



OBSAN RAPPORT

15/2020

La santé psychique en Suisse

Monitorage 2020

Daniela Schuler, Alexandre Tuch, Claudio Peter



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

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

Impressum

Éditeur

Observatoire suisse de la santé (Obsan)

Auteurs

- Daniela Schuler, Obsan
- Alexandre Tuch, Obsan
- Claudio Peter, Obsan

Avec la collaboration de

Isabelle Sturny, Obsan

Reviewboard

- Fabienne Amstad, Promotion Santé Suisse
- Monika Diebold, Directrice, Obsan
- Urs Hepp, Integrierte Psychiatrie Winterthur (IPW)
- Alfred Künzler, Réseau Santé Psychique Suisse (RSP)
- Clémence Merçay, Obsan
- Lea Pucci, Office fédéral de la santé publique (OFSP)
- Constanze Reim Gautier, Integrierte Psychiatrie Winterthur (IPW)
- Sacha Roth, Obsan
- Beat Schmid, Office fédéral des assurances sociales (OFAS)
- Niklaus Stulz, Integrierte Psychiatrie Winterthur (IPW)
- Esther Walter, Office fédéral de la santé publique (OFSP)
- Martin Wicki, Office fédéral des assurances sociales (OFAS)
- Jonathan Zufferey, Obsan

Direction du projet à l'Obsan

Daniela Schuler, Obsan

Série et numéro

Obsan Rapport 15/2020

Référence bibliographique

Schuler, D., Tuch, A. & Peter, C. (2020). *La santé psychique en Suisse. Monitoring 2020* (Obsan Rapport 15/2020). Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.

Renseignements/informations

Observatoire suisse de la santé

Espace de l'Europe 10

CH-2010 Neuchâtel

Tél. 058 463 60 45, obsan@bfs.admin.ch

www.obsan.ch

Langue du texte original

Allemand, cette publication est également disponible en allemand (Numéro OFS: 873-2012).

Traduction

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

Mise en page

Obsan

Graphiques

Section DIAM, Prepress/Print

Cartes

Section DIAM, ThemaKart

Page de couverture

Section DIAM, Prepress/Print

Photo de couverture

iStock.com / Matjaz Slanic

En ligne

www.obsan.ch → Publications

Imprimés

www.obsan.ch → Publications

Office fédéral de la statistique, CH-2010 Neuchâtel,

order@bfs.admin.ch, tél. 058 463 60 60

Impression réalisée en Suisse

Copyright

Obsan, Neuchâtel 2020

La reproduction est autorisée, sauf à des fins commerciales, si la source est mentionnée.

Numéro OFS

874-2006

ISBN

978-2-940502-99-8



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

La santé psychique en Suisse

Monitorage 2020

Auteurs Daniela Schuler, Alexandre Tuch, Claudio Peter

Éditeur Observatoire suisse de la santé (Obsan)

Neuchâtel 2020

Table des matières

Résumé	4	3 Facteurs de protection et facteurs de risque	43
1 Introduction	7	3.1 Facteurs de protection	44
1.1 Santé psychique – maladie psychique	7	3.1.1 Sentiment élevé de maîtrise de la vie	44
1.1.1 Notions et définitions	7	3.1.2 Auto-efficacité générale élevée	45
1.1.2 Modèle dit à deux continuums (Keyes)	8	3.1.3 Coping résilient élevé	46
1.1.3 Prise en compte des diagnostics de troubles psychiques	9	3.1.4 Soutien social fort	47
1.2 Importance des maladies psychiques	9	3.2 Facteurs de risque	50
1.2.1 Prévalence des maladies psychiques	9	3.2.1 Bas niveau de formation	50
1.2.2 Conséquences des maladies psychiques sur l'individu et la société	11	3.2.2 Origine migratoire	50
1.3 Politique de la santé	11	3.2.3 Chômage ou invalidité	51
1.3.1 Politiques et initiatives internationales	11	3.2.4 Limitations en raison d'un problème de santé physique	52
1.3.2 Politiques et initiatives menées en Suisse	13	3.2.5 Solitude	52
1.4 Cinquième édition du rapport de monitoring	16	3.3 Interactions entre les facteurs de protection et les facteurs de risque	56
1.5 Bases de données et méthodologie	18	4 Recours aux soins	59
1.5.1 Enquête suisse sur la santé ESS	18	4.1 Recours aux soins pour problèmes psychiques	60
1.5.2 Statistique médicale des hôpitaux MS	19	4.2 Recours aux prestations ambulatoires	62
1.5.3 Pool de données SASIS SA	21	4.3 Hospitalisations	63
1.5.4 Pool tarifaire SASIS SA	22	4.3.1 Taux d'hospitalisation	65
1.5.5 Statistique de l'assurance-invalidité (AI)	23	4.3.2 Jours de soins	67
1.5.6 Statistique des causes de décès et des mortinaissances	24	4.3.3 Taux d'hospitalisation et jours de soins: comparaisons entre cantons	69
1.5.7 Enquête sur les revenus et les conditions de vie (SILC)	24	4.3.4 Placement à des fins d'assistance et mesures limitatives de liberté	71
1.5.8 Health Behaviour in School-aged Children HBSC	25	4.4 Consommation de médicaments	75
1.5.9 Remarques méthodologiques	26	4.4.1 Somnifères et calmants	75
2 État de santé psychique	27	4.4.2 Analgésiques	76
2.1 Santé psychique positive	27	4.4.3 Antidépresseurs	76
2.1.1 Qualité de vie	27	5 Thèmes particuliers	77
2.1.2 Se sentir heureux	29	5.1 Rentes AI pour troubles psychiques	77
2.1.3 Énergie et vitalité	29	5.2 Suicides, tentatives de suicide et pensées suicidaires	82
2.2 Problèmes psychiques	31	5.2.1 Suicides	83
2.2.1 Détresse psychologique	31	5.2.2 Tentatives de suicide autodéclarées	86
2.2.2 Symptômes dépressifs et dépression	33	5.2.3 Pensées suicidaires	87
2.2.3 Comorbidité	40		

5.3	Coûts des maladies psychiques	89
5.3.1	Coûts AOS dans le domaine psychiatrique	90
5.3.2	Coûts AOS des prestations psychiatriques et psychothérapeutiques en médecine de premier recours	92
5.3.3	Coûts des psychothérapies non médicales hors AOS	92
6	Synthèse	93
7	Abréviations	98
8	Bibliographie	99
9	Annexe	110

Résumé

Dans ce cinquième rapport de monitoring, l'Observatoire suisse de la santé (Obsan) donne un aperçu des connaissances empiriques sur la santé psychique en Suisse. Cet aperçu se fonde sur des données représentatives provenant de diverses sources et couvre, selon les données considérées, la période allant de 2017 à 2019.

Selon la définition qu'en donne l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la «santé psychique (ou mentale) est un état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de l'existence, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté». Axée sur les ressources, cette approche s'articule autour de la *santé psychique positive*, dans la mesure où elle se concentre sur le sentiment de bien-être et d'autres aspects positifs du psychisme. À l'opposé, on trouve les maladies psychiques, souvent appelées troubles psychiques en psychologie clinique. Elles affectent le comportement et le ressenti des personnes concernées, les limitant dans leur capacité de gérer le quotidien. Elles peuvent se répercuter au niveau émotionnel, cognitif, interpersonnel ou physique et perturber le comportement; elles s'accompagnent en général de souffrances aiguës ou d'un risque accru de douleurs, de perte de liberté ou de détérioration de la qualité de vie. Affectant fréquemment tous les domaines de la vie, elles pèsent lourdement sur les proches et peuvent, au pire, pousser au suicide. Les troubles psychiques sont largement répandus. Ils comptent parmi les maladies les plus fréquentes et les plus handicapantes qui soient. Pourtant, les maladies psychiques ne sont souvent pas identifiées et demeurent non traitées, une situation qui a non seulement des conséquences négatives pour l'individu, mais aussi des répercussions sociales et économiques.

Le présent rapport traite de la santé psychique de la population, des facteurs de protection et de risque ainsi que du recours aux traitements. Il aborde en outre quelques thèmes spécifiques tels que l'invalidité pour cause de troubles psychiques, le placement à des fins d'assistance, les mesures de limitation de la liberté de mouvement dans les cliniques psychiatriques, le suicide et les coûts des maladies psychiques. Chaque fois que c'est utile et possible, les données sont présentées sous l'angle de leur évolution dans le temps. Comme précédemment, elles proviennent principalement de l'enquête suisse sur la santé (ESS), complétée par d'autres enquêtes (enquête sur les revenus et les conditions de vie, statistique médicale des hôpitaux, statistique de l'AI, statistique des causes de décès et des mortinaissances, pool de données de SASIS SA et enquête auprès des élèves [Health Behavior of School-Aged Children, HBSC]). Ces données font l'objet

d'actualisations périodiques. Celles pour l'année 2020 n'ont toutefois pas encore été recueillies. Les conséquences potentielles de la pandémie de COVID-19 sur la santé psychique et sur la sollicitation du système sanitaire dans ce domaine particulier ne peuvent donc pas encore être déterminées.

Santé psychique

Santé psychique positive: en Suisse plus de 90% de la population estime jouir d'une *qualité de vie* bonne à très bonne et trois quarts se sentent tout le temps ou le plus souvent *heureux*. Dans ces appréciations, aucun écart ne sépare les femmes et les hommes. De plus, environ la moitié de la population se sent pleine d'*énergie et de vitalité*, les hommes rapportant plus souvent que les femmes cet état positif. Alors que les indicateurs liés à la qualité de vie et au sentiment de bonheur fléchissent quelque peu à l'âge moyen, celui de l'énergie et de la vitalité augmente avec l'âge. Les résultats varient nettement en fonction du niveau de formation et de la grande région: les personnes ayant atteint un niveau de formation élevé (degré tertiaire) font plus souvent état d'une bonne qualité de vie et se sentent davantage pleines d'énergie et de vitalité que les personnes au niveau de formation plus bas. Le même constat s'applique aux personnes habitant en Suisse centrale, en particulier si on les compare à celles vivant au Tessin.

Problèmes psychiques: environ 15% des personnes interrogées en Suisse sont affectées par des *problèmes psychiques* moyens à graves. Dans tous les groupes d'âge, les femmes déclarent environ 1,5 fois plus souvent éprouver des problèmes psychiques. Parmi les personnes de 65 ans ou plus, les problèmes psychiques sont même deux fois plus fréquents chez les femmes que chez les hommes. L'ampleur des problèmes psychiques varie aussi selon le niveau de formation. Les personnes sans formation postobligatoire sont plus fréquemment atteintes que celles ayant achevé une formation du degré secondaire II ou supérieure. Pour ce qui est des différences entre les grandes régions, les personnes vivant au Tessin et dans la Région lémanique éprouvent nettement plus souvent des problèmes psychiques que la moyenne de la population en Suisse. En Suisse centrale et en Suisse orientale, ces problèmes sont au contraire le moins souvent mentionnés.

Répondant à la question portant spécifiquement sur les *symptômes dépressifs*, plus d'un tiers des personnes interrogées rapportent des symptômes légers à sévères. Ces symptômes présentent une gravité (plutôt) sévère chez environ 3% d'entre elles, une gravité moyenne chez 6% et une gravité faible chez 26%. La

fréquence des symptômes dépressifs a augmenté entre 2012 et 2017. La part des personnes présentant des symptômes de gravité moyenne à sévère s'est surtout accrue parmi les jeunes hommes (de 16 à 20 ans) et chez les personnes âgées de 50 à 64 ans. Quant aux personnes chez qui une *dépression* a été *diagnostiquée*, leur part dépasse 5%. À l'instar des symptômes dépressifs, les dépressions diagnostiquées ont enregistré une augmentation entre 2012 et 2017. Dans la comparaison régionale, c'est à nouveau le Tessin qui ressort du lot, affichant des valeurs nettement supérieures à la moyenne suisse. À l'inverse, les personnes habitant en Suisse centrale font le moins souvent état de symptômes dépressifs ou de dépressions diagnostiquées. À titre très général, il importe de souligner que la fréquence des symptômes dépressifs et des dépressions diagnostiquées pourrait être sous-estimée dans l'ensemble de la population, car les personnes gravement atteintes pourraient ne pas souhaiter ou ne pas être en mesure de participer à l'ESS. Par ailleurs, l'enquête s'adresse aux personnes vivant dans un ménage privé, mais n'est pas menée au sein d'établissements médico-sociaux (tels ceux qui accueillent des personnes qui rencontrent des problèmes psychosociaux).

Comorbidité: la coexistence de plusieurs maladies est fréquente chez les personnes atteintes de troubles psychiques. Les personnes souffrant de dépression présentent plus souvent deux ou plusieurs maladies somatiques simultanées que les personnes non dépressives. Trois quarts environ des personnes interrogées qui souffrent de détresse psychologique profonde ou présentent des symptômes dépressifs sévères éprouvent également des problèmes physiques importants.

Facteurs de protection et facteurs de risque

L'apparition d'une maladie psychique chez un individu dépend d'une multitude de facteurs. Ceux-ci peuvent être aussi bien des caractéristiques propres à la personne (certains traits de personnalité, p. ex.) ou à son environnement (cadre familial ou entourage social, p. ex.). Selon leurs effets, ces facteurs sont qualifiés de facteurs de risque ou de facteurs de protection.

Facteurs de protection: tous les facteurs étudiés ici – *sentiment élevé de maîtriser sa vie, auto-efficacité générale élevée, coping résilient élevé et soutien social fort* – exercent un effet protecteur face à d'éventuels problèmes psychiques: les personnes qui présentent le facteur de protection considéré souffrent nettement plus rarement de problèmes psychiques que celles chez qui ce facteur est absent. Les personnes qui éprouvent un sentiment élevé de maîtrise de la vie, soit celles qui sont convaincues d'être en mesure de choisir le déroulement de leur existence, souffrent nettement plus rarement de problèmes psychiques que les personnes chez qui ce sentiment est faible ou moyen (4% contre 27%). Les prévalences des facteurs de protection étudiés se situent toutes dans une même fourchette: entre 30% et 40%.

Facteurs de risque: tous les facteurs étudiés ici – *bas niveau de formation, origine migratoire, chômage ou invalidité, limitations en raison d'un problème de santé physique et solitude* – ont pour effet d'accroître le risque de problèmes psychiques. Ce sont surtout les personnes qui se sentent seules qui risquent de souffrir de problèmes psychiques. Parmi les facteurs de risques étudiés, c'est

l'origine migratoire qui est le plus fréquemment rencontrée en 2017, sa prévalence atteignant presque 30%. Le faible niveau de formation, les limitations dues à un problème de santé physique et la solitude touchent nettement plus souvent les femmes que les hommes.

Interactions entre facteurs de protection et facteurs de risque: plus les facteurs de risque étudiés sont présents en grand nombre, plus la part de personnes souffrant de problèmes psychiques est élevée. À l'inverse, plus les facteurs de protection sont nombreux, plus la proportion de personnes présentant des problèmes psychiques est faible. Il apparaît par ailleurs que les facteurs de protection déploient leur effet même en présence de facteurs de risque. Un petit tiers de la population ne dispose que d'une petite quantité de facteurs de protection.

Recours aux soins

Recours aux soins pour problèmes psychiques: la part de la population qui suit un traitement pour problèmes psychiques a suivi une hausse constante ces vingt dernières années, pour atteindre un bon 6% en 2017, avec une proportion plus importante de femmes que d'hommes. La plupart de ces personnes – en particulier les jeunes – s'adressent à un psychiatre ou à un psychothérapeute. En 2017, le nombre de personnes qui ont consulté un généraliste pour ce type de problèmes a beaucoup baissé par rapport aux années précédentes. Proportionnellement, ce sont surtout les personnes plus âgées qui ont consulté un généraliste.

Recours aux prestations ambulatoires: entre 2012 et 2018, le recours aux prestations psychiatriques et psychothérapeutiques ambulatoires, calculé en nombre de consultations pour 1000 assurés, a augmenté, en particulier chez les enfants et les adolescents. Ce constat vaut tant pour le nombre de consultations dans les cabinets psychiatriques ou psychothérapeutiques (+26%) que pour celui de la psychiatrie hospitalière ambulatoire (+43%). Les cabinets psychiatriques sont nettement plus fréquentés par les femmes que par les hommes (60% contre 40%), tandis qu'en psychiatrie hospitalière ambulatoire, le taux de consultation des hommes est légèrement supérieur à celui des femmes (52% contre 48%). Aucune donnée n'est en revanche disponible sur le recours aux prestations des cabinets de psychothérapie non médicale.

Hospitalisations: en 2018, on a dénombré près de 102'000 hospitalisations en raison d'un diagnostic de nature psychiatrique, pour environ 71'000 patients. Ces chiffres correspondent à un taux de 11,9 cas ou 8,3 patients pour 1000 habitants. Depuis 2012, le taux d'hospitalisation a augmenté de 27% à l'échelle des cas et de 13% à l'échelle des patients. Dans le domaine stationnaire, le taux de recours aux soins a également enregistré une forte hausse chez les enfants et les adolescents. Le nombre moyen de jours de soins par séjour en clinique a nettement reculé entre 2002 et 2018, tandis que le pourcentage de patients effectuant plus d'un séjour en clinique par an est passé de 22% à 30%. Cette évolution pourrait être la conséquence du nombre accru de transferts de patients entre le domaine ambulatoire et le domaine stationnaire. C'est en particulier le transfert de patients atteints de maladies chroniques vers des structures ambulatoires ou semi-hospitalières qui augmente le nombre de séjours brefs dans

le domaine stationnaire. Dans les soins stationnaires, les femmes présentent souvent d'autres troubles que les hommes, les différences étant de plus liées à l'âge. Tant chez les femmes que chez les hommes, ce sont néanmoins les diagnostics appartenant au groupe des dépressions (F32–F33) qui sont le plus souvent à l'origine d'une hospitalisation.

Placement à des fins d'assistance et mesures limitatives de liberté: en 2018, on a recensé près de 14'000 cas de *placements à des fins d'assistance* en institutions psychiatriques, soit un cinquième environ de toutes les hospitalisations motivées par un diagnostic psychiatrique. Comme les années précédentes, les chiffres dans ce domaine varient beaucoup d'un canton à l'autre en 2018. Ces profonds écarts peuvent s'expliquer par des différences entre les législations cantonales, soit en particulier entre les régimes de compétence en matière de placement à des fins d'assistance (PAFA).

Dans les cliniques, des *mesures limitatives de liberté* ont été appliquées dans 7% environ de tous les cas psychiatriques. Ces mesures comprennent l'isolement, l'immobilisation et la médication forcée ainsi que les mesures de sécurité d'immobilisation sur une chaise ou au lit. La mesure la plus souvent utilisée a été l'isolement (6%), suivi par la médication forcée (3%).

Consommation de médicaments: environ 4% des personnes interrogées prennent un somnifère ou un calmant chaque jour et environ 6% un analgésique. La consommation quotidienne de ce type de médicaments est plus répandue chez les femmes que chez les hommes et sa fréquence augmente tant avec l'âge qu'avec la gravité des problèmes psychiques. Une différence entre les sexes apparaît également dans la consommation d'antidépresseurs. La prise quotidienne de somnifères et de calmants, d'analgésiques et d'antidépresseurs est le plus souvent demeurée stable ces cinq dernières années, mais a enregistré des hausses ponctuelles durant les années précédentes. Sur les dix dernières années, la part des personnes en Suisse qui consomment des antidépresseurs s'est ainsi accrue, pour passer de 3% à 4% de la population.

Thèmes particuliers

Rentes AI pour troubles psychiques: les maladies psychiques constituent depuis des années la cause d'invalidité la plus fréquente. En 2018, plus de 215'000 personnes en Suisse touchaient une rente AI et celle-ci était motivée par une maladie psychique dans près de la moitié des cas (47%). Bien que le nombre total des rentiers AI diminue depuis plusieurs années, le taux de rentes allouées pour cause de maladie psychique reste stable, avoisinant 20 rentiers pour 1000 habitants. Alors que depuis 2003, la tendance dominante est à la baisse du côté des nouvelles rentes, le nombre des nouvelles rentes pour cause de maladie psychique tend à s'accroître chez les personnes de 18 à 24 ans.

Suicides, tentatives de suicide et pensées suicidaires: en 2017, 1043 personnes se sont ôtées la vie en Suisse en commettant un *suicide non assisté*. Cela équivaut à près de trois suicides par jour, soit plus de quatre fois plus que les décès causés par les accidents de la route. Le taux de suicide a fortement diminué ces vingt dernières années, notamment grâce au recul des suicides par armes à feu. Le suicide n'en demeure pas moins la première

cause de mortalité chez les personnes de 19 à 34 ans. Pour ce qui est des *suicides assistés*, le tableau qui se dégage est très différent. Jusqu'en 2015, leur nombre a fortement progressé avant de se stabiliser aux environs de 1000 par an, soit à un niveau équivalent à celui des suicides non assistés. Relevons par ailleurs, que le suicide assisté est presque aussi fréquent chez les hommes que chez les femmes, contrairement au suicide non assisté, trois fois plus fréquent chez les hommes.

En Suisse, 4% des femmes et 3% des hommes ont fait une *tentative de suicide* au cours de leur vie. Par ailleurs, environ 8% de la population ont indiqué avoir eu des *pensées suicidaires* au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête. La fréquence de ces pensées s'est accrue depuis 2012, puisque la part des personnes qui en ont fait état dépassait alors légèrement 6%.

Coûts des maladies psychiatriques: les coûts de l'assurance obligatoire des soins (AOS) dans le domaine psychiatrique (psychiatrie hospitalière stationnaire et ambulatoire et soins ambulatoires en cabinets de psychiatrie) se sont montés à 2 milliards de francs en 2018, représentant 6% du total des coûts AOS. En psychiatrie hospitalière stationnaire, les coûts ont diminué de près d'un quart entre 2017 et 2018. Cette baisse s'explique probablement par un retard dans la facturation des prestations, suite à l'introduction du système TARPSY. Il faut dès lors s'attendre à ce que les chiffres se situent à un niveau d'autant plus élevé en 2019. Dans le domaine ambulatoire, qui n'est pas concerné par le système TARPSY, les coûts ont à l'inverse poursuivi leur hausse. Si l'on considère l'ensemble de la psychiatrie, les coûts totaux par patient ont enregistré entre 2012 et 2017 une hausse de 13%. À titre de comparaison, les coûts AOS totaux se sont accrus de 18% sur la même période.

Conclusion

Dans l'ensemble, les analyses révèlent qu'appartenir au sexe féminin, être assez jeune, bénéficier d'un niveau de formation modeste et habiter au Tessin ou dans la Région lémanique sont associés à une moins bonne santé psychique et à des facteurs de protection en moins grande quantité. À un niveau plus spécifique, il convient de relever l'accroissement des symptômes dépressifs chez les jeunes hommes, ainsi qu'une hausse relativement forte de ces mêmes symptômes chez les personnes de 50 à 64 ans. Renforcer la santé psychique de la population en Suisse revêt donc toujours une grande importance. Quant à l'augmentation du recours aux soins dans le cadre ambulatoire et stationnaire, il est impossible de l'expliquer par des causes spécifiques, telle une détérioration de la santé psychique par exemple. Elle peut en effet aussi refléter une évolution du comportement des patientes et des patients, un effet induit par l'offre ou une plus grande ouverture d'esprit, qui conduit à parler plus aisément des problèmes psychiques. Utiliser plusieurs sources de données permet de procéder à une évaluation plus large, mais lacunaire, de la santé psychique de la population suisse, des facteurs de risque et de protection ainsi que du recours aux soins psychiatriques et psychothérapeutiques.

1 Introduction

Le présent rapport fournit une vue d'ensemble de plusieurs aspects de la santé psychique de la population suisse. Par «santé psychique», on entend ici tant l'état de santé psychique de la population – bon ou mauvais – que la prise en charge psychothérapeutique et psychiatrique, son coût etc. De même que les autres rapports sur la santé, il est conçu dans une optique de périodicité et de comparabilité, et reprend largement les thèmes abordés dans les quatre éditions précédentes (Rüesch et Manzoni, 2003; Schuler et Burla, 2012; Schuler et al., 2007; Schuler et al., 2016). Avant d'entrer dans le vif du sujet, à partir du chapitre 2, et de présenter les résultats du monitoring, il donne un bref aperçu des notions de santé psychique et de maladie psychique au sens strict (1.1) et de l'importance des troubles psychiques (diffusion, évolution de la prévalence et conséquences pour l'individu et la société) (1.2). Il passe également en revue la politique menée dans le domaine de la santé psychique aux échelons international, national et cantonal (1.3).

Une précision s'impose ici: ce rapport de monitoring a été rédigé en 2020, et donc à un moment où la pandémie de COVID-19 a bouleversé le quotidien des individus comme rien auparavant. Il est impossible pour l'heure d'en estimer les conséquences sociétales à l'échelle nationale et internationale, mais de nombreuses études sont en cours pour déterminer l'influence de cette épidémie sur la santé psychique (p. ex. BPTK, 2020; Ozamiz-Etxebarria et al., 2020; Salari et al., 2020; Serafini et al., 2020; Sher, 2020). Le présent rapport de monitoring se fonde toutefois sur des jeux de données déjà existants, représentatifs de l'ensemble du pays, qui sont mis à jour de manière périodique (cf. 1.5). Les données 2020 n'ont donc pas encore été saisies, et les conséquences de la pandémie sur la santé psychique et sur le recours au système de santé n'y figurent donc pas encore.

1.1 Santé psychique – maladie psychique

1.1.1 Notions et définitions

La **santé psychique** ou **mentale** est définie par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) comme «un état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté» (Becker et al., 2004; OMS Bureau régional de l'Europe, 2019). La notion d'«état» ne doit toutefois pas être comprise comme un élément statique et permanent et il faut plutôt voir dans la santé psychique un processus multiple et dynamique, influencé à la fois par des caractéristiques individuelles ainsi que, dans une mesure non négligeable, par des facteurs exogènes tels que les conditions sociales et le contexte dans lesquels vivent les individus (Becker et al., 2004; OMS, 2001; OMS Bureau régional de l'Europe, 2019).

Plusieurs auteurs définissent la santé psychique comme un état de bien-être constitué de plusieurs composants ou dimensions (notamment Keyes, 2002; Deci et Ryan, 2000; Seligman, 2012). Keyes (2002) distingue par exemple le bien-être émotionnel, le bien-être psychique et le bien-être social: le bien-être émotionnel comprend les émotions positives, le sentiment de bonheur, la satisfaction par rapport à sa vie (perspective hédonique), tandis que le bien-être psychique se réfère au bon fonctionnement psychologique, au développement personnel, à la réalisation de son propre potentiel (perspective eudémonique) et que le bien-être social consiste, pour l'individu, à entretenir de bonnes relations avec les autres, avec sa communauté et la société.

Les **maladies psychiques** perturbent le quotidien et le comportement des individus. Elles modifient perception, pensées, émotions, attitudes et relations, qui divergent alors de la norme (OMS, 2001; OMS Bureau régional de l'Europe, 2019). Elles sont handicapantes dans la vie quotidienne et déséquilibrent la personne; elles peuvent faire peur et réduire sensiblement sa liberté. Elles sont généralement source de souffrance tant pour l'individu que pour son entourage.

Un certain flou règne quant à la bonne utilisation des expressions «troubles psychiques», «problèmes psychiques» et «maladie psychique». À ce propos, l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) précise: «dans le contexte psychiatrique, on utilise souvent l'expression de *troubles psychiques*, qui souligne le dysfonctionnement. La notion de *maladie psychique* renvoie à l'importance et au déroulement de la maladie, au traitement et à la prise en

charge de l'individu (OFSP, 2015a, p. 15). Dans le présent rapport, ces diverses expressions sont employées comme synonymes. Quant à la notion de «problèmes psychiques», elle est plus large, puisqu'elle comprend tant les maladies que les stades subcliniques.

1.1.2 Modèle dit à deux continuums (Keyes)

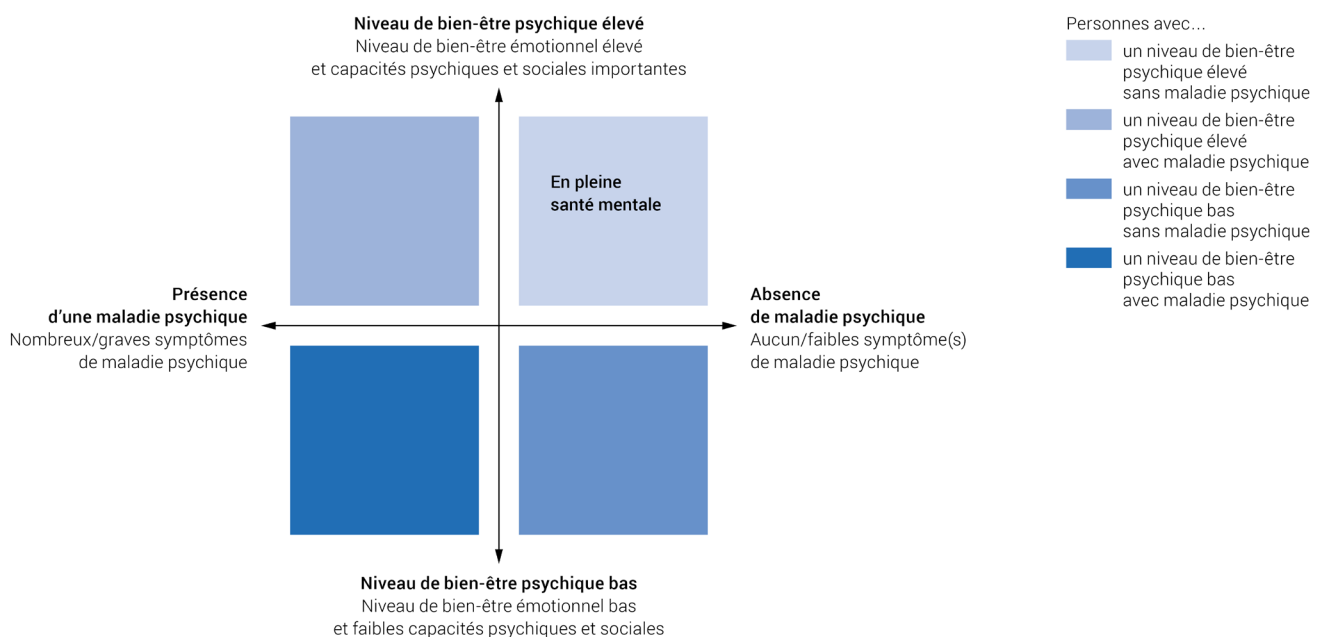
La Constitution de l'OMS définit la santé comme «un état de complet bien-être physique, mental et social, qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité» (OMS, 1946). Cette définition a mené, dans le domaine de la santé psychique également, à l'élaboration de plusieurs modèles de relations entre santé et maladie. La plupart de ces cadres théoriques se fondent sur une **conception bipolaire**: la santé et la maladie sont considérées comme les pôles d'un seul continuum entre lesquels les individus évoluent, dans un sens ou dans l'autre. On n'est donc ni, malade ni en bonne santé (dichotomie), mais l'un et l'autre à des degrés divers (Antonovsky, 1997; Lippke et Renneberg, 2006). Des travaux de recherche ayant montré qu'une approche unidimensionnelle ne suffit pas à expliquer les différentes données réunies dans le domaine de la santé et des maladies psychiques, un **modèle dit à deux continuums** a été mis au point, qui correspond mieux à la réalité empirique (Keyes, 2005).

Comme l'illustre le graphique G 1.1, dans ce modèle la maladie et la santé psychiques ne constituent pas les pôles d'un continuum à une seule dimension, mais deux dimensions distinctes, sans toutefois être totalement indépendantes (Keyes, 2005,

2007; Westerhof et Keyes, 2010). L'un de ces continuums concerne l'existence ou l'absence d'une maladie ou de problèmes psychiques, l'autre va d'un faible niveau de bien-être à un niveau de bien-être élevé (santé psychique positive). Autrement dit, un individu peut occuper une position différente pour ce qui est de la maladie psychique qu'en ce qui concerne le bien-être psychique, car les deux dimensions ne dépendent pas forcément l'une de l'autre. Une personne peut ainsi être considérée comme ne souffrant d'aucune maladie psychique – car elle ne présente aucun symptôme de maladie – sans pour autant se sentir en bonne santé psychique. Dans le modèle, cet état correspond au quadrant en bas à droite: «Personnes avec un niveau de bien-être psychique bas, sans maladie psychique». L'absence de maladie psychique n'implique donc pas automatiquement la présence de bien-être psychique. De même, ne pas ressentir du bien-être psychique ne signifie pas non plus forcément souffrir d'une maladie psychique, et il est aussi possible d'éprouver du bien-être tout en étant malade psychique ou, à l'inverse, de n'être ni malade psychiquement, ni ressentir de bien-être psychique. Dans ce modèle, la «pleine» santé psychique est définie comme étant une combinaison d'un bien-être émotionnel psychique et social marqué et de l'absence de maladie psychique.

Ce modèle implique qu'une réduction des maladies psychiques au sein de la société ne s'accompagne pas forcément d'une augmentation de la santé psychique, mais qu'il est nécessaire de promouvoir activement la santé psychique – c'est-à-dire le bien-être émotionnel et les compétences psychiques et sociales des individus.

G 1.1 Santé mentale: le modèle à deux continuums



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

© Obsan 2020

1.1.3 Prise en compte des diagnostics de troubles psychiques

Bien qu'il soit difficile de fixer une limite claire entre santé et maladie, il est souvent nécessaire de procéder à une distinction dichotomique entre personnes en bonne santé et personnes malades (par ex. pour le versement de prestations de l'assurance-maladie ou de l'aide sociale). Les systèmes de classification et de diagnostic, tels que la Classification internationale des maladies CIM-10 de l'OMS (voir l'encadré «La Classification internationale des maladies CIM-11») et le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5) de l'Association américaine de psychiatrie (APA, 2013 ou Falkai et Wittchen, 2015), fixent des critères contraignants pour savoir à partir de quel seuil une atteinte psychique doit être considérée comme un trouble pathologique. Pour déboucher sur un diagnostic, les symptômes doivent présenter un certain degré de gravité, d'intensité, de fréquence et de durée, en fonction du parcours de vie et du milieu socioculturel du sujet, et entraîner des souffrances personnelles ou des restrictions fonctionnelles (Scharfetter, 2002). Les diagnostics sont posés par les médecins. Il reste toutefois impossible dans nombre de cas de situer avec précision la limite entre «maladie» et «bonne santé» (Jacobi et Barnikol, 2015).

Le présent rapport se fonde en grande partie sur les données de l'enquête suisse sur la santé (ESS) et de la statistique médicale des hôpitaux (MS) de l'OFS. Dans l'ESS, qui est menée par téléphone et par questionnaire papier auprès de la population (cf. 1.5.1), les personnes interrogées répondent à des questions sur leur santé et sur leur comportement. Il s'agit donc d'auto-évaluations et pas de diagnostics posés par des médecins. Il n'est par conséquent pas question, dans l'ESS, de maladies ou de troubles psychiques, mais de *détresse psychologique* et de *symptômes dépressifs*, à l'exception d'une question, qui porte sur la présence, durant l'année précédant l'enquête, d'une éventuelle dépression et d'un diagnostic y relatif.

La statistique médicale des hôpitaux (cf. 1.5.2), par contre, recense les séjours en hôpital ou en clinique, pour lesquels un diagnostic médical est indispensable. Le sous-chapitre sur le recours aux soins stationnaires (4.3) se réfère par conséquent aux troubles psychiques diagnostiqués, ce qui permet d'aborder également la répartition des divers groupes de diagnostics.

La Classification internationale des maladies CIM-11

L'OMS a adopté en mai 2019 la onzième version de son système de classification des diagnostics médicaux (pour davantage d'informations, voir le site de cette organisation: <https://icd.who.int/fr>). La CIM-11 doit entrer officiellement en vigueur au 1^{er} janvier 2022. La date de son entrée en force en Suisse n'est pas encore connue. Cette nouvelle version se distingue en particulier par sa nouvelle structure de codification, qui a été entièrement revue à la lumière des dernières connaissances médicales. L'une des modifications, qui pose un important jalon, concerne l'incongruence de genre (transsexualisme dans la CIM-10), qui passe du chapitre sur les troubles psychiques à un nouveau chapitre consacré à la santé sexuelle. Signalons aussi que la dépendance au jeu, les comportements sexuels compulsifs ou encore l'anxiété de séparation font leur entrée parmi les maladies psychiques, que la catégorie des troubles hyperkinétiques est remplacée par le TDAH (troubles de déficit d'attention et hyperactivité) et que le passage sur les troubles de la personnalité a été complètement revu.

1.2 Importance des maladies psychiques

1.2.1 Prévalence des maladies psychiques

Il est indispensable de disposer de **données épidémiologiques** sur la prévalence des troubles psychiques pour pouvoir planifier de manière efficace la prévention, les offres thérapeutiques ainsi que la promotion de la santé et la réadaptation (Jacobi et al., 2017). Wittchen et Jacobi constataient en 2005 que près d'une personne sur deux souffre une fois durant sa vie d'une maladie psychique. Leur étude très citée, publiée en 2011, qui synthétisait des études réalisées dans les 27 pays de l'UE ainsi qu'en Suisse, en Islande et en Norvège, a montré que plus d'un tiers de la population européenne concernée – soit environ 164,7 millions de personnes – souffrent d'un trouble psychique. Les troubles anxieux (14,0%) sont les plus fréquents, suivis par les troubles affectifs (7,8%) – essentiellement des dépressions (6,9%) –, les troubles somatoformes (4,9%) et les troubles dus à l'alcool (3,4%). Les femmes sont deux à trois fois plus touchées que les hommes, si l'on excepte les troubles liés à l'utilisation de substances et les troubles psychotiques. Aucune différence notable n'est constatée entre pays ou cultures, sauf pour les troubles liés à l'utilisation de substances (pour les données spécifiques à la Suisse, voir Ajdacic-Gross et Graf, 2003 ainsi que Maercker et al., 2013).

Des données plus récentes sur la **fréquence des symptômes dépressifs** sont fournies par la deuxième vague de l'enquête européenne par entretien sur la santé (EHIS-2), qui a été menée de 2013 à 2015 dans tous les États membres de l'UE ainsi qu'en Islande, en Norvège et en Turquie, mais pas en Suisse. En moyenne européenne, 6,6% des individus déclarent avoir souffert durant les deux semaines précédant l'enquête de symptômes dépressifs moyens à sévères. Le taux est plus élevé pour les

femmes (7,9%) que pour les hommes (5,2%). L'Allemagne (9,2%) se situe au-dessus tant de cette moyenne que de la plupart des autres États membres (Hapke et al., 2019). Elle affiche la prévalence la plus élevée d'Europe de symptômes dépressifs chez les adolescents et les jeunes adultes (11,5%), ce qui a été expliqué en particulier par une augmentation de ce taux chez les filles et les jeunes femmes (Hapke et al., 2019; Bretschneider et al., 2018).

Le dernier rapport conjoint de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) et de la Commission européenne indique que dans l'UE, en 2016, plus d'un individu sur six souffre de problèmes psychiques tels que la dépression, les troubles anxieux ou des troubles liés à la consommation d'alcool ou de drogue (OECD/EU, 2018).

Il est difficile de juger de **l'évolution globale de la fréquence des maladies** psychiques étant donné qu'on ne dispose souvent pas de données longitudinales nationales récentes (voir par exemple Nowotny et al., 2019 pour l'Autriche) et que les pays évoluent de manières différentes. Des études allemandes concluent à une certaine stabilité de la prévalence des maladies psychiques: selon une enquête représentative menée de septembre 2009 à mars 2012 par l'Institut Robert Koch et l'Université de Dresde (*Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland*, DEGS) et son module sur la santé psychique (DEGS-MH), les prévalences annuelles n'ont pas augmenté de manière significative. C'est ce qui ressort d'une comparaison entre l'enquête sur la santé psychique DEGS-MH et l'enquête fédérale allemande sur la santé de 1998 tant pour la dépression que pour l'ensemble des autres troubles psychiques (Jacobi et al., 2014; Bretschneider et al., 2018). Les études étasuniennes rapportent en revanche une augmentation des dépressions au sein de la société, et en particulier chez les adolescents (Blue Cross Blue Shield, 2018; Weinberger et al., 2018).

Bien que nombre de scientifiques concluent à une **stabilité de la prévalence** des maladies psychiques au sein de la population, il est souvent question d'un **recours accru aux prestations** du système de santé en raison de troubles psychiques (Jacobi et al., 2017; Jorm et al., 2017; Nübel et al., 2019; OECD/EU, 2018; Schuler et al., 2019). Une étude allemande montre, notamment à l'aide d'analyses de l'enquête téléphonique sur la santé *Gesundheit in Deutschland aktuell* (GEDA), qu'au sein de la population adulte, la prévalence de dépressions que les personnes interrogées ont dit avoir été diagnostiquées a passé de 6,3% en 2009 à 8,0% en 2012, et que cette évolution touche tant les femmes que les hommes (Thom et al., 2019). En l'absence d'indices d'augmentation de la morbidité au sein de l'ensemble de la population sur la même période, les auteurs voient dans ces résultats une modification de la manière dont les patients ont recours aux soins et de la manière dont les médecins posent les diagnostics, les enregistrent et les communiquent (Thom et al., 2019). Il n'en reste pas moins que de nombreux troubles psychiques ne sont pas traités: dans le cadre d'une étude menée en Allemagne auprès d'individus

présentant des symptômes dépressifs, près de deux tiers des personnes interrogées ont déclaré ne pas avoir consulté de psychiatre ou de psychothérapeute au cours des douze derniers mois (Rommel et al., 2017). L'étude *Bern Epidemiological At Risk* (BEAR) parvient à des résultats semblables: selon Michel et al. (2018), 93% des 16 à 40 ans présentant des symptômes de troubles psychiques ne suivaient pas de traitement psychiatrique ou psychologique au moment de l'enquête, que ce traitement soit professionnel (psychiatre ou psychologue) ou semi-professionnel (généraliste ou médecin d'une autre spécialisation). Parmi les personnes présentant des symptômes de troubles psychiques, 28,3% n'étaient pas en traitement au moment de l'enquête, mais l'avaient déjà été; et près de 65% ne s'étaient encore jamais adressées à un professionnel. De nombreuses personnes ne cherchent en effet de l'aide que lorsque leur maladie psychique altère leur capacité de fonctionnement (Michel et al., 2018).

Pour évaluer l'importance d'une maladie au sein d'une population, on ne recourt pas seulement aux données sur la prévalence, mais on quantifie souvent également ce que l'on appelle la **charge de morbidité** (*burden of disease*). Cette charge correspond à la différence entre l'état de santé effectif et l'état idéal (Murray et Lopez, 1996). Elle est mesurée à l'aide des DALY (*disability-adjusted life years*, ou années de vie corrigées de l'incapacité), une unité qui correspond à la somme d'années potentielles de vie en bonne santé perdues à cause de la maladie, d'un handicap ou d'une mort précoce (également appelées années de vie perdues en bonne santé).

