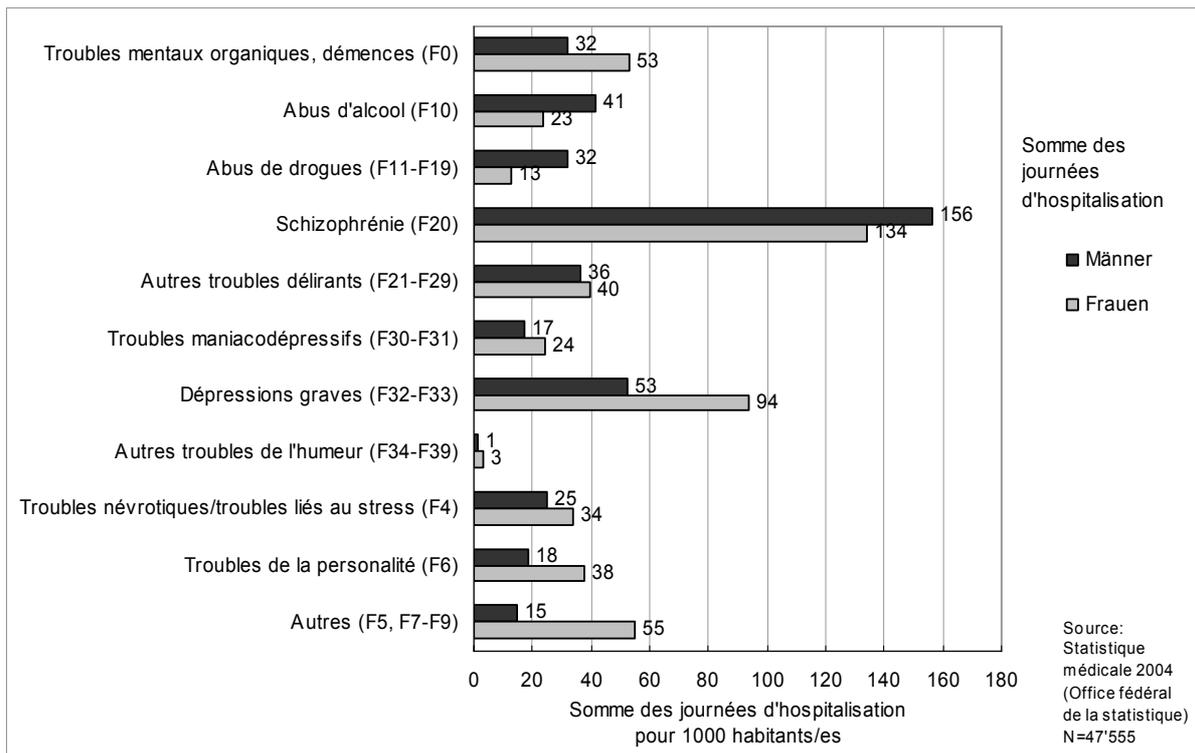


Figure 4.10 Somme des journées d'hospitalisation en établissement psychiatrique selon le sexe et le diagnostic, 2004

Volume de soins par grande région

En 2004, pour l'ensemble de la Suisse, on a recensé 471 journées d'hospitalisation en établissement psychiatrique pour 1000 habitants, soit un peu plus qu'en 2001 (457) (Figure 4.11). Cette évolution se retrouve dans quatre des sept grandes régions de Suisse, avec une croissance relativement forte pour la région de Zurich (+109 journées) et l'Espace Mittelland (+79). En revanche, ce nombre a nettement reculé dans la Région lémanique (-76) et en Suisse orientale (-72). Dans la Région lémanique, le recul s'explique probablement¹ par la baisse du nombre de journées d'hospitalisation dans les cantons de Vaud et du Valais (cf. Figure 4.7). Pour les deux années considérées, le nombre de journées d'hospitalisation en Suisse orientale et à Zurich est nettement plus élevé qu'ailleurs: par exemple, il est environ 2,5 fois supérieur à ce qu'il est dans la Région lémanique. Un projet de l'Obsan en cours sur les différences régionales dans le recours aux soins psychiatriques apportera bientôt des éléments d'explication.

¹ En raison des exigences élevées de la protection des données, les possibilités d'analyse sont fortement restreintes, en particulier pour les problématiques régionales (grandes régions).

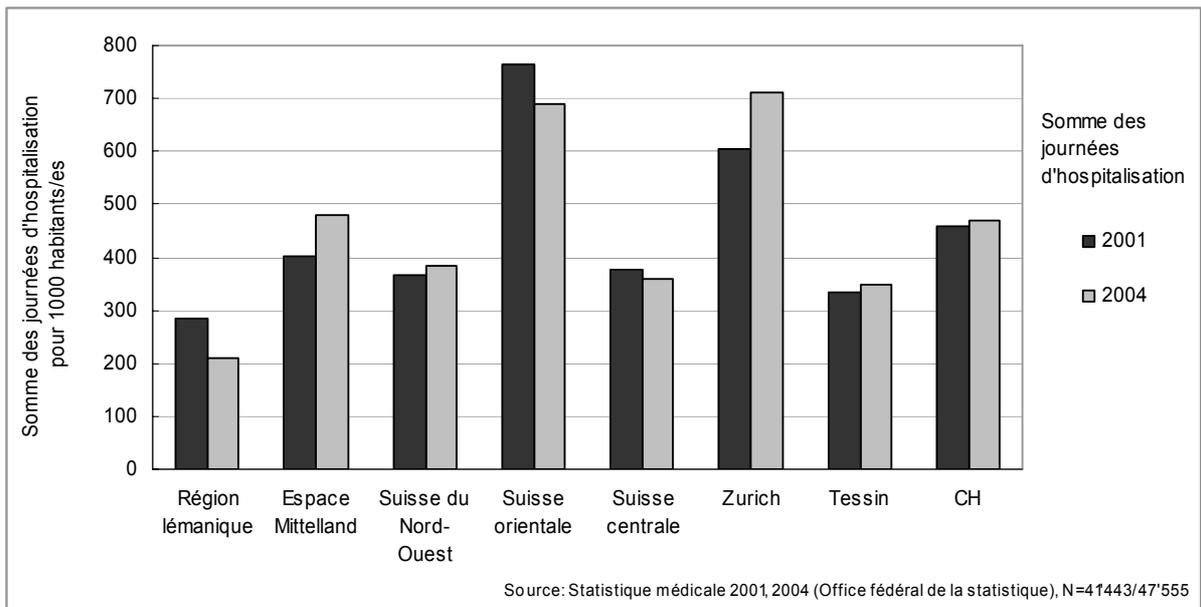


Figure 4.11 Somme des journées d'hospitalisation en établissement psychiatrique par région, 2001 et 2004

5 Ressources et facteurs de risque

5.1 Capacité à maîtriser son existence

La conviction de pouvoir maîtriser son existence est un facteur important d'équilibre. Les personnes chez qui cette conviction est forte ont une meilleure santé, une plus grande joie de vivre et présentent moins de symptômes dépressifs que les personnes chez qui cette conviction est faible. Les premières gèrent également mieux les situations de stress que les secondes.

Les personnes qui ont pris sur le cours de leur vie semblent rencontrer moins de problèmes insolubles, subir moins fortement les aléas de l'existence et mieux maîtriser les événements de la vie.¹

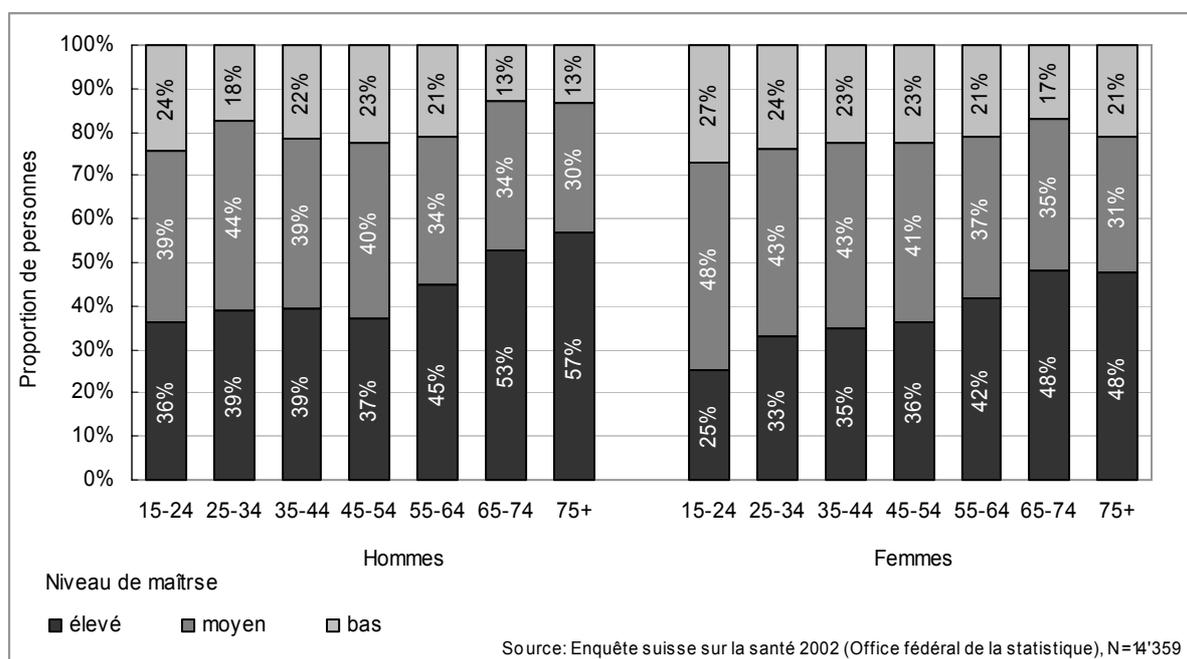


Figure 5.1 Capacité à maîtriser son existence selon le sexe et l'âge, 2002

Le degré de conviction de maîtriser sa vie dépend à la fois de l'âge et du sexe (Figure 5.1). Les personnes plus âgées sont davantage convaincues que les plus jeunes de pouvoir contrôler leur existence. Dans toutes les classes d'âge, cette conviction est plus marquée chez les hommes que chez les femmes. Si l'on considère les personnes fortement convaincues de maîtriser leur existence, on constate que la différence entre les sexes est la plus marquée chez les jeunes adultes de 15 à 24 ans (plus de 11 points de différence) et chez les personnes de 75 ans ou plus (9 points de différence), alors que les hommes et les femmes de 45 à 64 ans ne présentent presque pas de différences.

Par rapport à 1997, on compte en 2002 davantage de personnes fortement convaincues de maîtriser leur vie et moins de personnes faiblement convaincues de la maîtriser (cf. Rüesch

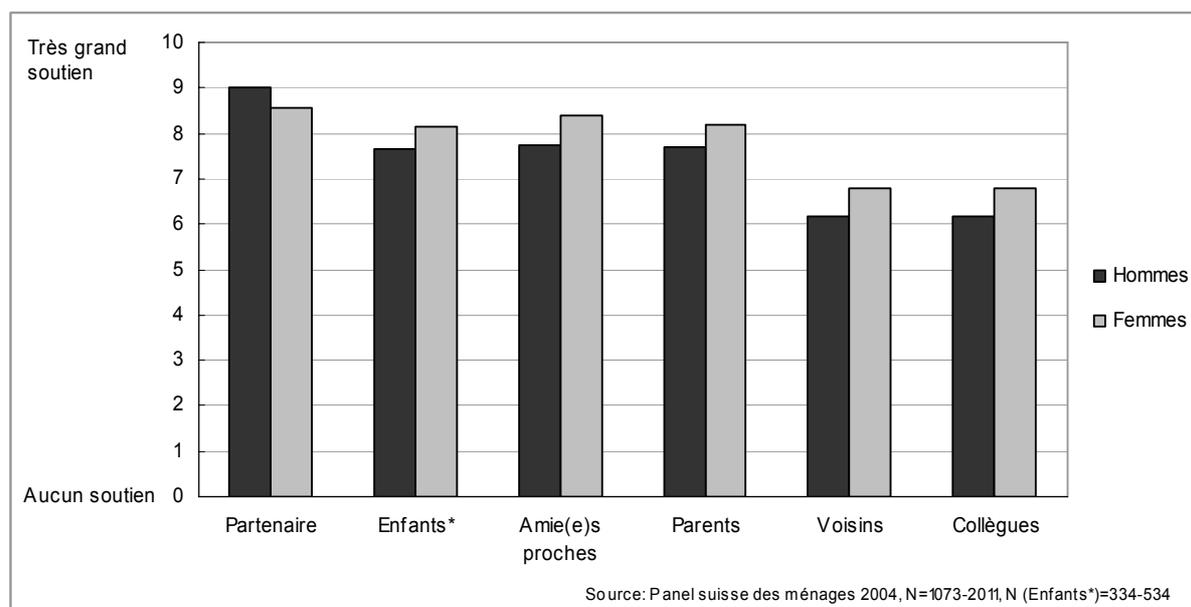
¹ Indice MASTERY (Pearlin et al.; 1981), voir *Enquête suisse sur la santé 2002. Les indices: description et construction* p. 31.