Selon l'étude *Global Burden of Disease 2013* (GBD), les troubles psychiques induisent une charge de morbidité importante à l'échelle mondiale (GBD 2017 DALYs and HALE Collaborators, 2018). En Suisse, ils ont été responsables de 13,9% de l'ensemble des DALY en 2017 (et en ont généré 1,9% de plus en raison des automutilations)¹. Les troubles psychiques occupent ainsi, après le cancer (16,4%) et les maladies de l'appareil locomoteur (15,1%), la troisième place en termes de charge de morbidité, se plaçant même devant les problèmes cardiovasculaires (12,9%). Parmi les maladies psychiques, ce sont la maladie d'Alzheimer et d'autres formes de démence (27,6%), les dépressions (19,3%) et les troubles anxieux (14,7%) qui engendrent le plus de DALY, ou la plus grosse charge de morbidité. Ce classement diffère pour les hommes, chez lesquels les troubles dus à la consommation de substances psychotropes sont responsables de la plus grosse charge de morbidité au sein des troubles psychiques. Si l'on prend en considération l'ensemble des maladies psychiques, les femmes perdent davantage d'années de vie en bonne santé que les hommes. Et chez elles, 15,5% des DALY sont attribués aux troubles psychiques, alors que cette proportion n'est que de 12,2% chez les hommes. Signalons encore que les taux indiqués pour la Suisse sont comparables aux chiffres des autres pays d'Europe occidentale et n'ont pas enregistré d'évolution notable ces dernières années.

¹ Source: Global Health Data Exchange (<http://ghdx.healthdata.org/>). La catégorie «troubles psychiques» englobe les catégories B 5.1 Alzheimer disease and other dementias, B 6 Mental disorders et B 7 Substance use disorders de l'étude GBD.

1.2.2 Conséquences des maladies psychiques sur l'individu et la société

Les troubles psychiques engendrent non seulement, comme nous l'avons exposé ci-dessus, une importante **charge de morbidité** (c'est-à-dire une période marquée par une restriction des capacités et un handicap), ils réduisent aussi de manière sensible la **qualité de vie** générale des personnes. Souffrance et sentiment d'impuissance, absence de perspectives et stigmatisation constituent des facteurs déterminants pour la qualité de vie subjective des personnes atteintes de troubles psychiques (voir par ex. Dey et al., 2020; Peter et al., 2019). Les maladies psychiques peuvent avoir de lourdes conséquences dans la mesure où leurs effets se répercutent souvent sur tous les domaines de la vie. L'activité professionnelle, notamment, est souvent entravée, ce qui peut se traduire par une productivité réduite et de l'absentéisme (voir par ex. Baer et al., 2013). Une étude allemande montre que nombre de patients ne retournent pas à leur poste de travail après avoir suivi un traitement psychiatrique stationnaire ou semi-stationnaire, ce qui permet de conclure qu'il est nécessaire de les soutenir dans leur réintégration professionnelle (Mernyi et al., 2018). En Suisse, on a constaté que les contacts entre les supérieurs d'employés souffrant de troubles psychiques et les médecins traitants de ces derniers peuvent être bénéfiques pour la relation de travail (Baer, 2017).

Les maladies psychiques sont depuis des années maintenant la **cause la plus fréquente d'invalidité** en Suisse (Baer, 2017), en particulier chez les jeunes et chez les personnes d'âge moyen (cf. sous-chapitre 5.1). Elles sont aussi la principale cause de suicide (non assisté) (cf. sous-chapitre 5.2). De plus, bon nombre des personnes souffrant d'une maladie psychique chronique souffrent également d'une pathologie somatique grave (cf. section 2.2.3). Les troubles psychiques sont par conséquent associés à une augmentation de la **mortalité** due à des maladies somatiques, une mortalité due en majorité (60% au moins) à une augmentation des causes de mort naturelle et à près de 40% à la hausse des causes de mort non naturelles (suicide, accident et acte de violence) (Walker et al., 2015). Parmi les causes de mort naturelle, on trouve surtout les maladies cardio-vasculaires, les maladies pulmonaires, les cancers et les infections sévères (Lesage et al., 2015; Liu et al., 2017). Les personnes atteintes de troubles psychiques ont une espérance de vie réduite de dix ans en moyenne et, en présence de troubles psychotiques, bipolaires ou dépressifs sévères, cette réduction peut atteindre la vingtaine d'années (Liu et al., 2017).

Les troubles psychiques ne sont pas seulement source de souffrance pour les malades, ils peuvent également mettre **l'entourage** à rude épreuve. Les parents, frères, sœurs et enfants de personnes souffrant de maladies psychiques sont psychiquement moins équilibrés, sont en moins bonne santé, consultent plus fréquemment des médecins et sont plus souvent hospitalisés dans des établissements de soins somatiques aigus (cf. par ex. Amstad et Blaser, 2016; Baer et Cahn, 2009; Dey et al., 2019). Quant à la société, elle en subit les conséquences financières,

sous forme non seulement de **coûts** directs résultant du traitement des troubles psychiques, mais aussi, et dans une importante mesure, de coûts indirects, induits notamment par la diminution de la productivité et l'absentéisme. Dans leur rapport de 2018, l'OCDE et la Commission européenne estiment que les coûts totaux des maladies psychiques s'élèvent à plus de 600 milliards d'euros – c'est-à-dire à plus de 4% du produit intérieur brut (PIB) – dans les pays de l'UE des 28 (OECD/EU, 2018). Ces coûts sont dus à une diminution de la participation au marché du travail et à perte de productivité (240 milliards d'euros, 1,6% du PIB), à une augmentation des dépenses des assurances sociales (170 milliards d'euros, 1,2% du PIB) ainsi qu'aux dépenses directes pour le système de santé (190 milliards d'euros, 1,3% du PIB). Pour la Suisse, cette étude indique des coûts totaux dépassant les 21 milliards d'euros (3,5% du PIB) (OECD/EU, 2018).

1.3 Politique de la santé

La santé, et par conséquent aussi la santé psychique, dépend d'un grand nombre de facteurs. La promotion de la santé psychique de la population se fait donc de manière multisectorielle et ne se limite pas à la politique de la santé, mais inclut par exemple les secteurs de l'instruction et de la formation ainsi que celui de l'économie (Favre Kruit et Kessler, 2015; WHO, 2014a). Dans les paragraphes qui suivent, nous présentons une sélection de politiques internationales et nationales relevant avant tout du secteur de la santé, sans prétention d'exhaustivité.

1.3.1 Politiques et initiatives internationales

À l'échelle politique internationale, l'importance de la santé psychique non seulement pour l'individu, mais aussi pour la société et pour son capital humain, social et économique, est maintenant généralement reconnue. La santé psychique est par exemple prise en compte dans *l'Agenda 2030 de développement durable des Nations Unies* (UNO Generalversammlung, 2015), qui constitue le cadre de référence en matière de durabilité. L'**Agenda 2030** identifie les principaux enjeux mondiaux et fixe pour les prochaines années des lignes directrices et des priorités pour un développement durable. Il s'articule autour des 17 objectifs de développement durable (ODD), que tous les États membres des Nations Unies sont censés atteindre d'ici 2030. Son objectif 3, qui concerne la santé, est de «permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge». Il est assorti d'un sous-objectif (3.4), qui est de «réduire d'un tiers d'ici à 2030, par la prévention et le traitement, le taux de mortalité prématurée due à des maladies non transmissibles et promouvoir la santé mentale et le bien-être» (WHO Regional Office for Europe, 2018). Dans le domaine de la santé et du bien-être psychique, la mesure dans laquelle cet objectif est atteint est évaluée au moyen de l'indicateur ODD du taux de suicide (OFS, 2018).

L'importance que le monde politique accorde à la santé psychique se manifeste aussi dans les diverses initiatives internationales visant à développer des stratégies de promotion de la santé psychique. On doit à l'OMS l'un des premiers pas décisifs en la matière, avec son *Rapport sur la santé dans le monde 2001 – La santé mentale: Nouvelle conception, nouveaux espoirs*, qui fit de cette problématique une priorité de l'agenda mondial (OMS, 2001). En 2005, les États membres de la région Europe au sein de l'OMS ont donné un signal politique fort en adoptant à Helsinki la *Déclaration sur la santé mentale pour l'Europe*, un plan d'action visant à promouvoir la santé psychique (OMS Europe, 2006). Divers travaux ont suivi à l'échelle de l'Union européenne afin de se doter de stratégies et de cadres d'action pour promouvoir la santé psychique, prévenir les troubles psychiques et améliorer la prise en charge ainsi que pour définir des mesures concrètes et des recommandations politiques (cf. Schuler et al., 2016).

Quelques initiatives visent, à l'échelle mondiale, à promouvoir en particulier les bonnes pratiques cliniques: en 2008, l'OMS a lancé son *Programme d'action Comblant les lacunes en santé mentale*², qui résume l'état des connaissances scientifiques sur l'efficacité des interventions et fournit ce faisant des bases pour étendre la prise en charge des maladies psychiques.

L'OMS a également adopté, en 2013, un *Plan d'action pour la santé mentale 2013–2020*, qui vise à améliorer la santé psychique dans le monde (OMS, 2013). Ce plan d'action, assorti d'objectifs précis, à atteindre dans des délais déterminés, a maintenant été prolongé jusqu'en 2030. En parallèle, elle a conçu le *Plan d'action européen sur la santé mentale 2013–2020* (OMS, 2013) afin de répondre aux besoins des pays à revenus moyens à élevés que sont ceux de la région Europe (Muijen, 2014). Ce document correspond à la stratégie-cadre pour la santé et le bien-être *Santé 2020* de la région Europe, stratégie à l'application de laquelle il contribue directement.

L'**Atlas de la santé mentale**, créé en 2001 afin de combler le manque de données mondiales sur la santé, fournit des informations sur les avancées de ce plan d'action³. Des données ont été collectées en 2005, 2011, 2014 et 2017 sur les initiatives politiques, législatives et administratives, les ressources humaines et financières, la disponibilité des services ainsi que les systèmes de monitoring et d'information. Par ailleurs, de plus en plus d'États établissent et publient des statistiques sur la situation en matière de santé psychique (voir l'encadré: «Monitoring de la santé psychique: les exemples du Canada et de l'Allemagne»).

L'**OCDE** s'attelle elle aussi à la problématique de la santé psychique. Elle a par exemple souligné l'importance de la promotion de la santé psychique en lui consacrant un chapitre de sa publication *Panorama de la Santé: Europe 2018* (OECD/EU, 2018). Elle a de plus rassemblé des données empiriques sur un sujet très débattu, la santé psychique des enfants et des adolescents à l'ère du numérique, et publié des recommandations sur le sujet (OECD, 2018). Enfin, dans ses enquêtes PaRIS (*Patient-Reported Indicator Surveys*), elle travaille à l'élaboration à l'échelle internationale d'indicateurs, afin de mesurer les résultats et vécus en matière de

soins de santé rapportés par les patients (www.oecd.org/health/paris/), et aborde dans ce cadre des sujets tels que l'accès aux soins, les temps d'attente, la qualité de vie, les douleurs, le fonctionnement physique et le bien-être psychique.

Informations complémentaires

Département fédéral des affaires étrangères DFAE, Agenda 2030 pour le développement durable:

www.eda.admin.ch/agenda2030/fr/home/agenda-2030/die-17-ziele-fuer-eine-nachhaltige-entwicklung.html (consulté le 03.07.2020)

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, DIMDI: www.dimdi.de/dynamic/de/klassifikationen/icd/icd-11/ (consulté le 02.04.2020)

Mental Health Policy de la Commission Européenne: https://ec.europa.eu/health/non_communicable_diseases/mental_health_fr (consulté le 22.06.2020)

Nations Unies, Objectifs de développement durable: www.un.org/sustainabledevelopment/fr/ (consulté le 10.04.2020)

OCDE, Mental Health: www.oecd.org/fr/sante/systemes-sante/mental-health.htm (consulté le 31.08.2020)

Office fédéral du développement territorial ARE: www.are.admin.ch/are/fr/home/developpement-durable/cooperation-internationale/agenda2030.html (consulté le 10.04.2020)

OMS, Organisation mondiale de la Santé, Santé mentale: www.who.int/topics/mental_health/fr/ (consulté le 22.06.2020)

OMS, Portail CIM-11: www.who.int/classifications/classification-of-diseases und <https://icd.who.int/fr> (consulté le 02.04.2020)

² www.mentalhealthandwellbeing.eu/the-joint-action/ (consulté le 03.07.2020)

³ www.who.int/mental_health/evidence/atlas/mental_health_atlas_2017/en/ (consulté le 10.04.2020)

Monitoring de la santé psychique: les exemples du Canada et de l'Allemagne

Plusieurs États font actuellement en sorte d'améliorer leurs statistiques sur la santé psychique. Pour ce faire, ils mesurent régulièrement la santé psychique de leur population à l'aide de divers indicateurs et publient des rapports sur le sujet. Ils fournissent ainsi à la recherche et à la politique de la santé une base de données valide et durable, qui permet tant d'évaluer l'état et l'évolution de la santé psychique de la population et les soins de santé prodigués aux personnes présentant des troubles psychiques et que d'assurer un suivi scientifique des mesures prises.

Le **Canada** s'est doté, en plus d'indicateurs relatifs à quelques maladies psychiques et au suicide, d'un système d'indicateurs de la santé psychique *positive*. Son *Cadre d'indicateurs de surveillance de la santé mentale positive* fournit des informations sur le sujet ainsi que sur les facteurs de risque et de protection. La santé psychique positive y est évaluée à l'aide de cinq indicateurs: 1) la santé mentale auto-évaluée, 2) le bonheur, 3) la satisfaction à l'égard de la vie, 4) le bien-être psychologique (pouvoir réaliser son propre potentiel; cf. 1.1.1) et 5) le bien-être social, c'est à dire le sentiment d'appartenir à une communauté. Les facteurs de risque et de protection font l'objet d'indicateurs supplémentaires, classés dans quatre domaines: 1) les déterminants individuels, comme la capacité d'adaptation, le contrôle, l'auto-efficacité et la violence, 2) les déterminants familiaux, tels que l'état de santé de la famille et le revenu du ménage, 3) les déterminants communautaires, tels que le soutien de l'entourage et l'environnement de travail et 4) les déterminants sociaux comme les inégalités sociales, la discrimination et la stigmatisation.

<https://sante-infobase.canada.ca/sante-mentale-positive/outil-de-donnees/>

En **Allemagne**, un système d'indicateurs de la santé psychique (*Mental Health-Surveillance*) sera mis au point d'ici 2021. Il s'inscrira dans un système de monitoring des maladies non transmissibles conçu par l'Institut Robert-Koch dans le cadre de son mandat en santé publique. Cet institut avait constaté que les données sur la santé psychique étaient lacunaires et fragmentées en Allemagne, et qu'il manquait en particulier d'informations sur la santé psychique positive (Robert Koch-Institut, 2019). Un processus consensuel mené par des spécialistes de la prévention, des soins, de la politique de la santé et de la recherche ainsi que des représentants des personnes souffrant de troubles psychiques doit aboutir à la définition d'indicateurs de la santé psychique et des maladies psychiques et à la création des jeux de données nécessaires à leur recueil. Sur cette base, il sera possible de publier régulièrement des rapports sur la santé psychique.

www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/MHS/mhs_node.html

1.3.2 Politiques et initiatives menées en Suisse

Le rapport *Santé psychique en Suisse – État des lieux et champs d'action*, publié en 2015, a servi de base à la définition des mesures de politique de santé psychique entrant dans le cadre de la stratégie *Santé2020*. Commandé par le Dialogue de la politique nationale de la santé, ce rapport a été élaboré par l'OFSP, la Conférence suisse des directrices et des directeurs cantonaux de la santé (CDS) et la fondation Promotion Santé Suisse (OFSP, 2015a). Il signale des lacunes dans tout le pays et identifie en particulier quatre chantiers : 1) sensibilisation, déstigmatisation et information; 2) réalisation d'actions dans les domaines de la promotion de la santé, de la prévention et du dépistage précoce; 3) plaidoyer et diffusion des connaissances scientifiques; 4) structures et ressources. Des mesures prioritaires ont été fixées pour chacun de ces domaines, dans le but de favoriser la santé psychique et d'atténuer les conséquences des maladies psychiques. L'un des principaux buts consiste à améliorer la coordination des activités actuelles dans la prévention et le dépistage précoce des maladies psychiques ainsi qu'à créer des synergies.

Au plan opérationnel, le Réseau Santé Psychique Suisse (RSP) joue un rôle central dans la **coordination d'initiatives**, depuis sa création par la Confédération (OFSP, SECO et OFAS), la CDS et Promotion Santé Suisse. Le RSP est une plateforme nationale centrée sur les questions relatives aux programmes régionaux de promotion de la santé psychique et de détection précoce des maladies psychiques. En rendant possibles les échanges, il améliore la coordination entre les acteurs du domaine.

À l'échelle nationale, il est prévu de prendre en compte la santé psychique dans les **programmes, stratégies et offres** actuels, afin de tirer profit des nombreux points de recoupement existant avec d'autres problématiques (OFSP, 2015a). On retrouve actuellement cette démarche dans la *Stratégie Nationale Addictions* (OFSP, 2015b) ainsi que dans la *Stratégie nationale Prévention des maladies non transmissibles* (Stratégie MNT) 2017-2024 (OFSP et CDS, 2016). La Stratégie MNT a pour objectif de réduire la charge de morbidité des maladies non transmissibles, les coûts qui en découlent et les morts précoces ainsi qu'à préserver ou à améliorer la productivité et la participation de la population et de la société. Quant à la *Stratégie Nationale Addictions*, elle vise à prévenir les dépendances, à limiter les répercussions pour la santé et les relations sociales, à garantir aide et traitements aux personnes dépendantes et à réduire les effets négatifs pour la société. Le Système de monitoring suisse des Addictions et des Maladies non transmissibles (MonAM, www.obsan.admin.ch/fr/MonAM), qui découle de la *Stratégie Nationale Addictions*, comprend de nombreux indicateurs étroitement liés à la santé psychique. L'importance de ce sujet est également mentionnée dans le *Programme national VIH et autres infections sexuellement transmissibles* (PNVI) (OFSP, 2010).

Le **Plan d'action pour la prévention du suicide en Suisse**, élaboré en 2016 par la Confédération et les cantons avec Promotion Santé Suisse et d'autres acteurs de la santé et d'autres domaines de la société (OFSP et al., 2016), vise à réduire les taux de suicide non assisté et de tentative de suicide. Une palette de mesures a

été définie, qui comprend notamment la mobilisation de davantage de ressources, la sensibilisation du public en général et de groupes cibles spécifiques, la détection précoce et l'intervention précoce en cas de crise suicidaire, une prise en charge et un traitement adaptés des personnes suicidaires, un accès plus difficile aux moyens et méthodes potentiellement létaux, un soutien aux personnes ayant perdu un proche et à celles concernées par cette thématique (professionnellement, notamment), tout comme le monitoring, la recherche et la promotion d'une approche médiatique qui prévienne le suicide.

Depuis 2017, grâce à l'augmentation du supplément de prime d'assurance-maladie, **Promotion Santé Suisse** a vu augmenter les moyens financiers dont elle dispose pour promouvoir la santé psychique et prévenir les maladies psychiques. Dans ce domaine, elle se concentre sur deux groupes cibles, les enfants et les adolescents d'une part, et les personnes âgées d'autre part. Pour ces deux groupes cibles, elle a choisi des thèmes clés, considérés comme particulièrement importants, afin de les traiter dans le cadre de programmes d'action cantonaux: *l'auto-efficacité et les compétences de vie* ainsi que *le soutien social* (Amstad et Blaser, 2016). Un sujet supplémentaire a été retenu pour les personnes âgées, celui des *proches aidants*. En juillet 2019, Promotion Santé Suisse a publié la Liste d'orientation PAC 2019, qui regroupe les interventions et les mesures des programmes d'action cantonaux (PAC) menés dans les domaines Alimentation et activité physique et Santé psychique des enfants et des adolescents ainsi que des personnes âgées (Ackermann et al., 2019). Cette liste présente les interventions et mesures qui, ayant fait leurs preuves dans certaines régions, peuvent maintenant être reprises par d'autres cantons.

Tous les **cantons** ont désormais pris des initiatives pour protéger et promouvoir la santé psychique. Une enquête menée par le RSP auprès des responsables cantonaux de la santé psychique en 2019 dresse un état des lieux des activités des cantons dans ce domaine⁴. Il en ressort que la plupart des cantons se sont dotés de programmes cantonaux (2019: 21 cantons), ce qui signifie qu'ils mettent en œuvre des mesures au niveau de l'intervention, de la mise en réseau, des politiques et des relations publiques (Gesundheitsförderung Schweiz, 2016). D'autres n'ont pas élaboré de programme, mais lancent tout de même des initiatives ou des campagnes cantonales. Quelques cantons ont uni leurs forces, tels qu'Appenzell Rhodes-Extérieures et Saint-Gall, qui se sont alliés au Liechtenstein pour former le Forum Santé psychique de Suisse orientale.

Plusieurs **campagnes** ont été lancées en Suisse pour informer le public et le sensibiliser. La campagne nationale *Parler peut sauver*, élaborée de 2016 à 2018 par les CFF et le service de prévention et de promotion de la santé du canton de Zurich, entend lever le tabou du suicide en incitant les personnes suicidaires et leurs proches à parler des idées suicidaires et à recourir aux aides existantes. Les cantons romands et le Tessin mènent ensemble le projet «santepsy.ch» sous l'égide de la Conférence Latine des Affaires Sanitaires et Sociales (CLASS) et de la Coordination ro-

mande des associations d'action pour la santé psychique (Co-raasp). En ce moment, la campagne de santepsy.ch vise à rendre la population consciente du fait que prendre soin de sa santé psychique est aussi important que de s'occuper de sa santé physique. Autre campagne soutenue par une large base, *Wie geht's dir?* a été créée en 2014 par les cantons de Zurich, de Schwyz, de Lucerne et de Berne ainsi que par la fondation Pro Mente Sana et regroupe maintenant de nombreux cantons alémaniques et d'autres organisations. Elle est menée sur mandat de Promotion Santé Suisse depuis 2018.

Le Conseil fédéral a adopté en 2019 la **stratégie Santé 2020-2030** et fixé ainsi un agenda des principaux points forts et des objectifs et mesures qui en découlent pour la prochaine décennie (Le Conseil fédéral, 2019). Pour ce qui est de la santé psychique et des maladies psychiques, deux objectifs sont à relever: l'objectif 2, qui consiste à renforcer les compétences de la population suisse en matière de santé, et en particulier à améliorer le traitement des informations concernant la santé et les maladies, ce qui revêt une importance particulière dans le domaine de la santé psychique; et l'objectif 4, vieillir en bonne santé, qui est assorti d'un accent mis sur le renforcement de la prévention des maladies non transmissibles (axe politique 4.1). Il s'agit ici d'agir davantage dans la prévention des maladies somatiques et psychiques (dépendances et démences y compris), durant toutes les étapes de la vie. L'axe politique 4.2 de cette même stratégie traite de la santé des enfants et des adolescents, l'objectif étant, en accordant une attention particulière aux maladies psychiques, de permettre aux jeunes générations de bien débiter dans la vie, en bonne santé.

Le rapport *Avenir de la psychiatrie en Suisse*, rédigé en réponse au postulat Stähelin (10.3255), dresse un état des lieux de l'**offre de soins psychiatriques** en Suisse (OFSP, 2016a). Il en ressort que la Suisse dispose de structures de soins psychiatriques de qualité, offrant aux personnes atteintes de maladies psychiques un traitement adapté à leurs besoins. Les auteurs soulignent toutefois la nécessité de développer ces structures et formulent plusieurs recommandations: améliorer les statistiques indispensables pour planifier une optimisation de l'ensemble de l'offre; améliorer la coordination entre les différentes offres et renforcer leur qualité; assurer un financement durable aux structures intermédiaires et, enfin, promouvoir le perfectionnement des spécialistes de la psychiatrie.

Le rapport *La situation de prise en charge de personnes concernées par les maladies psychiques en Suisse* aborde notamment 1) la question d'un éventuel décalage entre la prévalence des maladies psychiques et le recours à une aide professionnelle ainsi que 2) la question de savoir comment interpréter le faible recours aux soins étant donné la forte densité en psychiatres (Stocker et al., 2016). Les auteurs montrent que l'offre de soins pour les enfants et adolescents est insuffisante, ce qui se manifeste notamment, dans toutes les régions, par de longs délais d'attente ainsi que par des pénuries d'offres et de personnel psychiatrique et psychothérapeutique. Dans les régions rurales et pour certains groupes cibles, des lacunes dans les soins ont aussi été observées dans

⁴ www.npg-rsp.ch/fr/documents.html (consulté le 16.04.2020)

le domaine des soins psychiatriques et psychothérapeutiques de base destinés aux adultes. Enfin, les auteurs attirent l'attention sur le fait que de nombreux psychiatres travaillent à temps partiel, et que cet élément doit être pris en compte au moment d'interpréter la forte densité en psychiatres de la Suisse. Concernant la répartition des ressources en personnel spécialisé, un déséquilibre existe entre cabinets et institutions, entre ville et campagne ainsi qu'entre psychiatrie de l'adulte et psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, avec une concentration des spécialistes sur les premiers domaines mentionnés (Stocker et al., 2016). Les difficultés d'accessibilité se traduisent par de longs délais d'attente, qui s'expliquent notamment par une décharge insuffisante (en raison du modèle de délégation) des cabinets de psychiatres par des psychologues psychothérapeutes.

Les études ayant conclu à une insuffisance de l'offre en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, un état des lieux des prestations stationnaires de transition entre la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent d'une part et la psychiatrie de l'adulte d'autre part a été dressé (von Wyl et al., 2020). Tous les experts interrogés dans ce cadre ont fait état, pour les adolescents malades psychiques et sur l'ensemble du pays, d'un déficit thérapeutique durant cette phase de transition. Ces lacunes concernent tant l'offre clinique institutionnelle que le système de prise en charge en général. Les offres de psychiatrie de transition existant actuellement ne sont suffisantes ni dans le domaine stationnaire, ni dans celui des hôpitaux de jour.

Il faut continuer en Suisse à encourager les **offres de traitements psychiatriques intermédiaires**, dont font aussi partie les services psychiatriques itinérants, c'est-à-dire les visites à domicile pour soutenir dans leur cadre de vie les personnes souffrant de troubles psychiques. Quatre facteurs clés pour le succès de ces services psychiatriques itinérants ont été identifiés dans un rapport: travail en réseau, financement, formation du personnel et facilité d'accès (Stocker et al., 2018). Les auteurs de ce rapport parviennent à la conclusion que les services psychiatriques itinérants réduisent le nombre de jours de soins stationnaires et, par conséquent, les coûts, et qu'ils peuvent combler des lacunes dans le système de soins.

Le Conseil fédéral a approuvé et mis en consultation en juin 2019 un projet visant à supprimer l'obligation pour les psychologues-psychothérapeutes de travailler sous la surveillance d'un médecin (psychothérapie déléguée) et à leur permettre d'exercer à titre indépendant, sur prescription médicale. Si ce projet aboutit, les psychologues-psychothérapeutes pourront fournir leurs prestations et les facturer de manière indépendante, à la charge de l'AOS. Ce passage de la psychothérapie déléguée au **modèle de la prescription** doit rendre les psychothérapies plus accessibles aux personnes souffrant de problèmes psychiques. On s'attend dans ce cas à une augmentation des coûts pour l'assurance de base et à une réduction des coûts généraux supportés par la société. Kaiser et al. (2019) ont estimé à 245 millions de francs les frais supplémentaires pour l'AOS, en raison de l'augmentation probable du recours aux soins. Quant à la réduction des coûts pour la société, elle devrait selon Künzi et al. (2020) se situer entre 398 et 731 millions de francs, ce qui correspond à un

retour sur investissement de 1,6 à 3,0 par franc investi. On ne sait toutefois pas encore si ce projet aboutira et, donc, si la loi en la matière changera.

Notons qu'en 2016 déjà, le Conseil fédéral avait approuvé, dans le cadre de la loi sur les professions de la psychologie, l'ordonnance concernant le **registre des professionnels de la psychologie**. L'objectif de ce registre est d'améliorer la transparence et la qualité de l'offre en psychothérapie en Suisse. Comme le Registre des professions médicales, qui contient depuis 2008 notamment les médecins reconnus, ce registre dresse la liste des psychologues qui disposent dans leur branche d'une formation et d'un perfectionnement reconnus par les autorités fédérales. Il est accessible au public depuis 2017.

La **structure tarifaire TARPSY**, introduite en 2018, régit la rémunération des prestations de psychiatrie stationnaire de manière homogène dans l'ensemble de la Suisse. Son objectif est d'instaurer des conditions-cadres claires, d'augmenter la transparence, de permettre de mieux comparer les prestations, les coûts et la qualité et de favoriser une utilisation des ressources axées sur les patients (SwissDRG, 2016a). Depuis sa mise en vigueur, les prestations stationnaires sont rémunérées sur la base de forfaits journaliers liés aux prestations (qui prennent en compte le diagnostic et la sévérité de la pathologie) (voir l'encadré «Modifications liées à TARPSY», 4.3.3). L'introduction de la structure tarifaire TARPSY a représenté un changement de paradigme pour la saisie des données d'hospitalisation, étant donné la rémunération des séjours dépend maintenant de la qualité et de la quantité des informations enregistrées durant le séjour à l'hôpital (OFS, 2020). De premières analyses de l'OFS montrent qu'avec l'introduction du système TARPSY, le nombre de saisies de codes de diagnostic et de procédure a augmenté (OFS, 2020d).

Informations complémentaires

Dialogue « Politique nationale de la santé » : plate-forme de la Confédération et des cantons: www.bag.admin.ch/bag/fr/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitspolitik/dialog-nationale-gesundheitspolitik-staendige-plattform-bund-kantonen.html (consulté le 12.11.2020)

OFSP, Prévention du suicide: www.bag.admin.ch/bag/fr/home/strategie-und-politik/politische-auftraege-und-aktionsplaene/aktionsplan-suizidpraevention.html (consulté le 12.11.2020)

OFSP, Santé psychique et soins psychiatriques: www.bag.admin.ch/bag/fr/home/strategie-und-politik/politische-auftraege-und-aktionsplaene/politische-auftraege-im-bereich-psychische-gesundheit.html (consulté le 12.11.2020)

Promotion Santé Suisse, Programmes d'action cantonaux

- Santé psychique des enfants et des adolescents: <https://promotionsante.ch/programmes-daction-cantonaux/sante-psychique/enfants-et-adolescents.html>

- Promotion Santé Suisse, Programmes d'action cantonaux, Santé psychique des personnes âgées: <https://promotion-sante.ch/programmes-daction-cantonaux/sante-psy-chique/personnes-agees.html> (consulté le 24.08.2020)

Promotion Santé Suisse, Liste d'orientation PAC 2019: <https://gesundheitsfoerderung.ch/grundlagen/publikationen/psychische-gesundheit.html> (consulté le 17.04.2020)

RSP, Réseau Santé Psychique Suisse : <https://www.npg-rsp.ch> (consulté le 22.06.2016), ainsi que l'Alliance contre la dépression, intégrée au RSP: www.npg-rsp.ch/fr/projets/alliance-contre-la-depression.html (consulté le 22.06.2016)

RSP, Santé psychique dans les cantons: www.npg-rsp.ch/fr/documents.html (consulté le 16.04.2020)

Swiss DRG, informations au sujet de TARPSY: www.swiss-drg.org/fr/psychiatrie/tarpsy (consulté le 12.11.2020)

1.4 Cinquième édition du rapport de monitoring

Le présent rapport constitue la cinquième édition du rapport de monitoring **La santé psychique en Suisse**. Il reprend la structure générale et le choix des thèmes de l'édition de 2016 (Schuler et al., 2016), en adaptant et en modifiant certains sous-chapitres et analyses.

Le chapitre 2 sur **l'état de santé psychique**, qui a été complété à l'aide de deux indicateurs, est maintenant subdivisé en deux sous-chapitres: l'un consacré aux indicateurs de santé psychique positive (2.1) que sont la qualité de vie (2.1.1), le bonheur (2.1.2) ainsi que l'énergie et la vitalité (2.1.3), l'autre consacré aux indicateurs de problèmes psychiques (2.2) que sont la détresse psychologique (2.2.1), les symptômes de dépression et la dépression (2.2.2) ainsi que la comorbidité (2.2.3).

Le chapitre 3 sur les **facteurs de risque et de protection** a été divisé en trois sous-chapitres et complété à l'aide de nouveaux facteurs. Le point 3.1 décrit les facteurs de protection que sont le sentiment élevé de maîtrise de la vie (3.1.1), l'auto-efficacité générale élevée (3.1.2), le coping résilient élevé (3.1.3) et le soutien social fort (3.1.4), tandis que les facteurs de risque que représentent un bas niveau de formation (3.2.1), l'origine migratoire (3.2.2), le chômage ou l'invalidité (3.2.3), les limitations en raison d'un problème de santé physique (3.2.4) et la solitude (3.2.5) sont traités au point 3.2. Suivent, au sous-chapitre 3.3, des analyses sur les interactions entre facteurs de risque et facteurs de protection.

Le chapitre 4 s'ouvre sur des généralités concernant le **recours aux soins** pour problèmes psychiques (4.1), puis traite le recours aux prestations ambulatoires (4.2) et aux prestations stationnaires (4.3). La question de la consommation de médicaments est également abordée au point 4.4. Les chapitres 2, 3 et 4 se concluent par un encadré bleu dans lequel le sujet traité est présenté sous l'angle des enfants et des adolescents.

Le chapitre 5 est consacré aux octrois de **rentes AI** pour troubles psychiques (5.1), aux **suicides, aux tentatives de suicide et aux pensées suicidaires** (5.2) ainsi qu'aux **coûts** des maladies psychiques (5.3).

Le tableau T 1.1 présente, pour chaque chapitre du rapport, les thèmes abordés et leurs indicateurs ainsi que les sources des données. Le recours à plusieurs sources de données permet de dresser un état des lieux relativement complet de la santé psychique en Suisse. Les bases de données n'étant pas de même type et ne poursuivant pas les mêmes objectifs, elles ne sont toutefois pas directement comparables entre elles.

En raison de modifications dans le relevé des données et de nouvelles définitions, certains résultats du présent rapport ne peuvent pas être comparés avec ceux des rapports précédents. Nous le signalons chaque fois que c'est le cas. Les calculs de ce rapport se basent, pour chaque sujet, sur les données disponibles au moment de l'analyse. Nous présentons également, lorsque cela s'avère possible et intéressant, les évolutions observées dans le temps. Le tableau T 1.1 indique les années de relevé des sources de données, par indicateur. Les jeux de données et leurs caractéristiques sont présentés dans le sous-chapitre ci-après (1.5).

T 1.1 Vue d'ensemble des indicateurs et des banques de données de référence

Indicateurs	Banques de données	Années d'enquête décrite
2 État de santé psychique		
2.1 Santé psychique positive		
2.1.1 Qualité de vie	Enquête suisse sur la santé ESS, OFS	2012, 2017
2.1.2 Se sentir heureux	Enquête sur les revenus et les conditions de vie SILC, OFS	2014, 2017
2.1.3 Énergie et vitalité	Enquête suisse sur la santé ESS, OFS	2012, 2017
2.2 Problèmes psychiques		
2.2.1 Détresse psychologique	Enquête suisse sur la santé ESS, OFS	2007, 2012, 2017
2.2.2 Symptômes dépressifs et dépression	Enquête suisse sur la santé ESS, OFS	2012, 2017
2.2.3 Comorbidité	Enquête suisse sur la santé ESS, OFS	2007, 2012, 2017
Encadré: «Enfants et adolescents: facteurs de protection et facteurs de risque »	Health Behaviour in School-aged Children HBSC, Addiction Suisse	2002, 2006, 2010, 2014, 2018
3 Facteurs de protection et facteurs de risque		
3.1 Facteurs de protection		
3.1.1 Sentiment élevé de maîtrise de la vie	Enquête suisse sur la santé ESS, OFS	1992, 1997, 2002, 2007, 2012
3.1.2 Auto-efficacité générale élevée	Enquête suisse sur la santé ESS, OFS	2017
3.1.3 Coping résilient élevé	Enquête suisse sur la santé ESS, OFS	2017
3.1.4 Soutien social fort	Enquête suisse sur la santé ESS, OFS	2017
3.2 Facteurs de risque		
3.2.1 Bas niveau de formation	Enquête suisse sur la santé ESS, OFS	1997, 2017
3.2.2 Origine migratoire	Enquête suisse sur la santé ESS, OFS	2017
3.2.3 Chômage ou invalidité	Enquête suisse sur la santé ESS, OFS	2017
3.2.4 Limitation en raison d'un problème de santé physique	Enquête suisse sur la santé ESS, OFS	2012, 2017
3.2.5 Solitude	Enquête suisse sur la santé ESS, OFS	1997, 2002, 2007, 2012, 2017
3.3 Interactions entre les facteurs de protection et les facteurs de risque	Enquête suisse sur la santé ESS, OFS	2017
Encadré: «Enfants et adolescents: facteurs de protection et facteurs de risque »	Enquête suisse sur la santé ESS, OFS Health Behaviour in School-aged Children HBSC, Addiction Suisse	2017 2018
4 Recours aux soins		
4.1 Recours aux soins pour problèmes psychiques	Enquête suisse sur la santé ESS, OFS	1997, 2002, 2007, 2012, 2017
4.2 Recours aux prestations ambulatoires	Pool de données, SASIS SA	2012–2018
4.3 Hospitalisations	Medizinische Statistik der Krankenhäuser, BFS	2002–2018
Encadré: «Enfants et adolescents: recours aux soins psychiatriques ambulatoires et stationnaires »	Pool de données, SASIS SA Statistique médicale des hôpitaux, OFS	2012–2018 2012–2018
4.4 Consommation de médicaments	Enquête suisse sur la santé ESS, OFS	1992, 1997, 2002, 2007, 2012, 2017
5 Thèmes particuliers		
5.1 Rentes AI pour troubles psychiques	Statistique de l'assurance-invalidité, OFAS	2000–2018
5.2 Suicides, tentatives de suicide et pensées suicidaires	Statistique des causes de décès et des mortinaissances, OFS Enquête suisse sur la santé ESS, OFS	1998–2017 2017
5.3 Coûts des maladies psychiques	Pool de données, SASIS SA Pool tarifaire, SASIS SA	2006–2018

OFS=Office fédéral de la statistique, OFAS=Office fédéral des assurances sociales

© Obsan 2020

1.5 Bases de données et méthodologie

Le présent rapport de monitoring se fonde sur des sources de données existantes, qui sont mises à jour périodiquement. Ces informations proviennent d'enquêtes (échantillons) et de registres (enquêtes exhaustives). Chaque base de données n'illustre qu'un aspect de la problématique de la santé psychique et

présente des atouts et des limites. Nous présentons ci-après brièvement les sources de données utilisées en indiquant leurs caractéristiques et les éléments à prendre en compte lors de leur interprétation.

1.5.1 Enquête suisse sur la santé ESS

Description succincte	Relevé de données sur l'état de santé et ses facteurs déterminants, sur les conséquences de la maladie, sur le recours aux services de santé et sur la couverture d'assurance de la population résidente de la Suisse.
Producteur de données	Office fédéral de la statistique (OFS)
Univers statistique	Population résidente permanente de 15 ans et plus vivant en ménage privé
Type d'enquête	Enquête par échantillonnage auprès des ménages, sélection aléatoire effectuée à l'aide du cadre d'échantillonnage pour les enquêtes auprès des personnes et des ménages (SRPH) de l'OFS. L'enquête est constituée de deux éléments: un entretien téléphonique (n=22 134) et un questionnaire écrit (n=18 832). Les personnes âgées de 75 ans et plus et celles limitées par un problème de santé peuvent choisir d'être interrogées chez elles par un intervieweur.
Degré de régionalisation	Grandes régions, parfois cantons (pour les cantons ayant fait densifier leur échantillon)
Périodicité	Tous les cinq ans. Enquêtes réalisées jusqu'ici: 1992/1993, 1997, 2002, 2007, 2012 et 2017. Prochaine enquête: 2022.
Site internet	www.statistique.ch → Trouver des statistiques → 14 - Santé → Enquêtes → Enquête suisse sur la santé (consulté le 30.06.2020)

Cette enquête constitue une importante source de données pour la Suisse dans le domaine de la santé, en raison du large éventail de thèmes qu'elle aborde et de sa représentativité nationale. De nombreux thèmes ne sont abordés que dans cette enquête. L'ESS fournit, par sondage auprès d'un échantillon représentatif de la population, des renseignements sur l'ensemble de la population vivant en ménage privé, c'est-à-dire sur toutes les personnes, indépendamment de leur santé, et pas seulement sur les patients qui, vu qu'ils suivent un traitement, entrent notamment dans la statistique médicale (voir paragraphe suivant). Cette enquête permet en outre de mettre en relation l'état de santé individuel et des facteurs influant sur la santé, tels que les conditions de vie, les comportements favorables ou défavorables à la santé, ou la manière de faire face aux problèmes de santé. Les questions de l'ESS utilisées pour les analyses figurent dans l'annexe. Les indices utilisés dans son cadre ont été créés selon les recommandations de l'OFS (OFS, 2019).

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

- L'ESS repose sur les indications fournies par les personnes directement concernées, ce qui peut entraîner certaines imprécisions ou lacunes dans les données (manque de précision des souvenirs, refus de répondre, désirabilité sociale) (Bogner et Landrock, 2015; Faeh et al., 2008).
- Ses résultats proviennent d'indications fournies par les personnes directement concernées, et pas de diagnostics posés par des médecins.
- Il s'agit d'une enquête par échantillonnage réalisée auprès des ménages privés. Les personnes en séjour de longue durée

dans des établissements assurant un accompagnement médico-social (EMS, établissements pénitentiaires, institutions pour personnes dépendantes ou présentant des problèmes psychosociaux) ne sont pas interrogées. L'enquête dresse donc de l'état de santé de la population un portrait plus positif qu'il ne l'est réellement.

- Il arrive que des personnes 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 supplémentaire en faveur des personnes en bonne santé.
- Les personnes vivant dans des conditions précaires (sans domicile fixe, sans titre de séjour, etc.) y sont sous-représentées.
- L'enquête est réalisée uniquement en français, en allemand et en italien. Les personnes ne maîtrisant aucune de ces langues officielles en sont de facto exclues. Les personnes issues de l'immigration possédant des connaissances linguistiques limitées y sont par conséquent sous-représentées.
- Les données sont extrapolées à l'ensemble de la population vivant en ménage privé, par pondération (en fonction de la région de domicile, du sexe, de l'âge, de la nationalité, de l'état civil et de la taille du ménage). Pour les résultats qui reposent sur de faibles effectifs, l'erreur aléatoire peut donc rapidement devenir importante, mais les pondérations permettent de corriger au moins partiellement ces biais.

1.5.2 Statistique médicale des hôpitaux MS

Description succincte	Recensement de toutes les hospitalisations au sein des hôpitaux et cliniques suisses. Sont relevées tant des informations sociodémographiques et médicales sur le patient que des données administratives sur le prestataire.
Producteur de données	Office fédéral de la statistique (OFS)
Univers statistique	Toutes les hospitalisations au sein des hôpitaux et cliniques suisses
Type d'enquête	Relevé exhaustif
Degré de régionalisation	Env. 600 régions MedStat
Périodicité	Annuelle depuis 1998
Site internet	www.statistique.ch → Trouver des statistiques → 14 - Santé → Enquêtes → Statistique médicale des hôpitaux (consulté le 30.06.2020)

Étant donné que la statistique médicale des hôpitaux recense tous les patients hospitalisés en Suisse, elle fournit un tableau précis des patients traités pour troubles psychiques dans les hôpitaux et cliniques de Suisse.