& Manzoni, 2003). La part des personnes fortement convaincues de maîtriser leur vie a augmenté chez les hommes et chez les femmes, et dans toutes les classes d'âge ; globalement, l'augmentation est d'environ 10%. La part des personnes faiblement convaincues de maîtriser leur vie a diminué de 7% (3% pour celles moyennement convaincues).

5.2 Soutien émotionnel

Il existe un lien entre soutien émotionnel et état de santé¹. Les personnes qui peuvent se confier et reçoivent des marques de compréhension et d'empathie sont mieux armées pour surmonter les crises, les souffrances ou la maladie.

Les Suissesses et surtout les Suisses bénéficient avant tout du soutien de leur partenaire (Figure 5.2). Chez les hommes, le/la partenaire semble être une source de soutien moral plus importante que chez les femmes, qui se sentent presque aussi bien comprises et soutenues par leurs ami(e)s proches, par les membres de leur famille et par leurs enfants. Pour les deux sexes, les voisins et les collègues semblent constituer également un soutien moral, dans une mesure toutefois légèrement plus faible. En général, les femmes se sentent davantage soutenues que les hommes (exception: soutien du partenaire).



*Depuis l'enquête de 2000, le soutien émotionnel offert par les enfants ne constitue plus une question spécifique: il est mesuré dans le cadre du soutien apporté par les membres de la famille.

Figure 5.2 Soutien émotionnel de la part de différentes personnes selon le sexe, 2004

¹ Le soutien moral désigne le fait d'être entouré, aimé et apprécié. Les personnes interrogées dans le Panel suisse de ménages ont été invitées à indiquer, sur une échelle de « 0 = aucun soutien » à « 10 = très grand soutien », le degré de soutien moral qu'elles reçoivent de leur partenaire, de leurs amis, des membres de leur famille (enfants), de leurs voisins ou de leurs collègues.

Une situation identique apparaît à la Figure 5.3, qui présente une valeur globale correspondant au soutien émotionnel ressenti pour les années 2000 et 2004. Par rapport aux hommes, les femmes estiment – pour les deux années de référence – bénéficier d'un soutien émotionnel plutôt plus important. En 2004, hommes et femmes avaient tendance à se sentir davantage soutenus qu'en 2000.

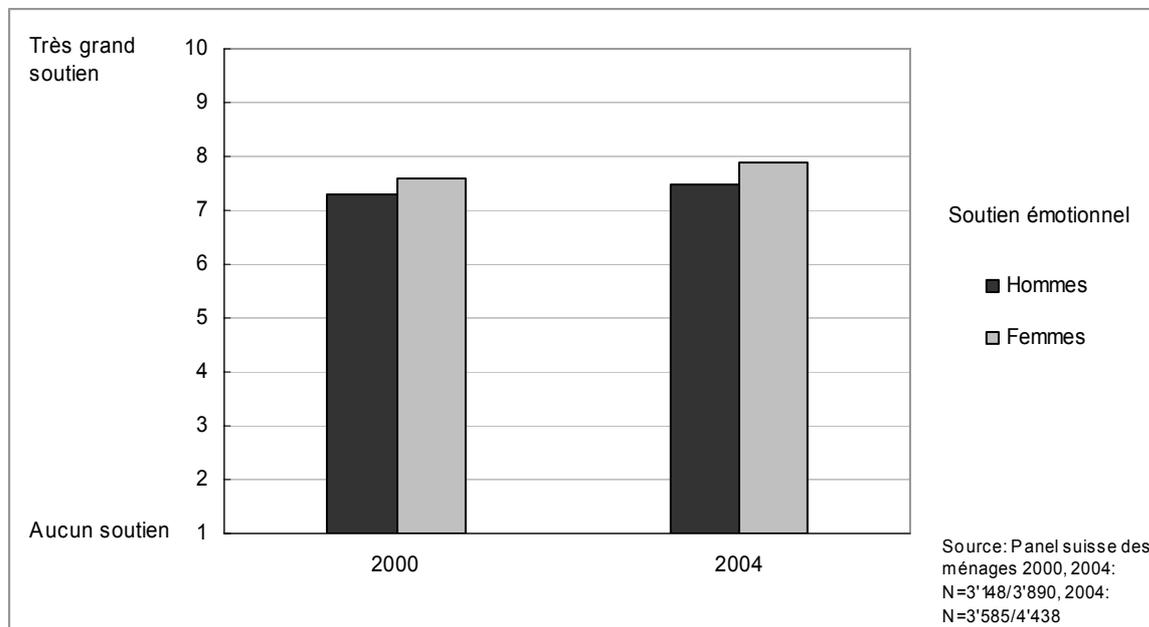


Figure 5.3 Soutien émotionnel¹ dont bénéficient les hommes et les femmes, 2000 et 2004

5.3 Stress lié au travail

De mauvaises conditions de travail peuvent altérer la santé psychique des personnes. Selon l'Enquête suisse sur la santé, la source de stress la plus fréquente chez les hommes comme chez les femmes semble être le fait de devoir collaborer très étroitement avec d'autres personnes². Environ 63% des femmes et 69% des hommes sont concernés (Figure 5.4). Chez les hommes arrive ensuite le fait de faire face à des nouveautés, de faire souvent beaucoup de choses en même temps et de devoir constamment tenir des délais. Chez les femmes, la répartition des fréquences est similaire. En deuxième position arrive le fait de devoir faire souvent beaucoup de choses en même temps. Les facteurs suivants sont « faire face à des nouveautés », « assumer des responsabilités à l'égard d'autres personnes » puis « aider, servir et soigner des gens ». Ces trois facteurs sont mentionnés par un nombre de femmes plus ou moins identique.

Pour pratiquement tous les facteurs de stress étudiés, les hommes semblent plus concernés que les femmes, à une exception près: « aider, servir et soigner des gens » (45% contre

¹ Calcul basé sur la moyenne du soutien émotionnel accordé par le conjoint ou la conjointe, les amis proches, les membres de la famille, les voisins, les collègues.

² La question concernant le stress lié au travail n'a été posée qu'aux personnes actives professionnellement. Le stress provenant notamment des activités ménagères n'a pas été pris en compte.

26%). Cette situation reflète le rôle important joué par les femmes dans certains domaines spécifiques tels que la santé ou l'hôtellerie.

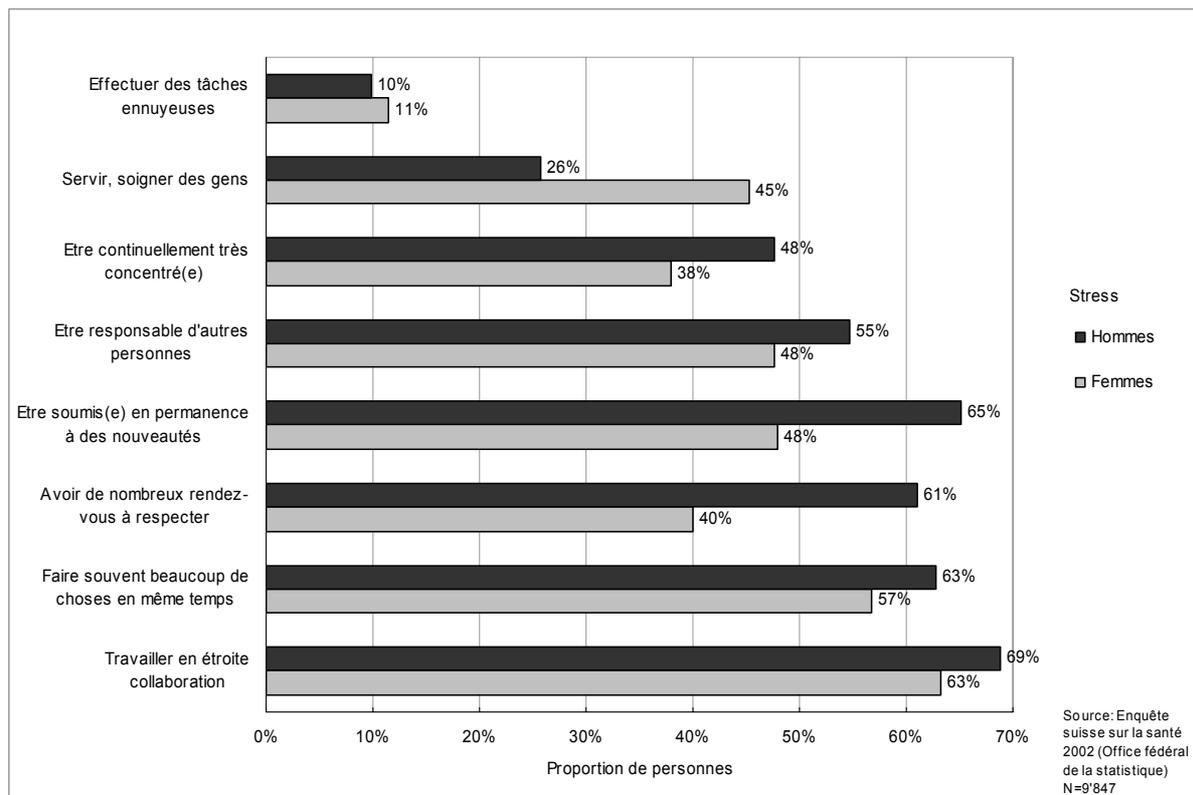


Figure 5.4 Stress causé par certains aspects du travail selon le sexe, 2002

5.4 Evénements critiques de l'existence

Un événement critique de l'existence correspond à un changement important au cours de la vie, qui demande une réaction d'adaptation extraordinaire de la personne concernée. Il peut s'agir par exemple du décès d'un proche ou d'un accident. Des liens peuvent être établis entre les changements importants qui affectent la vie d'une personne et la santé physique et psychique de celle-ci. Lorsqu'il s'agit d'un événement particulièrement grave ou dont les conséquences persistent, la probabilité de la maladie augmente. On a constaté que la fréquence des événements graves était plus élevée dans la période qui précède la dépression (p. ex. Dohrenwend et al., 1995). Les événements positifs tels que la naissance d'un enfant ou le mariage font également partie des événements critiques, parce qu'ils ont des conséquences considérables sur la vie d'une personne.

Le Panel suisse de ménages recense diverses expériences décisives. Les évaluations ci-dessous se fondent sur les sept événements suivants: maladie ou accident subi personnellement, maladie ou accident d'un proche, décès d'une personne proche, rupture d'une relation étroite, conflits avec une personne proche, problèmes avec ses propres enfants, autres événements.

Près de la moitié des hommes affirment avoir vécu au moins l'un des événements mentionnés durant l'année 2004 (Figure 5.5). Chez les femmes, il s'agit d'environ 60%. Proportionnellement, les hommes et les femmes sont tout aussi nombreux à avoir vécu un

seul événement critique. La différence entre les sexes tient davantage dans la fréquence plus élevée de femmes qui ont vécu deux ou surtout trois événements critiques. Par ailleurs, la distribution des fréquences dans les différentes classes d'âge est relativement constante pour les hommes. Chez les femmes, les variations sont un peu plus marquées. La proportion de personnes ayant vécu trois événements est la plus élevée chez les femmes de 35 à 49 ans. C'est également dans cette classe d'âge que l'on trouve la plus grande proportion de femmes n'ayant pas connu d'événement critique durant l'année considérée. De manière générale, les hommes et les femmes qui se trouvent dans la deuxième moitié de leur vie mentionnent davantage d'événements décisifs.