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

- Les données reflètent le recours aux soins, et non la demande y relative ou la morbidité.
- Les hôpitaux et cliniques ne sont pas tenus de saisir les données complémentaires sur la psychiatrie, mais un bon nombre d'entre eux le font. En 2018 par exemple, ces données psychiatriques complémentaires ont été livrées dans 99,7% des cas de psychiatrie, contre 87,9% en 2012.
- La délimitation des domaines de soins et la définition du cas ayant changé depuis le dernier rapport de monitoring, les résultats des séries chronologiques peuvent eux aussi être différents (voir l'encadré: «Remarques méthodologiques»).

Remarques méthodologiques

Délimitation entre psychiatrie, soins somatiques aigus et réadaptation

Les cas de la Statistique médicale des hôpitaux sont attribués aux différents domaines de soins, à savoir les soins somatiques aigus, la réadaptation et la psychiatrie, en fonction du type d'établissement (typologie des hôpitaux de l'OFS), du centre de prise en charge des coûts (1.4.V01) et du tarif retenu pour la facturation (4.8.V01): dans un premier temps, on attribue à la psychiatrie (M500) et à la réadaptation (M950) les cas qui doivent l'être, sur la base du centre de prise en charge des coûts. Dans un deuxième temps, on attribue, parmi les cas restants, les autres cas de psychiatrie (K211, K212) et de réadaptation (K221), en fonction du type d'établissement. Dans un troisième temps, on attribue les cas issus des cliniques spécialisées en gériatrie (K234) et les cas ayant la gériatrie (M900) comme centre de prise en charge des coûts aux soins somatiques aigus ou à la réadaptation. Les cas qui n'ont pas été répartis entre les domaines de soins au cours des trois étapes précédentes sont attribués aux soins aigus. Enfin, dans un cinquième temps, des adaptations sont apportées à l'attribution des cas en fonction de l'hôpital, des résultats d'études de plausibilisation des données, des expériences de l'Obsan dans le cadre d'études précédentes ainsi que des clarifications avec les cantons concernés; ces adaptations sont rapportées dans un système centralisé, l'ObsanSITE. À cette fin, les définitions suivantes sont utilisées:

	Critère (variable)	Soins somatiques aigus	Psychiatrie	Réadaptation
Définition du cas ¹⁾	Cas statistique	A	A, C	A
Délimitation des domaines de soins	Centre de prise en charge des coûts ²⁾	Autres	M500	M950
	Type d'établissement, selon la typologie des hôpitaux ³⁾	Autres	K211, K212	K221
	Tarif de facturation ⁴⁾	- combiné avec le centre de coûts M900		M900 & Tarif ≠ SwissDRG
		- combiné avec le type d'hôpital K234		K234 & Tarif ≠ SwissDRG
	Adaptations spécifiques aux hôpitaux (état: déc. 2019)		Adaptations spécifiques aux hôpitaux	

¹⁾ A: sortie entre le 1.1 et le 31.12; C: entrée avant le 1.1 et traitement se poursuivant au-delà du 31.12.

²⁾ M500 = Psychiatrie et psychothérapie; M900 = Gériatrie; M950 = Médecine physique et réadaptation

³⁾ K21 = Cliniques psychiatriques; K221 = Cliniques de réadaptation; K234 = Cliniques spécialisées en gériatrie

⁴⁾ Tarif de facturation: 1 = le cas est facturé selon SwissDRG

Source : OFS – Statistique médicale des hôpitaux et statistique des hôpitaux

Définition du cas

Un cas correspond en principe à une hospitalisation. En soins somatiques aigus et en réadaptation, on ne prend en compte pour le calcul d'une année que les cas qui sortent de l'hôpital durant ce laps de temps (cas A). Pour la psychiatrie, on prend également en compte les cas qui passent toute l'année à l'hôpital, et qui n'affichent donc pas de sortie d'établissement durant ce laps de temps (cas C).

L'exploitation des données se fonde sur tous les cas présentant un diagnostic principal psychiatrique, quel que soit le domaine de soins dans lesquels ils ont été pris en charge. Sont considérés comme des diagnostics psychiatriques tous les diagnostics du chapitre «Troubles mentaux et du comportement» (F00-F99) et du groupe «Autres affections dégénératives du système nerveux» (G30–G32) de la classification internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, 10^e révision de la version «German Modification» (ICD-10-GM).

1.5.3 Pool de données SASIS SA

Description succincte	Données agrégées concernant les prestations facturées via l'assurance obligatoire des soins (AOS). Le pool de données fournit des informations sur le comportement des groupes d'assurés et des prestataires (notamment contrôles de l'économicité des prestations) ainsi que sur l'évolution des primes et des coûts.
Producteur de données	SASIS SA
Univers statistique	Assureurs-maladie affiliés au pool
Type d'enquête	Données administratives (enquête partielle auprès d'assureurs-maladie reconnus)
Degré de régionalisation	Cantons
Périodicité	Annuelle et mensuelle, depuis 1998
Site internet	www.sasis.ch → Autorités → Pool de données (PD) (consulté le 30.06.2020)

Lors de l'interprétation des résultats, il convient de prendre en compte les points suivants:

- Les résultats présentés dans ce rapport se réfèrent exclusivement aux prestations qui ont été prises en charge par les assureurs dans le cadre de l'assurance obligatoire des soins (AOS). Le pool de données contient toutes les prestations brutes, c'est-à-dire l'ensemble des factures saisies par les assureurs, y compris la participation des personnes assurées (franchise, quote-part et participation aux frais d'hospitalisation). Seuls sont pris en considération les traitements pour lesquels les assureurs-maladie ont reçu une facture ou qui ont été facturés directement à ces derniers par le fournisseur de prestations. Les factures que les assurés ne transmettent pas à l'assurance-maladie (en cas de franchise élevée par ex.) et celles concernant des prestations non couvertes par l'AOS (prestations des assurances complémentaires LCA par ex.) n'y figurent pas. Autrement dit, le nombre de patients (pas seulement AOS) et le coût par année sont sous-estimés dans le présent rapport.
- Les données sont exploitées en fonction de l'exercice annuel, c'est-à-dire de l'année de facturation, et donc, de l'année durant laquelle le traitement a été facturé à l'assureur-maladie. Cette année n'est pas forcément celle du traitement.
- Les données du pool de données sont relevées sur une base volontaire et couvrent près du 100% des personnes assurées en Suisse pour la période allant de 2012 à 2018. Pour pouvoir comparer les données annuelles entre elles, les données sont extrapolées à 100% à l'aide de l'effectif des assurés provenant de la compensation des risques de l'institution commune de la LAMal et de la statistique en matière d'asile du Secrétariat d'État aux migrations.
- La version du pool de données dont dispose l'Obsan ne fournit pas d'informations sur les assureurs ni sur les assurés. Elle ne permet donc de retracer ni les maladies, ni les diagnostics, ni les traitements individuels.

1.5.4 Pool tarifaire SASIS SA

Description succincte	Le pool tarifaire fournit des informations détaillées sur les positions tarifaires AOS facturées (Tarmed par ex), qui viennent compléter le pool de données.
Producteur de données	SASIS SA
Univers statistique	Assureurs-maladie affiliés au pool tarifaire
Type d'enquête	Données administratives (enquête partielle auprès d'assureurs-maladie reconnus)
Degré de régionalisation	Cantons
Périodicité	Mensuelle, depuis 2004
Site internet	www.sasis.ch → Autorités → Pool tarifaire (PT) (consulté le 15.10.2020)

Dans le présent rapport, le pool tarifaire est utilisé pour exploiter les données sur les coûts que génèrent pour l'AOS les prestations psychiatriques de médecins non spécialisés en psychiatrie (facturation selon le chapitre 2⁵ de Tarmed.) Il sert également à établir la part que représente la psychothérapie déléguée par rapport au total des coûts de l'AOS du chapitre 2 du Tarmed. Ces parts sont indiquées tant pour les médecins spécialistes en psychiatrie que pour les autres médecins des soins de base.

Lors de l'interprétation des résultats du pool tarifaire, il convient de prendre en compte les points suivants:

- Le pool tarifaire contient toutes les prestations brutes, c'est-à-dire l'ensemble des factures saisies par les assureurs, y compris la participation des personnes assurées (franchise,

quote-part et participation aux frais d'hospitalisation). Comme il se limite à l'AOS, il ne permet pas d'analyser les autres instances de financement (LCA, montants assumés par l'assuré, AI, etc.).

- Le pool tarifaire atteint pour les prestations du domaine Tarmed un taux de couverture moyen par rapport au pool de données allant de 67,3 à 97,7% entre 2012 et 2017. Ces données ont été extrapolées à 100%.
- La version du pool tarifaire dont dispose l'Obsan ne livre pas de données sur les assureurs ni sur les assurés. Elle ne permet donc pas de retracer les maladies, les diagnostics, ni les traitements individuels.

⁵ Au sujet des chapitres Tarmed, voir par ex. www.tarmed-browser.ch/fr/chapitres/

1.5.5 Statistique de l'assurance-invalidité (AI)

Description succincte	Données relatives aux finances de l'AI et aux bénéficiaires de prestations (classées par caractéristiques telles que l'âge, le sexe, l'invalidité ou le canton)
Producteur de données	Office fédéral des assurances sociales (OFAS)
Univers statistique	Bénéficiaires de prestations de l'assurance-invalidité
Type d'enquête	Donnée administratives
Degré de régionalisation	Cantons
Périodicité	Annuelle, depuis 1983
Site internet	www.ofas.admin.ch → Assurances sociales → Assurance-invalidité AI → Statistique (consulté le 30.06.2020)

La statistique de l'AI revêt un intérêt particulier pour le présent rapport en cela qu'elle permet de distinguer les invalidités dues à des troubles psychiques. À cet égard, il convient toutefois de tenir compte des faits suivants:

- La codification de la cause de la rente se fait au moment de l'octroi de la prestation et ne reflète que l'invalidité qui a déterminé cet octroi.
- Le système de codification actuel ne permet pas de refléter les maladies multiples et les problèmes de santé complexes.
- La codification n'étant pas toujours précise, certaines catégories d'invalidité ne sont pas bien délimitées. Les statistiques de l'OFAS ne mentionnent par conséquent que des catégories génériques (comme «maladies psychiques» pour toutes les invalidités portant les codes 641 à 649.)
- La classification des troubles psychiques établie par l'AI diffère des classifications psychiatriques reconnues internationalement, comme la CIM-10 (WHO, 1994) ou le DSM-V (APA, 2013). Dans le présent rapport, les neuf codes propres à l'AI (641 à 649), qui ne peuvent pas être ventilés selon les tableaux cliniques habituels, sont classés dans les cinq groupes suivants:
 - Troubles psychogènes, psychopathie
 - Schizophrénies
 - Autres psychoses
 - Dépendance(s)
 - Autres troubles du caractère, du comportement et de l'intelligence
- En particulier le code AI 646 *troubles névrotiques et autres troubles réactifs du milieu ou psychogènes* ne semble pas défini avec suffisamment de précision et risque de réunir différents troubles difficiles à diagnostiquer.

1.5.6 Statistique des causes de décès et des mortinaissances

Description succincte	La statistique des causes de décès de l'OFS fournit une vue d'ensemble de la mortalité en Suisse et fournit des informations sur ses causes. Elle relève les causes de décès (code CIM-10) en fonction de l'âge, du sexe, de l'état civil, de la profession, de la commune de domicile (domicile civil) et de la nationalité.
Producteur de données	Office fédéral de la statistique (OFS)
Univers statistique	Personnes décédées parmi la population résidente permanente
Type d'enquête	Enquête exhaustive établie sur la base des indications des offices d'état civil et des déclarations de décès rendues par les médecins
Degré de régionalisation	Communes
Périodicité	Annuelle, depuis 1876
Site internet	www.statistique.ch → Trouver des statistiques → 14 - Santé → Enquêtes → Statistique des causes de décès et des mortinaissances (consulté le 30.06.2020)

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

- La Classification internationale des maladies (CIM) est modifiée tous les 10 à 20 ans, ce qui introduit des discontinuités dans les séries chronologiques.
- Les causes de décès des personnes domiciliées en Suisse, mais décédées à l'étranger, sont rarement connues.

1.5.7 Enquête sur les revenus et les conditions de vie (SILC)

Description succincte	Relevé des revenus et des conditions de vie des ménages et des personnes. Deux types de données sont relevées: des données transversales (portant sur une période ou un moment précis) et des données longitudinales (relatives aux évolutions à l'échelle de l'individu, observées sur une période de plusieurs années).
Producteur de données	Office fédéral de la statistique (OFS), en collaboration avec DemoSCOPE
Univers statistique	Population résidente permanente vivant dans un ménage privé (y c. les résidents non permanents vivant dans un ménage comptant au moins un résident permanent). Les informations sur l'exclusion sociale et les conditions de logement sont collectées au niveau des ménages, tandis que celles sur le travail, l'éducation et la santé sont obtenues auprès des personnes de 16 ans et plus.
Type d'enquête	Enquête par échantillonnage auprès d'environ 7000 ménages, ce qui correspond à 15'000 personnes environ. Les ménages sont tirés au sort dans le registre d'échantillonnage de l'OFS et l'enquête se fait par téléphone. Les personnes qui y participent sont interrogées durant plusieurs années consécutives.
Degré de régionalisation	Grandes régions
Périodicité	Annuelle, depuis 2007
Site internet	www.statistique.ch → Trouver des statistiques → 20 - Situation économique et sociale de la population → Enquêtes → Enquête sur les revenus et les conditions de vie (SILC) (consulté le 30.06.2020)

L'enquête SILC (*Statistics on Income and Living Conditions*) relève les revenus et les conditions de vie des ménages en Suisse. Les ménages qui y participent sont interrogés une fois par an sur un large éventail de thématiques; cette enquête aborde notamment la santé et comprend une question sur le sentiment de bonheur. En font partie, outre un module de base, des modules annuels sur des sujets précis. L'enquête SILC permet de décrire les conditions de vie sociales et économiques et de mieux en comprendre les

facteurs déterminants. Elle est menée dans plus de 30 pays d'Europe, ce qui permet de comparer les chiffres suisses avec ceux d'autres pays.

L'enquête SILC a été revue en 2014 (changement de base de sondage et nouveau modèle de pondération), ce qui a provoqué une discontinuité des données. Les résultats obtenus à partir de 2014 ne sont donc plus directement comparables avec ceux des années précédentes.

1.5.8 Health Behaviour in School-aged Children HBSC

Description succincte	Le projet <i>Health Behaviour in School-aged Children</i> est une enquête internationale et quadriennale sur la santé et les comportements de santé des élèves âgés de 11 à 15 ans. Elle aborde notamment l'état de santé et le bien-être psychique, l'alimentation, l'activité physique, la consommation de substances, l'amour et la sexualité.
Producteur de données	Addiction Suisse
Univers statistique	Toutes les classes de 5 ^e à 9 ^e années de programme (c'est-à-dire 7 ^e à 11 ^e années HarmoS), qui comprennent des élèves de 11 à 15 ans, des écoles publiques de Suisse
Type d'enquête	La sélection aléatoire se fait de façon stratifiée par canton et par année de programme, sur la base d'un échantillonnage par grappes dans lequel les classes constituent les unités primaires et les élèves les unités secondaires d'échantillonnage. L'enquête est réalisée en classe, durant une heure d'enseignement ordinaire.
Degré de régionalisation	Dans le cadre de l'enquête nationale HBSC, chaque canton a la possibilité de mandater une étude cantonale, qui permet une analyse à l'échelle du canton et une comparaison avec les résultats obtenus pour l'ensemble de la Suisse.
Périodicité	Tous les quatre ans. Enquêtes réalisées jusqu'ici: 1986, 1990, 1994, 1998, 2002, 2006, 2010, 2014 et 2018.
Site internet	www.hbsc.ch et www.addictionsuisse.ch → Recherche scientifique → HBSC (consulté le 15.10.2020)

L'enquête HBSC comprend des questions sur l'état de santé psychique. Elle s'intéresse par exemple à la fréquence de certains symptômes psychoaffectifs survenus au cours des six mois précédents, comme la tristesse, la mauvaise humeur, la nervosité, la fatigue, l'anxiété, la contrariété et les difficultés d'endormissement (cf. l'encadré «Enfants et adolescents: État de santé psychique», 2.2.3).

L'enquête HBSC fournit aussi des données sur les facteurs de risque et les facteurs de protection, tels que le harcèlement et le stress à l'école ou le soutien au sein de la famille ou des amis (cf. l'encadré «Enfants et adolescents: facteurs de protection et facteurs de risque», 3.3).

1.5.9 Remarques méthodologiques

Significativité statistique et intervalles de confiance

Les enquêtes par échantillonnage telles que l'ESS se fondent sur la possibilité de généraliser à toute la population les résultats d'un échantillon représentatif, en procédant aux pondérations nécessaires. Afin d'évaluer la fiabilité des résultats obtenus, on définit habituellement un seuil (5% en général, et notamment dans le présent rapport) qui indiquera le risque d'erreur. Sur la base de ce seuil, on calcule un intervalle de confiance qui fixe les limites à l'intérieur desquelles le résultat «réel» aura une probabilité de 95% de se trouver. Dans le présent rapport, la plupart des résultats (graphiques) sont présentés avec un intervalle de confiance de 95%. Les différences entre sexes, groupes d'âges ou années de relevé sont alors considérées comme statistiquement interprétables lorsque leurs intervalles de confiance ne se recoupent pas.

Lorsque le texte mentionne un rapport ou un écart, il s'agit d'un rapport ou d'un écart statistiquement significatif ($p < .05$; sans recoupement des intervalles de confiance). Des notions telles que «tendance», «tendancielle» ou «plutôt» indiquent des résultats juste en-deçà de la significativité statistique. Pour les données des relevés exhaustifs (pool de données, statistique médicale des hôpitaux, statistique de l'AI, statistique des causes de décès), il n'est pas fait mention de la significativité statistique, car il s'agit là de pourcentages exacts. Lors du calcul de taux en revanche, on indique des intervalles de confiance.

Taux standardisés

La standardisation est une méthode statistique qui permet de rendre comparables les taux de groupes de population ne présentant pas la même structure démographique. Des régions, comme les cantons, peuvent en effet ne pas avoir les mêmes structures d'âge et de sexe. Étant donné que l'âge en particulier a une influence sur la santé et sur le recours aux prestations du système de santé, on établit généralement, pour comparer des régions entre elles, des taux standardisés *par âge*, afin d'éliminer les différences dues à l'âge, et rendre ainsi les régions comparables entre elles. Les taux sont aussi souvent standardisés *par sexe* (ou calculés séparément pour les femmes et pour les hommes), afin d'éviter les biais découlant de différences régionales dans la répartition des sexes. Les comparaisons dans le temps se fondent elles aussi souvent sur des taux standardisés, car la structure démographique d'une population peut changer au fil des ans et les taux annuels (bruts) ne plus être comparables entre eux. Un taux d'hospitalisations en hausse, par exemple, pourrait s'expliquer principalement par le vieillissement de la population plutôt que par d'autres facteurs, tels que des décisions politiques par ex.

Pour standardiser un taux, on applique à une population donnée (celle d'un canton par ex.) la structure par âge et par sexe d'une population standard (ou population de référence), en pondérant les taux de chaque groupe d'âge en fonction du sexe, selon

la structure d'âge de la population standard. Dans le présent rapport, c'est la population standard européenne 2010 (Eurostat, 2013) qui a servi de population standard et les taux ont été calculés au moyen de la méthode de la standardisation directe:

$$\text{Taux standardisés selon l'âge et le sexe} = \frac{\sum (N_{ij} * r_{ij})}{\sum N_{ij}}$$

N_{ij} : Nombre de personnes du groupe d'âge i et de sexe j dans la population standard

r_{ij} : Taux par âge i et sexe j dans la population étudiée

Les taux sont ceux de la population résidente permanente de chaque région. Les intervalles de confiance de 95% ont été calculés sur la base d'une approximation de la variance des taux par la loi Gamma (Tiwari et al., 2006).

Une fois standardisés, les taux peuvent faire l'objet de comparaisons entre périodes ou entre régions sans qu'il ne se produise de biais en raison de différences de structures démographiques. Au moment d'interpréter des taux standardisés, il faut toutefois être conscient qu'il ne s'agit pas là des taux empiriques réels, mais des taux que la population étudiée afficherait si elle avait la même structure que celle de la population standard, et donc que si on avait «éliminé» les effets dus à l'âge et au sexe (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2020).

2 État de santé psychique

Après une introduction théorique à la santé psychique, au chapitre 1, nous détaillons dans le présent chapitre certains résultats *empiriques* concernant la santé psychique de la population suisse. Une première partie y aborde les indicateurs de ce que l'on appelle la santé psychique positive (2.1), avec la qualité de vie (2.1.1), le fait de se sentir heureux (2.1.2) ainsi que l'énergie et la vitalité (2.1.3). Un sous-chapitre présente ensuite les problèmes psychiques (2.2), en mettant l'accent sur la détresse psychologique (2.2.1), les symptômes dépressifs et la dépression (2.2.2) ainsi que la comorbidité, c'est-à-dire le fait de présenter simultanément des problèmes psychiques et des troubles somatiques (2.2.3). Tous ces résultats sont analysés en fonction du sexe, de l'âge et de la formation des individus, ainsi qu'en fonction des régions.

2.1 Santé psychique positive

Plus de 90% de la population suisse déclare avoir une bonne ou très bonne qualité de vie, et une grande majorité d'entre elle se dit heureuse. Si les femmes et les hommes dressent le même constat sur ces sujets-là, les hommes s'estiment en revanche nettement plus souvent pleins d'énergie que les femmes. Et tandis que les indicateurs sur la qualité de vie et le fait de se sentir heureux font apparaître une légère baisse pour les personnes d'âge moyen, la vitalité augmente avec l'âge. On observe en outre de sensibles écarts en fonction de la formation et de la région, la Suisse centrale se distinguant en l'occurrence par des résultats particulièrement bons.

Ces deux dernières décennies, parallèlement à l'approche première de la psychologie, axée sur les déficits, de plus en plus d'études s'intéressent aux ressources et aux aspects positifs du psychisme. Cette psychologie dite «positive» met l'accent sur les aspects positifs des ressentis, des traits de caractère et de l'environnement des individus considérés. L'idée est, une fois ces caractéristiques favorables identifiées, de s'en servir pour améliorer la qualité de vie des personnes et, ainsi, mieux prévenir les maladies psychiques (Seligman et Csikszentmihalyi, 2000).

Afin de pouvoir recenser la santé psychique positive d'une population, on recourt par exemple à des indicateurs tels que le sentiment d'être en bonne santé psychique, le niveau de satisfaction par rapport à sa vie, la qualité de vie, le bien-être ou le fait d'être

heureux (voir l'encadré «Monitoring de la santé psychique : les exemples du Canada et de l'Allemagne», 1.3.1). La santé psychique positive de la population suisse est déterminée dans la présente section au moyen de trois indicateurs: la qualité de vie (2.1.1), le fait de se sentir heureux (2.1.2) ainsi que l'énergie et la vitalité (2.1.3).

2.1.1 Qualité de vie

L'OMS définit la qualité de vie comme étant la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes⁶. Quels aspects de la vie en font partie, et quelle importance accorder à chacun d'entre eux est une question d'appréciation individuelle: chaque personne évalue sa qualité de vie comme elle l'entend. La qualité de vie d'un individu ne se résume donc pas à son état psychique.

Il est possible de mesurer la qualité de vie à l'aide de divers indicateurs, souvent fondés sur le degré de satisfaction envers sa propre vie et sur des indicateurs économiques (cf. OFS, 2016b, OCDE, 2000). Dans le cadre de l'enquête suisse sur la santé (ESS ; cf. 1.5.1), on demande directement aux personnes interrogées d'évaluer leur «qualité de vie générale» (cf. annexe). Les résultats suivants, qui montrent les pourcentages des personnes interrogées estimant avoir une *bonne* ou *très bonne* qualité de vie, permettent de tirer des conclusions concernant la qualité de vie pour les années 2012 et 2017.

En 2017, plus de 90% des personnes considéraient que leur qualité de vie était bonne ou même très bonne (G 2.1), sans que l'on n'observe d'écart entre femmes et hommes, ni d'évolution par rapport à l'enquête 2012.

Les individus d'âge moyen, c'est-à-dire ceux appartenant aux classes d'âge des 35 à 49 ans et des 50 à 64 ans, ont moins tendance que leurs aînés et leurs cadets à estimer avoir une bonne ou très bonne qualité de vie.

De nettes différences se dégagent si l'on analyse les données en fonction du niveau de formation: les personnes sans formation postobligatoire estiment nettement moins souvent (85,1%) jouir d'une bonne ou très bonne qualité de vie que celles de niveau secondaire II (91,4%) et celles de niveau tertiaire (95,5%).

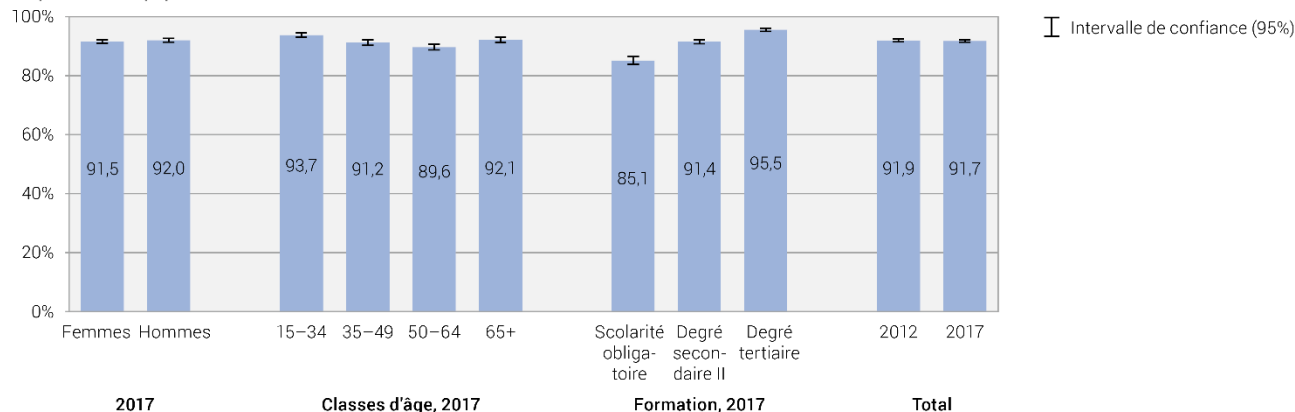
⁶ www.who.int/healthinfo/survey/whoqol-qualityoflife/en/

On observe également de sensibles écarts en fonction des grandes régions du pays: la Suisse centrale (94,6%) affiche une proportion supérieure à la moyenne nationale (91,7%) de personnes déclarant avoir une bonne ou très bonne qualité de vie (G 2.2), tandis que dans la région lémanique (86,5%) et au Tessin

(81,8%) cette proportion est inférieure à cette moyenne. On ne sait toutefois pas dans quelle mesure les réponses données à ces questions s'expliquent par des différences régionales, et notamment linguistiques ou culturelles.

G 2.1 (Très) bonne qualité de vie, selon le sexe, l'âge et la formation, 2012, 2017

Proportion de la population en %



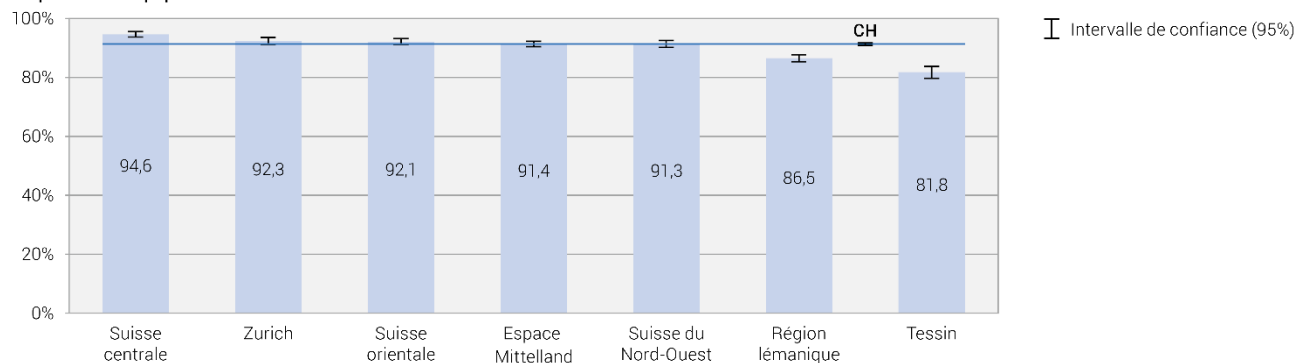
Femmes: n=11'151, Hommes: n=10'050

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

© Obsan 2020

G 2.2 (Très) bonne qualité de vie, selon les régions, 2017

Proportion de la population en %



Suisse centrale: n=3136, Zurich: n=2325, Suisse orientale: n=3900, Espace Mittelland: n=4205, Suisse du Nord-Ouest: n=2324, Région lémanique: n=3837, Tessin: n=1474

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

© Obsan 2020

2.1.2 Se sentir heureux

La Suisse est le troisième pays le plus heureux du monde, selon le classement du bonheur 2020 établi par les Nations Unies dans leur «World Happiness Report» (Helliwell et al., 2020). Cette comparaison entre pays se fait au moyen de l'échelle de Cantril: les participants évaluent leur situation du moment sur une échelle allant de 0 à 10, 0 étant la vie la moins heureuse que l'on puisse imaginer et 10 la plus heureuse. La population suisse a évalué son bonheur à 7,56 sur cette échelle, ce qui la place en troisième position derrière la Finlande (7,81) et le Danemark (7,65).

Dans son enquête sur les revenus et les conditions de vie (SILC; cf. 1.5.7), l'OFS s'enquiert directement auprès des personnes interrogées de leur degré de bonheur, en leur posant la question suivante: «Au cours des quatre dernières semaines, à quelle fréquence vous êtes-vous senti(e) heureux?» En 2017 – comme par ailleurs déjà en 2014 –, trois quarts des personnes interrogées ont répondu par *la plupart du temps* ou *tout le temps* (G 2.3). Si les résultats ne varient pas sensiblement en fonction du sexe, ils le font selon l'âge: les personnes d'âge moyen (35 à 64 ans) sont proportionnellement moins nombreuses que les plus jeunes (16 à 34 ans) et les plus âgées (65+) à se déclarer la plupart du temps ou tout le temps heureuses.

2.1.3 Énergie et vitalité

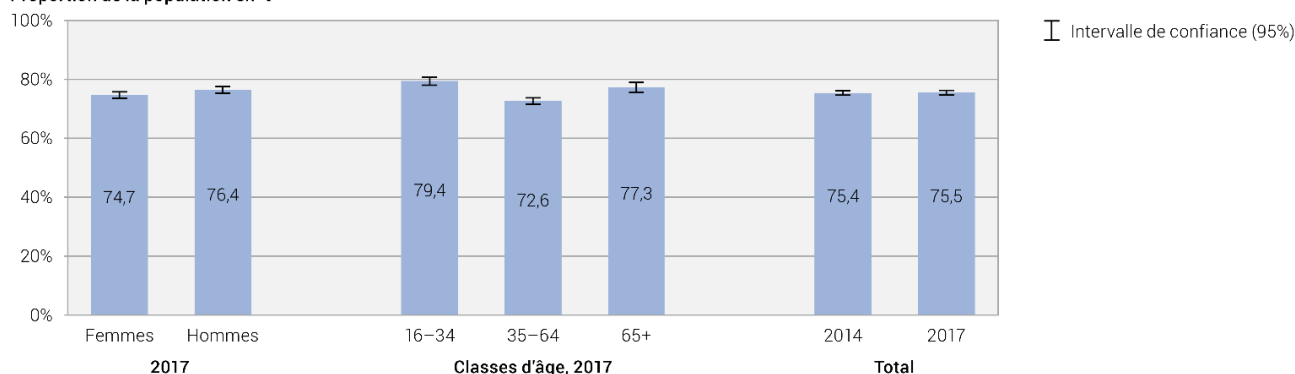
Autre indicateur de santé psychique *positive*, l'«énergie et la vitalité» est relevé dans l'indice EVI de l'ESS. Avec l'EVI, qui a déjà été pris en compte dans le dernier rapport de monitoring de l'Obsan (Schuler et al., 2016), le sentiment d'avoir ou de ne pas avoir d'énergie et de vitalité n'est pas mesuré uniquement sur la base de l'état physiologique, comme la fatigue ou l'existence d'une maladie somatique, mais aussi sur la base de facteurs psychologiques tels que la capacité à s'enthousiasmer ou l'humeur en général (Ryan et Frederick, 1997).

L'EVI comprend quatre questions sur le niveau de vitalité ou d'énergie (ou de fatigue): «Comment vous êtes-vous senti(e) ces 4 dernières semaines? Plein(e) de vitalité?», «...plein(e) d'énergie?», «...épuisé(e)?», «...fatigué(e)?» (cf. annexe). Les réponses sont ensuite classées par catégories, en *niveau d'énergie et de vitalité bas, moyen et élevé*⁷ (OFS, 2019). Il faut toutefois savoir que dans l'ESS 2017, ces questions étaient insérées dans la partie écrite du questionnaire, et dans l'ESS 2012, dans la partie téléphonique. La prudence est par conséquent de mise lors de la comparaison entre ces deux années.

Lors de l'enquête 2017, près de 70% de la population suisse a déclaré avoir un niveau d'énergie et de vitalité élevé (48,7%) ou moyen (22,0%) (G 2.4), contre 30% de personnes qui se sentent souvent sans énergie ni vitalité. Si l'on compare avec l'enquête 2012, on observe que les personnes interrogées ont été proportionnellement bien moins nombreuses à se dire pleines d'énergie.

G 2.3 Se sentir heureux, selon le sexe et l'âge, 2014, 2017

Proportion de la population en %



2014: n=11'168, 2017: n=13'205

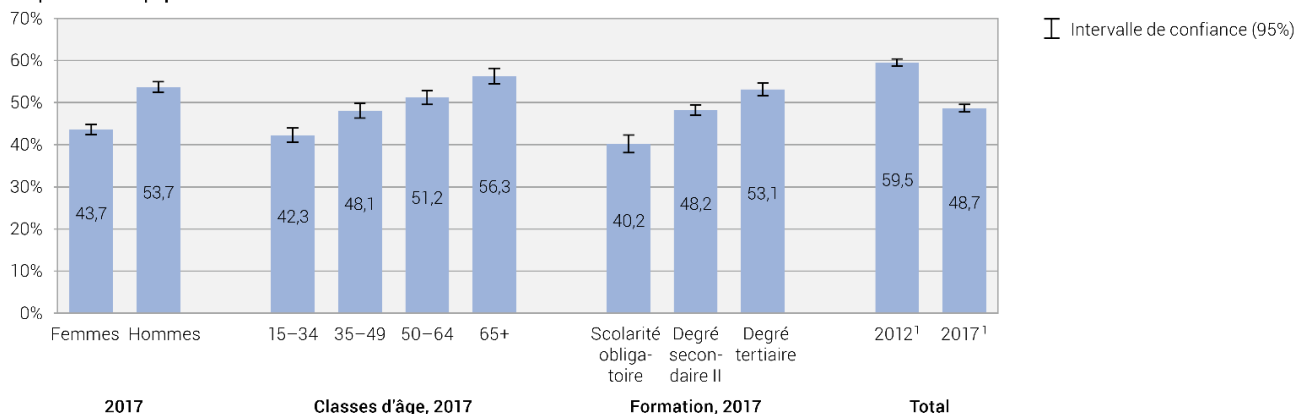
Source: OFS – Enquête sur les revenus et les conditions de vie (SILC)

© Obsan 2020

⁷ Plus les valeurs de l'EVI sont élevées, plus l'est le niveau d'énergie et de vitalité: des valeurs de 0 à 62 indiquent un *faible* niveau, des valeurs de 63 à 70 un niveau *moyen* et des valeurs de 71 à 100 un *niveau élevé*.

G 2.4 Forte énergie et vitalité, selon le sexe, l'âge et la formation, 2012, 2017

Proportion de la population en %



¹ La comparaison entre les résultats des années 2012 et 2017 est limitée, car ces questions ont été intégrées à l'interview téléphonique de l'ESS 2012 et au questionnaire écrit pour l'ESS 2017.

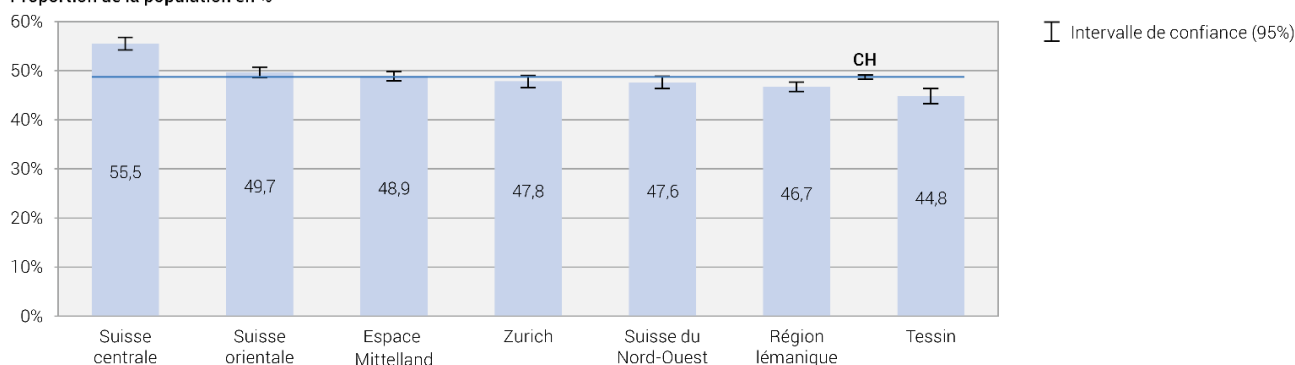
2012: n=20'645, 2017: n=17'872

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

© Obsan 2020

G 2.5 Forte énergie et vitalité, selon les régions, 2017

Proportion de la population en %



Suisse centrale: n=2694, Suisse orientale: n=3332, Espace Mittelland: n=3578, Zurich: n=1962, Suisse du Nord-Ouest: n=1957, Région lémanique: n=3126, Tessin: n=1223

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

© Obsan 2020

Les résultats révèlent un net écart entre les sexes: les hommes affichent plus fréquemment que les femmes un niveau élevé d'énergie et de vitalité (53,7% contre 43,7%) et moins souvent qu'elles un faible niveau (25,6% contre 33,1%) (G 2.4). On observe également un fort gradient d'âge: plus leur âge est avancé, plus les personnes interrogées sont pleines d'énergie et de vitalité. Et ce sont, de manière plutôt étonnante, surtout les jeunes qui rapportent en manquer. Il convient toutefois de préciser ici que, l'ESS ne portant que sur des personnes vivant dans des ménages privés, les personnes âgées qui vivent par exemple dans des établissements médico-sociaux, sont sous-représentées. De plus, quel que soit le groupe d'âge, les hommes se disent plus souvent pleins d'énergie que les femmes. Ces écarts entre sexes et entre groupes d'âge n'ont pas connu d'évolution sensible depuis 2012.

Le niveau d'énergie et de vitalité varie aussi nettement en fonction du niveau de formation. Les personnes ayant terminé une formation de degré tertiaire disposent nettement plus souvent que celles sans formation postobligatoire d'un niveau élevé de vitalité (53,1% contre 40,2%). À l'inverse, un faible niveau de formation s'accompagne plus fréquemment d'un manque d'énergie et de vitalité.

Les données permettent également de faire ressortir des différences régionales. La Suisse centrale enregistre une proportion supérieure à la moyenne de personnes ayant un niveau élevé d'énergie et de vitalité (55,5%) (G 2.5), tandis que cette valeur est particulièrement faible au Tessin (44,8%).

2.2 Problèmes psychiques

Environ 15 à 34% de la population suisse souffre de détresse psychologique et de symptômes dépressifs et plus de 5% des adultes de 15 ans et plus se sont vu diagnostiquer une dépression durant les 12 mois précédents. Les problèmes psychiques sont généralement plus fréquents chez les femmes que chez les hommes, et la détresse psychologique et les diagnostics de dépression semblent particulièrement toucher les groupes d'âge moyen. La comparaison dans le temps donne un tableau contrasté: les symptômes dépressifs ont augmenté entre 2012 et 2017, tandis que la détresse psychologique a diminué. On constate, tant pour la détresse psychologique que pour les symptômes dépressifs et les dépressions, la présence d'un net gradient éducatif ainsi que des disparités régionales, avec des valeurs particulièrement élevées au Tessin et dans la région lémanique.

2.2.1 Détresse psychologique

La détresse psychologique couvre un large spectre de problèmes, qui vont de l'état de stress émotionnel plutôt léger aux véritables troubles psychiques.

Dans l'ESS, la *détresse psychologique* fait l'objet d'une estimation fondée sur la fréquence de trois états émotionnels négatifs (nervosité; abattement ou mauvaise humeur; découragement ou déprime) et de deux états émotionnels positifs (calme ou sérénité; sentiment de bonheur) durant les quatre dernières semaines (*Mental Health Inventory* MHI-5; Veit et Ware, 1983; cf. annexe). La catégorisation de l'indicateur – en détresse psychologique *aucune/basse, moyenne, élevée*⁸ – ne relève pas du diagnostic médical, mais permet d'identifier, au sein de la population, des groupes de personnes touchées par des problèmes psychiques d'une certaine gravité. Du point de vue clinique, le fait de ressentir une détresse psychologique moyenne indique une probabilité accrue de présenter des troubles psychiques, tandis que la présence de tels troubles est très vraisemblable en cas de détresse psychologique

élevée (OFS, 2019). Le MHI-5 ayant été utilisé pour la première fois pour mesurer la détresse psychologique dans l'ESS 2007, il est possible de faire des constats sur l'évolution entre trois moments différents durant les dix dernières années (2007, 2012 et 2017).

Les résultats 2017 indiquent une détresse psychologique moyenne à élevée pour 15,1% de la population suisse (G 2.6), ce qui correspond à une diminution par rapport à 2012 (18,0%) et 2007 (17,0%). La part des personnes présentant une détresse psychologique élevée n'a pas varié de manière significative entre 2017 (4,0%), 2012 (4,6%) et 2007 (4,3%). Celle des personnes souffrant d'une détresse psychologique moyenne a en revanche diminué par rapport aux relevés précédents, puisqu'elle était de 11,0% en 2017, contre 13,4% en 2012 et 12,8% en 2007.

En 2017, comme les années précédentes, les femmes ont fait nettement plus souvent état de détresse psychologique moyenne ou élevée que les hommes (18,3% contre 11,7%). Dans toutes les classes d'âge, les femmes sont presque 1,5 fois plus nombreuses à déclarer être en souffrance psychique que les hommes. Dans le groupe des 65 ans et plus, elles sont même deux fois plus nombreuses que les hommes à le faire. Tant chez l'un que l'autre sexe, c'est dans les classes d'âge moyen (35 à 64 ans) que la détresse psychologique moyenne ou élevée est la plus fréquente, et chez les personnes de 65 ans et plus qu'elle l'est le moins.

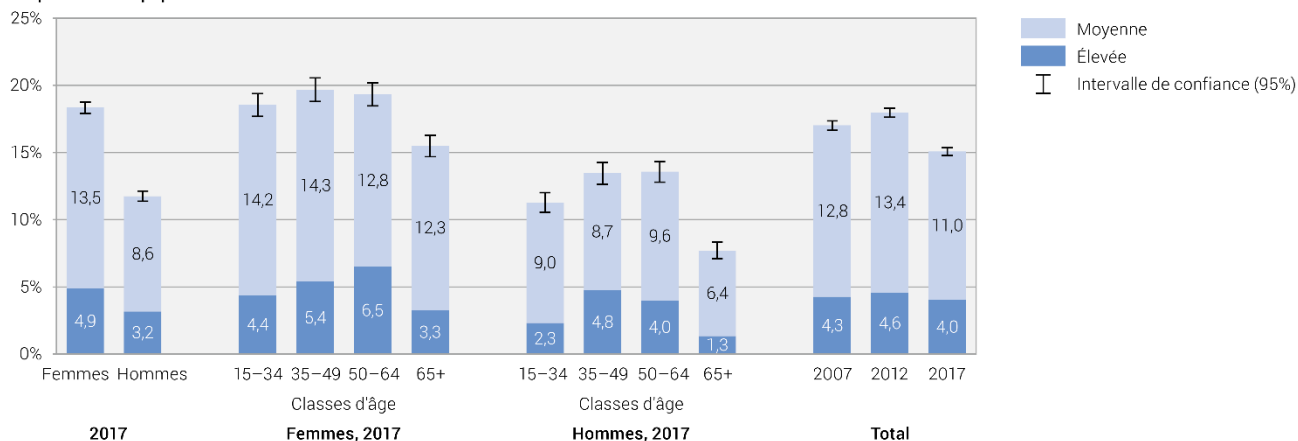
L'intensité de la détresse psychologique varie aussi en fonction du niveau de formation des personnes interrogées, cette détresse étant d'autant moins fréquente que la formation de l'individu est poussée: 21,6% des personnes n'ayant achevé que l'école obligatoire font état de détresse psychologique moyenne ou élevée, alors que cette proportion est de 15,3% parmi les personnes ayant achevé une formation du degré secondaire II et de 11,5% parmi celles ayant suivi une formation du degré tertiaire.

L'analyse des données en fonction des régions montre que les habitants du canton du Tessin (24,3%) et de la région lémanique (21,6%) sont proportionnellement les plus nombreux à éprouver une détresse psychologique moyenne et élevée (G 2.7). Leurs taux dépassent nettement la moyenne nationale. La Suisse centrale (8,9%) et la Suisse orientale (11,9%), par contre, se situent en-dessous de cette moyenne.

⁸ Plus les valeurs sont basses, plus la détresse psychologique est importante : des valeurs de 100 à 73 indiquent aucune détresse psychologique ou une détresse psychologique basse, des valeurs de 72 à 53 une détresse psychologique moyenne et des valeurs de 52 à 0 une détresse psychologique élevée.

G 2.6 Détresse psychologique, selon le sexe et l'âge, 2007, 2012, 2017

Proportion de la population en %



Les intervalles de confiance se réfèrent aux catégories cumulées de détresse psychologique moyenne + élevée.

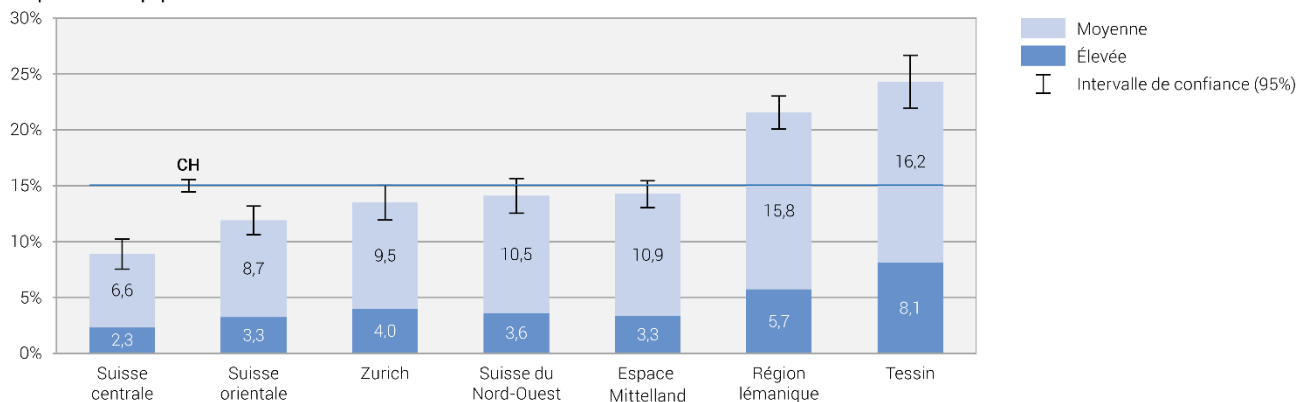
2007: n=17'634, 2012: n=20'652, 2017: n=20'941

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

© Obsan 2020

G 2.7 Détresse psychologique, selon les régions, 2017

Proportion de la population en %



Les intervalles de confiance se réfèrent aux catégories cumulées de détresse psychologique moyenne + élevée.

Suisse centrale: n=3114, Suisse orientale: n=3863, Zurich: n=2297, Suisse du Nord-Ouest: n=2308, Espace Mittelland: n=4155, Région lémanique: n=3736, Tessin: n=1468

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

© Obsan 2020

2.2.2 Symptômes dépressifs et dépression

La dépression, qui compte parmi les maladies psychiques les plus courantes, s'accompagne souvent de souffrances importantes, générant des handicaps considérables dans la vie quotidienne, sociale et professionnelle et induisant des coûts socio-économiques élevés. Ce trouble, qui touche environ une personne sur trois au cours de sa vie, débute souvent entre 25 et 30 ans (soit bien avant les maladies somatiques) et présente fréquemment un caractère récidivant ou chronique (Hengartner, 2017). De plus, la dépression est souvent associée à d'autres maladies, tant psychiques que physiques (cf. 2.2.3).

Même légers, les symptômes dépressifs et les dépressions peuvent passablement limiter l'individu qui en souffre (Baer et al., 2013). Ils passent par ailleurs pour être une cause fréquente de retraites anticipées et d'arrêts de travail pour cause de maladie (Stamm et Salize, 2006; cf. 5.1). La dépression est le diagnostic psychiatrique le plus souvent traité dans les hôpitaux suisses et elle représente aussi la majeure partie des jours d'hospitalisation (cf. 4.3.2). Elle compte en outre parmi les maladies qui engendrent la plus grande charge de morbidité (cf. 1.2.1).

Les données sur la fréquence des symptômes dépressifs et de la dépression au sein de la population suisse présentées ci-après proviennent de l'ESS 2017. Dans la première partie, consacrée aux symptômes dépressifs, elles reflètent la manière dont les personnes interrogées évaluent leur état dépressif. Comme il

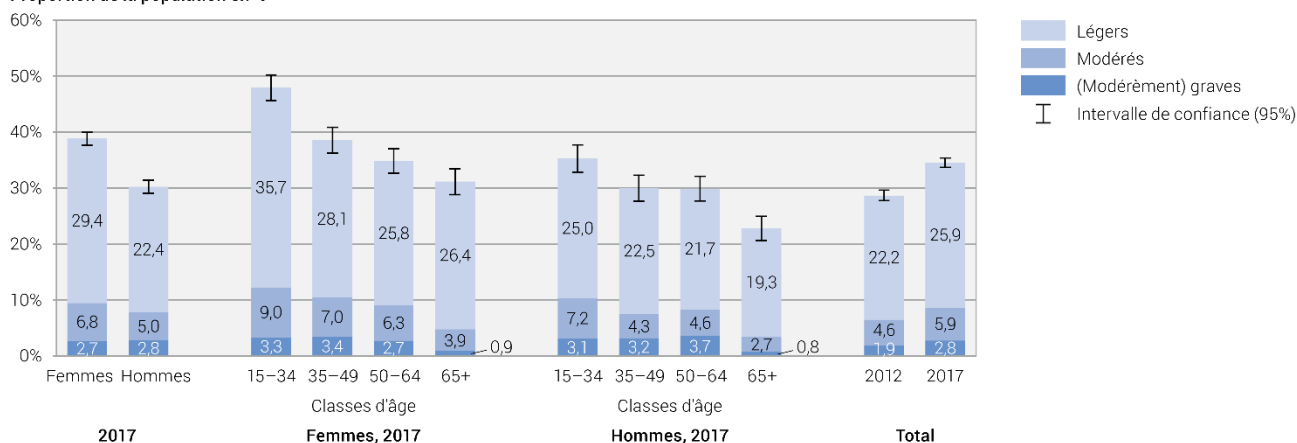
s'agit là d'une évaluation subjective de symptômes et pas d'un diagnostic posé par un médecin, on parle ici de *symptômes dépressifs*. La seconde partie, consacrée à la dépression, se fonde sur les réponses fournies à la question de savoir si la personne interrogée a souffert de dépression et si cette dernière a été diagnostiquée par un médecin. Si un diagnostic a été posé, on recourt alors à la notion de *dépression*. Si ce n'est pas le cas, on parle de *dépression sans diagnostic*.

Symptômes dépressifs subjectifs

Depuis l'ESS 2012, les symptômes dépressifs sont relevés au moyen du *Brief Patient Health Questionnaire* (PHQ-9; cf. annexe), qui comprend neuf questions sur la fréquence des atteintes fonctionnelles dues à des symptômes dépressifs au cours des deux semaines précédant l'enquête⁹. On calcule, sur la base de ces données, un indicateur de l'état dépressif dont le degré de gravité est ensuite classé en quatre catégories: *absence de symptômes* ou *symptômes minimes*, *légers symptômes*, *symptômes modérés* et, enfin, *symptômes modérément graves* ou *graves*¹⁰ (Kroenke et al., 2001; Löwe et Spitzer, 2001). En cas de symptômes modérément graves ou graves, il est très probable que la personne concernée souffre d'une dépression qui pourrait être diagnostiquée comme une *dépression majeure* selon le DSM-IV (Kroenke et al., 2001).

G 2.8 Symptômes dépressifs, selon le sexe et l'âge, 2012, 2017

Proportion de la population en %



Les intervalles de confiance se réfèrent aux catégories cumulées des symptômes dépressifs faibles + moyens + (plutôt) sévères.
n=18'230

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

© Obsan 2020

⁹ Ces questions couvrent les neuf critères d'une dépression majeure selon le DSM-IV: perte d'intérêt; abattement, mélancolie, désespoir; troubles du sommeil; fatigue, manque d'énergie; inappétence ou appétit excessif; dévalorisation, sentiment d'échec; difficultés de concentration; lenteur d'élocution ou de locomotion ou agitation constante; pensées de mort récurrentes, idées suicidaires.

¹⁰ Le PHQ-9 classe les symptômes sur une échelle allant de 0 à 27. De 5 à 9, les valeurs indiquent de *légers* symptômes dépressifs, de 10 à 14 des symptômes *modérés*, de 15 à 19 des symptômes *modérément graves* et à partir de 20 des *symptômes graves*.

Les analyses des données de l'ESS 2017 montrent que plus d'un tiers des personnes interrogées (34,6%) font état de symptômes dépressifs (G 2.8). Dans 2,8% des cas, il s'agit de symptômes modérément graves ou graves, dans 5,9% de symptômes modérés et dans 25,9% de symptômes légers. La fréquence des symptômes dépressifs de ces trois niveaux de gravité a augmenté par rapport à 2012. La part de personnes présentant des symptômes modérés à graves a en particulier augmenté chez les jeunes hommes de 16 à 20 ans (de 7,0% en 2012 à 14,1% en 2017) ainsi que chez les personnes de 50 à 64 ans (de 5,1% à 8,6%). De manière générale, il convient de souligner ici que la fréquence des symptômes graves au sein de l'ensemble de la population pourrait être sous-estimée, car l'enquête n'inclut pas les personnes vivant en institution. De plus, les personnes atteintes d'une dépression graves peuvent éprouver des difficultés à remplir le questionnaire ou à participer à un entretien téléphonique, voire ne pas en être capables.

Les femmes estiment en général plus souvent souffrir de symptômes dépressifs que les hommes (38,8% contre 30,2%). Pour ce qui est de la gravité des symptômes, on n'observe d'écart significatif entre les sexes que pour les symptômes dépressifs légers ou modérés, mais pas pour les modérément graves et les graves. Ces différences constatées entre les sexes se retrouvent dans les études internationales (Karger, 2014; Parker et Brotchie, 2010). Les explications avancées sont, outre des facteurs biologiques, la plus grande accumulation de facteurs de stress psychosociaux chez les femmes ainsi que les effets de diverses formes de discrimination structurelle (Hapke et al., 2019; Platt et al., 2016).

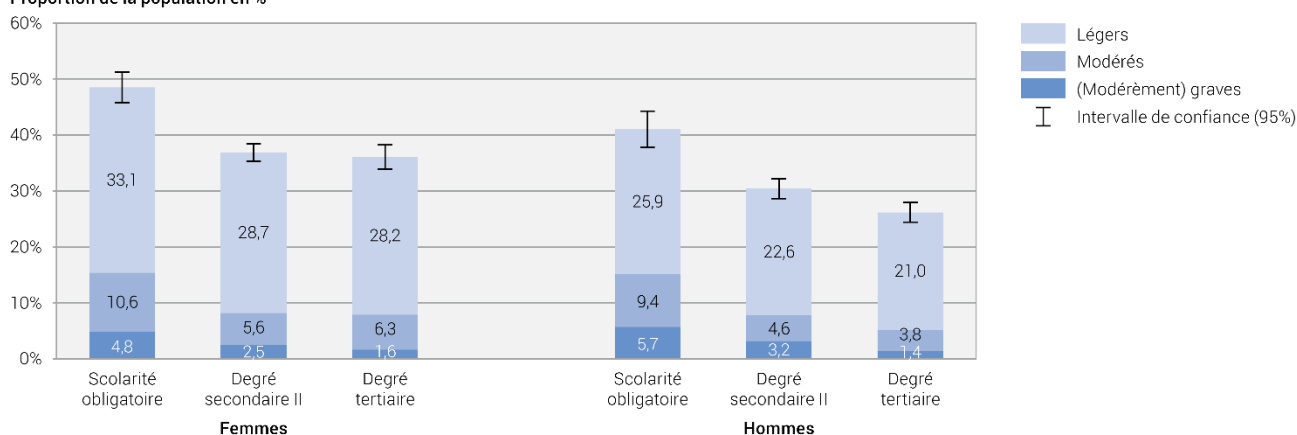
Les symptômes dépressifs sont très répandus chez les jeunes, puis diminuent avec l'âge (G 2.8). Chez les femmes, ils ont tendance à diminuer d'une classe d'âge à l'autre, quel que soit leur degré de gravité: presque la moitié des 15 à 34 ans (48,0%) rapportent des symptômes dépressifs, contre 31,2% des femmes de 65 ans et plus. Chez les hommes aussi, on observe une nette différence entre les groupes d'âge les plus jeunes et les plus âgés: 35,3% des hommes de 15 à 34 ans, contre 22,8% des 65 ans et plus déclarent présenter des symptômes dépressifs.

Si l'on considère la prévalence des symptômes dépressifs en fonction du niveau de formation, on observe un gradient éducatif marqué: plus le niveau de formation des personnes interrogées est élevé, moins elles présentent de symptômes dépressifs. Chez les hommes, ce gradient éducatif est observable quel que soit le degré de sévérité des symptômes, tandis que chez les femmes, on n'observe un écart seulement en fonction du niveau de formation, entre celles qui n'ont achevé que la scolarité obligatoire et celles dont le niveau d'instruction est plus élevé (G 2.9).

La répartition en fonction des grandes régions, enfin, donne un tableau similaire à ceux des indicateurs de l'énergie et de la vitalité ainsi que de la détresse psychologique. C'est au Tessin que les personnes interrogées indiquent généralement le plus souvent souffrir de symptômes dépressifs (G 2.10). Pour ce qui est de la gravité des symptômes, il s'avère que les habitants du Tessin présentent surtout de légers symptômes dépressifs (33,5%) et que les symptômes modérés à graves ont tendance à être plus fréquents dans la région lémanique qu'au Tessin. Un écart significatif apparaît également entre régions linguistiques: en Suisse romande et en Suisse italophone, les symptômes modérés à graves sont plus fréquents qu'en Suisse alémanique (12,0% contre 7,3%; ne figure pas dans les graphiques).

G 2.9 Symptômes dépressifs, selon le sexe et la formation, 2017

Proportion de la population en %



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

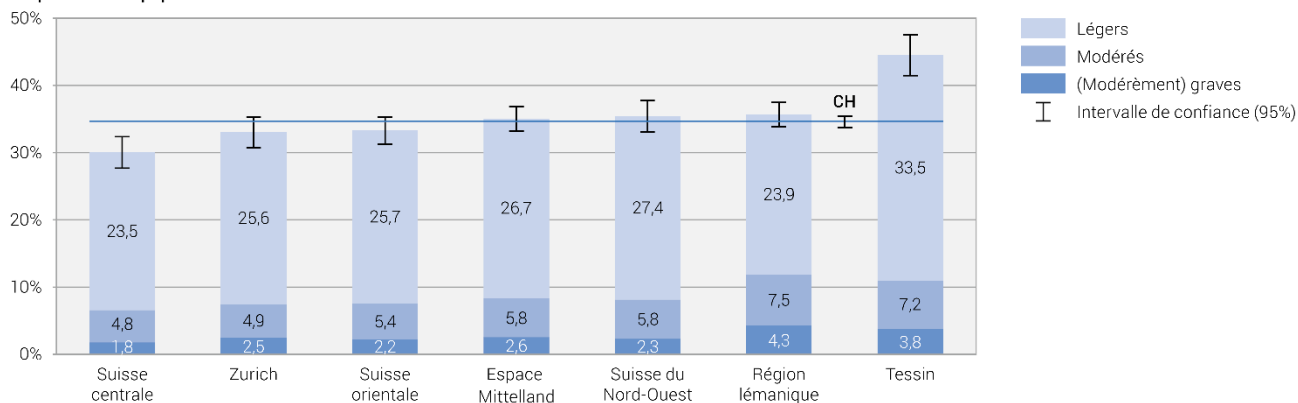
Femmes: n=9591, Hommes: n=8600

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

© Obsan 2020

G 2.10 Symptômes dépressifs, selon les régions, 2017

Proportion de la population en %



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

Suisse centrale: n=2716, Zurich: n=2003, Suisse orientale: n=3390, Espace Mittelland: n=3638, Suisse du Nord-Ouest: n=1980, Région lémanique: n=3217, Tessin: n=1286

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

© Obsan 2020

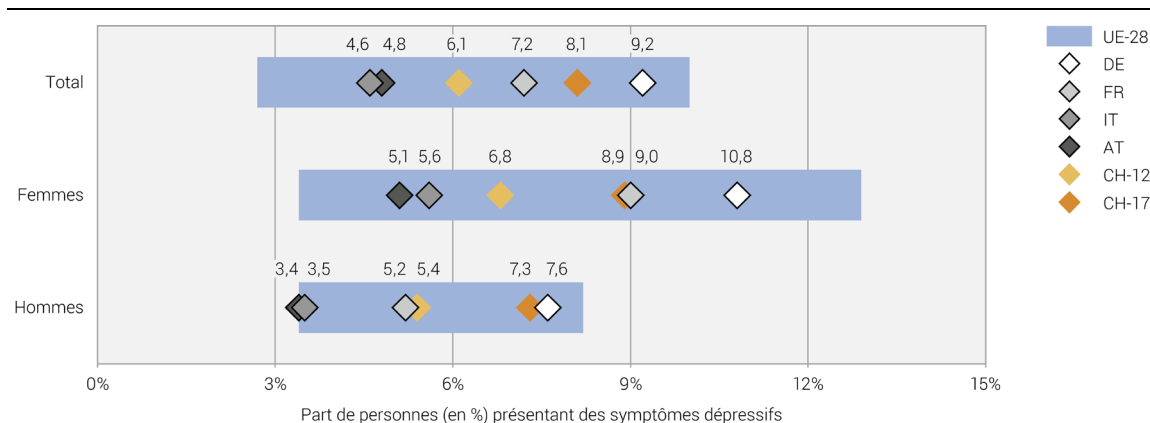
Symptômes dépressifs: comparaison avec l'Europe

Réalisée de 2013 à 2015 dans les 28 pays que comptait alors l'Union européenne, la deuxième vague de l'Enquête européenne par entretien sur la santé (EHIS) comportait une section consacrée à la présence de symptômes dépressifs (Hapke et al., 2019). Ces symptômes ont été relevés au moyen du *Patient Health Questionnaire* (PHQ-8) qui, en comparaison avec le PHQ-9 utilisé dans l'ESS, ne compte que huit questions au lieu de neuf (voir 2.2.2 ; cf. annexe), car il ne pose pas la question sur *les pensées de mort récurrentes et les idées suicidaires*.

Le graphique ci-dessous illustre la prévalence de symptômes dépressifs (modérés à graves) en Suisse, dans les pays voisins et dans l'Union européenne (UE-28, à l'exception de la Belgique, des Pays-Bas et de l'Espagne). Pour les valeurs de l'UE, on présente une fourchette des prévalences dans une barre de couleur (allant du taux le plus faible au plus fort) et, pour la Suisse et ses voisins, les taux observés. Comme la Suisse n'a pas participé à l'enquête EHIS-2, les valeurs helvétiques du PHQ-8 ont été calculées à partir de l'ESS 2012 et 2017. Bien qu'il s'agisse du même instrument de mesure, il convient d'apprécier les différences entre la Suisse et les pays européens avec prudence, notamment car les données ont été collectées durant des périodes distinctes.

La prévalence des symptômes dépressifs modérés à graves en Suisse en 2012 (6,1%) correspond à la moyenne de l'UE (6,6%, ne figure pas dans le graphique). En 2017, la prévalence en Suisse (8,1%) est supérieure à la moyenne européenne et à celle des pays voisins, à l'exception de l'Allemagne (9,2%). La Suisse se situe ainsi entre la France (7,2%) et l'Allemagne, dont elle est relativement proche, mais sa prévalence est bien plus élevée que celle de l'Italie et de l'Autriche. Ce résultat se confirme avec l'analyse de la prévalence par sexe: tant pour les hommes que pour les femmes, les taux sont bien inférieurs en Italie et en Autriche. S'agissant des femmes, la prévalence est pratiquement identique en Suisse (8,9%) et en France (9,0%), tandis qu'elle est remarquablement plus élevée pour les Allemandes (10,8%). En revanche, pour les hommes, la Suisse (7,3%) est proche de l'Allemagne (7,6%), alors que les symptômes dépressifs sont bien moins fréquents chez les hommes français (5,2%).

Prévalence de symptômes dépressifs modérés à graves en Suisse (2012 et 2017), dans les pays voisins et dans l'UE des 28 (de 2013 à 2015)



Note : UE-28=valeur de la plus faible à la plus élevée des états membres de l'UE-28 pour lesquels des données sont disponibles (sans la Belgique, les Pays-Bas et l'Espagne; cf. Hapke et al., 2019).

DE=Allemagne, FR=France, AT=Autriche, IT=Italie, CH-2012=Suisse 2012, CH-2017=Suisse 2017. Les données – sauf les valeurs pour la Suisse – ont été standardisées selon la population européenne type 2010 (Eurostat, 2013). Symptômes de dépression modérés à graves : PHQ-8 > 9 points.

Source: OFS – Enquête suisse sur la santé (ESS), European Health Interview Survey wave 2 (EHIS 2)

Dépression

Dans le cadre de l'ESS 2017, on demande aux personnes sondées si elles ont eu une dépression lors des 12 mois écoulés et, si oui, si un diagnostic a été posé par un spécialiste (cf. annexe). La période à laquelle se rapporte cette question (12 mois précédents; prévalence annuelle) diffère de celle concernant les symptômes dépressifs (deux dernières semaines; prévalence périodique). L'enquête de 2012 posait les questions de façon légèrement différente: il s'agissait de savoir si les personnes interrogées avaient suivi un traitement médical pour dépression durant les 12 mois précédents ou si elles avaient eu une dépression, mais n'avaient pas été en traitement. Dès lors, les résultats des deux enquêtes ne sont pas directement comparables; néanmoins, comme les questions sont malgré tout semblables – un diagnostic allant généralement de pair avec un traitement médical de la dépression –, nous utilisons les données de l'année 2012 dans la suite du chapitre à titre d'information complémentaire.

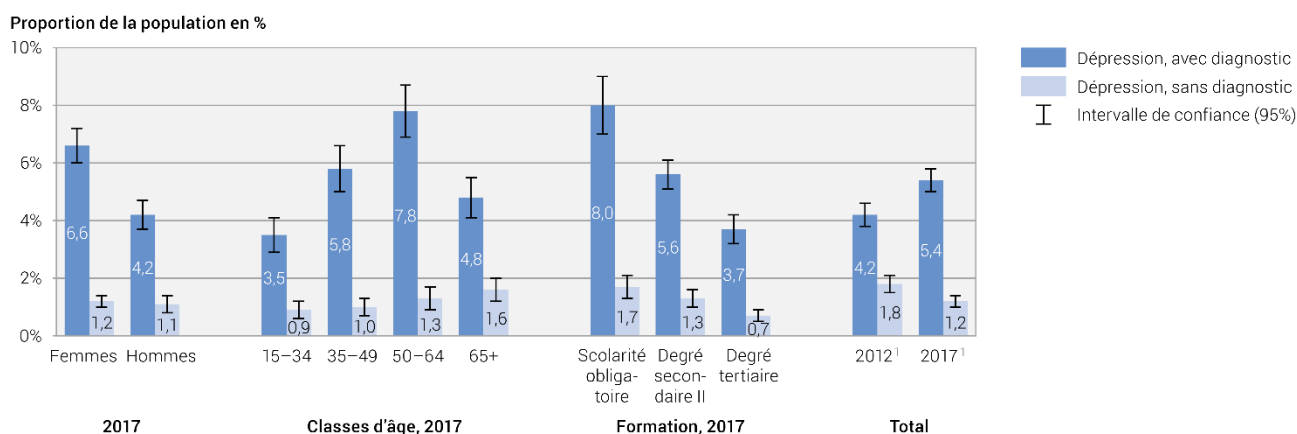
Le graphique G 2.11 comprend deux colonnes pour chacune des caractéristiques étudiées. La colonne foncée représente le pourcentage de personnes interrogées pour lesquelles une dépression a été diagnostiquée au cours des douze derniers mois, tandis que la colonne claire fait référence aux personnes ayant déclaré avoir eu une dépression sans avoir été diagnostiquées. La raison pour laquelle aucun diagnostic n'a été posé n'est pas précisée (la personne n'a pas [encore] consulté ou le médecin traitant n'a pas posé de diagnostic).

Lors des douze mois précédant l'enquête, une dépression a été diagnostiquée chez 5,4% des personnes interrogées (6,6% des femmes, 4,2% des hommes, G 2.11). C'est la tranche d'âge la plus

jeune (15 à 34 ans) qui présente le plus bas taux de dépression diagnostiquée (3,5%) et celle comprise entre 50 et 64 ans le taux le plus élevé (7,8%). Comme pour les symptômes dépressifs déclarés par les personnes interrogées, on observe aussi un gradient éducatif marqué pour les dépressions diagnostiquées: la prévalence des dépressions est au plus haut chez les personnes n'ayant achevé que l'école obligatoire (8,0%), elle recule ensuite à 5,6% pour celles ayant un diplôme du degré secondaire II, pour tomber à 3,7% pour celles au bénéfice d'une formation du tertiaire. Pour vérifier si des indices laissent conclure à une hausse des dépressions diagnostiquées, comme c'est le cas des symptômes dépressifs, nous présentons aussi, dans le graphique G 2.11 le résultat global pour 2012, même si la prudence est de rigueur pour comparer ces résultats. Les pourcentages de 4,2% en 2012 et de 5,4% en 2017 tendent à indiquer qu'une augmentation pourrait aussi s'être produite ici.

Le pourcentage de personnes ayant déclaré avoir eu une dépression non diagnostiquée atteint 1,2%, soit moins que les dépressions diagnostiquées. Les pourcentages sont similaires pour les femmes et pour les hommes, mais augmentent avec l'âge, passant de 0,9% pour les 15 à 34 ans à 1,6% pour les personnes âgées de 65 ans et plus. En ce qui concerne le niveau de formation, on observe un écart entre le degré tertiaire (0,7%) et les deux autres niveaux (1,3% pour le degré secondaire II et 1,7% pour l'école obligatoire). Signalons encore que le pourcentage de personnes ayant souffert d'une dépression sans qu'un diagnostic n'ait été posé tend à reculer. Si cette tendance se confirmait, cela pourrait indiquer que les personnes souffrant d'une dépression consultent davantage qu'il y a cinq ans (et ont donc été diagnostiquées, voir aussi 4.1).

G 2.11 Dépression (au cours des 12 derniers mois) avec et sans diagnostic, selon le sexe, l'âge et la formation, 2012, 2017

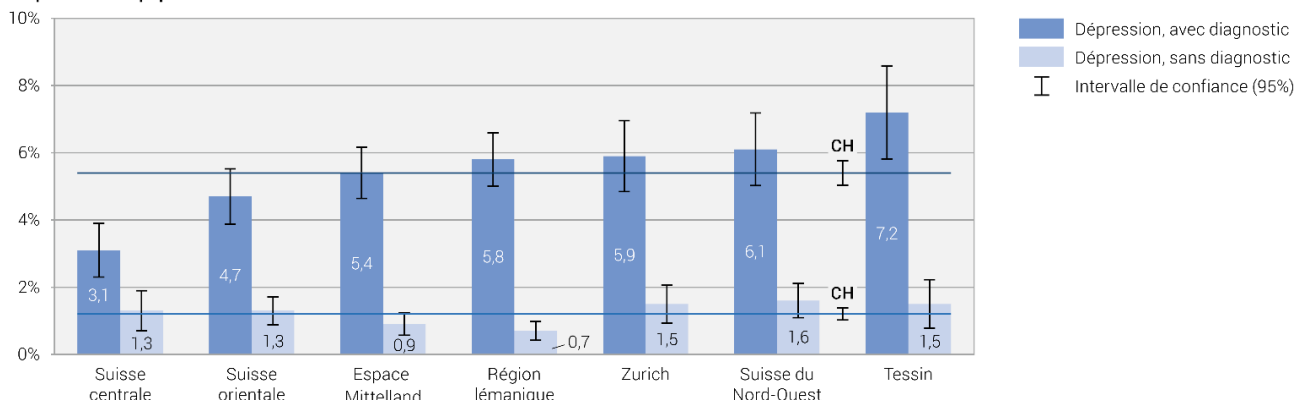


¹ La comparaison entre les résultats des années 2012 et 2017 doit être effectuée avec prudence, car la formulation de la question a changé.

n=22'092

G 2.12 Dépression (au cours des 12 derniers mois) avec et sans diagnostic, selon les régions, 2017

Proportion de la population en %



Suisse centrale: n=3257, Suisse orientale: n=4048, Espace Mittelland: n=4363, Région lémanique: n=3998, Zurich: n=2455, Suisse du Nord-Ouest: n=2454, Tessin: n=1517

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

© Obsan 2020

Le graphique G 2.12 présente la distribution régionale des dépressions diagnostiquées et des dépressions sans diagnostic. S'agissant des dépressions diagnostiquées, les résultats rappellent ceux des symptômes dépressifs, avec des taux bas pour la Suisse centrale et des taux supérieurs à la moyenne pour le Tessin. Les autres régions sont proches de la moyenne suisse. Pour ce qui est des dépressions non diagnostiquées, on observe un taux comparativement bas dans la région lémanique.

Les résultats présentés dans ce chapitre sur les symptômes dépressifs et les dépressions diagnostiquées ne sont pas directement comparables, notamment parce qu'ils se rapportent à des périodes différentes: dans le premier cas, cette période recouvre les quatre dernières semaines précédant l'enquête, dans le second, les douze derniers mois. Toutefois, les deux indicateurs présentent des tendances concordantes, comme un taux de prévalence plus élevé chez les femmes, un gradient éducatif marqué, des différences régionales et une augmentation entre 2012 et 2017. L'âge fait toutefois exception: les symptômes dépressifs

sont au plus fort chez les 15 à 34 ans, puis diminuent ensuite, tandis que les dépressions diagnostiquées augmentent avec l'âge, pour atteindre leur niveau maximal entre 50 et 64 ans, puis reculer à nouveau. D'autres enquêtes sur la santé ont aussi identifié ces tendances caractéristiques des résultats par tranche d'âge (Busch et al., 2011; Busch et al., 2013; Strine et al., 2008). Les explications avancées renvoient notamment au recours tardif à un spécialiste, à des facteurs de risque et de protection qui varient selon l'âge, au parcours de vie ou encore à l'augmentation des dépressions atypiques durant la vieillesse, que les questionnaires d'enquête ne parviennent pas à saisir et qui sont moins souvent diagnostiquées. On ne peut par ailleurs pas exclure que les résultats soient influencés par le fait que les personnes âgées se souviennent moins des symptômes et des maladies dépressifs, qu'ils en prennent moins conscience ou les rapportent moins souvent (Mauz et Jacobi, 2008; Weyerer et Bickel, 2007; Wittchen et al., 2010).

Comment expliquer que la détresse psychologique recule alors que les symptômes dépressifs augmentent?

Lorsque l'on compare l'évolution de la détresse psychologique et des symptômes dépressifs de 2012 à 2017, on observe que la première a reculé et que les deuxièmes ont augmenté. Pour expliquer ce paradoxe apparent, nous nous sommes livrés à quelques analyses et avons effectué une recherche bibliographique. Voici nos principaux constats:

- (1) La hausse des symptômes dépressifs (PHQ-9) est nettement plus marquée que le recul de la détresse psychologique (MHI-5). La valeur des points de l'indice n'a augmenté que de 1% pour le MHI-5 (ce qui correspond à une diminution de la détresse psychologique), tandis qu'elle s'est accrue de 14% pour le PHQ-9 (ce qui équivaut à une augmentation des symptômes dépressifs). Si l'on prend en considération la variation en fonction de la gravité, c'est la détresse psychologique de gravité moyenne et, dans une moindre mesure, la détresse psychologique grave, qui ont reculé, alors que les symptômes dépressifs ont augmenté, quel que soit leur degré de gravité. Si l'on considère le sexe, ce sont les symptômes de dépression plutôt sévères ou sévères qui ont augmenté chez les hommes et ceux de gravité moyenne chez les femmes.
- (2) Différences d'approche: (1) Les questions relatives à la détresse psychologique sont posées dans l'entretien *téléphonique* de l'ESS, celles relatives aux symptômes dépressifs dans la partie *écrite* de l'enquête. (2) Pour la détresse psychologique, la période prise en considération porte sur les *quatre* dernières semaines, pour les symptômes dépressifs sur les *deux* dernières semaines. (3) L'ordre et la position des questions ont été modifiés de 2012 à 2017, et il est possible que des effets de position influencent les résultats (c'est-à-dire que l'ordre des questions peut faire varier les réponses; voir par ex. Petersen, 2002).
- (3) Le recul du taux de forte énergie et vitalité (2.1.3) enregistré de 2012 à 2017 et l'augmentation des dépressions diagnostiquées (2.2.2) durant la même période semblent liés à l'accroissement des symptômes dépressifs. Il convient toutefois ici de signaler qu'on ne peut comparer qu'indirectement les deux enquêtes pour ces deux indicateurs, car les questions relatives à l'énergie et à la vitalité ont été déplacées de l'enquête téléphonique (ESS 2012) à l'enquête écrite (ESS 2017) et que le libellé des questions portant sur les dépressions diagnostiquées a été modifié durant le même intervalle.
- (4) La Swiss Youth Epidemiological Study on Mental Health (S-YESMH; Werlen et al., 2020), qui fournit des données à jour pour la Suisse, corrobore la fréquence des symptômes dépressifs ressortant dans l'ESS 2017. La S-YESMH est une enquête représentative réalisée à l'échelle de la Suisse auprès des jeunes de 17 à 22 ans sur les symptômes dépressifs (aussi au moyen de PHQ-9), sur l'anxiété généralisée et sur le TDAH (trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité). Dans l'édition 2018 de cette étude, 17,7% des jeunes interrogés faisaient état de symptômes dépressifs moyens à sévères, contre 13,5% pour la même tranche d'âge dans l'ESS 2017. De la sorte, les résultats de la S-YESMH pour 2018 sont encore supérieurs à ceux de l'ESS pour 2017.
- (5) A l'échelon international, diverses études rapportent une augmentation des dépressions (voir par ex. Jorm et al., 2017), tant pour ce qui est des symptômes auto-rapportés, comme par exemple aux Etats-Unis entre 2005 et 2015 (Weinberger et al., 2018), que des diagnostics de dépression posés par un médecin et rapportés par les personnes interrogées, comme en Allemagne entre 2009 et 2012 (Thom et al., 2019) ou au Canada entre 2003 et 2007 (Simpson et al., 2012). Ces résultats sont donc en phase avec l'augmentation du nombre de cas de dépressions diagnostiquées que nous avons constatée – une augmentation à interpréter néanmoins avec prudence (cf. 2.2.2 *Dépressions*). Signalons cependant que cette hausse est généralement interprétée comme le résultat des modifications du comportement des patients, qui consultent davantage, et de la pratique médicale en matière de diagnostic, d'enregistrement et de communication des cas.

2.2.3 Comorbidité

Il est courant que les personnes atteintes de troubles mentaux soient touchées simultanément par plusieurs maladies. Les personnes souffrant de dépression sont plus susceptibles de déclarer deux maladies chroniques supplémentaires ou plus que les personnes sans dépression. Environ trois quarts des personnes présentant une détresse psychologique grave ou de graves symptômes dépressifs ont aussi des problèmes somatiques importants.

On entend par comorbidité l'existence de plus d'un trouble de santé spécifique, qui peut être diagnostiqué chez une personne au cours d'une période déterminée (Burke et al., 1990). Les diagnostics doubles et multiples sont particulièrement fréquents en cas de troubles psychiques, un constat qui s'applique à la concomitance de plusieurs maladies *psychiques*. Dans une étude menée aux États-Unis, Kessler et al. (2005) ont ainsi constaté, chez 45% des malades psychiques, au moins un autre trouble psychique, c'est-à-dire une maladie *psychique* comorbide (comorbidité sur 12 mois). Selon l'enquête «Gesundheit Erwachsener in Deutschland und dem Zusatzsurvey zur psychischen Gesundheit» (DEGS1-MH), 55% des malades psychiques présentaient un seul diagnostic et tous les autres *plusieurs* (Jacobi et al., 2017). Certaines combinaisons de troubles sont particulièrement fréquentes: la moitié à trois quarts des cas de dépression environ se juxtaposent à des problèmes d'anxiété (Beekman et al., 2000), deux tiers des patients dépressifs souffrent en même temps de douleurs chroniques (Ohayon et Schatzberg, 2010) et de multiples études confirment un fort lien entre les troubles addictifs et les dépressions ou troubles bipolaires (Lai et al., 2015). La concomitance de troubles dépressifs et d'autres troubles psychiques augmente tant le caractère chronique que la complexité de la maladie, diminue la réponse aux traitements médicamenteux et psychothérapeutiques, aggrave le handicap psychosocial et diminue plus fortement la qualité de vie (Laux, 2017).

Les maladies psychiques (isolées ou cumulées) ne se combinent pas seulement entre elles, mais sont aussi très souvent associées à des maladies *somatiques*, parfois chroniques. Selon Hower et Schneider (2017), 30% à 50% des personnes présentant de graves troubles psychiques ont aussi des maladies somatiques comorbides importantes. Une étude de l'OMS sur les liens entre troubles psychiques et maladies somatiques chroniques consécutives (Scott et al., 2016) a permis d'établir des relations significatives entre les troubles psychiques examinés (troubles de l'humeur, problèmes d'anxiété, troubles du contrôle des pulsions et troubles liés à l'abus de substances) et l'apparition ultérieure de maladies somatiques, telles que l'arthrite, les douleurs chroniques, les troubles cardiaques, les attaques cérébrales, l'hypertension artérielle, l'asthme bronchique, la pneumopathie chronique, l'ulcère peptique et le cancer.

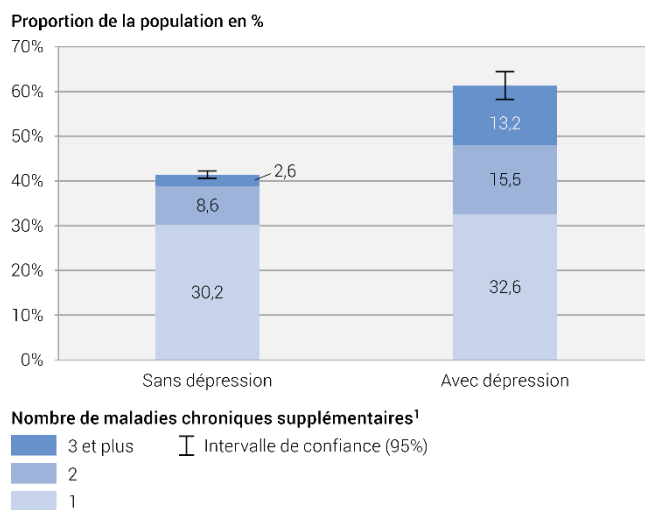
Le même lien de cause à effet peut aussi être observé dans le sens inverse: des patients atteints par exemple d'un cancer, du VIH ou du sida, du diabète ou ayant fait un infarctus du myocarde

ou un accident vasculaire cérébral sont davantage exposés à un risque de dépression (Anderson et al., 2001; OMS Europe, 2006; WHO, 2003). Des maladies psychiques peuvent ainsi *précéder* les premiers symptômes d'une maladie somatique et, inversement, une maladie somatique, voire son traitement, peut *engendrer* des problèmes ou troubles psychiques.

Pour la prévention et le traitement des maladies, il est crucial de détecter les comorbidités. De même, il est essentiel de savoir quels tableaux cliniques ne doivent pas être considérés isolément. Il importe également d'identifier assez tôt les états de comorbidité et de les prendre en charge de manière adéquate. En effet, les situations de comorbidité ou de multimorbidité entraînent en général davantage de conséquences négatives que les maladies isolées: gravité accrue de la maladie, diminution de la qualité de vie, allongement et chronicisation de la maladie, moindre efficacité des thérapies, complications plus nombreuses et augmentation de la mortalité (Baer et Cahn, 2009; Härter et al., 2007; Liu et al., 2017; Sartorius, 2013).

Les résultats présentés ci-après proviennent de l'ESS 2017; ils permettent d'une part d'aborder le lien entre la dépression et le *nombre* de maladies chroniques concomitantes et, d'autre part, mettent l'accent sur le rapport entre détresse psychologique ou états dépressifs et troubles physiques concomitants. Dans l'ESS 2017, les troubles physiques sont analysés à l'aide d'un indice basé sur des questions sur les douleurs dorsales, la faiblesse et la fatigue, les douleurs abdominales, la diarrhée et la constipation, les troubles du sommeil, les maux de tête, les troubles cardiaques et les douleurs dans la poitrine (cf. annexe).

G 2.13 Fréquence des maladies chroniques, selon la présence d'une dépression, 2017



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

© Obsan 2020

Le graphique G 2.13 illustre la fréquence de maladies chroniques concomitantes selon la présence ou l'absence d'une dépression. Il apparaît que les personnes ayant souffert d'une dépression au cours des douze mois précédant l'enquête font nettement plus souvent état que celles n'ayant pas fait de dépression de *deux* ou de *trois* maladies chroniques supplémentaires ou davantage.