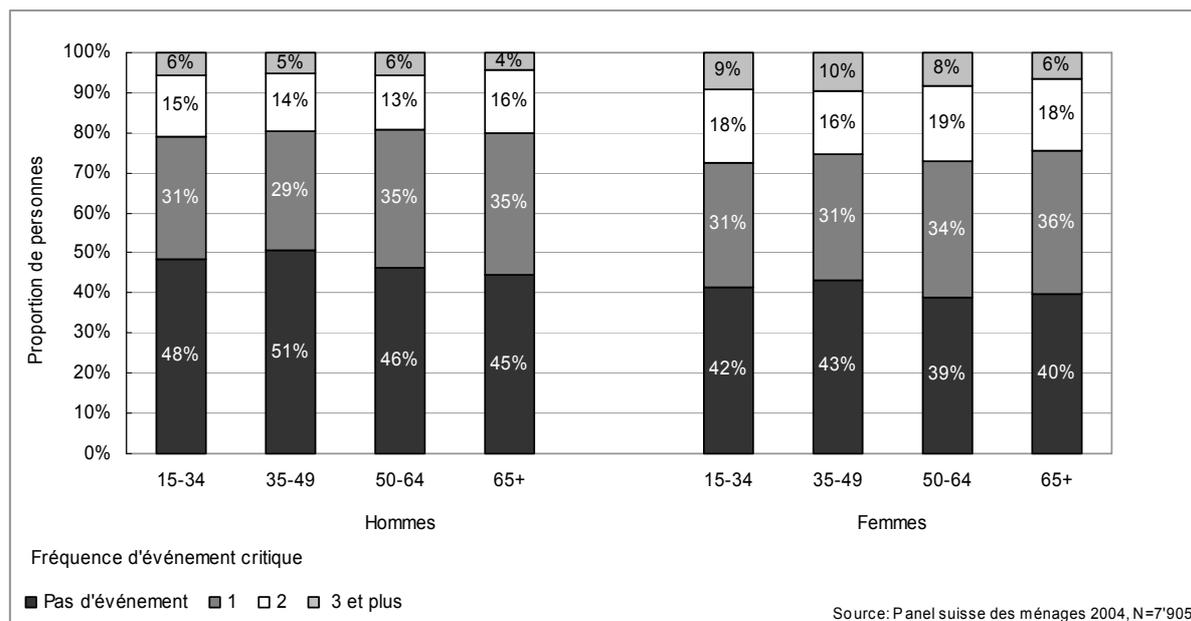
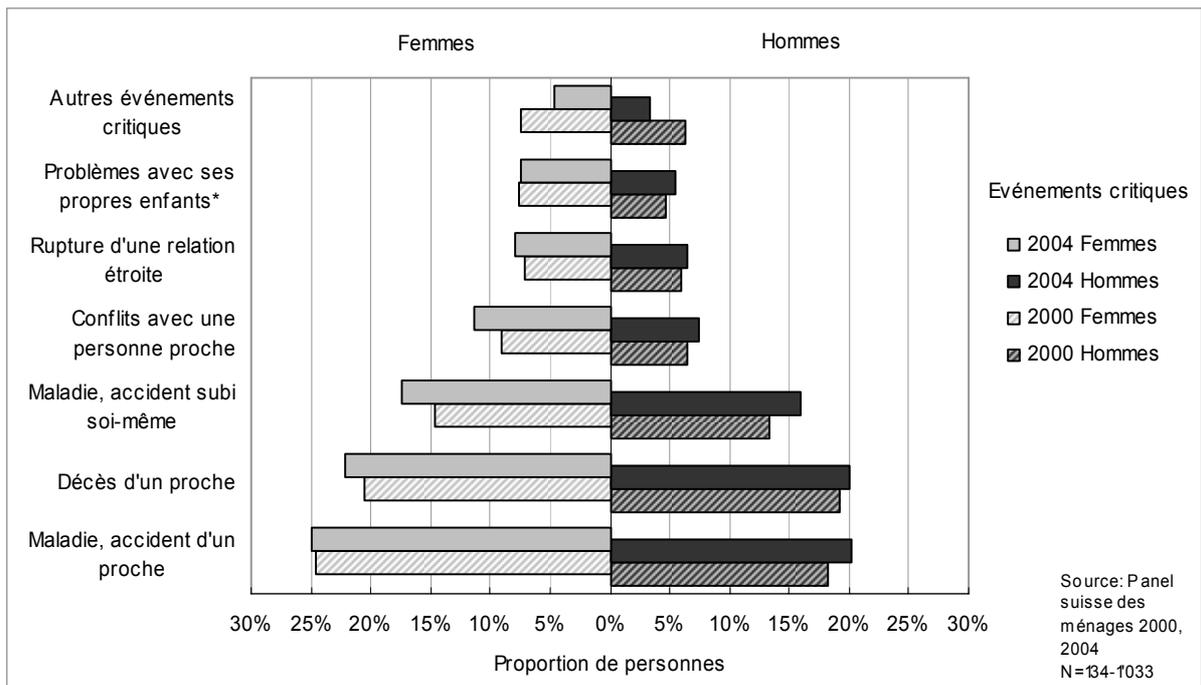


Figure 5.5 Événements critiques de l'existence selon le sexe et l'âge, 2004

La Figure 5.6 présente les fréquences des divers événements critiques pour les années 2000 et 2004. Comme on peut l'imaginer, les femmes sont plus souvent confrontées que les hommes aux différents événements cités (aussi lié à l'espérance de vie plus courte des hommes). Pour les deux sexes, les événements les plus fréquents durant les deux années concernées sont la maladie, les accidents et la mort d'une personne proche (femmes: 20 à 25%; hommes: 19 à 20%). Pour les hommes comme pour les femmes, le nombre de cas a augmenté entre 2000 et 2004. La plus grande variation de fréquence d'un événement entre ces deux années concerne pour les deux sexes les maladies et accidents subis personnellement. Elle se situe entre 2,5 et 3%. Les plus grandes différences entre les sexes concernent les maladies ou accidents d'un proche, suivi des conflits avec une personne proche. Ces différences pourraient être en rapport avec des définitions subjectives différentes des notions de « maladie » et de « conflit ».



*Les valeurs de l'année 2000 diffèrent fortement des données présentées dans le rapport de monitoring précédent (Rüesch & Manzoni, 2003). Les populations de référence ne sont en effet pas les mêmes: (uniquement) personnes avec enfants en 2000, toutes les personnes en 2004.

Figure 5.6 Fréquence des événements critiques de l'existence selon le sexe, 2000 et 2004

6 Conséquences de la maladie

6.1 Baisse de la qualité de vie, des aptitudes fonctionnelles et de la capacité à travailler

Une maladie psychique peut se répercuter sur différents aspects de la vie des personnes concernées. Elle peut détériorer considérablement leur qualité de vie et diminuer leurs aptitudes fonctionnelles, au plan personnel comme au plan professionnel.

Qualité de vie

Dans l'ensemble, les personnes interrogées font état d'un degré de satisfaction élevé dans tous les domaines de la vie considérés¹. La Figure 6.1 présente le niveau de satisfaction pour les années 2000 et 2004. Aucune différence importante n'est décelable. Pour les deux années de référence, c'est la vie dans le ménage (d'une seule ou de plusieurs personnes) qui procure la plus grande satisfaction, alors que la situation financière est le facteur le moins bien perçu.

Si l'on considère les données de manière plus détaillée en les évaluant par classe d'âge, on constate que la satisfaction globale, jusqu'à l'âge de 64 ans, reste stable à un niveau de 8 points (échelle de 0 à 10). Dans les deux classes d'âge suivantes (65–74, 75+), cette valeur augmente un peu pour se fixer à 8,5 points.

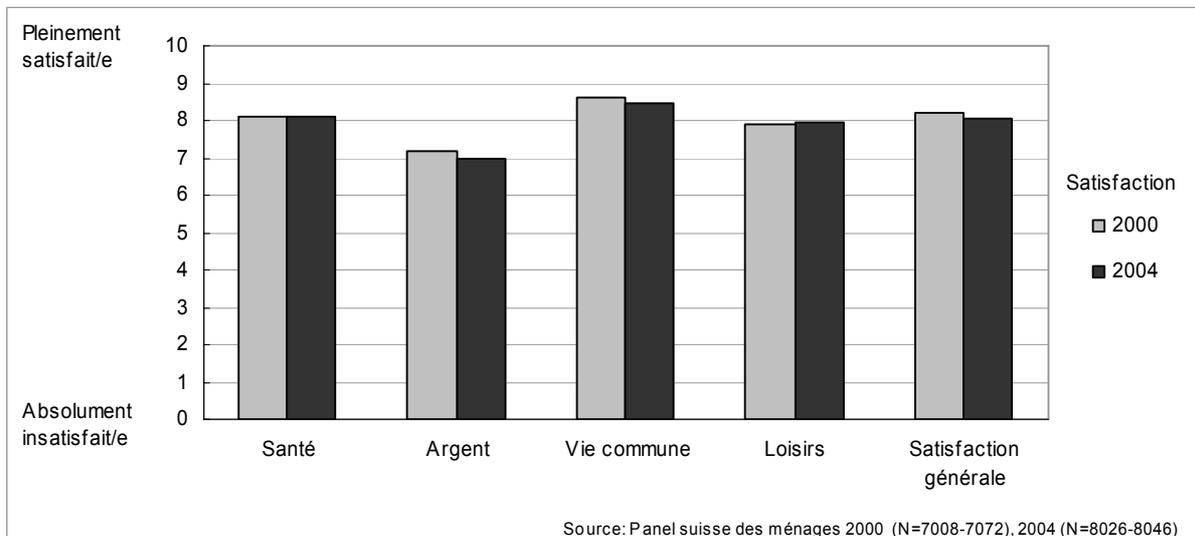


Figure 6.1 Satisfaction à l'égard de divers aspects de l'existence, 2000 et 2004

Des différences plus marquées sont décelables lorsque l'on compare les personnes affectées par des problèmes psychiques à celles qui n'en connaissent pas (Figure 6.2). Les premières font part dans tous les domaines d'une satisfaction plus faible que les personnes

¹ Dans l'enquête réalisée auprès des personnes pour le PSM, les questions portent sur la satisfaction par rapport à l'état de santé, à la situation financière, à la vie dans le ménage (personnes vivant seules ou avec d'autres membres de la famille) et aux loisirs, ainsi que sur la satisfaction générale à l'égard de la vie.

sans souffrances psychiques. Comme prévu, la différence la plus importante concerne la satisfaction à l'égard de la santé.

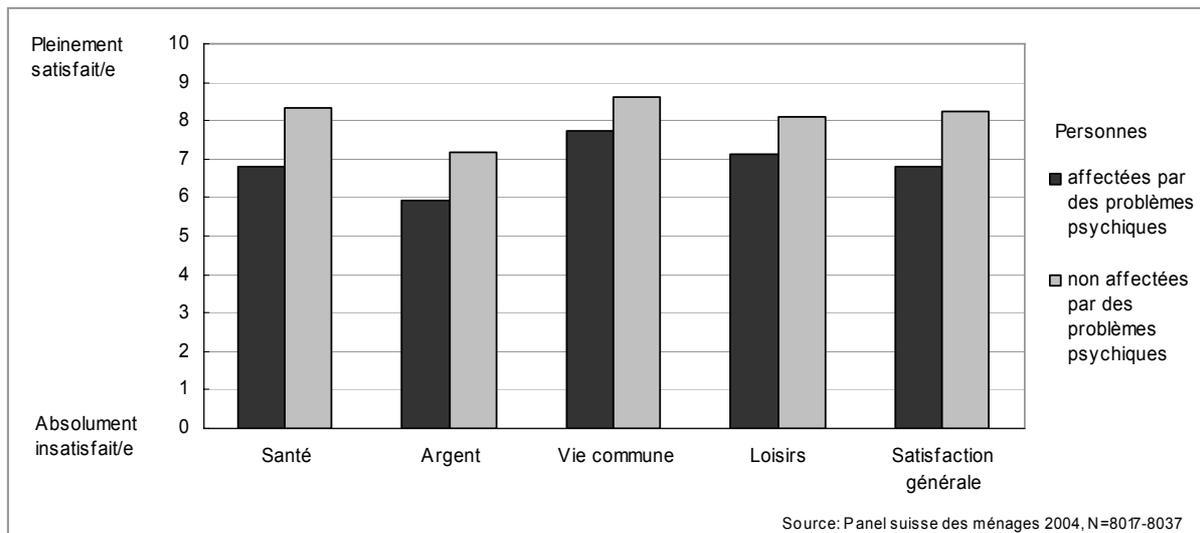


Figure 6.2 Satisfaction à l'égard de différents aspects de l'existence chez les personnes affectées ou non par des problèmes psychiques, 2004

Aptitudes fonctionnelles et capacité à travailler

Environ un sixième des personnes interrogées font état d'une réduction de leurs capacités durant les quatre dernières semaines. De plus, 10% déclarent ne pas avoir pu accomplir leur travail pendant au moins un jour durant la même période (Tableau 6.1).

Parmi les personnes qui souffrent de problèmes psychiques graves (traitement durant les douze derniers mois ou problème chronique), la part de celles qui sont atteintes dans leurs aptitudes fonctionnelles ou capacités professionnelles est plus de deux fois plus élevée. Près de 37% de ces personnes se sentent atteintes dans leurs aptitudes fonctionnelles et environ 27% n'ont parfois pas pu travailler durant les quatre dernières semaines. Cela correspond à quelque 25 000 hommes et 48 000 femmes qui ne se sentent pas entièrement performants et à 19 500 hommes et 32 500 femmes qui ne sont pas aptes au travail.

En 2002, par rapport à 1997, il y avait dans l'ensemble davantage d'hommes et de femmes qui se sentaient diminués dans leurs aptitudes fonctionnelles et leur capacité à travailler. Les personnes souffrant de problèmes psychiques ont ressenti des pertes d'aptitudes fonctionnelles à une fréquence plus ou moins identique pour ces deux années (plus souvent en 2002 qu'en 1997 pour les hommes, l'inverse pour les femmes), mais ils ont été plus souvent dans l'incapacité de travailler en 2002 qu'en 1997.

Les hommes et les femmes souffrant de problèmes psychiques graves sont plus nombreux à ne pas avoir d'emploi et bénéficient plus souvent d'une rente. La proportion de bénéficiaires d'une rente AI est frappante: parmi les personnes atteintes dans leur santé psychique, elle est cinq fois plus élevée que dans l'ensemble de la population suisse. En 1997, ce rapport était identique, mais les pourcentages étaient moins élevés.