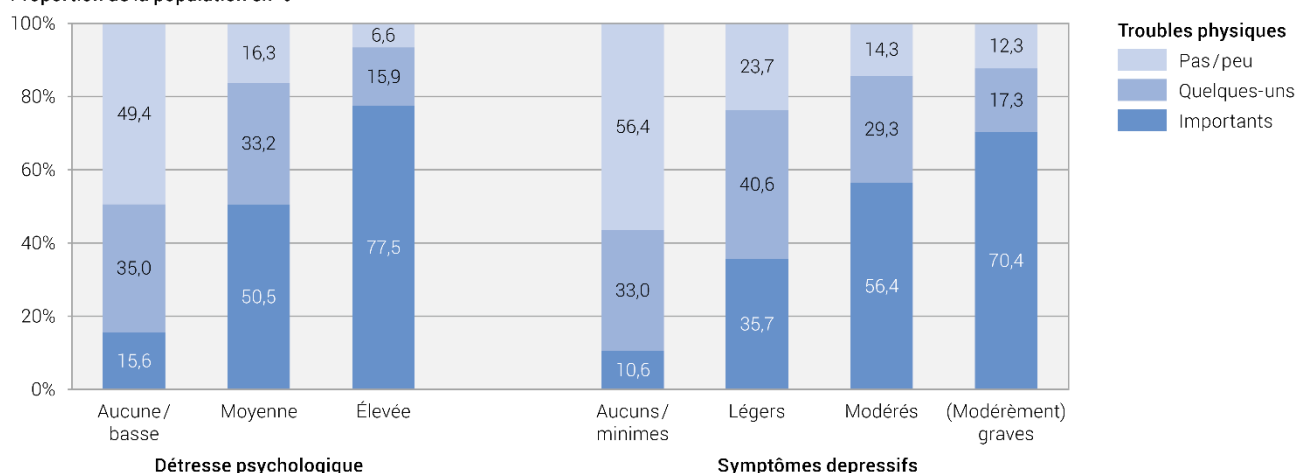
Comme on pouvait s'y attendre, l'absence ou la faible gravité de la détresse psychologique ou des symptômes dépressifs coïncide le plus souvent avec l'absence de troubles somatiques ou uniquement avec de légers troubles (G 2.14). En revanche, plus de 70% des personnes souffrant d'une détresse psychologique

grave ou de symptômes dépressifs plutôt sévères ou sévères font aussi état de troubles physiques importants.

Selon l'ESS 2017, les femmes rapportent plus souvent que les hommes (82,1% contre 70,3%) l'existence concomitante d'une détresse psychologique élevée et de troubles somatiques importants (pas d'illustration). Parmi les personnes souffrant de problèmes psychiques graves, la classe des 50 à 64 ans tend à présenter la plus forte proportion de personnes atteintes simultanément de troubles physiques importants (81,0%). Aucun écart significatif n'existe toutefois entre les classes d'âge.

G 2.14 Troubles physiques, selon la détresse psychologique et les symptômes dépressifs, 2017

Proportion de la population en %



Problèmes psychiques: n=19'860, Symptômes dépressifs: n=17'329

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

© Obsan 2020

Informations complémentaires

OCDE, Indicateur du vivre-mieux:

www.oecdbetterlifeindex.org/fr/countries/suisse-fr/

(consulté le 15.06.2020)

OCDE, Comment va la vie?:

www.oecd.org/fr/statistiques/comment-va-la-vie-23089695.htm

(consulté le 15.06.2020)

OFS, Indicateurs de la qualité de vie:

www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/themes-transversaux/city-statistics/indicateurs-qualite-vie.html (consulté le 15.06.2020)

Système de monitoring suisse des Addictions et des Maladies non transmissibles (MonAM), Qualité de vie:

www.obsan.admin.ch/fr/indicateurs/MonAM/mnt-et-qualite-de-vie-age-15 (consulté le 13.5.2020)

www.obsan.admin.ch/fr/indicateurs/MonAM/qualite-de-vie-age-6-16-ans (consulté le 13.5.2020)

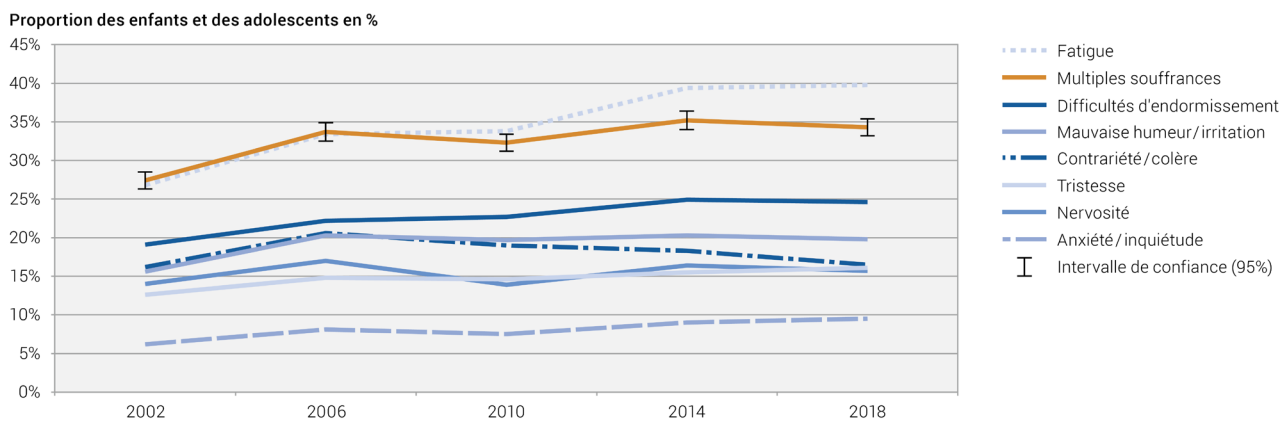
Enfants et adolescents : état de santé psychique

Le rapport national sur la santé 2020 de l'Obsan donne un aperçu actualisé de l'état de santé psychique des enfants et des adolescents en Suisse au chapitre «Santé psychique» (Tuch & Schuler, 2020). Il conclut que les données disponibles ne permettent de tirer que peu de conclusions sur la santé psychique des enfants et des adolescents. Le résultat le plus manifeste est qu'une grande majorité d'entre eux présente un niveau de bien-être élevé, un constat qui vaut aussi bien pour l'évaluation de l'état de santé général que pour celle de la qualité de vie. Les données ne permettent cependant qu'une évaluation relativement superficielle du bien-être, car on ne dispose de quasiment aucune donnée plus détaillée sur les différentes facettes du bien-être, telles que la satisfaction face à la vie, l'épanouissement ou l'autonomie.

L'appréciation des troubles psychiques et de l'instabilité psychique est plus délicate (en l'absence de diagnostics fiables, il est habituel de parler d'instabilité psychique chez les enfants; Tuch & Schuler, 2020). Des données récentes sur les troubles spécifiques font totalement défaut pour la Suisse et la pertinence des données sur l'instabilité psychique varie fortement selon les groupes d'âge. En particulier, on ne sait pas grand-chose sur la santé et les maladies psychiques des enfants en âge préscolaire, même si l'on part du principe que les maladies psychiques sont aussi fréquentes dans la petite enfance que par la suite et qu'un dépistage précoce peut avoir un effet bénéfique sur l'évolution des problèmes.

Les données sont un peu plus abondantes pour les 11 à 15 ans. Réalisée auprès d'élèves, l'enquête «Health Behaviour in School-aged Children» (HBSC ; cf. 1.5.8), qui contient aussi des questions sur l'état de santé psychique, fournit ainsi des données représentatives sur la santé et sur les comportements de santé (cf. Ambord et al., 2020). Elle s'intéresse à la fréquence de certains symptômes psychoaffectifs survenus au cours des six mois précédents, comme la tristesse, la mauvaise humeur, la nervosité, la fatigue, l'anxiété, la contrariété et les difficultés d'endormissement. Le graphique ci-dessous montre l'évolution de la proportion d'enfants de 11 à 15 ans qui souffrent de deux de ces symptômes au moins (multimorbidité) de manière répétée, voire chronique (plusieurs fois par semaine au minimum). Il retrace aussi l'évolution des symptômes pris séparément. De 2002 à 2014, la part d'enfants et adolescents présentant une multimorbidité psychoaffective est passée de 27,4 à 35,2%. En 2018, elle s'élevait à 34,3%, un résultat proche de celui de 2014. On constate surtout une hausse de la fréquence de la fatigue et des difficultés d'endormissement (de respectivement 13,0 et 5,5 points de pourcentage de 2002 à 2018). Lors de la dernière édition de l'enquête HBSC, environ 27,1% des garçons et 41,8% des filles interrogés rapportent des symptômes psychoaffectifs multiples, la fatigue et les difficultés d'endormissement étant les symptômes les plus souvent cités par les jeunes des deux sexes (respectivement 39,8 et 24,6% des 11 à 15 ans).

Troubles psychoaffectifs répétés ou chroniques chez les 11–15 ans, 2002–2018



Note : Proportion d'enfants de 11 à 15 ans qui, au cours des six mois précédents, ont été affectés par des symptômes plusieurs fois par semaine.

2002: N=9288, 2006: N=9502, 2010: N=9869, 2014: N=9632, 2018: N=10970

Source: Addiction Suisse – «Studie Health Behaviour in School-aged Children» (HBSC)

© Obsan 2020

Vu les données disponibles, on ne peut se faire qu'une idée très fragmentée de la santé psychique des enfants et des adolescents ; il est donc impossible, à l'heure actuelle, de tirer des conclusions générales pour la Suisse. Il serait pourtant utile de disposer de données épidémiologiques fiables sur leur santé psychique pour planifier les activités de prévention et les services de santé sur une base objective.

3 Facteurs de protection et facteurs de risque

Le fait qu'un individu développe ou non une maladie psychique dépend d'une multitude de facteurs. Ceux-ci peuvent être aussi bien des caractéristiques propres à sa personne (une prédisposition génétique ou un trait de caractère particulier, par exemple) qu'à son environnement (entourage familial et social, statut socio-économique, etc.). En fonction de l'effet qu'ils produisent, ces facteurs sont qualifiés de facteurs de risque ou de facteurs de protection. Dans le contexte de la santé psychique, on parle aussi souvent de contraintes pour les premiers et de ressources pour les seconds.

Les facteurs de risque augmentent la probabilité de voir apparaître une maladie psychique. À l'inverse, les facteurs de protection diminuent cette probabilité en atténuant ou en annulant l'effet des facteurs de risque (cf. Schneider et Margraf, 2009). Les facteurs de risque comme les facteurs de protection peuvent se modifier au fil de l'âge et du parcours de vie (cf. les modèles des phases de la vie, p. ex. Spiess et Schnyder-Walser, 2018). Les transitions entre les différentes phases de l'existence et les événements critiques comme l'entrée dans la vie professionnelle, la parentalité, le divorce, la mort d'un proche ou une expérience migratoire augmentent le risque de problèmes de santé ou de maladies psychiques. D'un autre côté, de nouvelles ressources peuvent aussi émerger.

La connaissance des facteurs de protection et des facteurs de risque joue notamment un rôle primordial dans la promotion de la santé et la prévention. Elle permet par exemple la mise en place de programmes visant à consolider certains facteurs de protection de manière ciblée (renforcement de l'auto-efficacité, p. ex., Braungardt et al., 2011) afin d'améliorer la santé psychique.

En s'appuyant sur l'ESS 2017, il est possible de formuler des déclarations représentatives sur divers facteurs de risque et de protection. Pour les analyses ci-après, nous avons sélectionné des facteurs personnels et sociaux dont l'influence sur la santé psychique est documentée dans la littérature spécialisée. La présente étude constitue donc une synthèse de facteurs importants basée sur des preuves scientifiques ; elle n'offre cependant pas un tableau complet de la question.

Dans ce chapitre, nous passons d'abord en revue les facteurs de protection sélectionnés (3.1) avant de nous intéresser aux facteurs de risque (3.2). Après avoir succinctement décrit et expliqué ces divers facteurs, nous indiquons leur prévalence dans la population suisse, celle-ci constituant un critère essentiel pour mieux pouvoir évaluer l'importance des facteurs en question pour la population. La prévalence présente notamment de l'intérêt dans une optique de promotion de la santé et de prévention: faut-il par exemple mettre en place des programmes visant à développer des facteurs de protection particulièrement importants ou faut-il se concentrer sur ceux qui sont peu courants ? Faut-il plutôt instaurer des mesures pour lutter contre les facteurs de risque qui jouent un rôle fondamental ou plutôt contre ceux qui sont très répandus ? Une fois ce cadre posé, nous examinons le lien entre les différents facteurs et les problèmes psychiques. Pour les analyses qui portent sur ce lien, nous avons adopté la règle suivante: une personne souffre de «problèmes psychiques» lorsqu'elle présente des symptômes dépressifs modérés à sévères (PHQ-9; valeurs > 9) ou une détresse psychologique moyenne à importante (MHI-5; valeurs < 73). 18% environ des personnes interrogées – 15% des hommes, 21% des femmes – sont concernés. Les corrélations sont indiquées par classes d'âge, étant donné que l'importance de certains facteurs de protection ou de risque peut évoluer au fil de l'âge et des situations de vie.

La question de la causalité se pose pour tous les facteurs de protection et de risque décrits ici : est-ce la solitude qui conduit à la maladie psychique ou la maladie psychique qui entraîne la solitude, par exemple ? Les sources de données disponibles ne permettent pas de répondre à cette question ; pour bon nombre de facteurs, on peut imaginer un lien dans les deux sens.

Au point 3.1, nous examinons les trois facteurs de protection personnels retenus – un *sentiment élevé de maîtrise de la vie* (3.1.1), une *auto-efficacité générale élevée* (3.1.2) et le *coping résilient élevé* (3.1.3) – ainsi qu'un facteur de protection social : un *soutien social fort* (3.1.4). Au point 3.2, nous passons en revue les facteurs de risque, à savoir un *bas niveau de formation* (3.2.1), une *origine migratoire* (3.2.2), le *chômage ou l'invalidité* (3.2.3), des *limitations en raison d'un problème de santé physique* (3.2.4) et la *solitude* (3.2.5). L'analyse des interactions entre les facteurs de protection et les facteurs de risque clôt ce chapitre (3.3).

3.1 Facteurs de protection

Tous les facteurs étudiés ici exercent un effet protecteur en relation avec les problèmes psychiques: les personnes qui présentent le facteur de protection considéré souffrent nettement plus rarement de problèmes psychiques que celles chez qui ce facteur est absent. Pour les facteurs de protection analysés, les prévalences s'inscrivaient toutes dans la même fourchette en 2017 et oscillaient entre 30% et 40%.

Dans les paragraphes qui suivent, nous décrivons plus en détail trois facteurs de protection personnels et un facteur de protection social en indiquant leur prévalence ainsi que le lien avec les problèmes psychiques. Les analyses se concentrent sur les degrés élevés des facteurs en question ; en d'autres termes, elles montrent l'importance des groupes de population qui indiquent qu'ils disposent des ressources considérées. Nous avons parfois ajouté des indications concernant les degrés bas afin de mettre en évidence la proportion de personnes pour lesquelles la ressource en question fait défaut.

3.1.1 Sentiment élevé de maîtrise de la vie

Le concept de «sentiment de maîtrise de la vie» repose sur la théorie de l'apprentissage social de Rotter (1966) ; il décrit l'influence qu'une personne estime pouvoir exercer sur les événements qui surviennent dans sa vie. Les individus qui ont un fort sentiment de maîtrise sont convaincus de pouvoir déterminer dans une large mesure le cours de leur existence elles-mêmes (sentiment de maîtrise interne), alors que ceux chez qui ce sentiment est

faible considèrent que des facteurs extérieurs comme le hasard, le destin ou d'autres personnes jouent un rôle prépondérant (sentiment de maîtrise externe).

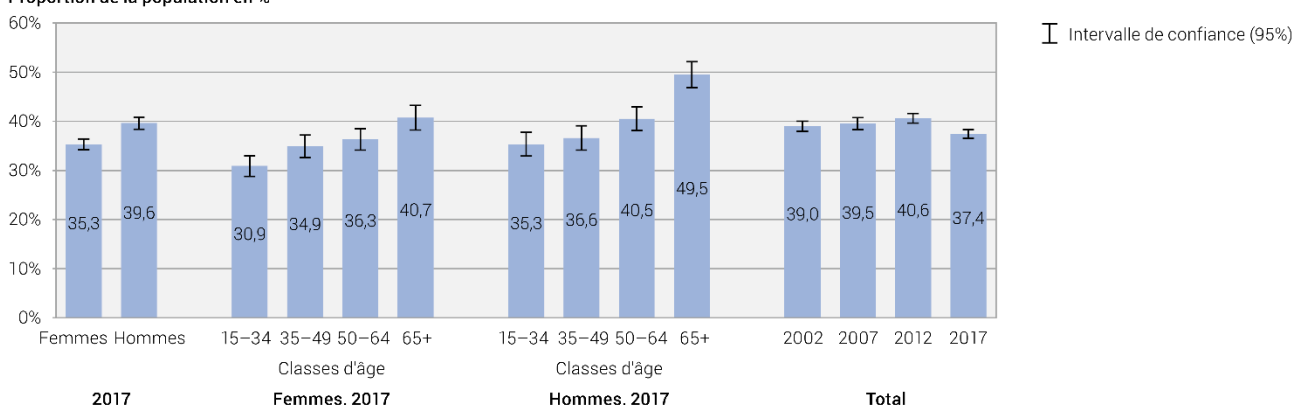
Des études empiriques ont montré qu'un sentiment de maîtrise de la vie élevé est associé à un meilleur état de santé subjectif, à une plus grande satisfaction face à l'existence, à moins de symptômes dépressifs et à une plus faible mortalité (Haidt et Rodin, 1999; Lachman et Weaver, 1998; Seeman et Lewis, 1995, p. ex.). L'échelle employée dans l'ESS est l'échelle de maîtrise de Pearlin (cf. annexe ; Pearlin et al., 1981), un instrument couramment utilisé pour mesurer la perception qu'une personne a de son emprise sur sa vie (Rüesch et al., 2006). Elle comporte trois catégories, à savoir un sentiment de maîtrise *élevé*, *moyen* ou *faible* (OFS, 2019). Pour les analyses ci-après, nous avons défini le sentiment *élevé* de maîtrise comme un facteur de protection.

Selon les données de l'ESS 2017, 37,4% de la population suisse estime avoir un sentiment de maîtrise de sa vie élevée (G 3.1). Les hommes font plus souvent état d'un sentiment de maîtrise élevée que les femmes, et les personnes âgées que les jeunes. Ainsi, un tiers environ des femmes de 15 à 34 ans considèrent qu'elles ont une emprise élevée sur leur vie, contre 40,7% chez les femmes de 65 ans et plus. Chez les hommes, la hausse est encore plus marquée avec l'avancée en âge ; près de la moitié des 65 ans et plus font état d'un sentiment de maîtrise élevée.

En comparaison avec les relevés effectués dans le cadre de l'enquête suisse sur la santé en 2002, 2007 et 2012, la proportion de personnes qui mentionnent un sentiment de maîtrise élevée a légèrement diminué dans la population en 2017. Par rapport à 2012, ce recul est particulièrement marqué chez les 65 ans et plus (pas d'illustration). Au niveau des grandes régions, la part de personnes qui estiment avoir une bonne emprise sur leur vie est supérieure à la moyenne en Suisse centrale (42,7%) et en Suisse orientale (40,6%), alors qu'elle est particulièrement faible au Tessin (29,3%) et dans la région lémanique (31,1%) (pas d'illustration).

G 3.1 Sentiment élevé de maîtrise de la vie, selon le sexe et l'âge, 2002–2017

Proportion de la population en %



2002: n=14'359, 2007: n=12'992, 2012: n=17'267, 2017: n=18'161

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

© Obsan 2020

En moyenne, 23,4% de la population indique avoir un *faible* sentiment de maîtrise de la vie. Le taux de jeunes femmes (15–34 ans) est supérieur à la moyenne dans cette catégorie, avec une part qui s'établit à 26,6%. Parallèlement au recul du sentiment élevé de maîtrise de la vie observé en 2017, on constate une hausse du faible sentiment de maîtrise par rapport aux années précédentes.

Parmi les personnes qui font état d'un sentiment *élevé* de maîtrise de la vie, 4% sont touchées par des problèmes psychiques ; les plus jeunes (15–34 ans) sont un peu plus souvent concernées que les plus âgées (65 ans et plus), avec une part de 6% pour les premières contre 3% pour les secondes (G 3.6). À titre de comparaison, les parts respectives pour les personnes dont le sentiment de maîtrise de la vie est *faible ou moyen* s'établissent à 27% environ chez les plus jeunes et à 19% chez les plus âgées. Exprimé en termes de risques relatifs (cf. encadré «Méthodologie : le risque relatif»), cela signifie que les 15 à 64 ans qui ont un sentiment *élevé* de maîtrise de la vie ont cinq fois moins de risques d'être atteints de problèmes psychiques que ceux chez qui le sentiment de maîtrise est *faible à moyen* ($RR=0,2$, ce qui signifie que le risque est réduit d'un facteur de 0.2. Dans la classe d'âge des 65 ans et plus, le risque est même dix fois moins élevé ($RR=0,1$).

Méthodologie: le risque relatif

Le lien entre les différents facteurs de risque ou de protection et les problèmes psychiques a été vérifié au moyen d'une régression logistique univariée. Pour mesurer la corrélation entre le facteur de risque ou le facteur de protection étudié et les problèmes psychiques, les odds ratios (OR) ont été calculés pour chaque facteur séparément avec un intervalle de confiance à 95% (cf. Wille et al., 2008). Pour faciliter l'interprétation, le risque relatif (RR) a été calculé en plus de l'odd ratio (cf. McNutt et al., 2003; Schmidt & Kohlmann, 2008).

3.1.2 Auto-efficacité générale élevée

L'auto-efficacité, ou sentiment d'efficacité personnelle, désigne la conviction subjective de pouvoir venir à bout de situations difficiles grâce à ses propres forces ou compétences (Bengel et Lyssenko, 2012; Schwarzer, 2004, p. ex.). Le concept d'auto-efficacité (*self-efficacy* en anglais) a été développé par Albert Bandura (Bandura, 1977). On distingue l'auto-efficacité *générale* et l'auto-efficacité spécifique ou contextuelle. La première concerne tous les domaines de l'existence et peut être considérée comme une évaluation optimiste de la capacité à vaincre les difficultés qui se posent dans la vie de tous les jours (Schwarzer et Jerusalem, 2002). La seconde se rapporte à des situations ou des domaines particuliers ; la confiance en ses compétences professionnelles entre par exemple dans cette catégorie. Les personnes qui estiment avoir un niveau d'auto-efficacité élevé considèrent les

tâches complexes comme des défis qui peuvent être surmontés (Brinkmann, 2014), alors que celles qui ont un faible sentiment d'efficacité personnelle les voient plutôt comme des menaces à éviter. Le fait qu'une personne s'attaque à une tâche difficile ne dépend donc pas seulement de ses capacités, mais en grande partie aussi de la façon dont elle évalue celles-ci. La notion d'auto-efficacité est proche de celle de sentiment de maîtrise de la vie, mais toutes deux ne se recouvrent pas exactement (Roepke et Grant, 2011). Ainsi, une personne peut estimer qu'elle peut exercer une influence sur ce qui lui arrive (sentiment élevé de maîtrise de la vie), mais ne pas se sentir en mesure d'agir en conséquence (faible degré d'auto-efficacité).

On considère que l'auto-efficacité est l'un des facteurs de protection les mieux établis empiriquement (Bengel et Lyssenko, 2012). Des études montrent qu'elle a des répercussions bénéfiques dans divers domaines de l'existence. On observe par exemple une corrélation positive avec l'optimisme et la satisfaction au travail et négative avec l'anxiété et le stress professionnel (Bandura, 1997; Luszczynska et al., 2005). Les personnes qui ont un sentiment d'efficacité personnelle élevé font preuve de davantage de ténacité lorsqu'elles essuient des revers ou rencontrent des obstacles ; elles évaluent de façon plus positive leurs efforts en vue de les surmonter que celles qui ont un faible niveau d'auto-efficacité (Bengel et Lyssenko, 2012; Ruholl, 2007; Schwarzer, 1992, p. ex.). Enfin, un grand nombre de résultats montrent que les personnes qui disposent d'un niveau élevé d'auto-efficacité maîtrisent mieux les événements critiques qui surviennent dans la vie (Bengel et Lyssenko, 2012; Benight et Bandura, 2004; Luszczynska et al., 2005).

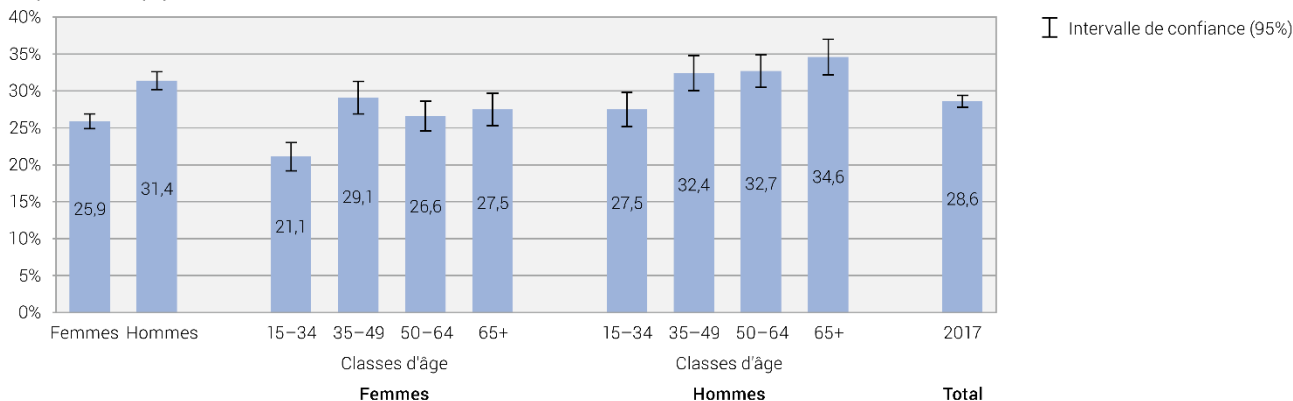
L'échelle brève d'auto-efficacité générale (ASKU, cf. annexe; Beierlein et al., 2012) a été introduite dans l'ESS en 2017. Elle mesure le sentiment d'efficacité personnelle sur la base de trois questions (cf. annexe). Pour les analyses ci-après, nous avons défini trois catégories, à savoir une auto-efficacité *basse*, *moyenne* ou *élevée* (OFS, 2019), cette dernière étant considérée comme un facteur de protection.

Selon l'ESS 2017, 28,6% de la population fait état d'une auto-efficacité *élevée* (G 3.2). Comme pour le sentiment de maîtrise de la vie, c'est surtout le cas des hommes: 31,4% d'entre eux présentent ce facteur de protection, contre 25,9% seulement des femmes. Si on considère la répartition selon les classes d'âge, on constate que, dans la population masculine, on a une évolution comparable à celle que l'on observe pour le sentiment élevé de maîtrise de la vie, à savoir une augmentation avec l'avancée en âge: 27,5% des hommes de 15 à 34 ans estiment avoir un niveau d'auto-efficacité *élevé*, contre 34,6% chez les 65 ans et plus. En comparaison, la part de femmes qui font état d'une auto-efficacité *élevée* est plutôt faible parmi les 15 à 34 ans, avec un peu plus d'un cinquième (21,1%). Elle oscille ensuite entre 26,6% et 29,1% dans les classes d'âges moyennes et élevées.

Au niveau des grandes régions, on ne relève pas d'écart important en ce qui concerne la fréquence du sentiment *élevé* d'efficacité personnelle (pas d'illustration).

G 3.2 Auto-efficacité générale élevée, selon le sexe et l'âge, 2017

Proportion de la population en %



n=18'426

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

© Obsan 2020

Si on s'intéresse maintenant aux femmes qui indiquent une auto-efficacité basse, la part est particulièrement grande dans la classe d'âge des 65 ans et plus: elle atteint presque un quart (24,0%), alors que la moyenne suisse s'établit à 16,1%. Cette proportion relativement importante n'est pas due à un recul du sentiment *élevé* d'efficacité personnelle – dont le taux reste stable dans les classes d'âge moyennes et supérieures –, mais à une baisse du sentiment d'efficacité personnelle *moyen*.

Les personnes qui mentionnent une auto-efficacité *élevée* souffrent nettement plus rarement de problèmes psychiques que celles qui indiquent un sentiment d'efficacité personnelle *bas* ou *moyen* (G 3.6). 10% environ des personnes de 15 à 64 ans qui font état d'une auto-efficacité *élevée* présentent des problèmes psychiques, cette part tombant à 5% chez les 65 ans et plus. En comparaison, les personnes qui ne disposent pas de ce facteur de protection sont entre 15% (65 ans et plus) et 23% environ (15 à 64 ans) à mentionner des problèmes psychiques.

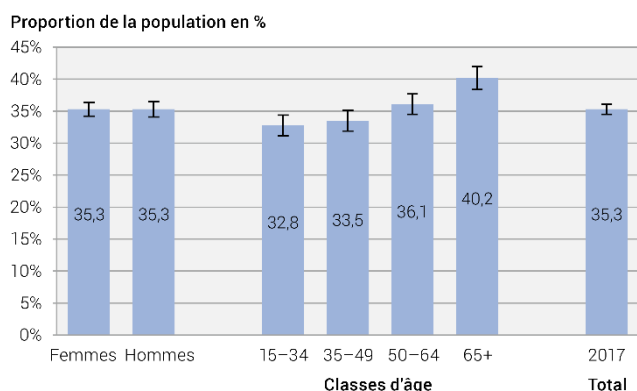
3.1.3 Coping résilient élevé

L'adaptation, ou coping, recouvre les différentes stratégies qu'une personne applique pour venir à bout de situations stressantes. En voici quelques exemples: chercher activement des solutions, éviter un problème, demander de l'aide et des conseils à la famille et aux amis, procéder à une réévaluation cognitive de la situation... On pourrait poursuivre la liste indéfiniment. Dans la littérature spécialisée, les stratégies d'adaptation appliquées concrètement sont classées en différentes catégories, p. ex. les stratégies centrées sur la résolution du problème ou les stratégies centrées sur les émotions (pour une vue d'ensemble, voir p. ex. Skinner et al., 2003). La notion d'adaptation recouvre donc les stratégies qui sont utilisées pour gérer les situations difficiles, mais elle ne dit pas si ces stratégies ont été couronnées de succès ou pas. L'effi-

cacité d'une stratégie d'adaptation dépend également du contexte spécifique. Dans la littérature scientifique, on attache une importance accrue à la flexibilité du *coping* et, par là même, à l'hypothèse que ce n'est pas le type d'adaptation qui est fondamental pour venir à bout d'une situation complexe, mais la flexibilité avec laquelle la personne utilise le répertoire de stratégies dont elle dispose en fonction de la situation spécifique (Bonanno et Burton, 2013).

La « Brief Resilience Coping Scale » (BRCS, cf. annexe; Kocalevent et al., 2014; Sinclair et Wallston, 2004) a été introduite dans l'ESS en 2017. Elle porte sur les quatre comportements suivants: 1) la gestion créative de situations difficiles, 2) la capacité de garder ses réactions sous contrôle, 3) la possibilité de progresser après une situation difficile et 4) la recherche active de solutions pour compenser les pertes subies. Selon les concepteurs de cet instrument, la BRCS permet de définir dans quelle mesure une personne a un comportement cognitif centré sur l'action grâce auquel elle peut gérer positivement les situations difficiles (Kocalevent et al., 2014). Si on suit cette logique, les personnes qui obtiennent un score élevé font preuve de « *coping* résilient ». La notion de résilience désigne la capacité de résistance psychique face à l'adversité (Southwick et al., 2014); les personnes qui font preuve de *coping* résilient sont donc des personnes qui, selon leur appréciation subjective, surmontent bien les événements critiques. Dans les analyses ci-après, nous considérons le *coping* résilient comme un facteur de protection et indiquons la part de personnes qui disposent de cette ressource dans la population suisse. Il convient toutefois de souligner que ce type de classement est critiqué dans la littérature consacrée à l'adaptation et à la résilience, parce que 1) l'efficacité des stratégies d'adaptation dépend non seulement de la personne, mais aussi du contexte et 2) les stratégies d'adaptation devraient en principe être considérées indépendamment de l'effet qu'elles produisent (p. ex. Bonanno et al., 2011; Lazarus et Folkman, 1984).

G 3.3 Coping résilient élevé, selon le sexe et l'âge, 2017



┘ Intervalle de confiance (95%)

n=18'329

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

© Obsan 2020

Selon les données de l'ESS 2017, 35,3% de la population suisse fait preuve de *coping* résilient, avec des parts identiques chez les femmes et chez les hommes (G 3.3). La proportion de personnes qui présentent cette ressource augmente avec l'âge : de 33% environ chez les 15 à 34 ans, elle grimpe à plus de 40% chez les 65 ans et plus. Cette tendance s'observe tant chez les femmes que chez les hommes (pas d'illustration).

Au niveau des grandes régions, les parts relevées en Suisse orientale (39,8%) et en Suisse centrale (39,1%) sont supérieures à la moyenne helvétique, qui s'établit à 35,3% (pas d'illustration). La région lémanique affiche quant à elle une proportion particulièrement faible de personnes faisant preuve de *coping* résilient (26,4%). Dans les autres régions, les parts oscillent entre 35 et 38% et ne s'écartent pas sensiblement de la moyenne helvétique.

Les personnes qui font preuve de *coping* résilient souffrent nettement moins souvent de problèmes psychiques que celles qui ne disposent pas de ce facteur de protection ; parmi les 15 à 64 ans, 12% environ mentionnent des problèmes psychiques contre 23%, et dans la classe d'âge des 65 ans et plus, 7% contre 16% (G 3.6).

3.1.4 Soutien social fort

Les relations sociales, l'appartenance à un réseau et l'appui que l'on y trouve sont essentiels pour le bien-être et la santé tant psychique que physique. Les ressources sociales, comme le soutien social, ont un impact considérable sur la mortalité et l'espérance de vie, ainsi que sur les risques de maladie, les chances de se rétablir et la durée du rétablissement (pour une vue d'ensemble, cf. Bachmann, 2014).

Le soutien social et l'intégration sociale abaissent par exemple le risque de maladies cardiovasculaires, de cancers et de maladies infectieuses. À l'inverse, l'absence de soutien social figure parmi les facteurs de risque pour la santé au même titre que le tabagisme, le surpoids ou le manque d'activité physique. Elle

peut entraîner une hausse du taux des hormones de stress, un affaiblissement du système immunitaire, une augmentation de la tension artérielle et de l'anxiété et de la dépression (Cacioppo et Patrick, 2008). On suppose que le soutien social a d'une part un effet direct sur le bien-être et qu'il joue d'autre part un rôle de tampon lorsqu'une personne est exposée à un stress accru (Turner et Turner, 1999).

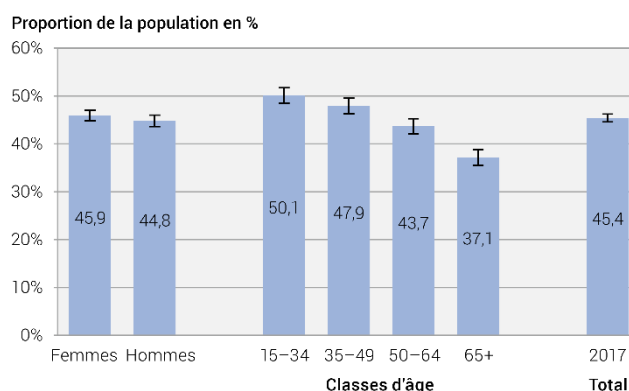
Dans l'ESS 2017, on a utilisé pour la deuxième fois l'échelle dite d'Oslo (Brevik et Dalgard, 1996) pour évaluer le soutien social (cf. annexe). À partir des trois questions sur le nombre de personnes proches, l'intérêt manifesté par l'entourage pour les activités des répondants et la possibilité de demander l'aide du voisinage, on a construit un indice qui compte trois catégories, à savoir un soutien social *faible*, *moyen* ou *fort*. Un soutien social *fort* est considéré ici comme un facteur de protection. Une des trois questions ayant été modifiée en 2017, une comparaison avec l'ESS 2012 n'est plus possible.

En 2017, 45,4% de la population suisse indiquait pouvoir compter sur un soutien social *fort* (G 3.4). On n'observe aucune différence entre les hommes et les femmes. Avec l'avancée en âge, le soutien social fort devient moins fréquent : alors qu'une personne sur deux peut s'appuyer sur un tel soutien dans la classe d'âge des 15 à 34 ans, cette part tombe à 37,1% chez les 65 ans et plus.

Au niveau des grandes régions, les personnes résidant en Suisse centrale (51,6%) et en Suisse orientale (49,6%) peuvent compter sur un soutien social fort plus souvent que la moyenne helvétique (45,4%; G 3.5). La part de personnes faisant état d'un soutien social important est particulièrement faible au Tessin (35,1%) et dans la région lémanique (38,3%).

10% de la population suisse estime bénéficier d'un soutien social *faible*. C'est davantage le cas parmi les personnes âgées que chez les jeunes. 5,8% des 15 à 34 ans mentionnent un soutien social faible, contre 15,7% chez les 65 ans et plus. Les personnes

G 3.4 Soutien social fort, selon le sexe et l'âge, 2017



┘ Intervalle de confiance (95%)

n=20'335

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

© Obsan 2020

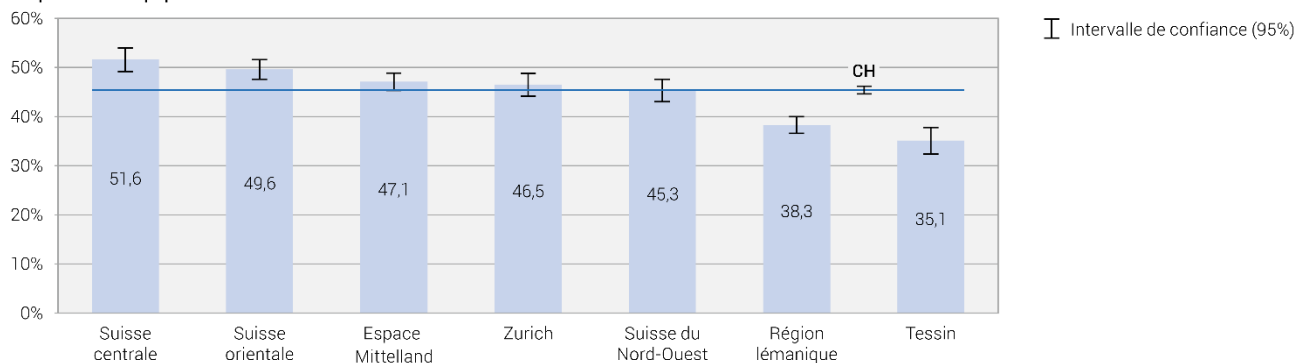
qui ont un bas niveau de formation sont davantage concernées que celles qui ont un diplôme de niveau supérieur.

Les personnes qui peuvent compter sur un soutien social *fort* sont moins souvent atteintes de problèmes psychiques (8% à 13%) que celles qui ne présentent pas ce facteur de protection (16% à 26%) (G 3.6). Dans les deux groupes, les 65 ans et plus

sont moins souvent touchés que les personnes des classes d'âge inférieures. Cet effet de l'âge est plus marqué chez les personnes qui bénéficient d'un soutien social faible ou moyen que chez celles qui mentionnent un soutien fort.

G 3.5 Soutien social fort, selon les grandes régions, 2017

Proportion de la population en %



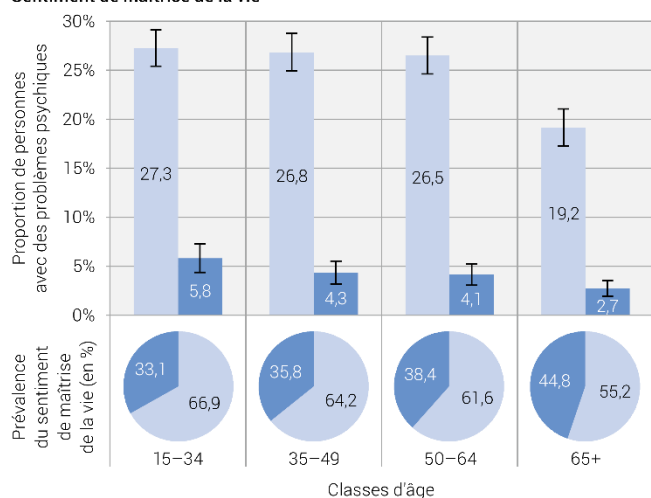
Suisse centrale: n=3024, Suisse orientale: n=3746, Espace Mittelland: n=4041, Zurich: n=2246, Suisse du Nord-Ouest: n=2226, Région lémanique: n=3644, Tessin: n=1408

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

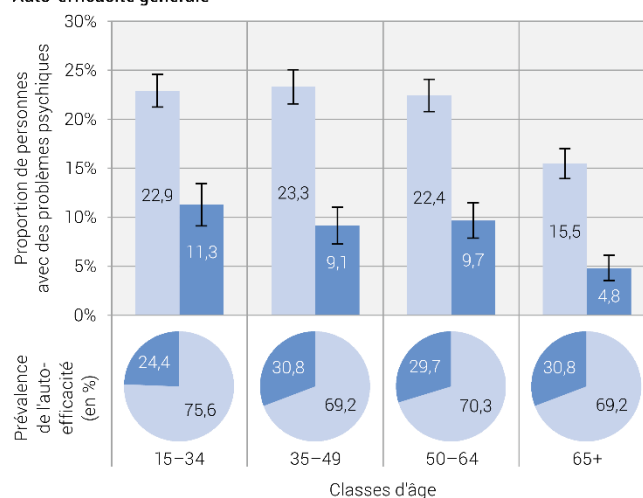
© Obsan 2020

G 3.6 Problèmes psychiques en fonction des facteurs de protection étudiés, selon l'âge, 2017

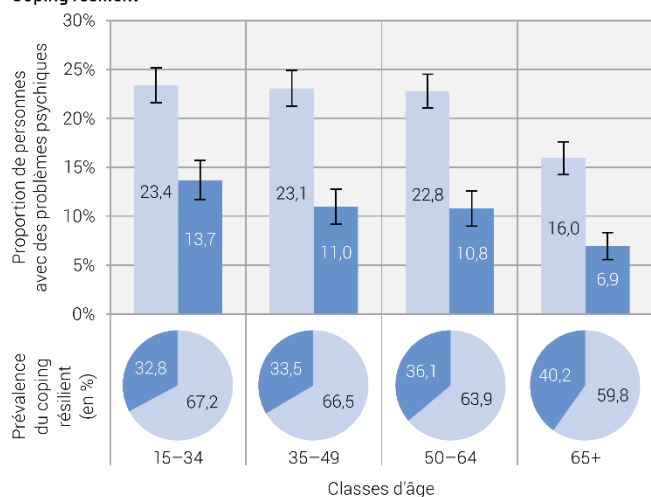
Sentiment de maîtrise de la vie



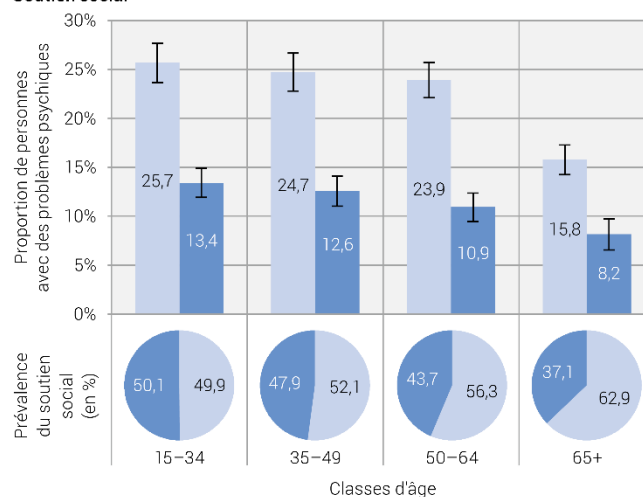
Auto-efficacité générale



Coping résilient



Soutien social



I Intervalle de confiance (95%)

Exemple de lecture : 5,8% des 15 à 34 ans ayant un sentiment de maîtrise de la vie élevé sont affectés par des problèmes psychiques. À titre de comparaison, la proportion pour les personnes dont le sentiment de maîtrise de la vie est faible ou moyen s'élève à 27,3%. La prévalence pour un sentiment de maîtrise de la vie élevé est de 33,1%. Cela signifie qu'environ un tiers des 15 à 34 ans ont un degré élevé du sentiment de maîtrise de la vie, contre environ deux tiers (66,9%) un degré faible ou moyen.