Tableau 6.1 Problèmes psychiques et diminution des aptitudes fonctionnelles et de la capacité à travailler selon le sexe, 1997 et 2002¹

		Hommes ¹			Femmes ¹		
		Hommes Total	Traitement pour problème psychique ²	Problème psychique chronique ³	Femmes Total	Traitement pour problème psychique ²	Problème psychique chronique ³
Activité lucrative ⁴	1997*	85.0%	69.7%	75.2%	63.8%	58.8%	51.4%
	2002	84.6%	68.9%	68.9%	65.8%	64.4%	58.5%
Diminution des performances ⁵	1997*	16.5%	36.1%	30.5%	20.2%	36.3%	44.0%
	2002	14.2%	36.7%	36.6%	17.6%	35.5%	38.9%
Diminution de la capacité à travailler ⁶	1997*	10.9%	24.4%	20.0%	11.3%	23.7%	23.9%
	2002	9.7%	29.2%	28.3%	10.9%	25.0%	24.7%
Rente							
• toutes les rentes	1997*	9.4%	32.0%	36.5%	17.1%	31.6%	31.3%
	2002	8.5%	23.7%	33.2%	12.9%	28.1%	33.2%
• rentes AI	1997*	2.7%	11.5%	17.4%	2.5%	9.2%	13.1%
	2002	4.0%	14.0%	24.6%	3.2%	13.8%	18.9%

Source: Enquête suisse sur la santé 199, 2002 (Office fédéral de la statistique)

1997: N Hommes=4'784-4'816, N Femmes=5'578-5'611; 2002: N Hommes=7'090-7'133, N Femmes=8'158-8'205

* Les données relatives à l'année 1997 ne concordent pas avec le tableau 13 du dernier rapport de monitoring (Rüesch et Manzoni, 2003): les données se rapportent à des groupes d'âge différents et la définition des problèmes psychiques chroniques n'est pas la même.

¹ Hommes et femmes de 15 à 64 ans.

² Traitement pour problème psychique au cours des 12 derniers mois

³ Problèmes d'origine psychique ou d'origine psychique et physique subsistant depuis plus d'une année et qui entrave les activités quotidiennes.

⁴ Travail rémunéré d'au moins une heure hebdomadaire.

⁵ Diminution des performances au cours des 4 dernières semaines.

⁶ Incapacité de travailler au cours des 4 dernières semaines.

Chômage des hommes souffrant de problèmes psychiques

Le phénomène des personnes au chômage et souffrant de troubles psychiques est particulièrement marqué chez les hommes de 35 à 54 ans (Figure 6.3). Dans ce groupe d'âge, plus de 30% des hommes confrontés à un problème psychique nécessitant un traitement disent être sans emploi, alors que l'absence d'emploi concerne moins de 5% des hommes de cette classe d'âge non traités pour des problèmes psychiques.

Chez les femmes, la différence est moins nette parce que la proportion de femmes sans emploi est généralement plus élevée que chez les hommes à partir de la vingt-cinquième année de vie. Le groupe des 15 à 34 ans présente une particularité: parmi les femmes de cette classe d'âge, celles qui ont été traitées pour un problème psychique durant les douze derniers mois sont plus souvent actives professionnellement que les femmes qui ne font état d'aucun problème psychique. A partir de 35 ans, les femmes traitées pour un problème psychique sont plus fréquemment sans emploi que les femmes sans problèmes psychiques.

¹ Les résultats du tableau 6.1 ne sont pas directement comparables aux résultats similaires présentés dans le monitoring 2003. Les calculs actuels prennent en considération les personnes dont l'âge est compris entre 15 et 64 ans, alors que l'âge retenu variait à chaque ligne (20-64 ans ou 15-64 ans) dans la publication précédente. En outre, les problèmes psychiques chroniques mentionnés dans cette édition font référence à des problèmes d'origine psychique ou à la fois physique et psychique qui durent depuis plus d'une année et ont des conséquences invalidantes dans la vie de tous les jours. Le monitoring de 2003 n'avait dans certains cas inclus que les problèmes chroniques d'origine purement psychique dans ses évaluations.

Deux changements méritent en particulier d'être relevés par rapport à 1997 (Rüesch & Manzoni, 2003) : les hommes de 45 à 54 ans souffrant de problèmes psychiques sont en 2002 plus de 10% de plus à être sans emploi, tandis que les femmes de 55 à 64 ans qui souffrent de problèmes psychiques sont près de 12% de plus à exercer une activité professionnelle.

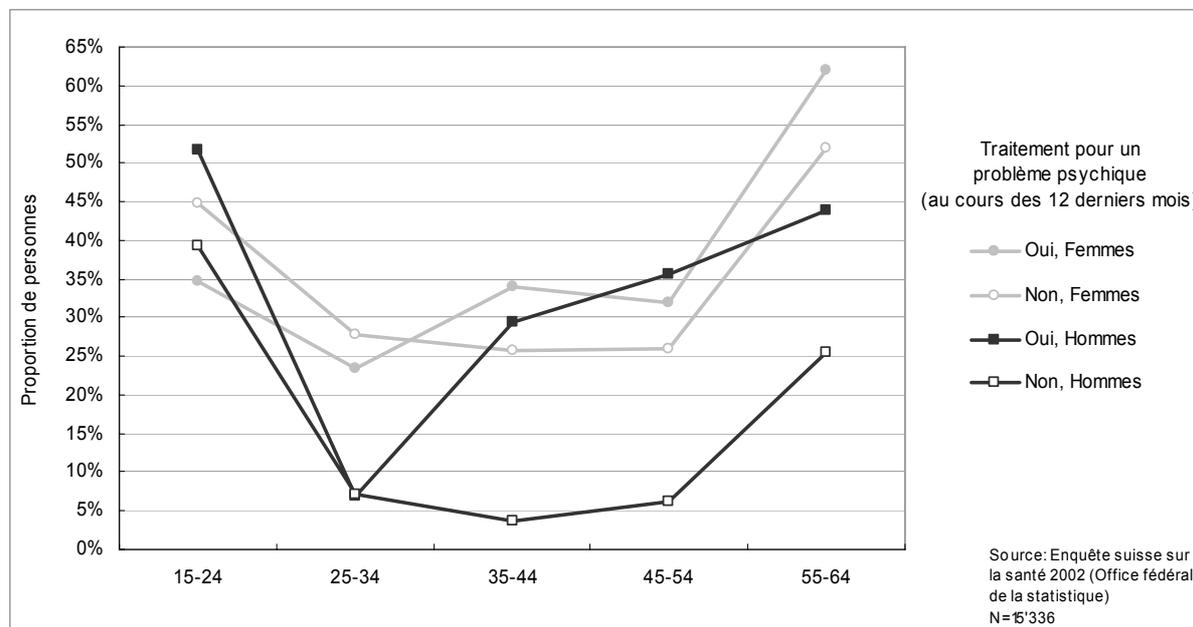


Figure 6.3 Taux de personnes sans emploi et traitement lié à un problème psychique selon le sexe et l'âge, 2002

Les données disponibles ne permettent pas de dire si le problème trouve son origine dans le trouble psychique ou dans l'absence d'un emploi. D'une part, il semble logique que les personnes qui souffrent d'une maladie psychique éprouvent davantage de difficulté à conserver un emploi ou à travailler à plein temps, d'autre part, le fait d'être sans emploi peut également aggraver fortement l'état de santé psychique.

6.2 Rentes d'invalidité

En 2005, la probabilité de bénéficier en Suisse d'une rente d'invalidité correspondait à 5,4% de la population en âge de travailler. Principaux facteurs de risque: l'âge et le sexe masculin. Le nombre annuel de nouvelles rentes octroyées a augmenté jusqu'en 2002, depuis il n'a cessé de reculer. On remarque aussi que la différence entre les sexes s'atténue lentement: en 1996, le taux de nouvelles rentes était de 65% plus élevé chez les hommes que chez les femmes ; l'écart n'était plus que de 28% en 2005. Il semble que le risque d'avoir besoin d'une rente AI diffère de moins en moins entre les sexes, dans le domaine de l'invalidité, car les femmes sont toujours plus nombreuses à exercer une activité professionnelle. La cause principale de l'invalidité réside dans la maladie (197 000 personnes). Les infirmités congénitales (28 000) et les accidents (24 000) ne jouent qu'un rôle secondaire (OFAS, 2006).

Entre 1986 et 2005, le nombre total de bénéficiaires de rentes d'invalidité a plus que doublé, passant d'environ 118 000 à 250 000 personnes (Figure 6.4). Alors que 20% des rentes AI

avaient été accordées en raison d'une maladie psychique en 1986, cette proportion était déjà de 37% (91 590 cas) en 2005. Dans le même temps, la proportion de rentes AI octroyées en raison d'autres maladies a reculé, passant de 52 à 42%.

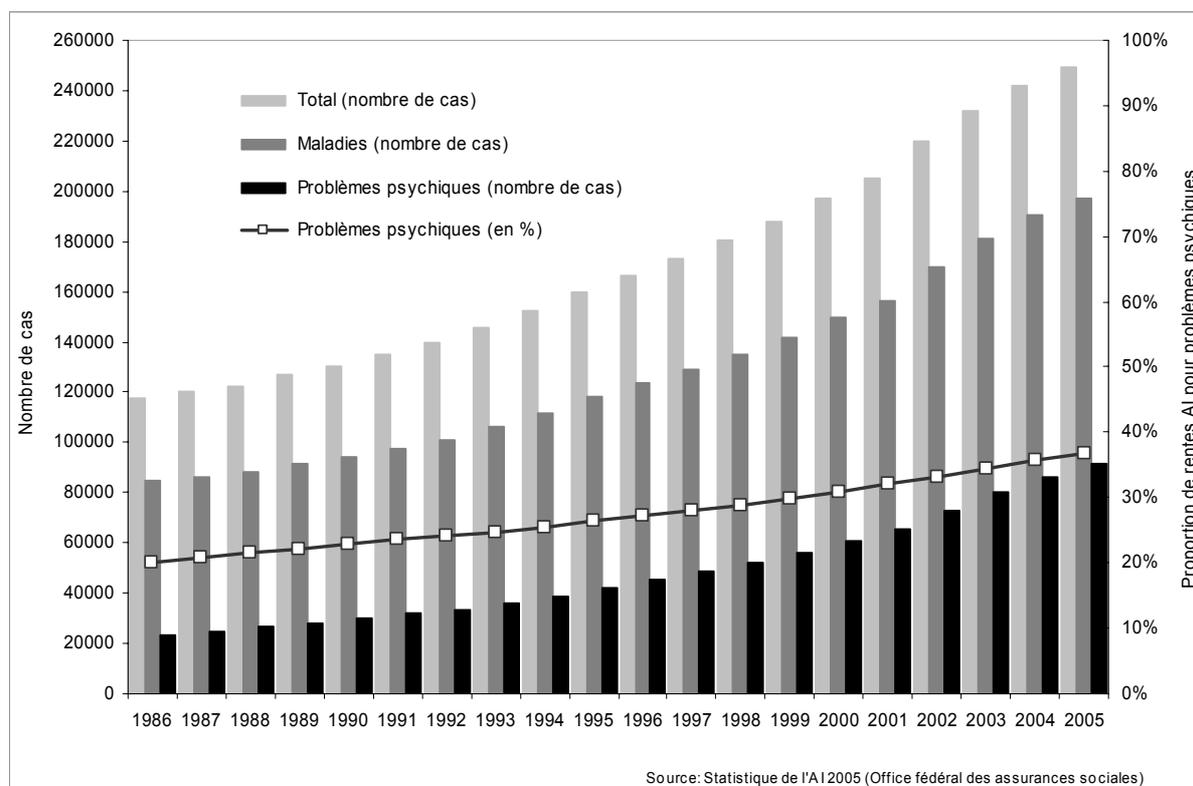


Figure 6.4 Nombre de bénéficiaires de l'AI en Suisse: total des rentes et rentes octroyées en raison d'une maladie (psychique), 1986–2005

Troubles psychiques pris en compte par l'AI

Le chapitre XXVI de la statistique de l'AI (« Psychoses, névroses et troubles de la personnalité ») considère les catégories suivantes pour les différents troubles psychiques¹:

- Maladies psychiques graves comme la schizophrénie et d'autres maladies psychotiques (codes AI 641 à 645)
- Troubles névrotiques et autres troubles réactifs du milieu ou psychogènes (code AI 646)
- Alcoolisme et autres toxicomanies (code AI 647 et 648)
- Autres troubles du caractère, du comportement et de l'intelligence, y compris les troubles du développement du langage (code AI 649).

En 2005, 47 265 hommes et 44 325 femmes ont bénéficié d'une rente AI suite à une grave maladie psychique. Pour les deux sexes, les troubles névrotiques (code AI 646) constituent le diagnostic le plus fréquent, avec environ un cas sur deux, suivis des psychopathies (environ 30% ; codes AI 641 à 645). Ce dernier type de diagnostic n'a cessé de reculer au

¹ La classification établie par l'AI n'utilise pas les catégories reconnues pour le diagnostic psychiatrique, comme la CIM-10 (OMS/Dilling et al., 1994) ou le DSM-IV (Sass et al., 1998).

cours des années passées, pour les hommes comme pour les femmes, alors que les névroses augmentaient (Figure 6.5 a, b).

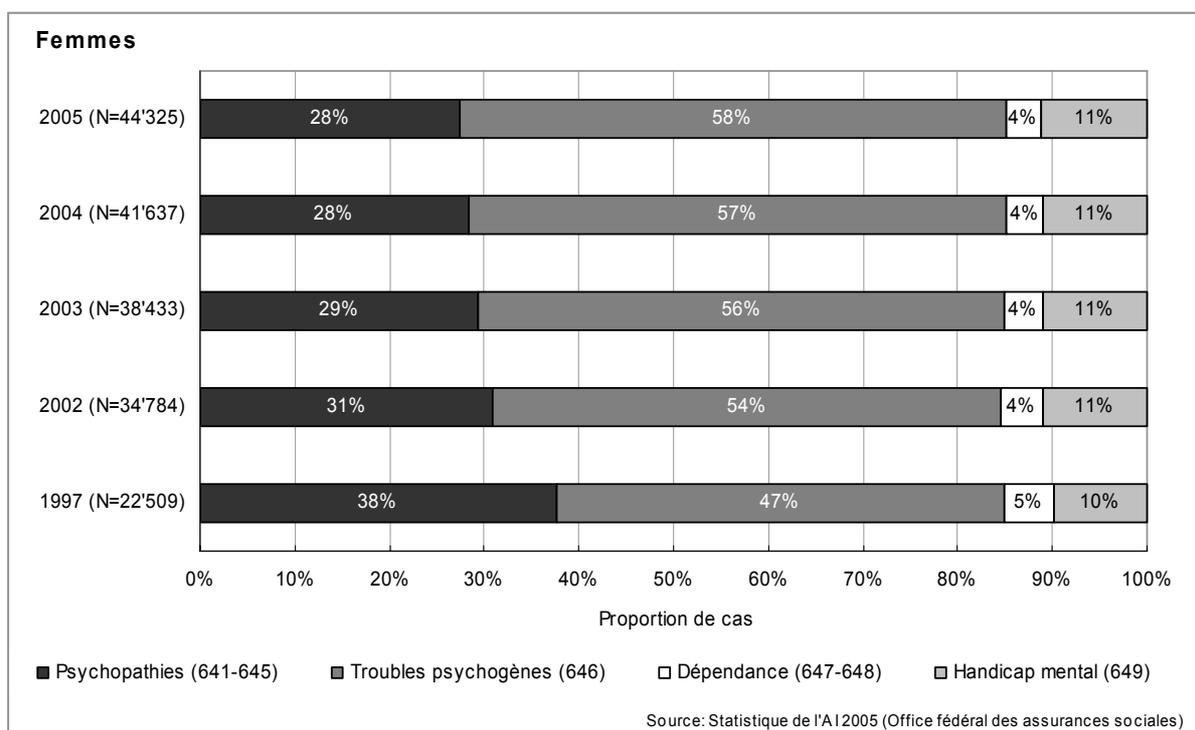
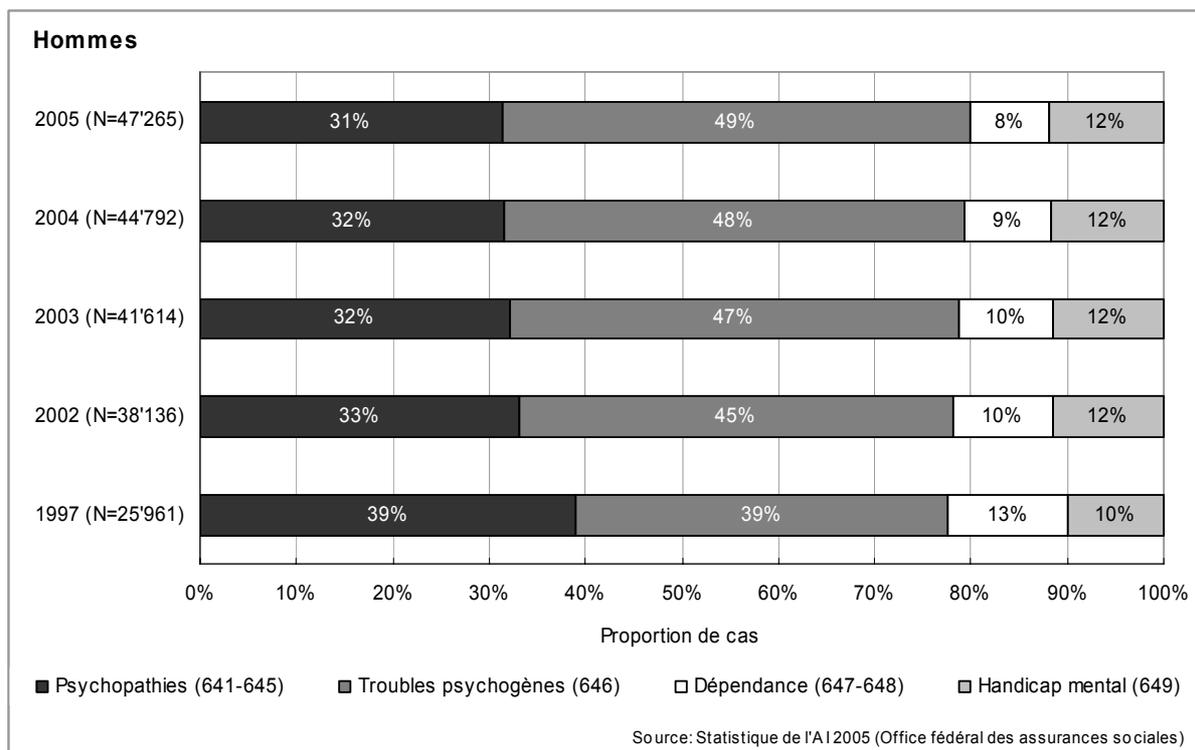


Figure 6.5 a, b Maladies psychiques les plus fréquentes prises en compte par l'AI selon le sexe, 1997–2005

Un programme de recherche lancé par l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS)¹ au sujet de l'invalidité et du handicap ainsi que de la mise en œuvre de l'assurance-invalidité se penche entre autres sur la croissance du nombre de rentes AI accordées en raison de problèmes psychiques. L'accent est notamment mis sur le groupe de diagnostic des névroses et troubles psychogènes (code AI 646), qui sont particulièrement fréquents et complexes. Les premiers résultats seront publiés au cours de l'année 2008.

Variations régionales des taux de rentes AI

Les taux de personnes bénéficiant d'une rente AI en raison d'une maladie psychique varient fortement d'une grande région à l'autre (Figure 6.6). En 2005, la différence était la plus marquée entre la Suisse centrale (14 pour 1000 habitants) et le Tessin (27 pour 1000 habitants). En revanche, l'évolution de ces dernières années est similaire pour toutes les régions. De 1997 à 2005, on a enregistré dans toute la Suisse une nette croissance de ce taux. L'évolution du Tessin est particulièrement frappante. Dans cette région, ce sont principalement les hommes qui contribuent à l'augmentation du taux. Avec respectivement 14 et 30 cas pour 1000 habitants, ils présentent nettement les taux les plus élevés pour les deux années de référence.

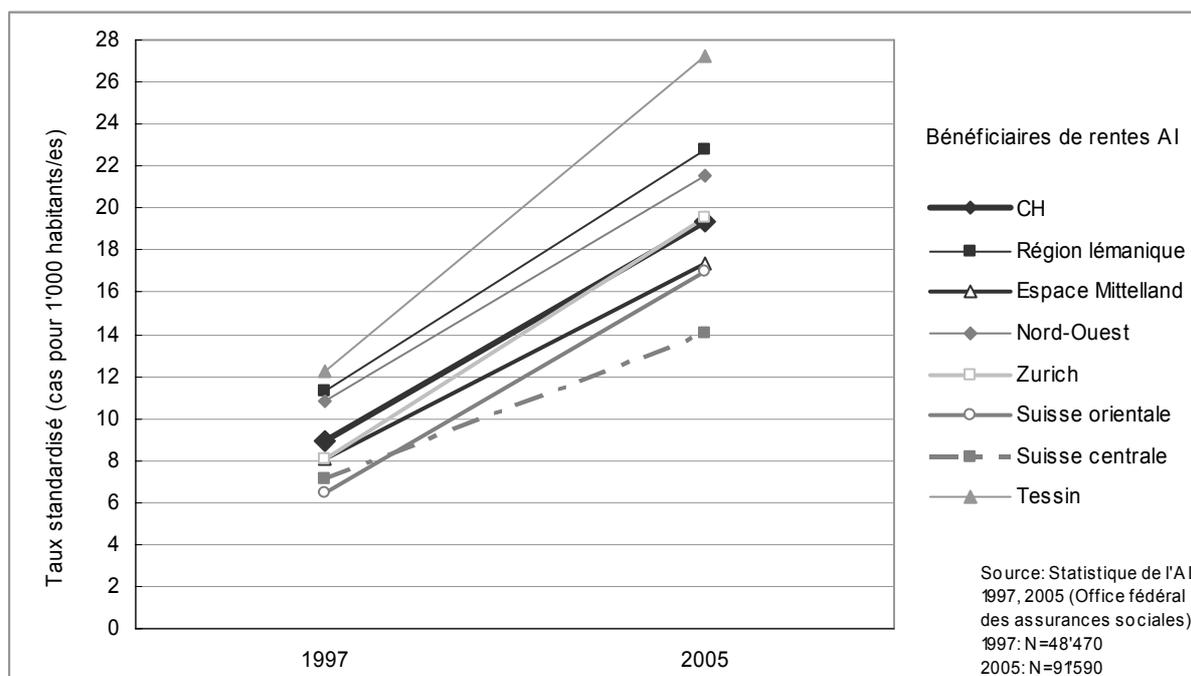


Figure 6.6 Taux de bénéficiaires de rentes AI touchés par des maladies psychiques, par région, 1997 et 2005

¹ Programme pluriannuel de recherche sur l'invalidité et le handicap et sur la mise en œuvre de la loi sur l'assurance-invalidité (PR-AI); <http://www.bsv.admin.ch/praxis/forschung/00106/01326/index.html?lang=fr>

6.3 Suicide

En 2004, 857 hommes et 427 femmes se sont donné la mort en Suisse. Cela correspond à plus de 21 suicides pour 100 000 hommes¹ et plus de 9 suicides pour 100 000 femmes. De manière générale, on tend à sous-estimer le nombre des cas effectifs, en raison de la difficulté à identifier les décès dus à des suicides (dans le cas d'un accident de la circulation par exemple). Les hommes font beaucoup plus souvent des tentatives de suicide mortelles que les femmes (plus de deux fois plus souvent en 2004).

En comparaison européenne, la Suisse présente un taux de suicide supérieur à la moyenne. En 2002, on y a compté 17,5 cas pour 100 000 personnes, contre une moyenne de 11,6 suicides dans l'UE. Avec des taux inférieurs à 10 suicides pour 100 000 habitants, la Grèce, la Grande-Bretagne et l'Espagne s'en sortent le mieux. L'Allemagne est dans la moyenne alors que la France et l'Autriche – avec des taux respectifs de 16,3 et 17,0 – sont dans une situation similaire à celle de la Suisse. Si l'on tient compte de l'ensemble de l'Europe, la Russie et la Lituanie arrivent en tête des 47 pays (en 2002), avec des taux respectifs de 36 et 44 suicides pour 100 000 habitants (European health for all database, HFA-DB)². Dans tous les pays européens examinés, le taux de suicide des hommes est sensiblement plus élevé que celui des femmes. Il varie aussi beaucoup plus fortement en comparaison internationale: de 2,4 (Azerbaïdjan) à 81,7 (Lituanie), alors que celui des femmes ne varie qu'entre 0,5 (Azerbaïdjan) et 11,5 (Lituanie).³

Des influences variées et interdépendantes augmentent le risque de suicide ou de tentative de suicide. Des facteurs démographiques (âge, sexe), psychiques, biologiques, sociaux et liés à l'environnement des personnes peuvent influencer sur ce risque. Les maladies psychiques constituent l'un des principaux facteurs de risque. Environ 90% des personnes qui commettent un suicide souffrent de dépression, de dépendance ou d'une autre maladie psychique pouvant être diagnostiquée. Le risque est particulièrement marqué chez les personnes qui ont déjà tenté de mettre fin à leurs jours. Dans ce groupe, il est 40 fois plus répandu que dans l'ensemble de la population et reste élevé durant des années. Un réseau social fonctionnel constitue un facteur protecteur particulièrement efficace lorsqu'il offre soutien et empathie tout en garantissant un certain contrôle social (OFSP, 2005).

¹ Taux de suicide standardisé selon l'âge: ce taux correspond à la moyenne pondérée du nombre de décès par âge. Les chiffres sont pondérés d'après la part que représente chaque groupe d'âge dans la population européenne standard (Waterhouse, 1976).

² <http://www.euro.who.int/hfadb>

³ En comparaison internationale, on considère que le nombre de cas non recensés est vraisemblablement assez élevé. Par exemple, la Corée du Nord présente un taux de suicide de 0.0, ce qui est très souhaitable mais pas très réaliste.