Note: On parle de « problèmes de santé psychiques » en présence de symptômes de dépression modérés à sévères (PHQ-9; valeurs > 9) ou d'une détresse psychologique moyenne à importante (MHI-5 ; valeurs < 73).

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

© Obsan 2020

3.2 Facteurs de risque

Tous les facteurs étudiés dans ce chapitre ont pour effet d'augmenter le risque de problèmes psychiques. La probabilité de souffrir de problèmes psychiques est notamment accrue chez les personnes qui se sentent seules. En 2017, le facteur de risque (parmi ceux examinés) le plus répandu dans la population suisse est l'origine migratoire, avec une prévalence proche de 30%. Certains facteurs de risque – un bas niveau de formation, des limitations en raison d'un problème de santé et la solitude – sont nettement plus fréquents chez les femmes que chez les hommes.

Dans ce chapitre, nous examinons plus en détail une sélection de facteurs de risque. Pour ces différents facteurs, nous nous intéressons aux modalités « à risque », par exemple un *bas* niveau de formation, par opposition aux autres modalités – un niveau de formation *élevé*, par exemple –, qui ne sont pas traitées ici. Après une brève description de ces facteurs de risque, nous indiquons leur prévalence dans la population, puis nous mettons en évidence la relation avec les problèmes psychiques.

3.2.1 Bas niveau de formation

La formation est l'un des principaux déterminants sociaux de la morbidité et de la mortalité (Kuntz, 2011). Outre la position professionnelle et le revenu, le niveau de formation est souvent utilisé comme indicateur pour décrire les inégalités sociales (cf. encadré «Formation, inégalités sociales et problèmes psychiques» à la fin de cette section). Le lien entre la formation et la santé psychique est attesté empiriquement dans une multitude d'études (Fryers et al., 2003; Kuntz, 2011; Lorant et al., 2003, p. ex.). Un bas niveau de formation est associé à davantage de souffrances et de maladies psychiques. La formation a un impact sur des facteurs importants pour la santé à différents niveaux. Primo, elle influence le statut professionnel et, par là même, les conditions de travail et le revenu. Secundo, elle a une incidence sur le comportement de santé individuel et tertio, elle constitue une ressource psychosociale pour surmonter les difficultés (Kuntz, 2011).

Le niveau de formation de la population suisse est généralement défini sur la base de l'enquête suisse sur la population active (ESPA) et du relevé structurel (RS), tous deux effectués par l'OFS. Les données de l'ESS aboutissent à des résultats très semblables. Il peut néanmoins y avoir de légères différences en fonction du BSVe de l'univers de base et du contexte. Il faut souligner que les résultats relatifs au niveau de formation se rapportent souvent uniquement à la population âgée de 25 à 64 ans, 25 ans étant l'âge auquel la (première) formation est achevée. La distribution des niveaux de formation selon l'ESS se réfère ici toutefois à la population de 15 ans et plus.

En 2017, un peu moins d'un cinquième (18,6%) des personnes interrogées dans le cadre de l'ESS n'étaient pas allées au-delà de la scolarité obligatoire, ce que nous avons défini dans nos analyses comme un *bas niveau de formation* et un facteur de risque. Les femmes (21,2%) sont nettement plus souvent concernées que les hommes (16,1%), et les personnes âgées que les jeunes. La part de répondants faisant état d'un bas niveau de formation est restée pratiquement stable depuis l'ESS 2012, où elle était de 18,0%. Il y a vingt ans (1997), elle était bien plus élevée et atteignait un bon quart (25,7%).

En s'appuyant sur les données de l'ESS, il est possible de montrer que les personnes sans formation post-obligatoire sont nettement plus souvent touchées par des problèmes psychiques que celles qui ont un niveau de formation supérieur (G 3.10). On retrouve cet écart dans toutes les classes d'âge ; il est particulièrement marqué chez les 50 à 64 ans : dans ce groupe, 29% des personnes qui ont un niveau de formation bas présentent des problèmes psychiques, contre 16% parmi les personnes qui possèdent un diplôme supérieur.

3.2.2 Origine migratoire

Dans la littérature spécialisée, l'origine migratoire est considérée d'une part comme un facteur de risque, ce qui est dû par exemple au stress psychosocial induit par la migration (séparation familiale, fuite) et à l'hostilité dont les étrangers sont victimes. Par ailleurs, il faut noter que les individus qui émigrent sont surtout des personnes actives et en bonne santé ; au moment où elles quittent leur pays, elles sont plutôt en meilleure santé que la moyenne (effet de l'immigrant en bonne santé, ou *healthy migrant effect*). Selon certains, c'est moins la migration en soi qui conduit à une dégradation de l'état de santé que le statut socio-économique souvent bas et les mauvaises conditions de vie et de travail (Dyck et al., 2019; Razum, 2009; Razum et al., 2008; Spallek et Razum, 2016).

Le statut migratoire de la population suisse est généralement défini par l'OFS sur la base de l'enquête sur la population active (ESPA) ou du relevé structurel (RS) (OFS, 2020a). Dans sa définition, l'OFS s'appuie sur les recommandations des Nations unies et ne fait ainsi pas seulement la distinction entre ressortissants suisses et étrangers, mais tient également compte d'un rapport indirect à la migration à travers l'expérience migratoire des parents.¹¹ Les données de l'ESS sont pondérées en fonction de la nationalité (Suisse vs étrangers), mais il peut néanmoins y avoir de légers écarts dans les résultats en raison de différences dans l'univers de base et dans l'orientation des relevés. En nous appuyant sur la définition de l'OFS, nous avons défini dans les analyses ci-après les personnes issues de la migration de la *première génération* comme groupe à risque, c'est-à-dire les personnes nées à l'étranger (OFS, 2017).

¹¹ www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/population/migration-integration/selon-statut-migratoire.html (consulté le 24.09.2020)

Selon l'ESS 2017, la population issue de la migration de la première génération représente environ 30% de la population résidente permanente de 15 ans et plus vivant en ménage privé en Suisse, avec des parts identiques chez les femmes et chez les hommes. La classe d'âge des 35 à 49 ans est celle qui comporte la plus forte proportion de migrantes et de migrants (38,3%); cette part est pratiquement deux fois moins élevée parmi les 65 ans et plus (20,9%).

Dans toutes les classes d'âge, le groupe à risque présente plus souvent des problèmes psychiques que les personnes qui ne sont pas issues de la migration (G 3.10). La part de répondants issus de la migration atteints de problèmes psychiques est particulièrement élevée parmi les 50 à 64 ans (29%) en comparaison avec les autres classes d'âge (20%–23%). Chez les personnes de 50 à 64 ans issues de la migration qui appartiennent à la première génération, la probabilité de souffrir de problèmes psychiques est deux fois plus élevée (RR=2,0) que chez les personnes du même âge non issues de la migration.

Ces résultats concordent avec ceux d'une étude récente sur la santé de la population migrante en Suisse (Guggisberg et al., 2020; cf. OFS, 2020b également). Cette étude met en évidence des disparités marquées entre les personnes issues et non issues de la migration pour ce qui est de l'état de santé et des attitudes et comportements qui influencent celui-ci. En plus de problèmes physiques, les migrantes et migrants présentent plus souvent des atteintes psychiques telles que troubles pathologiques du sommeil, détresse psychologique sévère et symptômes dépressifs. Toujours selon cette étude, les différences entre les deux groupes de population sont en grande partie dues au fait que les migrantes et les migrants disposent de moins de ressources importantes pour la santé. Les auteurs ont examiné le niveau de formation, le revenu, le soutien social disponible et l'intégration sur le marché

du travail. Ils ont par ailleurs mis en évidence l'extrême hétérogénéité de la population migrante et l'existence de disparités importantes, principalement dans la répartition des ressources socio-économiques telles que la formation et le revenu.

3.2.3 Chômage ou invalidité

Le fait d'être au chômage ou sans emploi est connu pour être un facteur de risque de maladies psychiques. Une étude allemande arrive par exemple à la conclusion que les chômeurs présentent un risque de mortalité accru, sont plus souvent malades et ont plus souvent des problèmes de santé et des comportements à risque (Kroll et al., 2016). Le fait d'être sans emploi a généralement des répercussions importantes sur le mode de vie et peut avoir des effets directs sur la santé psychique, en entraînant par exemple une moins grande satisfaction face à l'existence, la stigmatisation, la perte de l'estime de soi et l'appauvrissement des contacts sociaux. Mais il peut aussi avoir des effets indirects en raison de la baisse de revenu et, partant, de la réduction des possibilités de participation et de l'absence de structures journalières et temporelles fixes (OECD, 2012; Paul et Moser, 2009). Le chômage est également associé à un recours plus fréquent aux soins de santé et à des taux de mortalité plus élevés. D'un autre côté, les maladies psychiques sont un prédicteur important de chômage et, par conséquent, d'endettement et d'appauvrissement (WHO, 2012).

Les chiffres relatifs au chômage en Suisse se fondent essentiellement sur la statistique du chômage du Secrétariat d'État à l'économie (SECO), la statistique du chômage au sens du Bureau international du travail (BIT) de l'OFS ou l'enquête suisse sur la

Digression: formation, inégalités sociales et santé psychique

La majeure partie des inégalités de santé dans une population s'explique par des disparités socio-économiques (Marmot, 2005, 2010). Un grand nombre d'études montrent que la mortalité et la morbidité augmentent à mesure que le statut socio-économique baisse (Camenzind & Wiedenmayer, 2016; DREES & Santé publique France, 2017; Lampert et al., 2016; Schnyder-Walser et al., 2015; Wilkinson & Marmot, 2003). On observe cette même corrélation pour la santé psychique (Bachmann & Neuhaus, 2010; Fryers et al., 2003; Gilman et al., 2002; Mauz & Jacobi, 2008; Mielck, 2005).

Pour décrire les inégalités sociales, on se fonde souvent non seulement sur la position professionnelle et le revenu, mais aussi sur le niveau de formation (cf. 3.2.1). La formation constitue un bon indicateur du statut social en ce sens qu'une formation supérieure va souvent de pair avec un statut professionnel et un revenu plus élevés (Abel et al., 2007; Babitsch, 2005; Stamm & Lamprecht, 2009).

Mais comment décrire et expliquer le lien entre le statut socio-économique et la santé? L'état de santé exerce une influence sur la situation sociale («La maladie rend pauvre») mais, d'un autre côté – et ce lien s'est révélé être plus important –, le statut social a aussi une incidence sur l'état de santé («La pauvreté rend malade») (BPTK, 2020; Mielck, 2012). Les conditions de vie influent directement sur l'état de santé: les personnes qui ont un statut socio-économique inférieur connaissent plus souvent de mauvaises conditions de travail (charges physiques et psychiques) et de logement. Elles exercent aussi un effet indirect sur la santé par le biais des ressources, des comportements importants pour la santé et de la couverture sanitaire. Les personnes appartenant aux couches sociales inférieures disposent par exemple de moins de ressources pour se procurer et comprendre des informations relatives à la santé; elles ont aussi moins la possibilité de récupérer compte tenu de l'environnement dans lequel elles vivent et peuvent moins souvent d'appuyer sur un soutien social que les personnes des classes supérieures. L'accès aux prestations de santé est lui aussi inégalement réparti: dans les zones défavorisées, l'offre de traitement est moins étoffée et des barrières sociales et culturelles (relation médecin-patient, p. ex.) peuvent rendre l'accès aux soins plus difficiles pour les personnes peu instruites (cf. Mielck, 2000, 2012; OFS, 2020c; Tiesmeyer et al., 2008; Verlinde et al., 2012).

population active (ESPA) de l'OFS également. Les définitions n'étant pas les mêmes, des écarts sont possibles dans les résultats. Dans les analyses ci-après des données de l'ESS, une personne est classée dans le groupe à risque lorsqu'elle est au chômage et à la recherche d'un emploi ou lorsqu'elle est sans emploi et touche une rente de l'AI. En effet, comme Baer et al. (2018) l'ont constaté dans leur étude sur la réadaptation du point de vue des assurés auprès de l'AI, le souhait d'exercer une activité professionnelle et de retrouver ainsi une certaine « normalité » et un sentiment d'appartenance joue un rôle essentiel pour un grand nombre de personnes bénéficiant d'une mesure de l'AI. Pour les analyses, nous avons retenu uniquement les personnes de 15 à 64 ans.

Le facteur de risque chômage / invalidité se caractérise par une faible prévalence en comparaison avec d'autres facteurs de risque: selon l'ESS 2017, un peu plus de 5% des 15 à 64 ans déclarent être au chômage ou toucher une rente d'invalidité, les femmes et les hommes étant touchés dans des proportions à peu près identiques. On n'observe pas d'écart notable entre les classes d'âge; les femmes sont tendanciellement plutôt concernées vers le milieu de la vie active (35 à 49 ans) ou plus tard (50–64 ans), les hommes plutôt plus tard.

Entre un tiers et la moitié des personnes qui sont sans travail pour cause de chômage ou d'invalidité souffrent de problèmes psychiques (G 3.10). La fréquence des problèmes psychiques augmente avec l'âge: la part de personnes concernées passe d'un peu moins d'un tiers dans le groupe des 15 à 34 ans (32%) à 48% parmi les 50 à 64 ans, qui sont particulièrement touchés. À titre de comparaison, les problèmes psychiques concernent 17% environ des personnes qui ne sont pas au chômage ou invalides. Cela signifie que le risque de développer des problèmes psychiques est 1,7 à 3,5 fois plus élevé chez les personnes au chômage ou percevant une rente de l'AI (respectivement $RR=1,7$ et $RR=3,5$).

3.2.4 Limitations en raison d'un problème de santé physique

Les troubles physiques, notamment les maladies chroniques ou les handicaps, augmentent le risque de détresse psychologique ou de maladie psychique (Prince et al., 2007; WHO, 2012). Ils entraînent de nombreuses difficultés telles que des limitations dans les activités quotidiennes, des douleurs, des changements dans le mode de vie ou la perspective d'être malade longtemps ou de mourir prématurément.

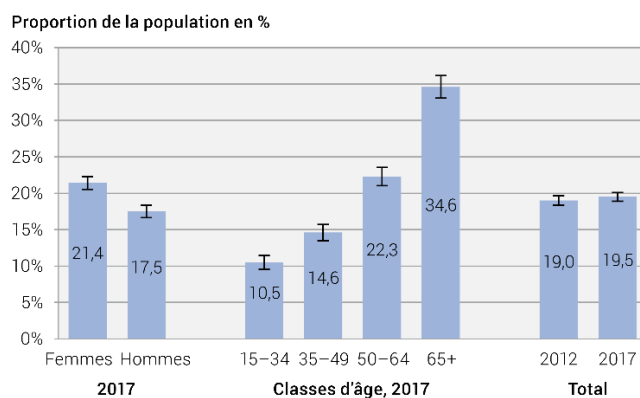
L'ESS inclut des questions sur les limitations dans la vie quotidienne en raison de problèmes de santé chroniques (cf. annexe). Les répondants qui mentionnent des limitations et indiquent qu'il s'agit de problèmes qui ont une origine physique sont classés dans le groupe à risque dans les analyses ci-après.

Près d'un cinquième de la population se sent limité dans ses activités quotidiennes en raison de problèmes physiques de longue durée. Les chiffres n'ont guère évolué entre 2012 et 2017 (G 3.7). Les femmes (21,4%) sont nettement plus souvent concer-

nées que les hommes (17,5%), et les problèmes de santé entraînant des limitations augmentent avec l'âge: de 10,5% chez les 15 à 34 ans, on passe à 34,6% parmi les 65 ans et plus.

Comme on peut le voir dans le graphique G 3.10, les personnes qui appartiennent au groupe à risque sont nettement plus souvent touchées par des problèmes psychiques que celles qui ne font pas état de limitations physiques. La classe d'âge la plus jeune (15–34 ans) fait exception; dans ce groupe, on observe certes la même tendance, mais sans qu'il y ait d'écart statistiquement significatif. Dans les trois autres classes d'âge, la probabilité de souffrir de problèmes psychiques est environ 1,8 fois ($RR=1,8$) plus élevée dans le groupe à risque que chez les personnes qui ne présentent pas de limitations liées à un problème de santé.

G 3.7 Limitations en raison d'un problème de santé physique, selon le sexe et l'âge, 2012, 2017



Intervalles de confiance (95%)

2012: n=21'498, 2017: n=21'985

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

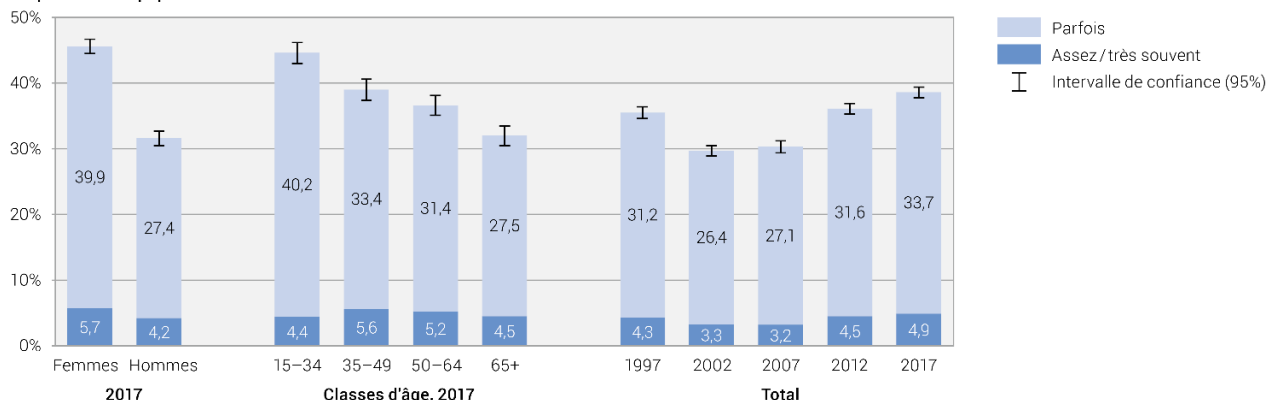
© Obsan 2020

3.2.5 Solitude

La solitude est définie comme un stress émotionnel associé à des relations sociales perçues comme insuffisantes. Ce ne sont pas (seulement) les interactions sociales existantes qui posent problème, mais le sentiment d'isolement social et le besoin non satisfait d'affection dans les relations actuelles (Cacioppo et al., 2014; Hawkley et Cacioppo, 2010). La solitude peut être passagère, mais elle peut aussi se prolonger et avoir ainsi des répercussions négatives sur la santé et le comportement (Cacioppo et al., 2015; Heinrich et Gullone, 2006; Rico-Uribe et al., 2016). La solitude est associée à un risque accru de morbidité et de mortalité (Holt-Lunstad et al., 2015); on observe notamment un lien avec des troubles psychiques tels que psychoses ou dépressions ainsi qu'avec le suicide (Cacioppo et al., 2006; DeNiro, 1995; Hawkley et Cacioppo, 2010; Peter et Tuch, 2019; Stravynski et Boyer, 2001). Par ailleurs, les personnes qui se sentent seules ont un comportement moins favorable à leur santé – une plus forte consommation d'alcool, par exemple – que celles qui n'éprouvent pas ce sentiment (Richard et al., 2017).

G 3.8 Sentiment de solitude, selon le sexe et l'âge, 1997 à 2017

Proportion de la population en %



Les intervalles de confiance se réfèrent aux catégories cumulées *parfois* + *assez/très souvent*.

2017: n=13'204, 2012: n=20'841, 2007: n=17'890, 2002: n=18'735, 1997: n=12'752

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

© Obsan 2020

L'ESS inclut des questions sur la fréquence du sentiment de solitude (cf. annexe). Les réponses *assez souvent* et *très souvent* ont été regroupées pour les analyses ci-après et définies comme un facteur de risque.

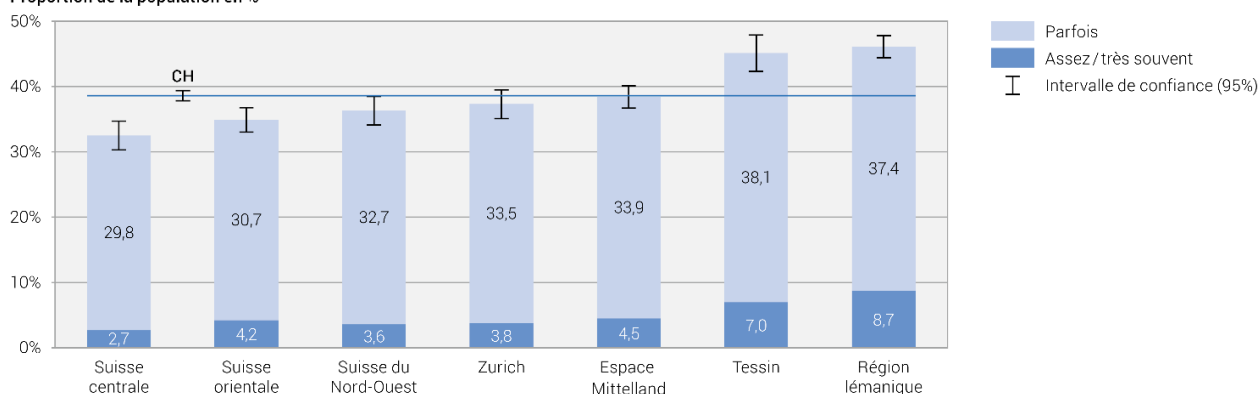
Pour ce qui est de la prévalence, les valeurs enregistrées sont particulièrement basses en comparaison avec les autres facteurs de risque. Près de 5% des personnes interrogées déclarent se sentir *assez ou très souvent* seules. Cependant, un tiers environ de la population suisse indique éprouver *parfois* un sentiment de solitude (G 3.8). En regroupant ces catégories, on arrive à un total de 38,6%, soit davantage que lors des enquêtes précédentes (2012: 36,1%, 2007: 30,3%, 2002: 29,7%, 1997: 35,5%). Les femmes (2017: 45,6%) mentionnent nettement plus souvent qu'elles se

sentent seules que les hommes (31,6%). Cet écart entre les sexes s'observe dans toutes les classes d'âge. De manière générale, les jeunes se plaignent plus souvent de solitude que leurs aînés, en particulier si on considère le sentiment de solitude éprouvé *parfois*. Chez les femmes, les sentiments de solitude *assez ou très fréquents* se maintiennent dans la même fourchette dans les différentes classes d'âge (5,2% à 5,9%). Chez les hommes, ce sont les 35 à 49 ans (5,4%) qui ont le plus tendance à se sentir seuls *souvent*, les 65 ans et plus étant les moins touchés (3,1%).

Au niveau des grandes régions, les habitants de la région lémanique et du Tessin se sentent plus souvent seuls que la moyenne (G 3.9), alors que le sentiment de solitude est relativement rare en Suisse centrale et en Suisse orientale.

G 3.9 Sentiment de solitude, selon les grandes régions, 2017

Proportion de la population en %



Les intervalles de confiance se réfèrent aux catégories cumulées *parfois* + *assez/très souvent*.

Suisse centrale: n=3129, Suisse orientale: n=3893, Suisse de Nord-Ouest: n=2324, Zurich: n=2319, Espace Mittelland: n=4198, Tessin: n=1473, Région lémanique: n=3835

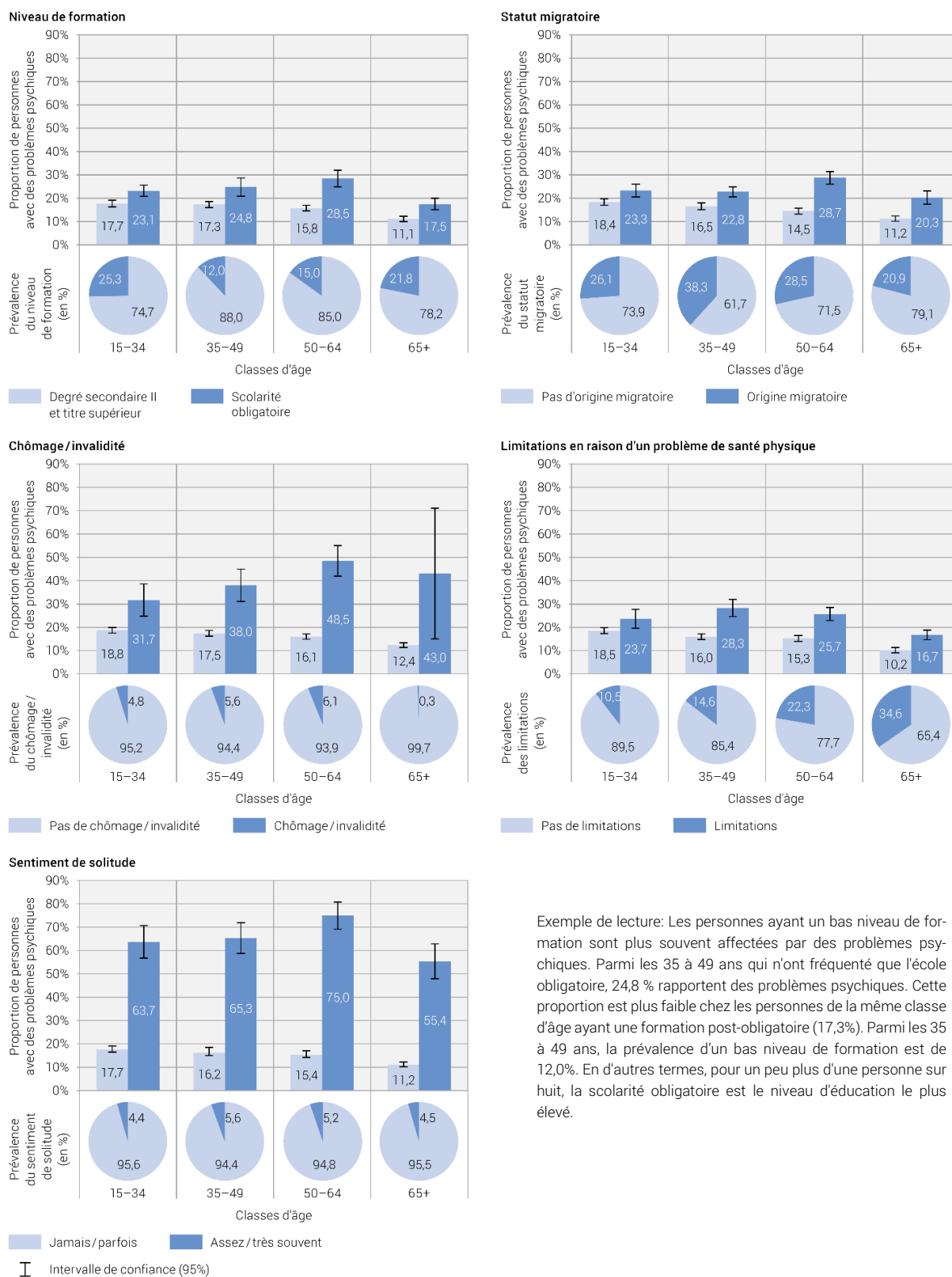
Source: OFS – Enquête suisse sur la santé (ESS)

© Obsan 2020

Pour ce qui est du lien avec les problèmes psychiques, la solitude est un facteur de risque pour lequel on relève des valeurs comparativement élevées : la moitié à trois quarts des personnes qui se sentent assez ou très souvent seules sont touchées par des problèmes psychiques ; les 50 à 64 ans sont plutôt plus souvent et les 65 ans et plus plutôt plus rarement concernés que les autres classes d'âge (G 3.10). À titre de comparaison, parmi les personnes qui n'éprouvent pas de sentiment de solitude (réponse

«parfois» ou «jamais»), 15% environ souffrent de problèmes psychiques. Les personnes de 15 à 34 ans et celles de 50 ans et plus qui se sentent seules ont un risque respectivement 3,6 fois (RR=3,6) et 5 fois plus élevé (RR=4,9/5,0) que les personnes du même âge qui n'éprouvent pas de sentiment de solitude.

G 3.10 Problèmes psychiques en fonction des facteurs de risque étudiés, selon l'âge, 2017



Exemple de lecture: Les personnes ayant un bas niveau de formation sont plus souvent affectées par des problèmes psychiques. Parmi les 35 à 49 ans qui n'ont fréquenté que l'école obligatoire, 24,8 % rapportent des problèmes psychiques. Cette proportion est plus faible chez les personnes de la même classe d'âge ayant une formation post-obligatoire (17,3%). Parmi les 35 à 49 ans, la prévalence d'un bas niveau de formation est de 12,0%. En d'autres termes, pour un peu plus d'une personne sur huit, la scolarité obligatoire est le niveau d'éducation le plus élevé.

Note: On parle de «problèmes de santé psychique» en présence de symptômes de dépression modérés à sévères (PHQ-9; valeurs > 9) ou d'une détresse psychologique moyenne à importante (MHI-5; valeurs < 73).

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

© Obsan 2020

3.3 Interactions entre les facteurs de protection et les facteurs de risque

Plus les facteurs de risque étudiés sont présents en grand nombre, plus la part de personnes souffrant de problèmes psychiques est élevée. À l'inverse, plus les facteurs de protection sont nombreux, plus la proportion de personnes présentant des problèmes psychiques est faible. On observe par ailleurs que les ressources déploient leur effet protecteur même en présence de facteurs de risque. Un petit tiers de la population ne dispose des facteurs de protection examinés que dans une faible mesure.

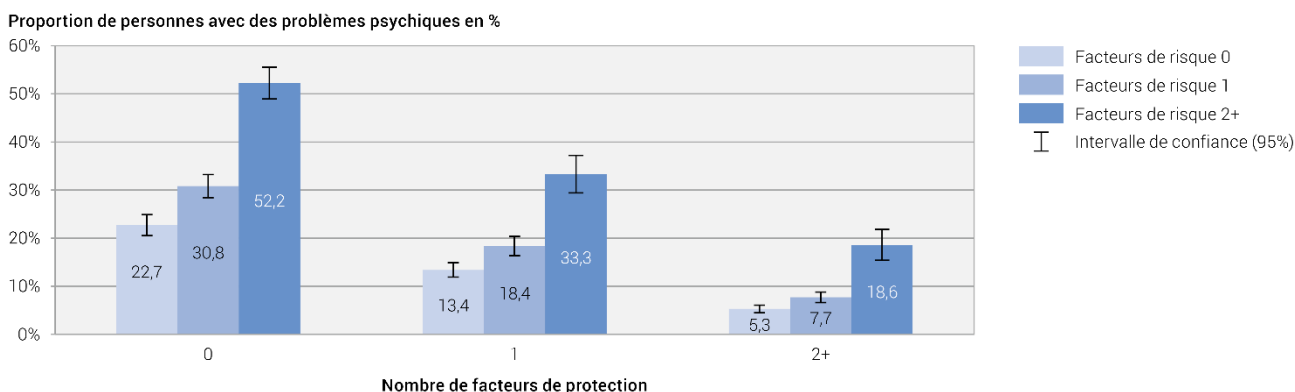
Le graphique G 3.11 illustre les interactions entre les facteurs de protection et les facteurs de risque. Il montre clairement que la part de personnes souffrant de problèmes psychiques augmente à mesure que le nombre de facteurs de risque s'accroît. En l'absence de facteurs de protection et de risque, 22,7% des personnes interrogées présentent des problèmes psychiques ; lorsqu'il y a deux facteurs de risque ou plus, cette proportion grimpe à 52,2%. On voit aussi distinctement que lorsque le nombre de facteurs de protection augmente, la part de personnes souffrant de problèmes psychiques diminue. Comme nous l'avons exposé plus haut, la part de personnes touchées par des problèmes psychiques atteint 22,7% en l'absence de facteurs de protection et de risque. Lorsqu'il y a un facteur de protection, cette part tombe à

13,4%, et lorsqu'il y en a deux, elle n'est plus que de 5,3%. Par ailleurs, on constate que la présence de facteurs de protection agit en quelque sorte comme un bouclier contre les facteurs de risque : même si elles présentent des facteurs de risque, les personnes qui disposent de facteurs de protection sont moins souvent touchées par des problèmes psychiques que celles qui ne peuvent pas s'appuyer sur ces ressources. Ici encore, il faut souligner qu'il n'est pas possible de se prononcer quant au lien de causalité entre ces deux éléments.

Aux points 3.1 et 3.2, nous avons décrit les différents facteurs de risque et de protection et leur prévalence selon le sexe et l'âge. La question des prévalences cumulées de ces facteurs se pose néanmoins en relation avec le graphique G 3.11. Un peu moins d'un tiers de la population suisse ne dispose d'*aucun* des facteurs de risque étudiés (28,4% ; pas d'illustration) – c'est-à-dire ne présente pas la modalité haute de la variable – et un autre tiers n'en a qu'un seul (29,4%). Un cinquième (20,9%) dispose de *deux* de ces facteurs et un autre cinquième (21,3%) de *trois ou plus*.

Pour les facteurs de risque, la prévalence cumulée se présente comme suit : près de la moitié (46,3%) de la population suisse n'a *aucun* des facteurs de risque étudiés¹², près de deux cinquièmes (37,4%) sont exposés à *un* de ces facteurs, 12,5% à *deux* et 3,8% à *trois ou plus*. Ces prévalences cumulées se réfèrent exclusivement aux facteurs de risque et de protection étudiés ici, sélectionnés sur la base de l'ESS, et n'offrent donc pas une vue d'ensemble de la situation. Il convient par conséquent d'interpréter les chiffres avec prudence.

G 3.11 Problèmes psychiques en fonction du nombre de facteurs de protection et de facteurs de risque, 2017



Note: Les facteurs de risque et de protection ci-après ont été pris en compte: sentiment élevé de maîtrise de la vie, auto-efficacité élevée, coping résilient élevé, fort soutien social, bas niveau de formation, origine migratoire, chômage / invalidité, limitations en raison d'un problème physique, solitude. Les barres d'erreur représentent les intervalles de confiance (95%). On parle de «problèmes de santé psychique» en présence de symptômes dépressifs modérés à sévères (PHQ-9; valeurs > 9) ou d'une détresse psychologique moyenne à importante (MHI-5; valeurs < 73).

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

© Obsan 2020

¹² C'est-à-dire pas de bas niveau de formation, pas de sentiment de solitude assez ou très fréquent, pas de limitations, pas d'origine migratoire, pas de chômage / invalidité.

Enfants et adolescents: facteurs de protection et facteurs de risque

Dans l'ESS 2017, les parents ont été interrogés sur d'éventuels signes d'instabilité psychique chez leurs enfants de moins de 15 ans. Sur la base de trois questions tirées du questionnaire Points forts – Points faibles (*Strength and Difficulties Questionnaire, SDQ*; cf. annexe ; cf. p. ex. Goodman, 1997), les éléments suivants ont été évalués chez les enfants: hyperactivité, problèmes émotionnels, problèmes de comportement. Pour les analyses relatives aux facteurs de protection et de risque, on a considéré que les enfants présentaient une instabilité psychique lorsque les parents avaient répondu à au moins une des trois questions du questionnaire SDQ par « correspond tout à fait ». 8% environ des enfants ont ainsi été classés dans cette catégorie. Sur la base de cette classification et des indications relatives aux parents interrogés eux-mêmes, les facteurs de risque suivants ont pu être identifiés.

Facteurs de risque d'instabilité psychique chez les enfants et les adolescents, 2017

Facteur de risque	0 à 5 ans			6 à 10 ans			11 à 14 ans		
	PR	RR	IC 95%I	PR	RR	IC 95%	PR	RR	IC 95%
Symptômes dépressifs chez un parent	6%	1.7*	(1.1–2.7)	7%	2.6*	(1.6–3.8)	8%	4.0*	(2.7–5.6)
Détresse psychologique sévère chez un parent	12%	1.5*	(1.1–2.2)	12%	2.0*	(1.3–2.8)	13%	3.5*	(2.4–4.9)
Mauvais état de santé général d'un parent	5%	1.7*	(1.0–2.8)	7%	1.9*	(1.2–3.0)	9%	1.9*	(1.2–3.1)
Maladie somatique chronique chez un parent	18%	1.0*	(0.6–1.4)	23%	1.8*	(1.2–2.4)	28%	2.2*	(1.5–3.1)
Limitations dans les activités quotidiennes en raison d'une maladie chronique chez un parent	13%	1.5*	(1.0–2.1)	16%	1.8*	(1.2–2.5)	18%	1.7*	(1.1–2.5)
Bas niveau de formation d'un parent (scolarité obligatoire)	5%	2.4*	(1.5–3.6)	7%	1.3	(0.7–2.3)	9%	0.7	(0.3–1.5)
Famille monoparentale	2%	1.2	(0.5–2.6)	5%	1.0	(0.5–2.1)	8%	1.8*	(1.0–2.9)

$N_{\text{enfants } 0-5} = 1908-1928$; $N_{\text{enfants } 6-10} = 1896-1921$; $N_{\text{enfants } 11-14} = 1546-1569$

Note: * = résultat statistiquement significatif lorsque $p < 0.05$; PR = prévalence du risque (exemple : la part des enfants de 0 à 5 ans ayant un parent dépressif est de 6%); RR = risque relatif: facteur par lequel un risque (instabilité psychique) est augmenté ou diminué dans un groupe par rapport à un autre (p. ex. enfants ayant un parent atteint d'une maladie chronique vs enfants n'ayant pas un parent atteint de maladie chronique); IC = intervalle de confiance.

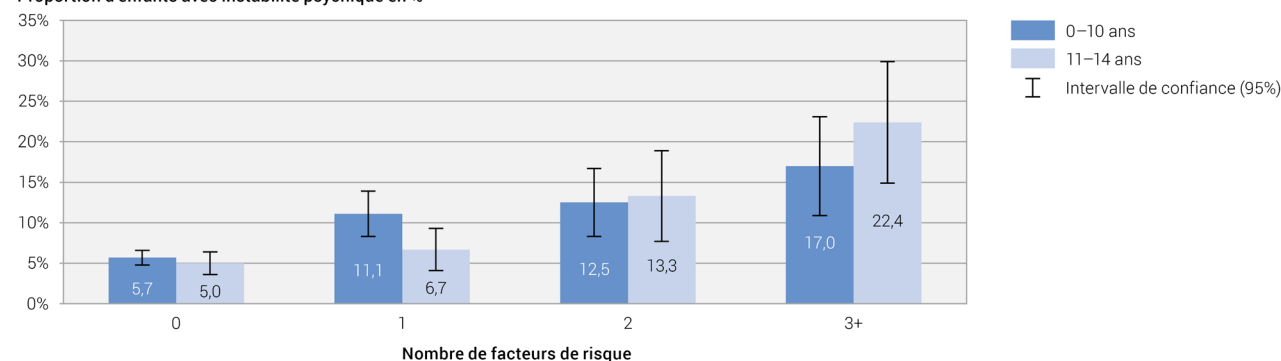
Source: OFS – Enquête suisse sur la santé (ESS)

© Obsan 2020

Les enfants ayant un parent souffrant de problèmes psychiques ou physiques ont notamment un risque accru de développer une instabilité psychique. Ce risque est 1,7 fois plus élevé chez les enfants de 0 à 5 ans qui ont un parent présentant des symptômes dépressifs, par exemple, que chez ceux qui n'ont pas de parent dépressif. Dans la classe d'âge des 6 à 10 ans, il est 2,6 fois plus élevé, et dans celle des 11 à 14 ans, il est même 4,0 fois plus important. Si la prévalence du risque est relativement faible pour le facteur *parent présentant des symptômes dépressifs* (6 à 8%), elle est plutôt élevée pour la détresse psychologique ou un problème physique chez un parent: 18 à 28% des enfants de 0 à 14 ans ont au moins un parent atteint d'une maladie somatique chronique et 12 à 13% un parent souffrant d'une détresse psychologique sévère. Au total, 30% environ des 0 à 10 ans sont exposés à au moins un des risques analysés ici, 10% à au moins deux risques et 6% à trois risques et plus. Les chiffres sont plus élevés chez les 11 à 14 ans que chez les plus jeunes : 40% environ sont exposés à au moins un des risques/souffrances analysés, 17% à au moins deux et 9% à trois et plus. Comme on le voit dans le graphique ci-dessous, l'accumulation de risques ou de souffrances est corrélée tendanciellement avec une part plus élevée de signes d'instabilité psychique.

Instabilité psychique en fonction du nombre de facteurs de risque existants, 2017

Proportion d'enfants avec instabilité psychique en %



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

© Obsan 2020

Outre l'ESS 2017, l'enquête HBSC 2018 auprès des écolières et écoliers permet d'identifier les facteurs de risque d'instabilité psychique et les facteurs de protection chez les jeunes de 11 à 15 ans. Les élèves ont été considérés comme présentant une instabilité psychique lorsqu'ils souffraient de façon répétée ou chronique d'au moins deux problèmes psycho-affectifs (cf. encadré: «Enfants et adolescents : état de santé psychique», 2.2.3). Les analyses ont montré un lien très net entre le harcèlement – mais surtout le cyberharcèlement – et le stress à l'école d'une part et les problèmes psychoaffectifs d'autre part. Le risque de problèmes psychoaffectifs était multiplié par 4,4 chez les enfants et les adolescents harcelés en ligne et par 2,9 chez ceux qui l'étaient à l'école. Les élèves qui étaient stressés par le travail scolaire faisaient également plus souvent état de problèmes psychoaffectifs (2,7 fois plus souvent). Le soutien perçu de la part de la famille, les relations avec les camarades de classe et avec les enseignants, de même que le soutien perçu dans le cercle d'amis exerçaient en revanche un effet protecteur. Il est intéressant de relever que le soutien perçu dans le cercle d'amis constitue un facteur de protection moins important que le soutien familial et la relation avec les camarades et les enseignants.