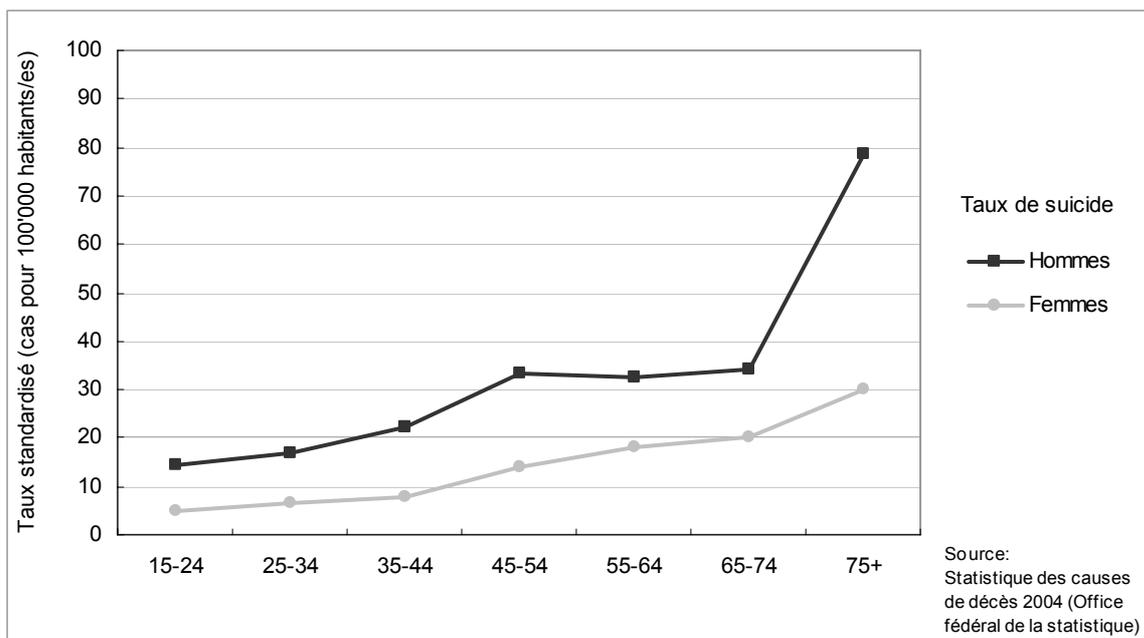


Figure 6.7 Taux de suicides selon le sexe et l'âge, 2004

La Figure 6.7 met en évidence le lien existant entre le sexe et l'âge, d'une part, et le taux de suicide, d'autre part. Dans tous les groupes d'âges, les hommes sont plus nombreux que les femmes à mettre fin à leurs jours. Par ailleurs, la mortalité due au suicide augmente pour les deux sexes à un âge avancé. Chez les femmes de 15 à 34 ans, on compte 6 suicides pour 100 000 habitantes, contre 30 pour les femmes de plus de 75 ans. Chez les hommes également, le taux de suicide augmente avec l'âge, surtout après 75 ans. Au-delà de cet âge, le taux atteint presque 80 suicides pour 100 000 habitants. Il faut noter ici que le taux de suicide par classe d'âge est calculé par rapport à la population (vivante). Les résultats dans les classes d'âge élevées seraient différents si les taux étaient calculés par rapport à la cohorte considérée, c'est-à-dire en tenant compte des personnes déjà décédées par ailleurs. Selon toute probabilité, le taux de suicide chez les plus de 75 ans serait alors bien moins élevé car les autres causes de mortalité sont nombreuses à cet âge.

Le suicide chez les personnes âgées

Parmi les suicides recensés en 2004 en Suisse, un sur trois a été le fait d'une personne de plus de 65 ans. Dans cette classe d'âge, le recours à la méthode dite de l'assistance organisée au suicide¹ n'a cessé d'augmenter au cours des dernières années. L'introduction d'un code pour l'assistance au suicide à partir de 1998 permet de mieux suivre cette évolution. L'assistance au suicide était auparavant assimilée à un empoisonnement et codée comme tel. Depuis ce changement, le nombre d'empoisonnements enregistrés a reculé.

¹ Assistance organisée au suicide: acte qui aide intentionnellement une personne à se suicider en lui fournissant les médicaments qu'elle administrera elle-même.
Statistique des causes de décès: Seulement si une assistance organisée (EXIT, Dignitas) est mentionnée sur le certificat de décès.

De 1999 à 2004, près d'un tiers des femmes et environ un huitième des hommes âgés de plus de 65 ans qui ont mis fin à leurs jours ont recouru à l'assistance au suicide. Relevons que les suicides réalisés avec le soutien d'organisations (EXIT, Dignitas) sont motivés en règle générale par des maladies somatiques. Les personnes qui ne sont affectées d'aucune maladie physique, mais qui souffrent de troubles psychiques, ne se voient pas proposer une aide au suicide, compte tenu d'une éventuelle altération de leur capacité de discernement, du caractère parfois passager du désir de mourir ou des difficultés à prédire une amélioration de leurs conditions de vie.

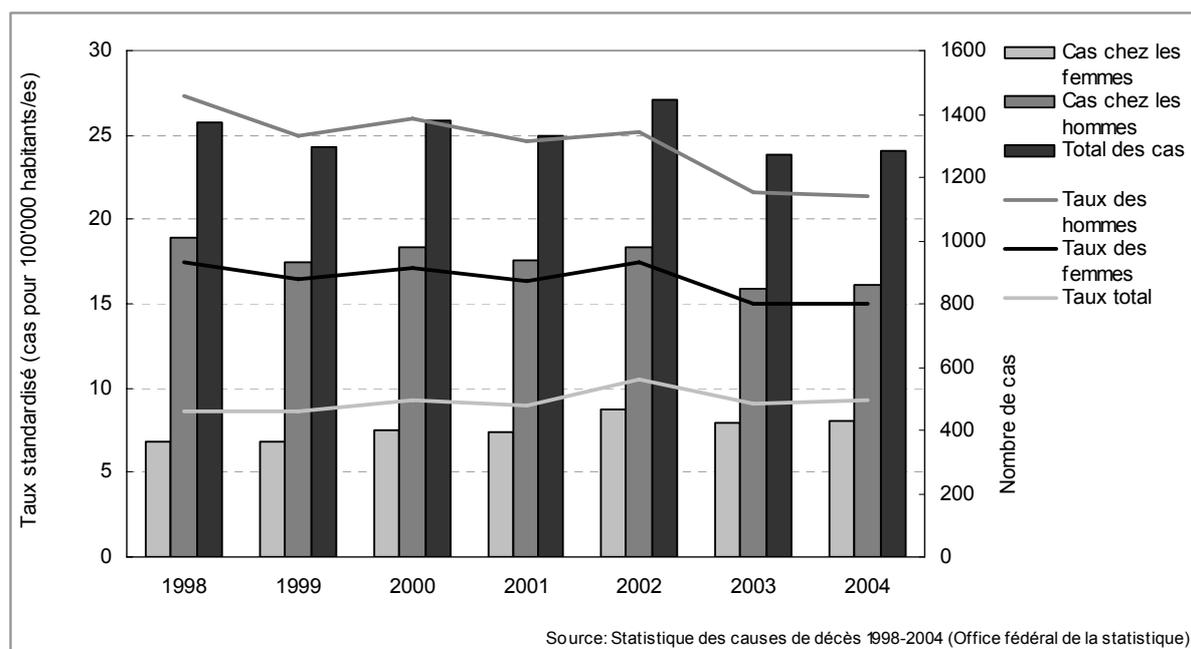


Figure 6.8 Cas de suicide et taux de suicides selon le sexe, 1998–2004

Alors que le taux de suicide des femmes est resté relativement stable de 1998 à 2004, celui des hommes a nettement reculé. Globalement, le taux de suicide a diminué pendant cette période d'un peu plus de 2 cas pour 100 000 habitants. Le nombre total de suicides a diminué (1371 cas en 1998, 1284 cas en 2004). Ce recul est dû à une baisse sensible des suicides chez les hommes, alors que le nombre de suicides est resté relativement constant chez les femmes (Figure 6.8).

Différences régionales

Pour 2004, les taux de suicide des hommes ne se différencient guère les uns des autres dans cinq grandes régions (Région lémanique, Espace Mittelland, Suisse du Nord-Ouest, Zurich, Suisse orientale), tandis qu'ils sont nettement plus faibles en Suisse centrale et, surtout, au Tessin (Figure 6.9). Le taux mesuré pour les hommes du Tessin est similaire à celui des femmes des autres régions. C'est également au sud des Alpes que la différence entre hommes et femmes est la plus faible, avec un rapport de deux pour un. Les différences les plus marquées sont enregistrées en Suisse du Nord-Ouest et en Suisse orientale, où les taux de suicide des hommes sont plus de trois fois supérieurs à ceux des femmes.

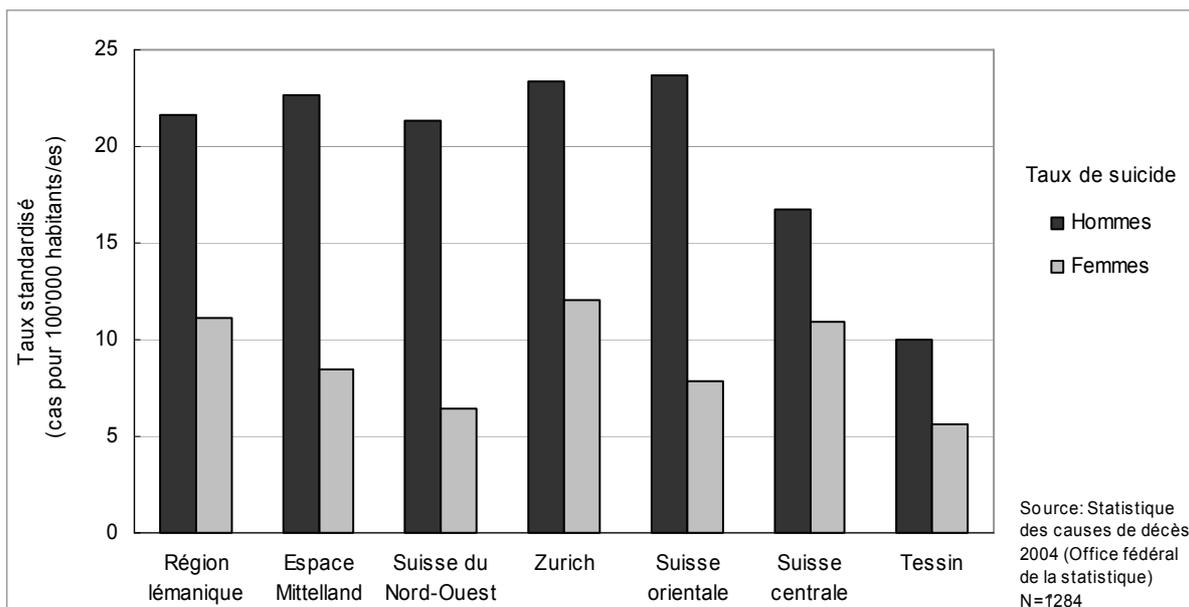


Figure 6.9 Taux de suicide par région selon le sexe, 2004

La Figure 6.10 présente les taux de suicide dans les grandes régions de Suisse de 1998 à 2004. Pour la région lémanique et pour Zurich, on relève une tendance à la hausse entre ces deux années. Les taux enregistrés dans les autres régions reculent dans l'ensemble. Il n'est pas possible de dégager de tendance suprarégionale, si ce n'est que le nombre de suicides pour 100 000 habitants baisse dans toutes les régions entre 2002 et 2004, à l'exception du Tessin, où il stagne à un bas niveau, et que les taux se rapprochent quelque peu. La région du Tessin se distingue des autres tout au long de ces années, affichant des taux de suicide nettement plus bas (1998/2004 : 13, respectivement 8 cas pour 100 000 habitants). On trouve les taux les plus élevés dans les régions dotées de centres urbains (en 2004 : un peu plus de 17 suicides pour 100 000 habitants à Zurich et 16 dans la région lémanique).

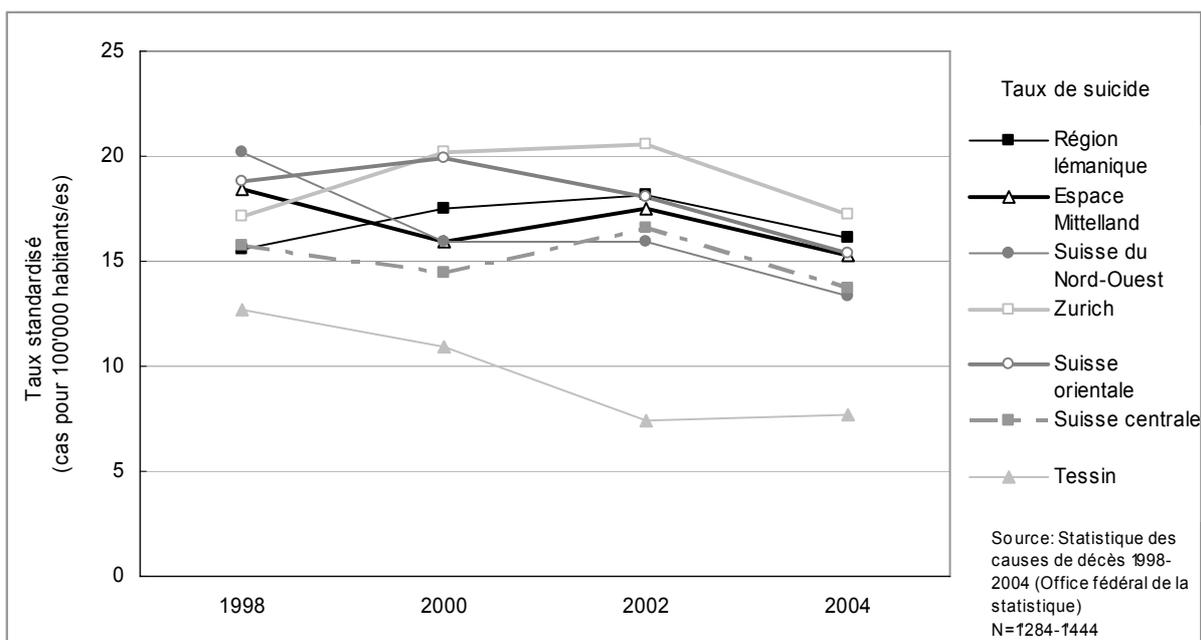


Figure 6.10 Taux de suicide par région, 1998–2004

Le suicide par rapport aux autres causes de décès

En Suisse, quelque 2% des décès sont dus à un suicide. Chaque année, deux à trois fois plus de personnes se donnent la mort qu'il n'en meurt dans des accidents de la route. Chez les jeunes de 15 à 34 ans, le suicide constitue environ un cinquième de tous les décès. Dans cette classe d'âge, il arrive au deuxième rang dans le classement des différentes causes: derrière les cancers pour les femmes et juste derrière les accidents de la route dans le cas des hommes. Parmi les personnes âgées de 35 à 64 ans, le suicide est la troisième cause de décès chez les hommes (7,7%) comme chez les femmes (6,2%). Seuls les cancers et les maladies cardiovasculaires le devancent.

Le suicide est responsable d'une part considérable des décès précoces. Il joue également un rôle important si l'on considère les années de vie potentielles perdues. L'indicateur correspondant¹ recense la mortalité précoce au sein de la population. Il est constitué de la somme des différences entre l'âge de chaque personne décédée et un âge minimum atteignable théoriquement de 70 ans.

En Suisse le suicide en tant que cause de mortalité est à l'origine de respectivement 12% et 9% des années potentielles de vie perdues chez les hommes et chez les femmes. Le suicide arrive en troisième position chez ces dernières, après les cancers et les maladies du système cardiovasculaire, et en quatrième position chez les hommes, où il est encore précédé des accidents/actes de violence. Cette situation est restée relativement stable ces dernières années.

Tentatives de suicide

Il y a nettement plus de tentatives de suicide que de suicides réussis. La saisie statistique des tentatives de suicide est malaisée. L'examen des tentatives de suicide ayant entraîné une intervention médicale fournit des informations relativement fiables. L'étude multicentrique d'interventions sur les comportements suicidaires réalisée par l'OMS/Europe (OMS, 1999) se fonde sur cet examen pour saisir les tentatives de suicide commises dans une sélection de régions de plusieurs pays européens. C'est l'agglomération de Berne et le canton de Bâle-Ville qui ont été retenus pour la Suisse.

Chaque année, ce sont plus de 10 000 tentatives qui sont traitées en Suisse (env. 4000 hommes et 6000 femmes). Le chiffre réel est toutefois difficile à déterminer. Selon des estimations, il devrait se situer entre 15 000 et 25 000 tentatives par année en Suisse. Près de 10% des Suisses et des Suissesses tentent une fois dans leur vie de mettre fin à leurs jours. A la différence des suicides dont l'issue est fatale, les suicides qui échouent sont plutôt l'œuvre de personnes jeunes. Par ailleurs, les femmes sont 1,5 fois plus nombreuses à effectuer une tentative de suicide que les hommes (OFSP, 2005).

¹ PYLL (« Potential Years of Life Lost »)

7 Conclusion

Amélioration de la santé psychique

En 2002, 85,5% de la population suisse estimait être en « bonne » ou en « très bonne » santé. La Suisse occupe à cet égard l'un des premiers rangs parmi les pays de l'OCDE et enregistre une amélioration d'un bon pour cent par rapport à 1992 (OCDE/OMS, 2006). L'espérance de vie a également augmenté. L'évolution est aussi positive dans le domaine de la santé psychique. En 2002, un nombre d'hommes et de femmes sensiblement plus élevé qu'en 1992 se sentaient psychologiquement équilibrés, et nettement moins de personnes souffraient d'instabilité psychique. Environ 60% des gens éprouvaient un sentiment de bien-être psychique élevé et les problèmes légers comme la fatigue, la nervosité, l'abattement ou l'insomnie ont diminué. Les problèmes chroniques semblent également avoir légèrement reculé – en particulier chez les hommes. Les Suissesses et les Suisses bénéficient d'un soutien émotionnel important, plutôt en hausse par rapport aux années précédentes et tendanciellement plus performant.

Ces résultats, toutefois, ne s'accompagnent pas d'un accroissement du sentiment de satisfaction dans la vie. La population ne semble pas plus satisfaite que quatre ans auparavant, ni d'une manière générale, ni dans le domaine de la santé. Cela s'explique peut-être par le fait que le niveau de satisfaction était déjà élevé en début de période, ce qui rendait toute amélioration difficile. Par ailleurs, la période de quatre ans ici considérée (2000 à 2004) est nettement plus courte que la période de dix ans dont il est question plus haut (1992–2002).

Recours accru aux services psychiatriques

Malgré l'amélioration de la santé psychique de la population, le recours aux services psychiatriques semble avoir augmenté. En 2002, les personnes interrogées ont fait état d'un nombre plus important de traitements pour troubles psychiatriques et de visites chez le médecin pour dépression qu'en 1997 et en 1992. Les chiffres de la statistique des hôpitaux le confirment: le taux d'hospitalisation en établissement psychiatrique a augmenté jusqu'en 2002 avant de se stabiliser les deux années suivantes. Cette augmentation ne concerne toutefois que le nombre de cas d'hospitalisation ; elle n'apparaît pas si l'on considère le nombre de personnes hospitalisées¹ et si l'on tient compte de l'évolution démographique. On peut en déduire qu'un nombre relativement constant de personnes se font hospitaliser plus fréquemment (Kuhl & Herdt, 2007, publication en préparation).

Ces deux phénomènes – amélioration de la santé psychique de la population et recours accru aux services psychiatriques – concernent probablement deux groupes de personnes distincts, dont les problèmes n'ont pas la même gravité. Celles qui recourent à un traitement souffrent sans doute davantage que celles qui font état de troubles légers et qui ne recourent à aucun service institutionnalisé. On pourrait en conclure que ces deux groupes de personnes ont évolué de manière opposée au cours des dernières années : les personnes

¹ Il a été possible en 2004, à l'aide de codes de liaison anonymes, de faire correspondre chaque cas observé à une personne traitée. Avant 2004, une partie seulement des codes de liaison étaient disponibles, et le nombre de patients était estimé sur cette base.

souffrant de troubles légers ont vu leur santé s'améliorer et sont moins nombreuses, alors que la situation s'est détériorée pour les personnes souffrant de maladies psychiques graves. On ignore si le nombre de ces dernières a augmenté – hypothèse que les données de l'Enquête suisse sur la santé semblent appuyer puisque plus de personnes ont déclaré avoir été traitées pour des problèmes psychiatriques – ou si les mêmes personnes se sont fait traiter plus souvent, comme le pensent Kuhl et Herdt (2007, publication en préparation) sur la base des résultats de la statistique médicale. Pour acquérir à cet égard une certitude, il faudrait avoir des données complémentaires sur les traitements ambulatoires ainsi que des informations sur la prévalence et l'incidence¹ des troubles psychiques, informations que des études épidémiologiques pourraient fournir. Des données représentatives sur le secteur ambulatoire seraient nécessaires aussi pour savoir dans quelle mesure il s'est produit un déplacement entre les soins ambulatoires et les soins intra-muros.

Les dépressions et leur traitement

Avec un à deux cas pour mille habitants, la dépression est le diagnostic le plus souvent traité en hôpital psychiatrique, notamment chez les femmes. C'est la dépression, aussi, qui entraîne le plus de journées d'hospitalisation après la schizophrénie, chez les deux sexes.

D'après l'Enquête suisse sur la santé (ESS), 3% de la population résidante souffrent d'une dépression sérieuse. Il faut se rappeler à cet égard que les personnes séjournant en clinique ou vivant dans une institution médico-sociale n'ont pas été incluses dans l'enquête. On peut estimer par ailleurs que la possibilité et la volonté de participer à l'enquête était tendanciellement réduite chez les personnes présentant des symptômes dépressifs tels que baisse de l'humeur, manque d'énergie, difficultés de concentration. Il est dès lors permis de supposer que l'enquête sous-estime plutôt la fréquence des dépressions dans la population.

Sur les 3% de la population qui souffrent d'une dépression sérieuse, une partie seulement – entre un quart et la moitié – suit un traitement. On peut estimer qu'un traitement sur deux ou sur trois est dispensé par le médecin de famille, qui souvent n'a pas reçu de formation particulière dans ce domaine. Un traitement adapté dispensé par des spécialistes dûment formés fait défaut dans bien des cas. Cette réalité mérite d'être prise en considération dans les débats dans les cercles politiques et professionnels sur la qualité des soins et sur la promotion d'une médecine fondée sur les faits.

Prévention

Vu la charge de morbidité de la dépression (qui augmentera encore à venir selon les prévisions de l'OMS), le traitement des troubles psychiques en général et de la dépression en particulier devra de plus en plus être complété par une approche préventive. Les programmes comme l'Alliance contre la dépression (« Bündnis gegen Depression ») par exemple des cantons de Zoug, de Berne et de Lucerne constituent un premier pas dans la bonne direction. Il faut améliorer la formation des médecins généralistes (pour le diagnostic précoce des dépressions et la mise en place d'un traitement), optimiser l'offre de soins, intensifier la collaboration entre les acteurs concernés et sensibiliser le public.

¹ La prévalence indique la proportion d'individus malades dans une population donnée. L'incidence indique la proportion d'individus ayant contracté une maladie au cours d'une période donnée.

Du point de vue de la prévention, il faut considérer surtout les causes de mortalité qui font perdre une part élevée d'années de vie potentielles (celles donc qui touchent principalement des personnes jeunes) et sur lesquelles il est possible d'exercer une influence. Le suicide fait partie de ces causes de mortalité. Le taux élevé de suicides en Suisse incite à une intensification des activités de prévention dans ce domaine. La baisse de la suicidalité figure d'ailleurs parmi les objectifs importants du projet de la Stratégie nationale pour la santé psychique (PNS, 2004) pour les dix prochaines années. Il existe en Suisse, au niveau régional, quelques programmes et activités dans le domaine de la prévention du suicide (p. ex. Bündnis gegen Depression), mais il manque, selon une enquête réalisée par l'association Ipsilon¹ auprès d'organisations publiques et privées, une plateforme appropriée de coopération et de coordination dans ce domaine. Un programme national de prévention du suicide pourrait favoriser les échanges de connaissances entre les scientifiques et les praticiens, et fournirait des bases – concepts, plans, évaluations – pour le développement et la mise en oeuvre de mesures appropriées.

Epidémiologie et traitements ambulatoires: des données lacunaires

L'échelle utilisée pour la première fois dans l'ESS de 2002 pour déterminer une valeur symptomatique pour chaque personne permet d'estimer les besoins de traitements et de les comparer avec le nombre de traitements effectivement suivis (selon les informations données par les personnes interrogées). Afin d'effectuer des constatations précises sur les besoins et le recours aux traitements, il faut disposer non seulement de données épidémiologiques nationales et régionales, mais aussi de statistiques sur les traitements qui ne se fondent pas (exclusivement) sur les indications fournies par les personnes concernées. La statistique médicale de l'OFS fournit des informations fiables sur les traitements en établissement hospitalier, mais le module complémentaire « psychiatrie » n'est pas (encore) rempli par tous les établissements. Les données concernant les traitements semi-hospitaliers ne sont pas prises en compte dans le présent monitoring, puisque leur saisie laisse encore apparaître de nombreuses limitations et incertitudes. Dans le cadre du monitoring de l'Obsan basé sur des indicateurs spécifiques (<http://www.obsan.ch/monitoring/statistiken/f>), on trouve désormais sur Internet (chapitre 8 « thèmes spéciaux ») quatorze indicateurs sur les traitements psychiatriques en établissement spécialisé et un indicateur sur les traitements semi-hospitaliers.