Informations complémentaires

OFS, Égalité des chances et santé : www.bag.admin.ch/bag/fr/home/zahlen-und-statistiken/zahlen-fakten-zu-chancengleichheit.html (consulté le 05.06.2020)

Promotion Santé Suisse, égalité des chances / équité en santé : https://promotionsante.ch/assets/public/documents/fr/5-grundlagen/publikationen/diverse-themen/berichte/Rapport_de_base_Egalite_des_chances_dans_la_promotion_de_la_sante_et_la_prevention_en_Suisse.pdf (consulté le 31.08.2020)

Promotion Santé Suisse: auto-efficacité, soutien social: <https://promotionsante.ch/programmes-daction-cantonaux/sante-psychique/enfants-et-adolescents/themes-cles.html> (consulté le 31.08.2020)

Système de monitoring suisse des Addiction et des Maladies non transmissibles (MonAM), égalité des chances: www.obsan.admin.ch/fr/gesellschaft-und-regulierung/chancengleichheit (consulté le 05.06.2020)

4 Recours aux soins

Les personnes souffrant d'une maladie psychique ont davantage recours aux soins psychiatriques (Koopmans et al., 2005), mais aussi aux prestations de médecine générale, en particulier en présence de dépression, troubles anxieux ou de troubles somatoformes; de plus, ces troubles n'étant pas diagnostiqués dans près de la moitié de cas, ils génèrent également une hausse des traitements somatiques spécialisés, qui pourraient en partie être évités (Barsky et al., 2006; Fritze et al., 2001; Gili et al., 2011; Kruse et al., 2004; Mitchell et al., 2009; Savageau et al., 2006).

Plus la maladie psychique est grave et chronique et plus elle s'accompagne d'affections parallèles (comorbidité, multimorbidité), plus le nombre de prestations est élevé. En revanche, certaines attitudes, comme l'idée qu'il faille résoudre seul ses problèmes, retiennent les personnes de demander de l'aide (Clement et al., 2015; Eichenberger, 2002; Sareen et al., 2007; Schnyder et al., 2017).

Le moment où la personne demande de l'aide, et à quel professionnel elle s'adresse, sont décisifs dans l'évolution de la maladie psychique. Des soins insuffisants augmentent les risques d'évolution clinique grave, de chronicité, de comorbidité, d'isolement et de suicide (Ajdacic-Gross et Graf, 2003; Lambert et al., 2013; Wang et al., 2005). Ils génèrent également des coûts économiques directs et indirects, notamment via l'octroi de rentes AI et les absences au travail (Trautmann et al., 2016; voir aussi 5.1 et 5.3).

Des études montrent qu'une bonne partie des malades psychiques ne se font pas soigner, soit parce qu'ils ne sollicitent pas l'aide de professionnels, soit parce que ces derniers ne diagnostiquent pas leur maladie (Kessler et WHO World Mental Health Survey Consortium, 2004). Des études menées en Allemagne montrent, par exemple, que 18,9% des personnes chez qui un trouble psychique a été diagnostiqué et 30% des personnes présentant des symptômes dépressifs déclarent avoir eu recours à des prestations psychiatriques et psychothérapeutiques au cours de l'année (Mack et al., 2014; Rommel et al., 2017). L'étude *Bern Epidemiological At Risk (BEAR)* parvient à des résultats semblables: selon Michel et al. (2018), 93% des 16 à 40 ans qui ont des symptômes de troubles psychiques ne suivaient pas de traitement psychiatrique ou psychologique au moment de l'enquête. De nombreuses personnes ne cherchent de l'aide que lorsque leur maladie psychique altère leur capacité de fonctionnement (Michel et al., 2018). Künzi, Stocker et Schläpfer (2020) estiment, sur la base d'une modélisation mathématique, que 13,8% de la population résidante suisse aurait besoin d'une thérapie psychiatrique ou psychologique, alors que 6% sont effectivement en traitement; cela

signifie par conséquent que 7,8% de la population, soit 0,7 million de personnes, auraient besoin de soins psychiatriques ou psychothérapeutiques, mais n'en reçoivent pas.

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

Nous commençons par présenter le recours aux soins pour problèmes psychiques dans sa globalité, en nous référant aux données de l'enquête suisse sur la santé (ESS) (4.1). Nous consacrons un deuxième sous-chapitre aux traitements en cabinets ou permanences psychiatriques, c'est-à-dire à la prise en charge ambulatoire (4.2), en analysant les statistiques du pool de données de SASIS SA. Nous passons ensuite au domaine des soins stationnaires en clinique et à l'hôpital (4.3), en nous fondant sur la statistique médicale des hôpitaux. Les données sur le recours aux soins ambulatoires et stationnaires de la part des enfants et des jeunes sont traitées dans un encadré consacré exclusivement à ce sujet. Ce chapitre se clôt sur l'analyse de la consommation de médicaments (4.4), réalisée à l'aide des résultats de l'ESS.

4.1 Recours aux soins pour problèmes psychiques

La part de la population qui suit un traitement pour problèmes psychiques a constamment augmenté ces 20 dernières années, pour atteindre un bon 6% en 2017, avec une proportion plus importante de femmes que d'hommes. La plupart de ces personnes – en particulier les jeunes – s'adressent à un psychiatre ou à un psychothérapeute. Le nombre de personnes qui ont consulté un généraliste pour ce type de problèmes a beaucoup baissé en 2017 par rapport aux années précédentes.

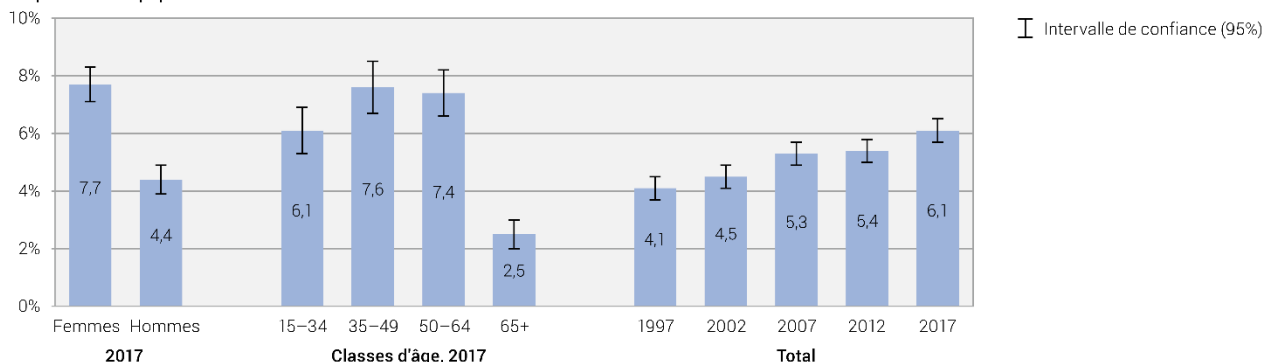
Les données sur le recours aux soins pour problèmes psychiques proviennent de l'enquête suisse sur la santé (ESS), et plus précie-

sément des deux questions suivantes : (1) «Avez-vous été en traitement pour des problèmes psychiques au cours des 12 derniers mois?» et (2) «Quelle était la profession de la personne qui vous a traité?» (cf. annexe).

Selon l'ESS, 6,1% de la population résidente suisse a suivi un traitement en raison de problèmes psychiques durant les 12 mois précédant l'enquête (G 4.1). Les femmes l'ont fait plus fréquemment que les hommes (7,7% contre 4,4%). Les groupes d'âge des 35 à 49 ans et des 50 à 64 ans recourent le plus souvent à ce type de traitements (avec respectivement 7,6 et 7,4%). Parmi le groupe des 65 ans et plus en revanche, 2,5% des personnes seulement ont été traitées pour ce genre de problèmes. Cette répartition en fonction de l'âge vaut aussi bien pour les femmes que pour les hommes. De 1997 à 2017, on observe une augmentation constante du nombre de personnes ayant recours à un traitement pour des problèmes psychiques (de 4,1 à 6,1%), et cela, quel que soit le sexe.

G 4.1 Traitements des problèmes psychiques, selon le sexe et l'âge, de 1997 à 2017

Proportion de la population en %



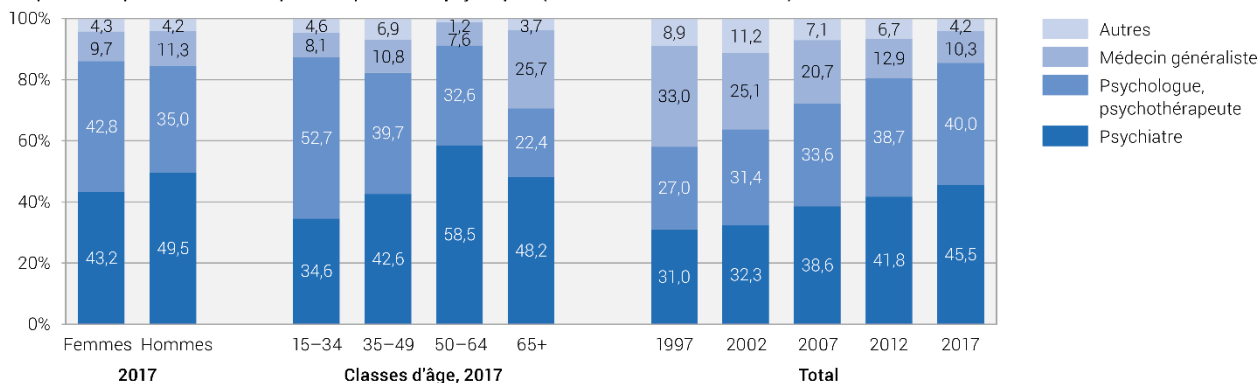
2017: n=21'207; 2012: n=20'867, 2007: n=18'745, 2002: n=19'698, 1997: n=13'002

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

© Obsan 2020

G 4.2 Traitement des problèmes psychiques: prestataire de soins, selon le sexe et l'âge des patients, de 1997 à 2017

Proportion de personnes traitées pour des problèmes psychiques (au cours des 12 derniers mois) en %



2017: n=21'207; 2012: n=20'867, 2007: n=18'745, 2002: n=19'698, 1997: n=13'002

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

© Obsan 2020

À l'échelle des grandes régions, le pourcentage de personnes qui ont suivi un traitement s'inscrit dans une fourchette allant de 3,8% en Suisse centrale à 6,8% au Tessin et s'établit en moyenne suisse à 6,1%. Seule la Suisse centrale se situe nettement en dessous de cette moyenne, tandis que les six autres grandes régions en sont proches (avec des pourcentages allant de 5,7 à 6,8%; données non présentées).

Les personnes ayant sollicité un traitement pour des problèmes psychiques durant les 12 derniers mois se sont adressées dans près de la moitié des cas à un psychiatre (45,5%) et légèrement moins souvent à des psychologues et psychothérapeutes non-médecins (40,0%), seule une minorité a consulté des médecins généralistes (10,3%; G 4.2). Seules quelques personnes font appel à d'autres professionnels de la santé (4,2 %; autres médecins, thérapeutes complémentaires ou autres thérapeutes non médicaux, ainsi qu'autres professions).

Aucune différence n'apparaît entre femmes et hommes pour ce qui est de la profession du spécialiste consulté. Une comparaison entre les groupes d'âge révèle que les jeunes (15 à 34 ans) font le plus souvent appel à des psychologues ou à des psychothérapeutes non médecins (52,7%). Les 35 à 49 ans, s'adressent presque aussi souvent à des psychologues ou psychothérapeutes (39,7%) qu'à des psychiatres (42,6%). Les personnes de 50 à 64 ans se tournent le plus souvent vers un psychiatre (58,5%). Quant aux 65 ans et plus, ils se rendent eux aussi avant tout chez un psychiatre (48,2%), mais se font aussi traiter plus souvent par des généralistes (25,7%) que les autres groupes d'âge. De manière générale, on constate que plus les personnes sont âgées, et

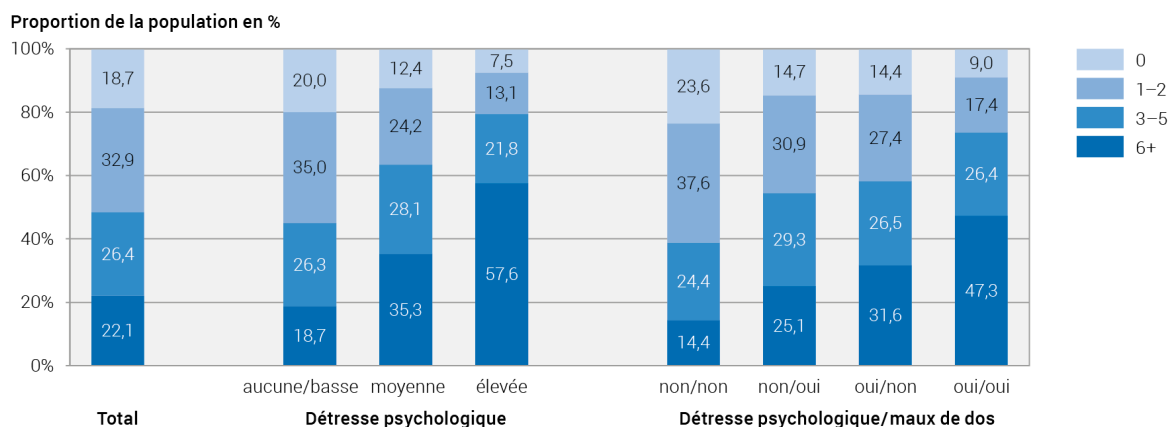
plus elles sont enclines, en cas de problèmes psychiques, à consulter un médecin (psychiatre ou généraliste) plutôt qu'un psychologue.

La répartition entre prestataires de soins a considérablement évolué depuis 1997: en 2017, les patients ont plus souvent fait appel aux services d'un spécialiste en psychiatrie ou en psychologie pour traiter des problèmes ou des maladies psychiques, et le recours aux médecins généralistes a nettement reculé par rapport à 1997 (G 4.2).

Les problèmes psychiques entraînent un recours plus fréquent aux prestations médicales. Plus leur détresse psychologique est forte, plus les personnes consultent: selon l'ESS 2017, plus de la moitié (57,6%) des personnes interrogées souffrant de problèmes psychiques graves se sont rendues six fois ou plus dans un cabinet médical (toutes spécialités confondues) en une année. Parmi les personnes ne présentant qu'une détresse psychologique légère ou pas de détresse du tout, seuls 18,7%, soit trois fois moins, ont consulté un médecin six fois au moins durant l'année (G 4.3). En revanche 7,5% des personnes en forte détresse psychologique n'ont, malgré leur situation, consulté aucun médecin durant les 12 derniers mois.

Le graphique G 4.3 illustre également la fréquence des consultations médicales en cas de troubles physiques et psychiques concomitants. Il montre, en partant de l'exemple de la détresse psychologique et des maux de dos, que les personnes souffrant simultanément de ces deux types de problèmes ont plus souvent recours aux traitements médicaux que les personnes qui ne souffrent que d'un de ces deux types d'affections.

G 4.3 Nombre de consultations (au cours des 12 derniers mois), selon les problèmes psychiques et les problèmes psychiques/maux de dos, 2017



Note : La catégorie «détresse psychologique = oui» correspond à une détresse psychologique élevée (valeurs MHI-5 < 73 ; voir «Détresse psychologique», 2.2.1).

Total: n=21'117, problèmes psychiques: n=20'837, problèmes psychiques/maux de dos: n=20'831

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

© Obsan 2020

4.2 Recours aux prestations ambulatoires

Le recours aux prestations psychiatriques et psychothérapeutiques ambulatoires, calculé en nombre de consultations pour 1000 assurés, a augmenté de 2012 à 2018. Ce constat vaut tant pour le nombre de consultations dans les cabinets psychiatriques ou psychothérapeutiques (+26%) que pour celui de la psychiatrie hospitalière ambulatoire (+43%). Les cabinets psychiatriques sont nettement plus fréquentés par les femmes que par les hommes (60% contre 40%), tandis qu'en psychiatrie hospitalière ambulatoire le taux de consultation des hommes est légèrement supérieur à celui des femmes (52% contre 48%). Aucune donnée n'est en revanche disponible en ce qui concerne le recours aux prestations des cabinets de psychothérapie non médicale.

En 2018 près de 513'000 patients se sont fait traiter dans un cabinet de psychiatrie ou de psychothérapie ambulatoire (par des psychiatres ou par des psychothérapeutes travaillant en délégation avec eux). Les données concernent uniquement les prestations à la charge de l'assurance obligatoire des soins (AOS) (voir 1.5.3 Pool de données). Elles ne concernent pas, par exemple, les prestations fournies en dehors de la psychothérapie déléguée par des cabinets de psychothérapie non médicale.

Sur l'ensemble de la population, cela correspond à un taux de 60 personnes pour 1000 assurés (G 4.4). De 2012 à 2018, ce taux a constamment augmenté, de +2,3% à +7,1% selon les années, pour aboutir à une hausse totale de 26,7% en six ans, alors que les consultations dans les cabinets de généralistes ont enregistré une augmentation de 13,6% durant la même période. Les prestations psychiatriques et psychothérapeutiques ont donc connu une hausse nettement plus marquée que celles de médecine générale. Le recours aux prestations des cabinets de psychiatrie et de psychothérapie a augmenté dans la même mesure chez les hommes que chez les femmes, mais ces dernières sont plus nombreuses à recourir à ces offres thérapeutiques: pour 2018, on compte 71,5 patientes pour 1000 assurés, contre 48,6 patients.

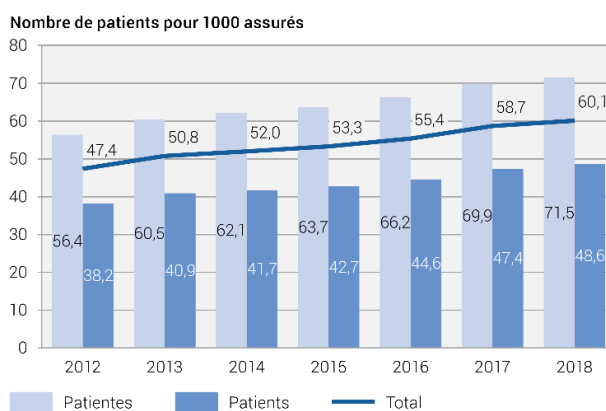
En 2018, le nombre total de consultations s'est élevé à 4,8 millions, ce qui correspond à 562 consultations pour 1000 assurés, ce chiffre étant de 677 pour 1000 chez les femmes et de 446 chez les hommes. De 2012 à 2018, le nombre de consultations pour 1000 assurés a augmenté de 25,6%, et la moyenne des consultations par patient a été de 9,4 (9,5 pour les femmes et 9,2 pour les hommes).

La psychiatrie hospitalière ambulatoire – pour laquelle nous ne disposons que du nombre de consultations, et pas du nombre de patients – a fourni près de 2,2 millions de consultations en 2018, ce qui correspond à 259 consultations environ pour 1000 assurés (G 4.5). Contrairement aux cabinets psychiatriques, la psychiatrie hospitalière ambulatoire comptabilise depuis 2016 un taux de consultation plus élevé pour les hommes que pour les femmes, avec 271 consultations pour 1000 assurés pour les premiers contre 248 pour les secondes en 2018. Les traitements de dépendances, tels que la distribution de méthadone ou d'héroïne,

peuvent être une explication à cet écart, puisqu'ils ont souvent lieu dans des établissements ambulatoires publics et génèrent habituellement un nombre très élevé de consultations, étant donné que les patients s'y soumettent plusieurs fois par semaine, quand ce n'est pas tous les jours. Les hommes sont en effet nettement plus souvent atteints de dépendances que les femmes (Hiltebrand et al., 2018; Maffli et al., 2020).

Le taux de consultation en psychiatrie hospitalière ambulatoire a augmenté de 43,2% par rapport à 2012, les hommes enregistrant une hausse plus marquée (+49,0%) que les femmes (+37,4%). Chez les deux sexes, ce taux a augmenté chaque année de 4,7% à 16,4%, à part en 2014, où il a diminué (-3,0%).

G 4.4 Patients traités en cabinets ambulatoires de psychiatrie et de psychothérapie, de 2012 à 2018

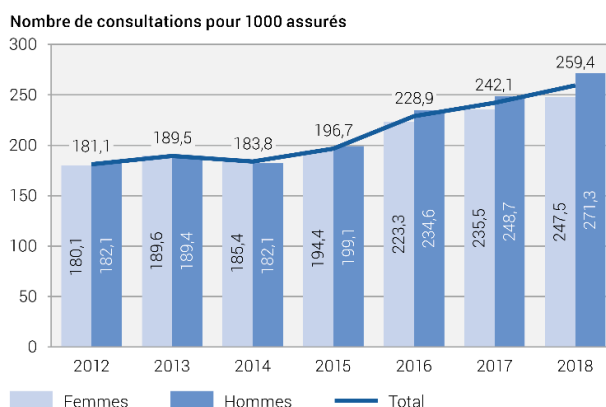


Note : pour le nombre de patients pour 1000 assurés, il s'agit de taux bruts.
patientes: n=227'655–306'905, patients: n=150'628–206'852

Source: SASIS SA – Pool de données/analyse Obsan
État des données: 08.08.2019

© Obsan 2020

G 4.5 Consultations en psychiatrie hospitalière ambulatoire, de 2012 à 2018



Note : pour le nombre de consultations pour 1000 assurés, il s'agit de taux bruts.
Consultations femmes: n=727'257–1'062'531, consultations hommes: n=717'084–1'154'737

Source: SASIS SA – Pool de données/analyse Obsan
État des données: 08.08.2019

© Obsan 2020

La Suisse ne possède pas de statistique réunissant des données nationales sur les traitements administrés par des psychothérapeutes non-médecins ne travaillant pas en psychothérapie déléguée. Seule une étude réalisée sur mandat de la Fédération suisse des psychologues (FSP) fournit des chiffres à ce sujet (Stettler et al., 2013): selon cette étude, les psychothérapeutes non-médecins ont traité près de 260'000 patients en Suisse en 2012, lors de 3,1 millions de consultations. Plus d'un tiers de ces consultations se sont déroulées au sein d'un cabinet médical, dans le cadre d'une psychothérapie déléguée (85'000 patients environ); un peu moins d'un tiers ont été assurées par des thérapeutes indépendants (78'000 patients environ), le reste se répartissant entre les divisions ambulatoires et stationnaires des institutions psychiatriques-psychothérapeutiques (97'000 patients). Pour comparaison, la même année, un peu plus de 290'000 patients ont été traités par les psychiatres dans des cabinets.

Informations complémentaires

Obsan, Publications sur le sujet « Soins ambulatoires en santé mentale » : www.obsan.admin.ch/fr/themes-de-sante/soins-ambulatoires-en-sante-mentale (consulté le 26.05.2020)

4.3 Hospitalisations

En 2018, on a dénombré près de 102'000 hospitalisations en raison d'un diagnostic principal de nature psychiatrique, pour environ 71'000 patients (11,9 cas ou 8,3 patients pour 1000 habitants). Depuis 2002, le taux d'hospitalisation a augmenté de 27% à l'échelle des cas et de 13% à l'échelle des patients. Le nombre moyen de jours de soins par hospitalisation a nettement reculé de 2002 à 2018, tandis que le pourcentage de patients effectuant plus d'un séjour en clinique par an est passé de 22 à 30% sur la même période. Les femmes présentent souvent d'autres troubles que les hommes, à l'exception de la dépression, commune aux deux sexes. Ces écarts varient par ailleurs en fonction de l'âge. Le nombre de jours de soins pour les hospitalisations psychiatriques était de 318 jours pour 1000 habitants en 2018, il est inférieur à celui de 2002 (-16%) et dépend du sexe, de l'âge et du diagnostic; il diffère considérablement d'un canton à l'autre.

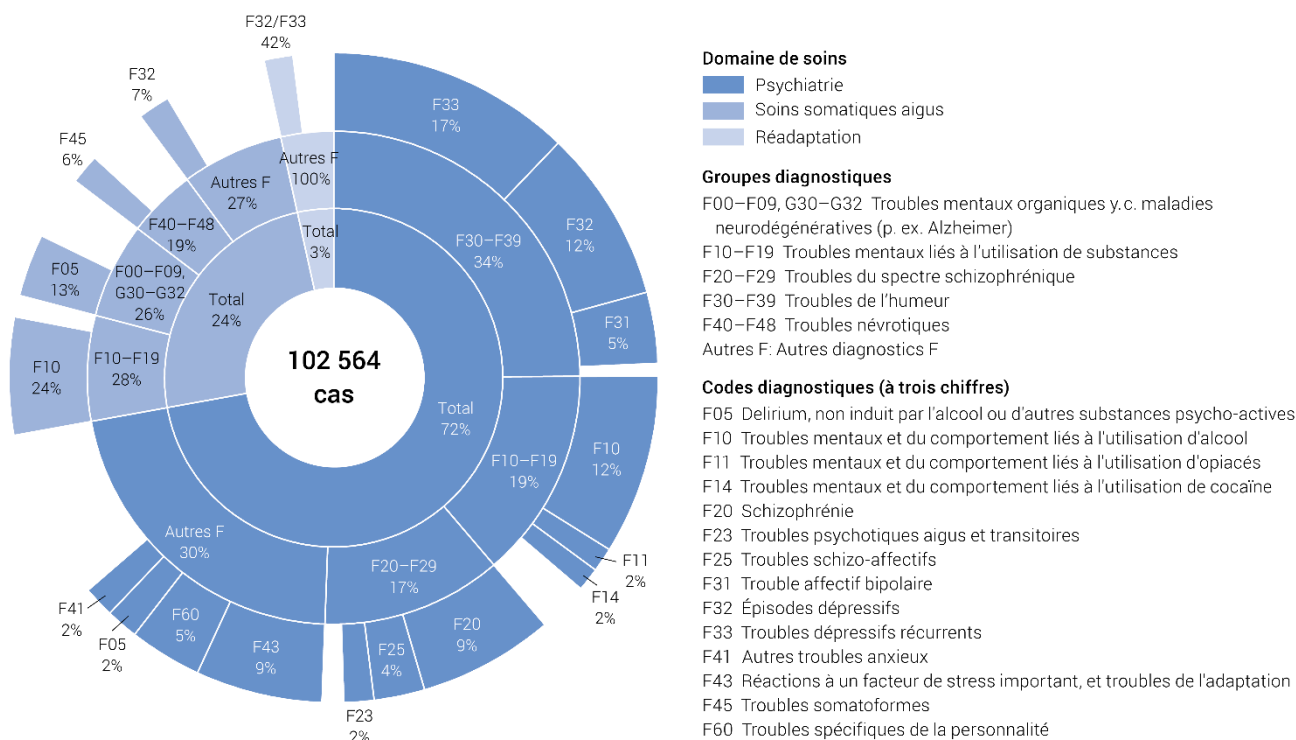
Les maladies psychiques peuvent rendre nécessaire un séjour en clinique ou en hôpital. Les personnes chez qui des troubles psychiques sont diagnostiqués ne sont pas seulement suivies dans des cliniques psychiatriques ou des services psychiatriques des hôpitaux: elles sont également prises en charge en soins somatiques aigus et en réadaptation, bien que dans une moindre mesure. Les résultats présentés dans ce sous-chapitre comprennent donc non seulement les hospitalisations en psychiatrie, mais aussi tous les cas d'hospitalisation dont le diagnostic principal est d'ordre psychiatrique (cf. l'encadré «Remarques méthodologiques», 1.5.2).¹³

Le graphique G 4.6 présente la répartition des hospitalisations psychiatriques dans chacun de ces trois secteurs de soins, en indiquant les diagnostics les plus fréquents. La plus grande partie des cas dont le diagnostic principal est de nature psychiatrique sont hospitalisés en psychiatrie (72%); près d'un quart le sont en soins somatiques aigus et près de 3% en réadaptation.

En *psychiatrie*, les diagnostics relevant des troubles de l'humeur (F30 à F39) comptent parmi les diagnostics principaux les plus fréquents (34%), suivis par les «troubles mentaux liés à l'utilisation de substances psycho-actives» (F10 à F19; 19%) et les «troubles du spectre schizophrénique» (F20 à F29; 17%). Le code qui est le plus souvent attribué est le F33, pour «troubles dépressifs récurrents», qui constitue le diagnostic principal de 17% des cas.

¹³ Les données sur les hospitalisations sont issues de la statistique médicale des hôpitaux (cf. 1.5.2).

G 4.6 Hospitalisations pour maladies mentales, selon le domaine de soins et le diagnostic principal (cas), 2018



Note : Les pourcentages pour les groupes et codes diagnostiques se réfèrent au nombre total de cas du domaine de soins concerné. Le domaine de soins Psychiatrie compte de plus 467 cas avec un diagnostic principal hors du chapitre V (F00–F99) ou du groupe G30–G32. La majorité de ces cas (environ 60%) présentent un diagnostic des chapitres "Facteurs influençant l'état de santé et conduisant au recours à des services de santé" (Z00–Z99) et "Maladies du système nerveux" (G00–G99). Dans 108 autres cas, le diagnostic principal est absent. Ces 575 cas au total ne sont pas présentés ici et ne font pas partie des analyses.

Cas en psychiatrie: n=73'903, cas en soins somatiques aigus: n=25'112, cas en réadaptation: n=3549

Source: OFS – Statistique médicale des hôpitaux (MS)

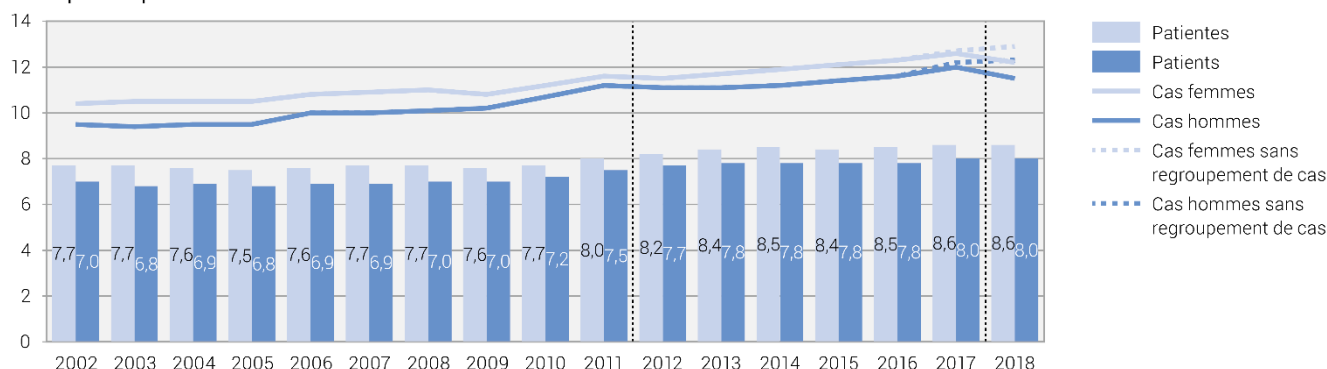
© Obsan 2020

En *soins somatiques aigus*, les diagnostics du groupe «troubles mentaux liés à l'utilisation de substances» (F10 à F19) sont particulièrement fréquents (28%). Ce sont surtout les troubles liés à l'utilisation d'alcool (F10) qui sont souvent traités dans des hôpitaux de soins somatiques aigus (24%), la plupart du temps pour intoxication alcoolique aiguë. Les diagnostics du groupe «troubles mentaux organiques, y.c. maladies neurodégénératives» (F00 à F99, G30 à G32; 26%) y sont eux aussi relativement fréquents, en particulier le délirium (F05; 13%).

En *réadaptation*, ce sont les «épisodes dépressifs» (F32) et les «troubles dépressifs récurrents» (F33) qui sont les diagnostics de classe F les plus courants (avec 42% au total).

G 4.7 Taux d'hospitalisation standardisé pour maladies mentales (cas et patients), de 2002 à 2018

Cas et patients pour 1000 habitants



Note: Le taux a été standardisé par âge. La population standard se réfère ici à la population standard européenne de 2010 (Eurostat, 2013) (voir « Remarques méthodologiques », 1.5.9). En raison de l'introduction de TARPSY, certains cas sont regroupés à partir de 2018 (voir « Nouvelle définition du concept de cas » dans l'encadré « Modifications liées à TARPSY », 4.3.3).

Cas femmes: n=38'873–56'553, cas hommes: n=33'810–52'452

Source: OFS – Statistique médicale des hôpitaux (MS) et Statistique de la population et des ménages (STATPOP)

© Obsan 2020

4.3.1 Taux d'hospitalisation

En 2018, on a compté 102'564 hospitalisations de personnes domiciliées en Suisse dont le diagnostic principal était d'ordre psychiatrique, ce qui correspond à un taux standardisé de 11,9 hospitalisations pour 1000 habitants. Le graphique G 4.7 représente les taux d'hospitalisation des hommes et des femmes durant la période 2002 à 2018. Une distinction est faite entre les taux de cas et les taux de patients: le taux de cas se fonde sur le nombre d'admissions en clinique ou en hôpital (indépendamment de la personne), tandis que le taux de patients se rapporte aux individus, ces derniers pouvant avoir été hospitalisés à plusieurs reprises. Le taux de patients 2018 enregistre une augmentation de 12,8% par rapport à 2002 (8,3 contre 7,4 patients pour 1000 habitants). Durant la même période, le taux de cas a enregistré une hausse de 19,3%, passant de 9,9 à 11,9 cas pour 1000 habitants. Si l'on ne procède pas à un regroupement des cas (cf. « Nouvelle définition du concept de cas » dans l'encadré « Modifications liées à TARPSY », 4.3.3), c'est-à-dire si l'on compte séparément chaque séjour, même ceux qui se suivent de près, ce taux est de 12,6 cas pour 1000 habitants en 2018, soit une augmentation de 26,7% pour la période 2002 à 2018. Le fait que le nombre de patients (+12,8%) et le nombre de cas (+19,3% avec et +26,7% sans regroupement de cas) n'ont pas suivi la même évolution fait penser que les séjours répétés ont augmenté: le nombre moyen de séjours à l'hôpital ou en clinique par patient est passé de 1,36 (2002) à 1,52 (2018), ce qui correspond à une augmentation de 12,2%. La part de patients affichant plus d'un séjour par an a passé de 22,3% en 2002 à 29,6% en 2018. Cette évolution a été décrite comme une conséquence du nombre accru de transferts de patients entre domaine stationnaire et domaine ambulatoire (qui s'explique par une politique délibérée de réduction du nombre de jours

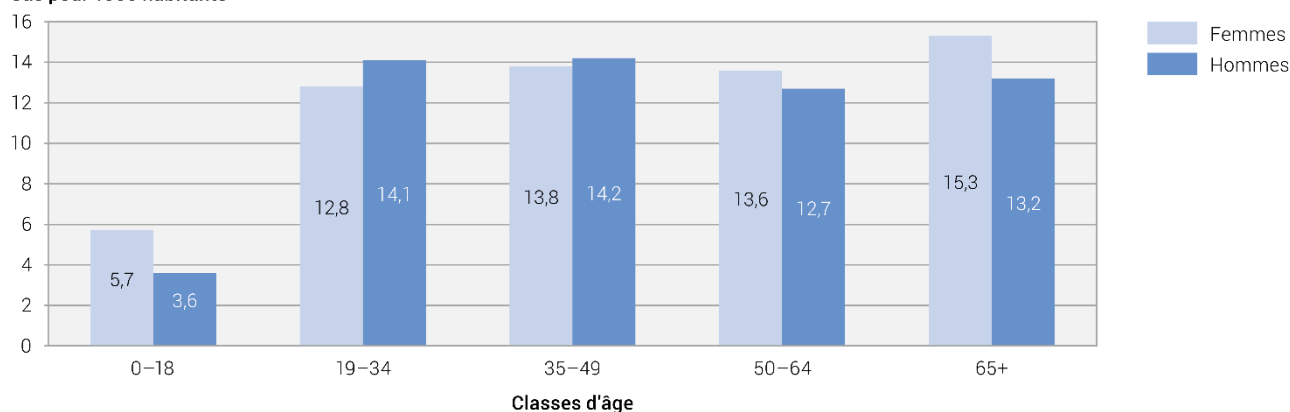
d'hospitalisation) (Kuhl, 2008). Ce serait en particulier le transfert de patients atteints de maladies chroniques vers des structures ambulatoires ou semi-hospitalières qui ferait augmenter le nombre de séjours brefs dans le domaine stationnaire (Jäger et Rössler, 2012).

Les femmes sont légèrement plus nombreuses que les hommes parmi les personnes suivant un traitement stationnaire et dont le diagnostic principal est de nature psychiatrique: en 2018, on relève 8,6 patientes et 12,9 cas pour 1000 habitantes, contre 8,0 patients et 12,3 cas pour 1000 habitants (G 4.7). Le rapport entre femmes et hommes est resté relativement stable au fil du temps, avec une part de femmes de près de 52%.

On constate, outre les écarts observés entre les sexes, également des différences entre hommes et femmes en fonction de leur âge: les femmes sont plus souvent hospitalisées que les hommes en raison d'une maladie psychique durant leur enfance et leur adolescence (0 à 18 ans) ainsi qu'à un âge adulte avancé (50 à 64 ans et 65 ans et plus). Les hommes, en revanche, comptent davantage d'hospitalisations que les femmes lorsqu'ils sont jeunes adultes (19 à 34 ans), et c'est à un âge moyen (35 à 49 ans) que les hospitalisations pour maladie psychique sont les plus fréquentes chez eux, tandis que chez les femmes, c'est dans les tranches d'âge les plus avancées (65 ans et plus) (G 4.8). Si les taux d'hospitalisation du groupe des 65 ans et plus figurant dans le présent rapport sont nettement plus élevés que ceux du rapport de monitoring 2016 (Schuler et al., 2016), cela s'explique par le fait que cette édition-ci prend également en compte les diagnostics du groupe « Autres affections dégénératives du système nerveux » (G30 à G32) (cf. 1.5.2). La maladie d'Alzheimer et les autres démences, qu'indiquent notamment ces codes, sont en effet particulièrement fréquentes dans le grand âge.

G 4.8 Taux d'hospitalisation pour maladies mentales (cas), selon le sexe et l'âge, 2018

Cas pour 1000 habitants



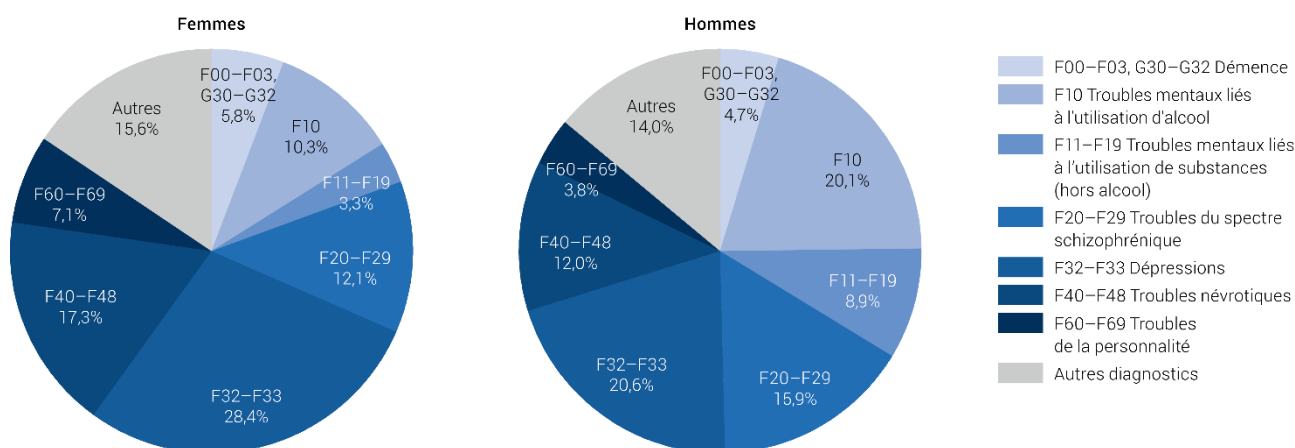
Note: les taux d'hospitalisation sont des taux bruts.

Cas femmes: n=53'346, cas hommes: n=49'218

Source: OFS – Statistique médicale des hôpitaux (MS) et Statistique de la population et des ménages (STATPOP)

© Obsan 2020

G 4.9 Hospitalisations, selon les diagnostics psychiatriques (cas) et le sexe, 2018



Cas femmes: n=53'346, cas hommes: n=49'218

Source: OFS – Statistique médicale des hôpitaux (MS)

© Obsan 2020

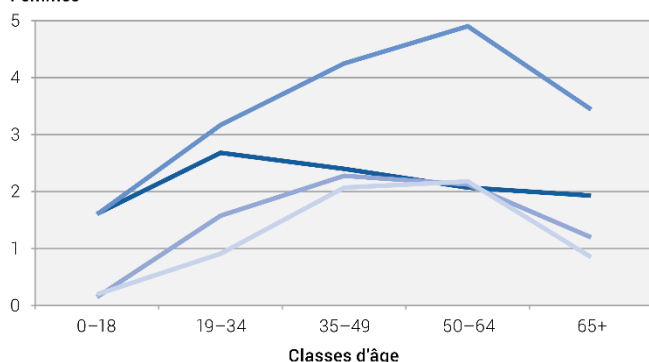
Femmes et hommes se distinguent également pour ce qui est de la fréquence des troubles psychiques diagnostiqués lors d'une hospitalisation. En 2018, les diagnostics les plus souvent établis chez les femmes appartiennent au groupe de diagnostics des dépressions (28,4%), qui devancent de beaucoup les troubles névrotiques (17,3%), les schizophrénies (12,1%) et les problèmes liés à la consommation d'alcool (10,3%). Chez les hommes, les

diagnostics les plus fréquents présentent une répartition plus uniforme: les dépressions (20,6%) et les problèmes liés à la consommation d'alcool (20,1%) arrivent en tête, suivis par les schizophrénies (15,9%) et les troubles névrotiques (12,0%). On observe un écart marqué entre femmes et hommes concernant les diagnostics du groupe «Troubles mentaux liés à l'utilisation de substances» (F10 à F19), les premières affichant un taux bien plus bas que les seconds (13,6% contre 28,9%) (G 4.9).

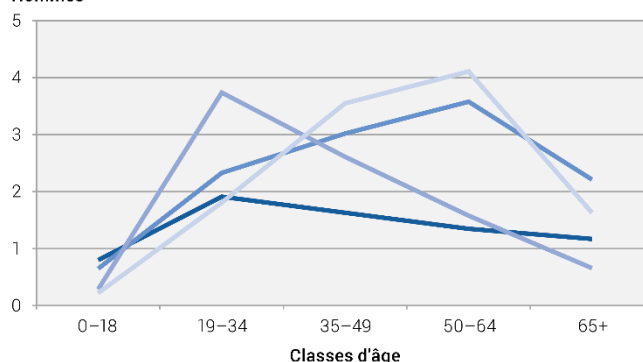
G 4.10 Taux d'hospitalisation en fonction des principaux diagnostics psychiatriques (cas), selon le sexe et l'âge, 2018

Cas pour 1000 habitants

Femmes



Hommes



— F10 Troubles mentaux liés à l'utilisation d'alcool — F32-F33 Dépressions
— F20-F29 Troubles du spectre schizophrénique — F40-F48 Troubles névrotiques

Note : Les taux d'hospitalisation sont des taux bruts. La population de référence se rapporte au groupe d'âge respectif. Par exemple, parmi les femmes de la tranche d'âge 50-64 ans, il y a environ 5 cas pour 1000 habitants de personnes âgées de 50 à 64 ans qui ont été hospitalisées en raison d'une dépression (F32-F33).