De grandes lacunes subsistent dans le domaine des traitements ambulatoires. Les informations disponibles proviennent des patients, ce qui restreint leur validité (mémoire imparfaite, refus de répondre). L'indice SDI (« Schweizerischer Diagnosen Index ») d'IHA-IMS-Health à Hergiswil pourrait fournir des indications supplémentaires concernant le secteur ambulatoire. Cet indice décrit sur la base d'un échantillon les pratiques des médecins en matière de diagnostic et de thérapie. Les psychothérapeutes indépendants non médecins en restent toutefois exclus. Les données sont basées sur un échantillon relativement petit et leur exactitude épidémiologique soulève quelques doutes car elles sont établies à des fins de marketing et d'observation du marché pour l'industrie pharmaceutique. Selon le SDI, le nombre de diagnostics de troubles psychiques a augmenté entre 1999 et

¹ Initiative pour la prévention du suicide en Suisse: www.ipsilon.ch/index.php?id=1&L=1

2002. Il est également intéressant de constater que seule la moitié des diagnostics ont été posés par des psychiatres et des neurologues. Les autres sont dus à des généralistes et à d'autres spécialistes (Sturny et al., 2004).

Dans le domaine ambulatoire, on pense obtenir des données intéressantes provenant des données Tarmed collectées par les trust-center des médecins ainsi que du Tarifpool de santésuisse. A l'heure actuelle, une bonne moitié de ces données est disponible à l'échelon national. La qualité et la pertinence de cette nouvelle statistique, notamment des données sur les traitements ambulatoires pratiqués par les hôpitaux, n'ont guère été étudiées. L'Obsan va recueillir les premières expériences à ce sujet au cours de l'année. En matière d'épidémiologie, il ne faut toutefois guère s'attendre à obtenir davantage d'informations, car les données Tarmed des trust-center ainsi que du Tarifpool de santésuisse ne peuvent fournir que des indications sommaires sur les maladies en raison de la structure rudimentaire des codes utilisés (« code tessinois »). De plus, les données collectées se limitent aux prestations psychothérapeutiques des médecins, y compris les psychothérapies déléguées.

Recherches futures

La question de l'interaction entre la santé psychique, l'environnement social, la maîtrise de la vie et les situations de handicap sera abordée de manière plus approfondie dans le cadre du programme pluriannuel de recherche sur l'invalidité et le handicap de l'Office fédéral des assurances sociales¹. Dans le cadre de ce programme, l'étude « L'invalidité pour raisons psychiques » aura pour but d'étudier le processus qui mène à l'invalidité ainsi que les facteurs de risque d'ordre psychique et mettra sur pied des mesures pour intervenir de manière plus ciblée.

Les résultats du présent rapport montrent clairement que la santé psychique et la maladie mentale sont les deux pôles d'un continuum. Il y a des graduations entre une santé psychique parfaite et la maladie mentale. La santé psychique est un état d'équilibre constamment menacé et qui doit être sans cesse rétabli. Cette capacité dépend des ressources de la personne et de son environnement. Les facteurs qui influencent la santé psychique sont observés dans le cadre de l'étude longitudinale SESAM (Swiss Etiological Study of Adjustment and Mental Health²), dont le but est d'identifier les causes complexes qui favorisent un développement de la santé psychique sain sur toute la durée de vie. Ce projet devrait contribuer à mieux comprendre le développement de l'être humain et la santé psychique. Les premiers résultats de cette étude ne sont toutefois pas attendus avant 2009.

L'OFS est en train de réaliser une enquête complémentaire dans le cadre de l'ESS 2007 qui fournira des données sur l'état de santé général et sur la santé psychique des personnes vivant dans les établissements pour personnes âgées. Ce groupe de population n'était pas pris en considération dans l'Enquête suisse sur la santé, qui portait jusqu'à présent exclusivement sur les ménages privés. On espère ainsi recueillir des informations sur les maladies, en particulier sur celles qui ne sont pas seulement traitées dans des hôpitaux mais aussi dans les établissements pour personnes âgées, telles la démence sénile ou la dépression chez la personne âgée. Avec l'augmentation continue de l'espérance de vie, l'importance de ces maladies va s'accroître. En effet, le taux de démence est supérieur à la

¹ www.bsv.admin.ch/praxis/forschung/00106/01326

² www.sesamswiss.ch

moyenne chez les personnes très âgées. Il est multiplié par deux tous les cinq ans à partir de 65 ans.

L'Obsan a lancé un programme destiné à examiner de manière approfondie la structure et l'organisation des prestations psychiatriques ambulatoires et intra-muros, ainsi que l'état des données dans ce domaine. Le manque de données comparables entre les cantons dans le domaine semi-hospitalier et ambulatoire est à l'heure actuelle souvent évoqué comme une situation regrettable pour la pratique psychiatrique, la planification et la politique de la santé. Un autre projet a pour but de comparer les prestations psychothérapeutiques des différentes régions. Jusqu'à présent, toutefois, la question de savoir s'il est réellement possible d'établir de telles comparaisons entre les diverses régions offrant une prise en charge psychiatrique n'a pas été étudiée. Deux types de facteurs influencent en fait cette comparabilité : ceux inhérents aux structures de prise en charge et d'autres facteurs, notamment les facteurs épidémiologiques, géographiques, sociodémographiques et diagnostiques.

Il est déjà prévu de répéter la présente étude en 2009 et de la compléter si cela semble possible et judicieux. Ce sont les données de l'Enquête suisse sur la santé 2007 ainsi que le module supplémentaire de cette étude dans les établissements pour personnes âgées qui formeront la partie essentielle de ce futur rapport. Il comprendra aussi une actualisation des résultats de ce rapport avec les banques de données déjà utilisées – en particulier sur la base de la statistique médicale des hôpitaux.

Bibliographie

- Ajdacic V. et Graf M. (2003). Etat des lieux et données concernant l'épidémiologie psychiatrique en Suisse. En allemand avec résumé en français. Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé (Obsan), <http://www.obsan.ch>
- Antonovsky A. (1979). Health, stress, and coping. San Francisco: Jossey-Bass.
- Beautrais AL. (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.
- Beeler I., Lorenz S. & Szucs T. (2003). Provision and Renumeration of Psychotherapeutic Services in Switzerland. *Soz und Präventivmed*, 49 (2), 88–96.
- Bundesamt für Statistik (2007, in Vorbereitung). Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002: Psychische Gesundheit – Prävalenzen, individuelle und soziale Ressourcen und Behandlungsformen. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
- DIMDI/OMS (2004). ICF Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. Cologne: Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI).
- Dohrenwend B.B., ShROUT P.E., Link B.G., Skodol A.E. & Stueve A. (1995). Life events and other possible psychological risk factors for episodes of schizophrenia and major depression: A case-control study. In C.M. Mazure (Ed.), *Does stress cause psychiatric illness?* (pp.43–65). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Frijs, R.H. and Sellers T.A. (1999). *Epidemiology for public health practice*. Aspen: Gaithersburg MD (2nd ed.).
- Gabriel P. and Liimatainen MR. (2000). *Mental Health in the Workplace*. International Labour Organization.
- Grob A., Lüthi R. und Flammer A. (1990). *Berner Fragebogen zum Wohlbefinden (Form für Jugendliche, Form für Erwachsene)*. Bern: Universität, Institut für Psychologie.
- Health Education Authority (HEA) (1999). *Community Action für Mental Health*. London.
- Jaccard Ruedin H., Roth M., Bétrisey C., Marzo N. & Busato A. (2007). *Offre et recours aux soins médicaux ambulatoires en Suisse*. Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé (Obsan), <http://www.obsan.ch>
- Korkeila J. (2001). *Measuring aspects of mental health*. Helsinki: Stakes.
- Kuhl H.-C. und Herdt J. (2007, publication en préparation). *Stationäre Psychiatrische Inanspruchnahme in der Schweiz. Eine epidemiologische Auswertung der Medizinischen Statistik*. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan), <http://www.obsan.ch>
- Lachenmeier H. (2003). *Mental Health – Ein Wirtschaftsfaktor*. *Neue Zürcher Zeitung*, 6. Feb 2003.
- Murray CJL. and Lopez AD. (Eds.) (1996a). *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 (Global Burden of Disease and Injury Series, Vol. I).

OCDE (2005). Eco-Santé OCDE 2005. Paris: OCDE.

OCDE/OMS (2006). Examens de l'OCDE des systèmes de santé – La Suisse. Paris: OCDE.

Office fédéral des assurances sociales (2006). Statistique de l'AI 2006. Statistiques de la sécurité sociale. Berne: Office fédéral des assurances sociales.

Office fédéral de la santé publique (2005). Le suicide et la prévention du suicide en Suisse. Rapport répondant au postulat Widmer (02.3251). Berne: Office fédéral de la santé publique.

Office fédéral de la statistique (2001). Troubles mentaux et psychologiques dans la population suisse. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique.

Office fédéral de la statistique (2002). Coûts du système de santé. Résultats détaillés 2000 et évolution depuis 1995. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique.

Office fédéral de la statistique (2005). Santé et comportements vis-à-vis de la santé en Suisse 1992–2002. Enquête suisse sur la santé. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique.

Office fédéral de la statistique (2006). Panorama – Santé. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique.

OMS (2001). Rapport sur la santé dans le monde 2001 – La santé mentale: Nouvelle conception, nouveaux espoirs. Genève: Organisation mondiale de la santé.

OMS (1994). Dilling H., Mombour W., Schmidt M.H. & Schulte-Markwort E. (Hrsg.). Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V (F): Forschungskriterien. Berne: Huber.

Pearlin L. I., Liebermann M. A., Menaghan E. G. & Mullan J. T. (1981). The stress process. *Journal of Health and Social Behavior*, 22, 337–356.

Politique nationale suisse de la santé (PNS), Lehmann P. et al. (2004a). Santé psychique. Stratégie nationale visant à protéger, promouvoir, maintenir et rétablir la santé psychique de la population en Suisse. Projet destiné aux prises de position. Berne : PNS.

Politique nationale suisse de la santé (PNS), Ricka R. et al. (2004b). Récapitulation des résultats de la consultation. Stratégie nationale visant à protéger, promouvoir, maintenir et rétablir la santé psychique de la population en Suisse. Berne : PNS.

Politique nationale suisse de la santé (PNS), Achtermann W. et Berset C. (2006a). Les politiques suisses de santé – potentiel pour une politique nationale. Volume 1 Analyse et perspectives. Berne : OFSP.

Politique nationale suisse de la santé (PNS), Achtermann W. et Berset C. (2006b). Les politiques suisses de santé – potentiel pour une politique nationale. Volume 2 Portraits de 10 politiques suisses de santé. Berne : OFSP.

Rüesch P. (2006). Gesundheitsversorgung von Menschen mit chronischen Gesundheitsproblemen oder Behinderung in der Schweiz. Eine Analyse der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2002. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan), <http://www.obsan.ch>

- Rüesch P. et Manzoni P. (2003). La santé psychique en Suisse. Monitoring. Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé (Obsan), <http://www.obsan.ch>
- Sass H., Wittchen H.-U., Zaudig M. & Houben I. (1998). Diagnostische Kriterien des Diagnostischen und Statistischen Manuals Psychischer Störungen DSM-IV. Göttingen: Hogrefe Verlag für Psychologie.
- Scharfetter C. (2002). Allgemeine Psychopathologie. 5, neu bearbeitete Auflage. Stuttgart: Thieme.
- Stadt Wien (Hrsg.) (2004). Psychische Gesundheit in Wien. Wien: Stadt Wien.
- Sturny I., Cerboni S., Christen S. & Meyer P.C. (2004). Données sur les soins des personnes atteintes de maladie psychique en Suisse. Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé (Obsan), <http://www.obsan.ch>
- Tress W., Kruse J. et al. (1999). Die Versorgung psychisch Kranker in hausärztlichen Praxen. In: B. Bandura und J. Siegrist (Hrsg.). Evaluation im Gesundheitswesen (S. 325–338). Weinheim: Juventa.
- Ustün T. and Sartorius N. (Eds.) (1995). Mental Illness in General Health Care. An International Study. Chichester: Wiley.
- Waterhouse J et al. (Eds.) (1976). Cancer incidence in five continents, Lyon: IARC.
- Weiss W., Spuhler T., Gruet F., Guidani D. et Noack H. (1990). Enquête auprès de la population «La santé et la promotion de la santé». Rapport final. Etude intercantonale sur les indicateurs de santé (IGIP-PROMES). Institut Suisse de la Santé Publique et des Hôpitaux ISH/SKI, Lausanne.
- WHO (1999). Bille-Brahe, U. (Ed.). WHO/Euro Multicentre study on parasuicide. Facts and figures. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe.
- WHO (2005). Suicide rates per 100 000 by country, year and sex (Table). http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide_rates/en/index.html
- Wittchen H.-U. (2001). Prevalence and recognition syndromes in German primary care settings: poorly recognized and treated. *International Clinical Psychopharmacology*, 16, 121–135.
- Wittchen H.-U. et al. (2000). Depression 2000. Eine bundesweite Depressions-Screening-Studie in Allgemeinarztpraxen. *MMW Fortschritte der Medizin*, 118(Sonderheft 1), 1–3
- Zimmermann E. und Weiss W. (2004a). Gesundheit als Form und Folge sozialer Ungleichheit. S. 42–67. In Suter C. und Joye D. (Hrsg.), *Sozialbericht 2004*. Zürich: Seismo.



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
Bundesamt für Statistik BFS
Office fédéral de la statistique OFS

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 suisse et des cantons.