Cas femmes: n=36'335, cas hommes: n=33'759

Source: OFS – Statistique médicale des hôpitaux (MS) et Statistique de la population et des ménages (STATPOP)

© Obsan 2020

Le graphique G 4.10 présente les troubles psychiques les plus souvent traités lors d'hospitalisations, en fonction du sexe et de l'âge des patients. Chez les femmes, ce sont les cas de dépression chez les 50 à 64 ans qui sont le plus fréquents; quant aux troubles dus à l'alcool et aux schizophrénies, elles concernent surtout les deux groupes d'âge moyen (35 à 49 ans et 50 à 64 ans), et les diagnostics appartenant au groupe des troubles névrotiques touchent davantage les jeunes adultes, puis diminuent avec l'âge. Chez les hommes, ce sont les problèmes dus à l'alcool et les dépressions des 50 à 64 ans qui sont le plus souvent à l'origine de séjours hospitaliers; quant aux hospitalisations pour schizophrénie, elles sont particulièrement fréquentes chez les jeunes adultes (19 à 34 ans), puis reculent dans les groupes d'âge plus avancé. Les taux d'hospitalisation des enfants et adolescents sont analysés dans l'encadré « Enfants et adolescents : recours aux soins psychiatriques ambulatoires et stationnaires » (cf. 4.3.4).

4.3.2 Jours de soins

En 2018, la durée moyenne des hospitalisations à la suite d'un diagnostic de nature principalement psychiatrique s'est élevée à 26,9 jours, sans que l'on observe d'écarts notables entre femmes

et hommes (respectivement 26,9 et 26,8 jours). La durée médiane¹⁴ est nettement moins élevée, et cela pour les deux sexes (respectivement 17 et 16 jours). La durée moyenne de séjour a sensiblement diminué de 2002 à 2018, puisqu'elle est de 10 à 11 jours plus courte qu'auparavant, chez les deux sexes.

Le volume annuel de jours de soins correspond à la somme des journées de soins de toutes les hospitalisations survenues au cours d'une année. Le nombre de jours de soins est indiqué ci-après sous forme de taux standardisé (pour 1000 habitants). Cette standardisation permet de tenir compte des différences dans la structure et l'évolution de la population lors de comparaisons (entre cantons par ex.).

Le nombre de jours de soins dans des établissements stationnaires n'a fait que diminuer. En 2002, on comptait 381 jours de soins pour 1000 habitants pour le traitement stationnaire de patients dont le principal diagnostic est de nature psychiatrique, contre 318 en 2018 (G 4.11).

Le nombre de jours de soins varie en fonction du sexe et de l'âge: tandis que chez les femmes, on observe une tendance à l'augmentation avec l'âge, c'est l'inverse qui se produit chez les hommes. Ainsi, chez les femmes, le nombre de jour de soins est à son maximum dans le groupe des 65 ans et plus, et chez les hommes, dans le groupe des 19 à 34 ans. Chez les enfants et adolescents, ces taux sont, comme on pouvait s'y attendre, bien plus bas. À cet âge, une bonne partie des maladies psychiques ne se

¹⁴ La médiane est la valeur qui se trouve exactement au milieu: la moitié des cas présentent une durée plus courte (ou égale), l'autre moitié une durée plus longue (ou égale). La médiane est moins sensible aux écarts de valeurs importants que la moyenne. Certains cas affichant de très longues durées d'hospitalisation, la durée moyenne des hospitalisations est un peu plus élevée que la médiane.

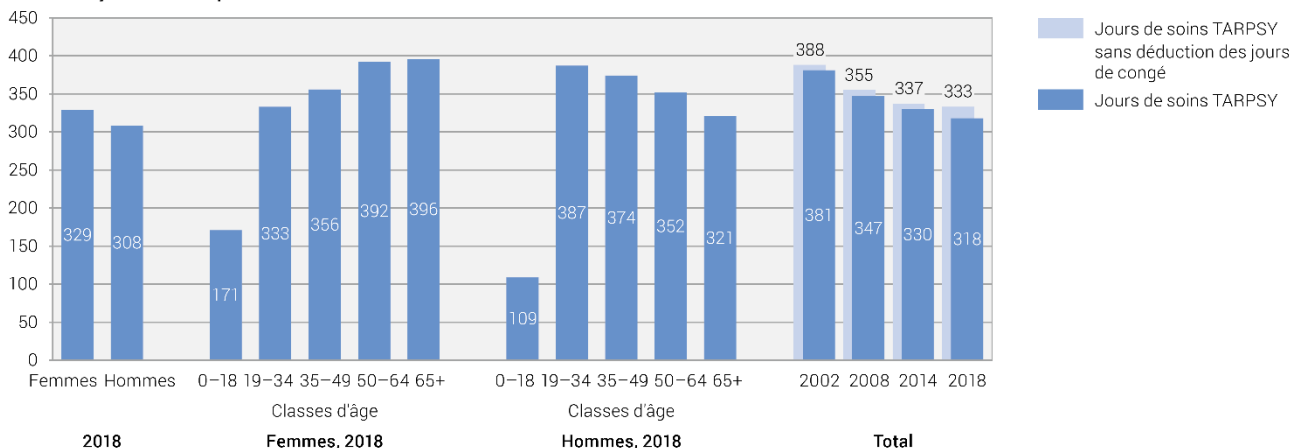
sont en effet pas encore manifestées, et un traitement stationnaire n'est indiqué que dans des cas exceptionnels (Tuch et Schuler, 2020). Enfin, quel que soit l'âge, le nombre de jours de soins dans le domaine stationnaire est dans l'ensemble un peu plus élevé chez les femmes que chez les hommes.

Le nombre de jours de soins varie nettement en fonction du type de maladie psychique: tant pour les femmes que pour les

hommes, la dépression est le diagnostic qui en entraîne le plus grand nombre, avec respectivement 113 et 76 jours de soins pour 1000 habitants. Chez les femmes, viennent ensuite, mais loin derrière, les schizophrénies (46 jours de soins) et les troubles névrotiques (41 jours de soins). Chez les hommes, les dépressions sont suivies de près par les schizophrénies (62 jours de soins), puis par les troubles dus à l'alcool (44 jours de soins) (G 4.12).

G 4.11 Jours de soins pour 1000 habitants pour maladies mentales (cas), selon le sexe et l'âge, 2002, 2008, 2014 et 2018

Nombre de jours de soins pour 1000 habitants



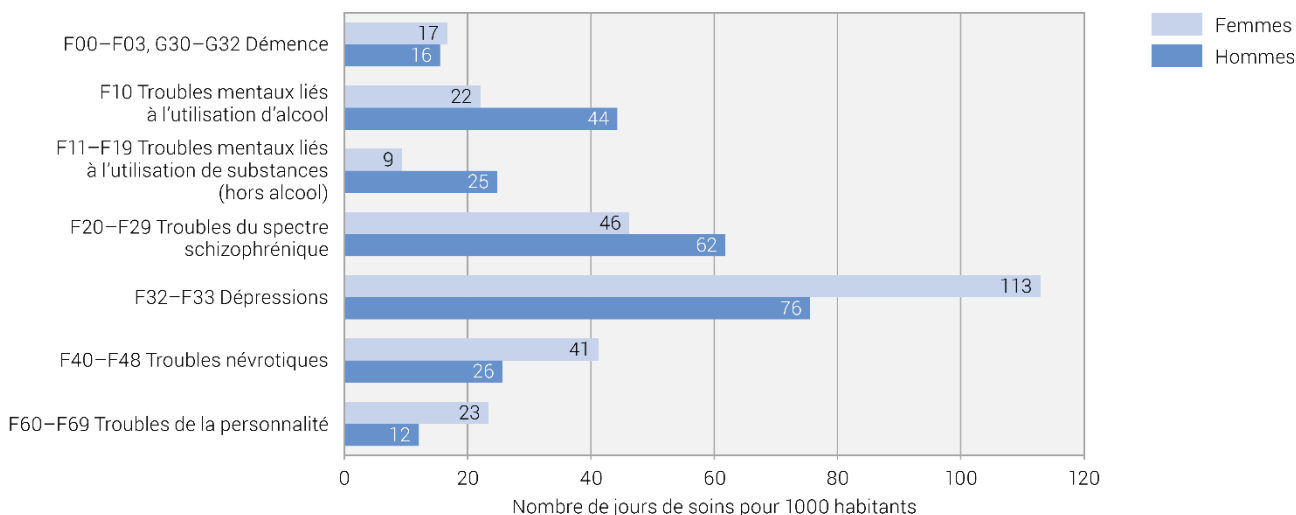
Note : Les taux d'hospitalisation en 2018 selon le sexe et l'âge sont des taux bruts. Les taux de 2018 selon le sexe sont standardisés par âge et les taux totaux par année sont standardisés par âge et par sexe. La population standard se réfère ici à la population standard européenne de 2010 (Eurostat, 2013) (voir «Remarques méthodologiques», 1.5.9). Les jours de soins indiqués dans le graphique ont été calculés selon la définition TARPSY. Pour la comparaison temporelle, les jours de soins sans déduction des jours de congé sont également indiqués (voir l'encadré «Modifications liées à TARPSY», 4.3.3).

Nombre de cas: 2002: n=70'618, 2008: n=79'588, 2014: n=93'473, 2018: n=99'861

Source: OFS – Statistique médicale des hôpitaux (MS) et Statistique de la population et des ménages (STATPOP)

© Obsan 2020

G 4.12 Jours de soins pour 1000 habitants, selon les diagnostics psychiatriques les plus fréquents et le sexe, 2018



Note : Les jours de soins ont été standardisés par âge et par sexe. La population standard se réfère ici à la population standard européenne de 2010 (Eurostat, 2013) (voir «Remarques méthodologiques», 1.5.9).

Cas femmes: n=45'007, cas hommes: n=42'311

Source: OFS – Statistique médicale des hôpitaux (MS) et Statistique de la population et des ménages (STATPOP)

© Obsan 2020

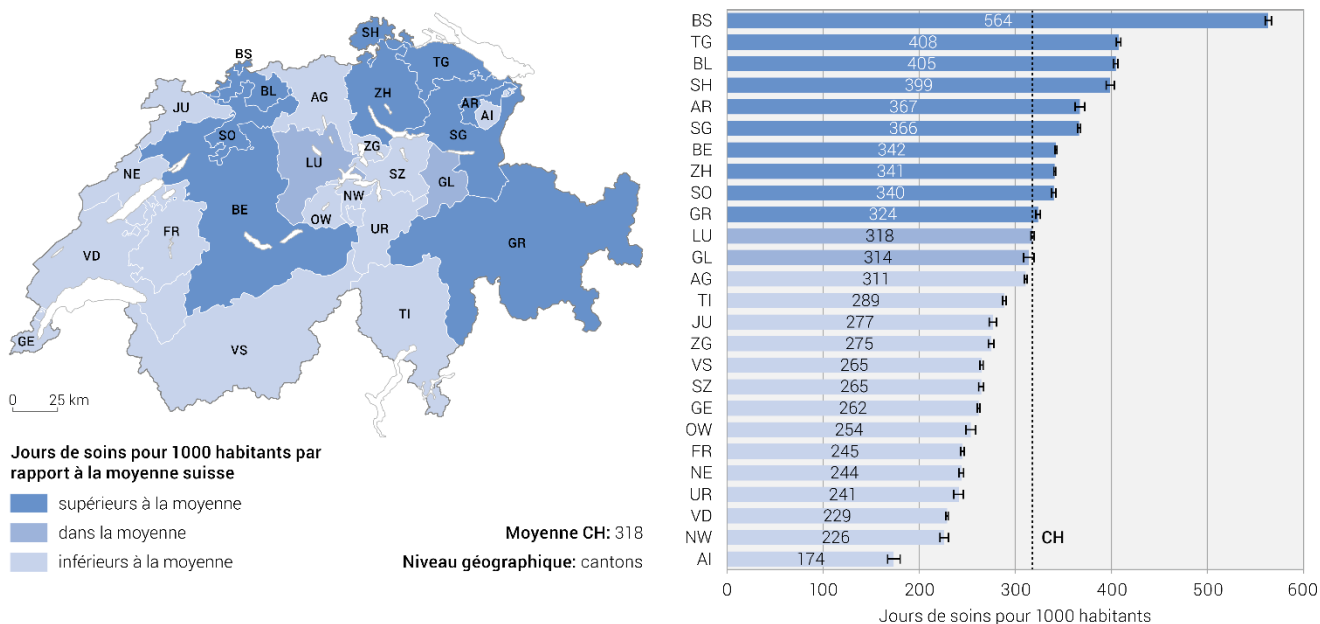
4.3.3 Taux d'hospitalisation et jours de soins: comparaisons entre cantons

D'importants écarts sont observés d'un canton à l'autre. Le canton de Bâle-Ville enregistre le nombre standardisé de jours de soins le plus élevé (689 jours pour 1000 habitants), alors que celui d'Appenzell Rhodes-Intérieures affiche le taux le plus faible, avec 174 jours de soins pour 1000 habitants. Pour ce qui est du taux d'hospitalisation, les cantons d'Appenzell Rhodes-Intérieures et de Bâle-Ville occupent également les deux extrémités de la fourchette, avec respectivement 6,6 et 19,2 cas pour 1000 habitants (G 4.13). Quant à la durée médiane d'hospitalisation, elle est au plus bas dans les cantons romands et dans le canton de Glaris: les cantons de Vaud et du Valais occupent le bas de l'échelle, avec 13 jours, et sont suivis par Genève, Fribourg et Glaris (14 jours), puis Neuchâtel et le Jura (respectivement 15 et 16 jours). C'est en Suisse centrale que l'on trouve les durées médianes d'hospitalisation les plus longues, avec 22 jours pour Lucerne et 24 pour Zoug. Pour comparaison, la médiane suisse se situe à 17 jours (pas d'illustration).

L'hétérogénéité régionale des taux de prévalence des maladies psychiques ne saurait expliquer, à elle seule, la forte amplitude observée entre les cantons pour ce qui est des taux d'hospitalisation et du nombre de jours de soins. On sait par exemple qu'en Allemagne, la prévalence des troubles psychiques est plus forte dans les régions urbaines que dans les zones rurales (Dekker et al., 2008). Des analyses de l'Obsan sur la fréquence des symptômes dépressifs confirment ces écarts entre ville et campagne en Suisse¹⁵. Toutefois, si l'on compare le nombre de jours

de soins des cantons ou leurs taux d'hospitalisation à la part de leur population vivant en milieu urbain (comme indicateur de l'urbanisation de chaque canton), on n'observe pas d'effet ville-campagne statistiquement net. Les fortes variations régionales en matière de taux d'hospitalisation et de nombre de jours de soins s'expliquent sans doute davantage par les différences dans l'approche philosophique du traitement et dans les structures de soins psychiatriques, le degré de développement des offres de proximité variant d'un canton à l'autre (Brenner et al., 2003). De plus, toujours selon Brenner et al. (2003), l'accessibilité géographique joue un rôle déterminant en Suisse: le recours aux offres psychiatriques dépend directement du temps de parcours pour s'y rendre, un trajet de plus d'une demie-heure réduisant de plus de moitié le recours à la prise en charge stationnaire. Cette situation concerne en particulier les cantons dont la médecine de premier recours prévoit un traitement psychiatrique hors canton. Une étude menée dans le canton d'Argovie a constaté l'effet de l'accessibilité géographique sur les soins ambulatoires, mais pas sur les soins stationnaires (Stulz et al., 2018). De plus, Kuhl et Herdt (2007) soulignent, dans une étude épidémiologique sur les soins, l'importance des structures démographiques des cantons (taux de chômage, niveau de formation, proportion d'étrangers): les différences entre cantons s'estompent en effet nettement lorsque l'on prend en compte ces structures dans le calcul de la proportion de population ayant bénéficié d'un traitement.

¹⁵ Cf. l'indicateur «Fréquence des symptômes de dépression» www.obsan.admin.ch/fr/indicateurs/symptomes-depressifs

G 4.13 Jours de soins pour maladie mentales pour 1000 habitants, selon le canton de domicile, 2018

Note : Les taux ont été standardisé par âge et par sexe. La population standard se réfère ici à la population standard européenne de 2010 (Eurostat, 2013). Ainsi, les comparaisons spatiales prennent en compte la structure de la population cantonale et son évolution (voir «Remarques méthodologiques», 1.5.9).

n=99'861

Source: OFS – Statistique médicale des hôpitaux (MS) et Statistique de la population et des ménages (STATPOP)

© Obsan 2020

Modifications liées à TARPSY

Nouvelle définition du concept de cas

L'entrée en vigueur de la structure tarifaire TARPSY au 1^{er} janvier 2018 a notamment eu pour corollaire une redéfinition du concept de cas en psychiatrie. À certaines conditions, les séjours répétés sont réunis en un seul et même cas et comptabilisés une seule fois au lieu de plusieurs, comme il en allait auparavant. Autrement dit, les statistiques concernant la psychiatrie ne recensent plus, à partir de 2018, le nombre de séjours effectivement réalisés, mais celui des cas facturés selon TARPSY. Certains cantons ou cliniques regroupaient déjà les séjours avant l'entrée en vigueur de TARPSY, mais ne le faisaient pas sur des bases harmonisées. Néanmoins, il n'est possible de recenser des regroupements de cas (c'est-à-dire les admissions intermédiaires) dans la statistique médicale des hôpitaux de l'OFS qu'à partir de 2017. Il se produit dès lors une discontinuité des données entre 2017 et 2018 (et déjà entre 2016 et 2017 pour certains cas), ce qui pose des difficultés pour interpréter l'évolution dans le temps. Dans ce chapitre, nous présentons le nombre de cas et les analyses selon la définition du cas de TARPSY tant pour 2017 que pour 2018. Pour mieux comprendre les évolutions dans le temps, nous utilisons parfois aussi, dans le chapitre 4 «Recours aux soins», des analyses fondées sur les séjours effectifs en hôpital ou en clinique, c'est-à-dire sans regroupement de cas selon TARPSY.

Le problème de la nouvelle définition du concept de cas se pose également dans le domaine des soins aigus somatiques: depuis l'introduction du système des forfaits par cas SwissDRG le 1^{er} janvier 2012, certains cas ont aussi été regroupés, ce qui a provoqué une discontinuité des données entre 2011 et 2012 (voir Tuch et al., 2018, p. 18 s.).

Jours de soins facturables

Avant l'entrée en vigueur de TARPSY, en 2018, il n'y avait pas de définition uniforme de la notion de «jours de soins facturables» sur le plan suisse et le remboursement des hospitalisations en psychiatrie variait selon les cantons. Avec TARPSY, les formules suivantes permettent de calculer le nombre de jours de soins facturables selon SwissDRG:

Nombre de jours de soins pour les cas sans transfert = date de sortie - date d'entrée - jours de congé + 1

Nombre de jours de soins pour les cas avec transfert = date de sortie - date d'entrée - jours de congé

Dès lors, sont réputés jours de soins le jour de l'admission et toute journée consécutive d'hospitalisation, y compris le jour de sortie, mais pas le jour du transfert. Les jours de congé complets ne sont pas comptés comme journée de soins (SwissDRG, 2016b). Les jours de soins présentés dans ce chapitre ont été calculés selon la définition de TARPSY. Une certaine imprécision caractérise le calcul des jours de soins TARPSY avant 2018, étant donné que la comptabilisation des jours de congé des patients n'a été uniformisée qu'à partir de cette date. Dès lors, afin de pouvoir comparer l'évolution d'une année à l'autre, nous présentons également les jours de soins sans en déduire les jours de congé.

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

En 2018, les institutions psychiatriques ont recensé près de 14'000 «placements à des fins d'assistance», soit un cinquième environ de toutes les hospitalisations motivées par un diagnostic psychiatrique. Des mesures limitatives de liberté (isolement, immobilisation et médication forcée, par ex.) ont été appliquées dans 7% environ de tous les cas psychiatriques.

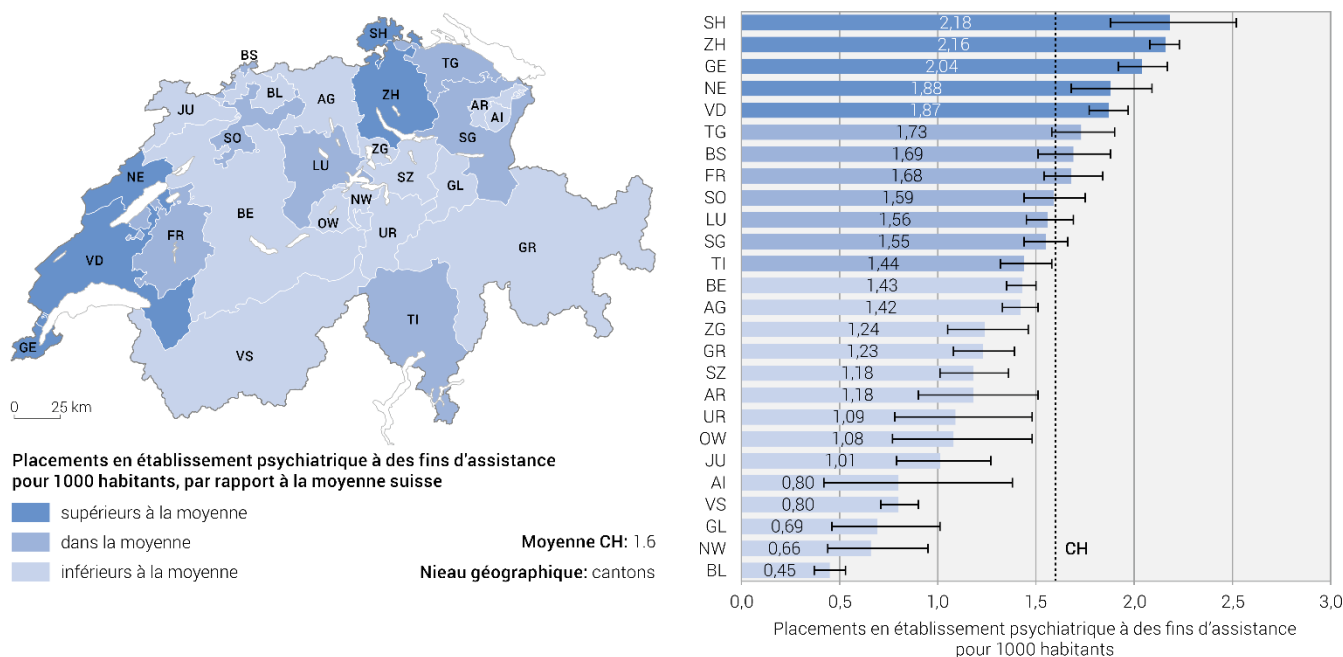
En Suisse, une personne peut être internée contre son gré dans une institution appropriée, pour qu'elle y soit traitée et prise en charge. Il s'agit alors du placement à des fins d'assistance (PAFA), une mesure régie par le code civil suisse, qui ne peut être ordonnée qu'en raison de troubles psychiques, d'une déficience mentale ou d'un grave état d'abandon, lorsque l'assistance ou le traitement nécessaires ne peuvent être fournis d'une autre manière. Il incombe à l'autorité cantonale de protection de l'enfant et

de l'adulte (APEA) d'ordonner le PAFA. Les cantons peuvent aussi habilitier des médecins ou des groupes de médecins à ordonner des PAFA pour une durée maximale de six semaines. La décision du médecin doit être examinée par l'APEA au plus tard au terme de ce délai. Le PAFA, qui constitue une grave atteinte au droit fondamental qu'est la liberté de l'individu, ne doit être ordonné qu'en dernier recours (Gassmann et Bridler, 2016).

En outre, une institution psychiatrique peut imposer à des patientes et des patients, ici aussi contre leur gré, des «mesures limitatives de liberté», lorsque la personne en question représente un grave danger pour elle-même ou pour autrui. Seul le médecin-chef de l'institution est habilité à ordonner des mesures de ce genre.

Compte tenu du caractère délicat de ce sujet, il est souhaitable de recenser avec exactitude tous les cas de PAFA et de MLL et d'en assurer le monitoring. Sur le plan suisse, les données à ce sujet ne sont cependant collectées de manière systématique qu'en psychiatrie stationnaire (et pas dans les EMS, par exemple). Les analyses que nous présentons ci-dessous font référence à ces données.

G 4.14 Placements en établissement psychiatrique à des fins d'assistance (PAFA), selon le canton de domicile (taux standardisé pour 1000 habitants), 2018



Note : Les taux ont été standardisés par âge et par sexe. La population standard se réfère ici à la population standard européenne de 2010 (Eurostat, 2013). Ainsi, les comparaisons spatiales prennent en compte la structure de la population cantonale et son évolution (voir «Remarques méthodologiques», 1.5.9).

n=13'768

Source: OFS – Statistique médicale des hôpitaux (MS) et Statistique de la population et des ménages (STATPOP)

© Obsan 2020

Placement à des fins d'assistance

L'Obsan a déjà réalisé et publié à diverses reprises des analyses sur le placement en établissement psychiatrique à des fins d'assistance (Camenzind et Sturny, 2015; Christen et Christen, 2005; Schuler et al., 2016, par ex.). Ainsi, il a consacré en 2018 un bulletin au profil des patients placés en 2016 dans des établissements psychiatriques à des fins d'assistance ainsi qu'aux différences intercantionales en ce qui concerne la fréquence de cette mesure (Schuler et al., 2018). Il a également étudié à cette occasion, avec certaines limitations, l'évolution dans le temps de ces placements et comparé les statistiques suisses avec celles d'autres pays. Il a en outre signalé que les taux de placement à des fins d'assistance varient considérablement d'un canton à l'autre. L'Obsan publie sur son site des statistiques à jour sur les PAFA¹⁶. Nous nous limitons ici à présenter et décrire brièvement les principales tendances issues des statistiques les plus récentes concernant les PAFA et renvoyons, pour des analyses plus détaillées, au bulletin précité ainsi qu'au site internet de l'Obsan.

En 2018, le domaine de la psychiatrie (cf. l'encadré «Remarques méthodologiques», 1.5.2) a enregistré 13'768 PAFA de personnes résidentes en Suisse, ce qui équivaut à 18,5% de toutes les hospitalisations psychiatriques et à un taux standardisé selon l'âge et le sexe de 1,60 cas pour 1000 habitants.

Les écarts entre cantons restent marqués en 2018 (G 4.14). C'est dans les cantons de Schaffhouse (2,18), de Zurich (2,16) et de Genève (2,04) que le taux de placement à des fins d'assistance est le plus élevé. Dans ceux de Neuchâtel (1,88) et de Vaud (1,87), il est un peu plus faible, mais reste supérieur à la moyenne suisse. Les taux les plus bas sont enregistrés dans les cantons de Bâle-Campagne (0,45), de Nidwald (0,66) et de Glaris (0,69). Divers auteurs attribuent ces importants écarts entre cantons aux différentes lois cantonales et en particulier aux différents régimes de compétence en matière de PAFA (Christen et Christen, 2005; Kuhl, 2008, par ex.). Ainsi, dans certains cantons, seule l'APEA peut ordonner un PAFA, tandis que d'autres cantons ont aussi attribué cette compétence à un cercle de médecins plus ou moins large. Toutefois, il n'a pas été possible de confirmer l'existence d'une influence statistiquement significative de ces dispositions légales sur les taux de placement à des fins d'assistance (Schuler et al., 2018). Ces écarts intercantonaux pourraient néanmoins

s'expliquer par la diversité des structures de prise en charge et de traitement, des cadres institutionnels et, de façon générale, des approches thérapeutiques en matière de soins psychiatriques dans les cantons (Camenzind et Sturny, 2015; Christen et Christen, 2005; Kuhl, 2008). Les publications scientifiques mentionnent aussi régulièrement l'expérience, la formation initiale et la formation postgrade des personnes qui ordonnent des PAFA pour en expliquer la qualité et la fréquence (Hotzy et al., 2018; Kieber-Ospelt et al., 2016).

Il est difficile d'estimer l'évolution dans le temps des PAFA pour toute la Suisse. En effet, on ne peut pas comparer directement les années entre elles en raison des lacunes dans les données avant 2016 et de la modification du concept de cas en psychiatrie en 2018 et en 2017 (cf. «Nouvelle définition du concept de cas» dans l'encadré «Modifications liées à TARPSY», 4.3.3). Compte tenu des regroupements de cas, on peut supposer que le taux de placement à des fins d'assistance est resté relativement stable de 2016 à 2018, oscillant autour de 1,6 à 1,7 placement pour 1000 habitants.

Les taux enregistrés dernièrement en Suisse sont élevés par rapport à ceux que des études moins récentes ont établis pour d'autres pays, mais ils sont comparables aux taux de nos voisins de langue allemande (Schuler et al., 2018).

Mesures limitatives de liberté

Depuis 2012, l'association ANQ réalise des mesures de la qualité de la psychiatrie stationnaire en Suisse. Outre les PAFA présentés ci-dessus, elle recense également les mesures limitatives de liberté (MLL) appliquées dans les cliniques et hôpitaux. Ces mesures comprennent l'isolement, l'immobilisation, la médication forcée ainsi que les mesures de sécurité d'immobilisation sur une chaise ou au lit.

Le tableau T 4.1 présente la fréquence de ces mesures pour les années allant de 2013 à 2018. Sur l'ensemble des hospitalisations psychiatriques, le pourcentage de cas recensés pour lesquels au moins une MLL a été ordonnée est stable, puisqu'il oscille entre 6,8 et 7,0% d'une année à l'autre. Pour 2018, il est de 6,8%. La mesure la plus fréquente est l'isolement, suivi de la médication forcée (T 4.1).

¹⁶ www.obsan.admin.ch/fr/indicateurs/placements-en-etablissement-psychiatrique-des-fins-dassistance

T 4.1 Mesures limitatives de liberté (MLL) en Psychiatrie, de 2013 à 2018

	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Total des cas en psychiatrie	64'648 (100%)	67'214 (100%)	69'066 (100%)	72'218 (100%)	72'040 (100%)	65'459 (100%)
Nombre de cas en psychiatrie avec au moins une MLL	4395 (6.8%)	4643 (6.9%)	4811 (7.0%)	5060 (7.0%)	4980 (6.9%)	4425 (6.8%)
nombre de cas avec isolements	2554 (4.0%)	2893 (4.3%)	3560 (5.2%)	3876 (5.4%)	4019 (5.6%)	3822 (5.8%)
nombre de cas avec immobilisations	478 (0.7%)	505 (0.8%)	608 (0.9%)	578 (0.8%)	593 (0.8%)	516 (0.8%)
nombre de cas avec administrations de médicaments de force	1232 (1.9%)	1476 (2.2%)	1800 (2.6%)	1878 (2.6%)	1931 (2.7%)	1884 (2.9%)
nombre de cas avec restrictions de la liberté de mouvement (y compris le maintien ferme)	506 (0.8%)	598 (0.9%)	737 (1.1%)	719 (1.0%)	686 (1.0%)	573 (0.9%)

Source: ANQ – Rapport comparatif national: Mesures nationales en psychiatrie stationnaire pour adultes

© Obsan 2020

Informations complémentaires

ANQ, Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques :

www.anq.ch/fr/domaines/psychiatrie (consulté le 26.08.2020)

Obsan, Indicateurs et publications sur le sujet «Soins stationnaires en santé mentale» : www.obsan.admin.ch/fr/themes-de-sante/soins-stationnaires-en-sante-mentale (consulté le 26.05.2020)

OFSP, Patients présentant une comorbidité psychosomatique:

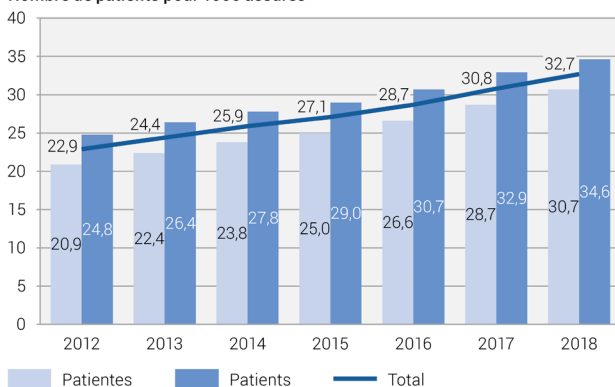
www.bag.admin.ch/bag/fr/home/strategie-und-politik/nationale-gesundheitspolitik/koordinierte-versorgung/patientengruppen-und-schnittstellen-koordinierte-versorgung/menschen-mit-psychisch-somatischer-komorbidaet-kov.html (consulté le 26.08.2020)

Enfants et adolescents: recours aux soins psychiatriques ambulatoires et stationnaires

Le recours aux soins psychiatriques, tant ambulatoires que stationnaires, a augmenté en particulier chez les enfants et les adolescents. Pour la période allant de 2012 à 2018, le taux de patients âgés de 0 à 18 ans pour 1000 assurés traités en cabinets psychiatriques-psychothérapeutiques a progressé de 42,7%. En psychiatrie hospitalière ambulatoire, le taux de consultation a suivi une tendance comparable (+36,7%). Le domaine stationnaire a lui aussi enregistré une hausse marquée (+27,7%) du taux d'hospitalisation (nombre de patients pour 1000 habitants) durant la même période. Ces hausses ont été un peu moins prononcées pour les patients âgés de 19 ans et plus, à l'exception de la psychiatrie hospitalière ambulatoire: +24,8% pour les cabinets psychiatriques, +44,4% pour la psychiatrie hospitalière ambulatoire et +2,4% pour la psychiatrie stationnaire. L'augmentation a été plus forte chez les filles que chez les garçons, tant pour le secteur ambulatoire que pour le secteur stationnaire: +46,6% contre +39,6% pour les cabinets psychiatriques-psychothérapeutiques, +44,6% contre +30,6% pour la psychiatrie hospitalière ambulatoire et +36,0% contre +17,6% pour la psychiatrie stationnaire. En proportion, il y a cependant encore davantage de patients de sexe masculin que de sexe féminin dans les soins ambulatoires (54% contre 46%), tandis que ce rapport s'inverse dans les soins stationnaires (59% de filles contre 41% de garçons). Pour les deux sexes, les épisodes dépressifs (F32) sont le diagnostic le plus fréquent en cas d'hospitalisation, puisqu'ils entraînent 20% de toutes les hospitalisations de patients âgés de 0 à 18 ans, suivis des réactions à un facteur de stress sévère et des troubles de l'adaptation (F43), avec 16% (pour les deux sexes également).

Jeunes patients (jusqu'à 18 ans) traités en cabinets ambulatoires de psychiatrie et de psychothérapie, de 2012 à 2018

Nombre de patients pour 1000 assurés



Note: Taux bruts représentés. La population de référence se rapporte aux 0 à 18 ans.

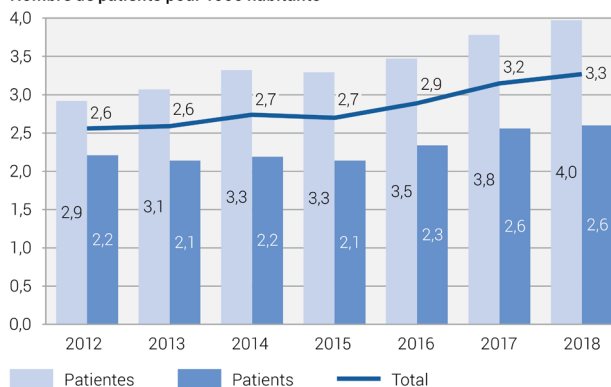
Femmes: n=15'309–23'438, hommes: n=19'129–28'000

Source: SASIS SA – Pool de données/analyse Obsan
État des données: 08.08.2019

© Obsan 2020

Jeunes patients (jusqu'à 18 ans) en traitement stationnaire avec une maladie mentale (traitement stationnaire), de 2012 à 2018

Nombre de patients pour 1000 habitants



Note: Taux bruts représentés. La population de référence se rapporte aux 0 à 18 ans.

Femmes: n=1901–3127, Hommes: n=1376–2167

Source: OFS – Statistique médicale des hôpitaux (MS) et Statistique de la population et des ménages (STATPOP)
© Obsan 2020

Dans ce contexte, le passage de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent à celle de l'adulte représente une difficulté particulière. En effet, le passage à l'âge adulte entraîne un changement de compétence dans le système de soins, qui va souvent de pair avec une discontinuité dans le traitement due par exemple au changement de psychiatre ou d'institution. En Suisse, selon une étude mandatée par l'OFSP, peu d'institutions stationnaires et de cliniques de jour appliquent l'approche de la psychiatrie de transition, qui garantit la continuité de la prise en charge entre l'adolescence et l'âge adulte (von Wyl et al., 2020).

4.4 Consommation de médicaments

Environ 4% des personnes interrogées prennent un somnifère ou un calmant chaque jour et environ 6% un analgésique. La consommation quotidienne de ce type de médicaments est plus répandue chez les femmes que chez les hommes et sa fréquence augmente tant avec l'âge qu'avec la gravité des problèmes psychiques. Une différence entre les sexes apparaît également dans la consommation d'antidépresseurs.

Les médicaments revêtent une grande importance pour la santé de la population. Ils peuvent en effet améliorer de manière décisive la qualité de vie et augmenter l'espérance de vie jusqu'à un âge avancé. S'ils s'avèrent ainsi très utiles, ils peuvent également engendrer des effets indésirables et receler un risque d'abus. Il y a abus de médicaments lorsqu'un individu prend une médication en quantités inutiles ou sans indication médicale claire. Par ailleurs, la prise régulière et prolongée de certains somnifères et calmants (benzodiazépines) ainsi que d'analgésiques opiacés peut engendrer une dépendance. Les données de l'ESS que nous analysons ici ne permettent cependant pas de distinguer entre consommation appropriée et inappropriée de médicaments.

Dans les sept jours précédant l'enquête de 2017, 50,3% des personnes interrogées avaient pris un médicament, le pourcentage étant respectivement de 55,0% et de 45,5% pour les femmes

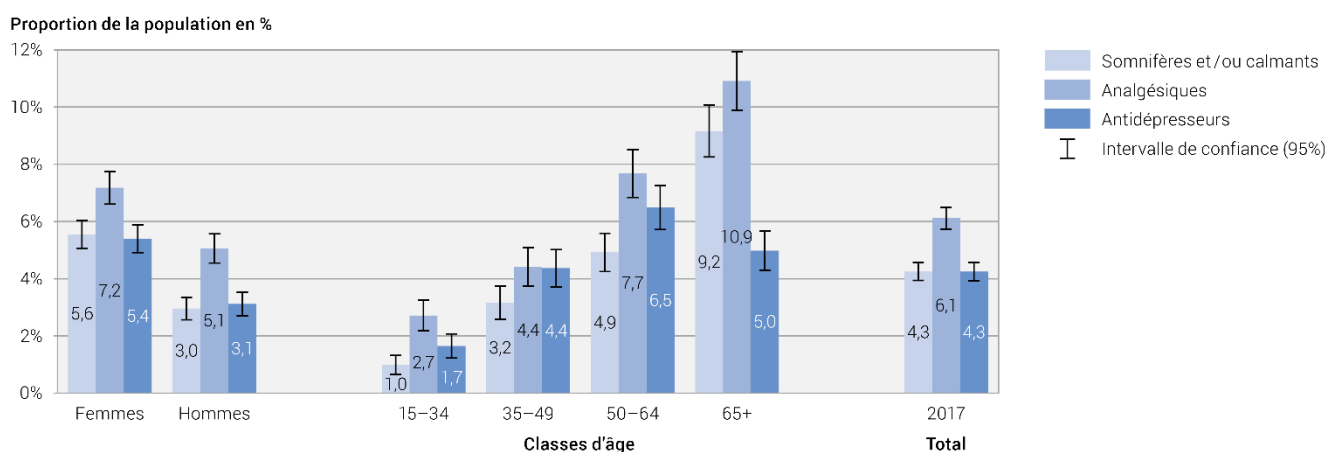
et pour les hommes. Vingt-cinq ans auparavant (en 1992), cette proportion se situait encore à 38,3%. L'ESS contient non seulement des questions sur la consommation de médicaments en général, mais aussi sur celle de médicaments appartenant à des groupes spécifiques. Nous nous penchons ci-après plus en détail sur le recours aux somnifères, aux calmants, aux analgésiques et aux antidépresseurs.

4.4.1 Somnifères et calmants

Durant la semaine précédant l'enquête 2017, 4,3% des personnes interrogées avaient pris chaque jour un somnifère, un calmant ou les deux (G 4.15), les femmes (5,6%) près de deux fois plus souvent que les hommes (3,0%). Avec l'âge, la consommation de somnifères et de calmants devient plus fréquente: si 1,0% des personnes de 15 à 34 ans en prennent chaque jour, la proportion atteint 9,2% dans le groupe d'âge des 65 ans et plus. Sur la durée, la consommation quotidienne de somnifères et de calmants reste relativement stable et oscille entre 4,2% et 4,8% (G 4.16).

Le recours aux somnifères et aux calmants augmente avec la gravité de la détresse psychologique: 2,2% des personnes ne présentant pas ou peu de détresse psychologique prenaient quotidiennement des somnifères ou des calmants en 2017, contre 27,8% de celles souffrant d'une détresse psychologique sévère.

G 4.15 Consommation quotidienne de médicaments (durant les 7 derniers jours), selon le sexe, l'âge et le type de médicament, 2017



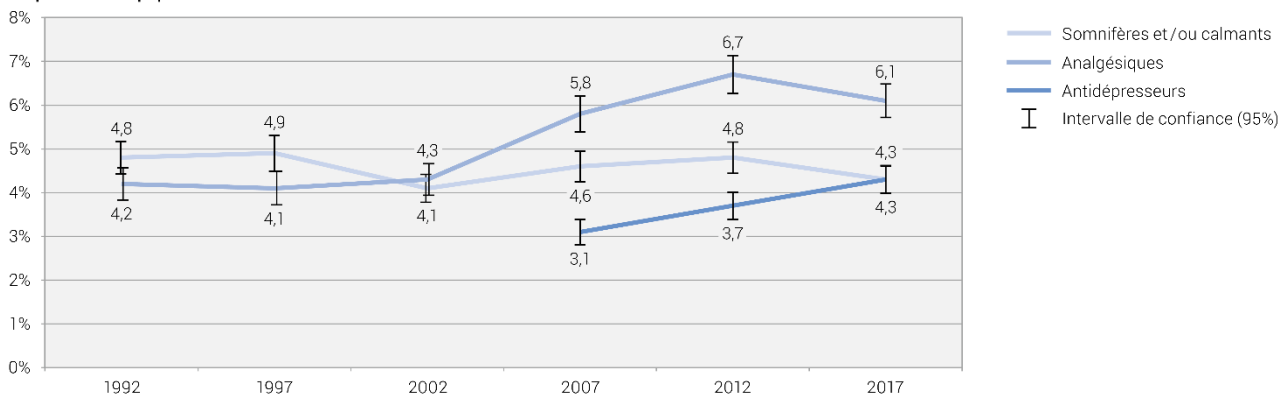
n=21'813 – 21'814

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

© Obsan 2020

G 4.16 Consommation quotidienne de médicaments (durant les 7 derniers jours), selon le type de médicament, de 1992 à 2017

Proportion de la population en %



n= 21 357

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

© Obsan 2020

4.4.2 Analgésiques

Durant la semaine précédant l'enquête, 24,1% des personnes interrogées ont pris au moins une fois un analgésique, une proportion qui a pratiquement doublé au cours des 25 dernières années (12,4% en 1992). La consommation quotidienne d'analgésiques a elle aussi augmenté: de 1992 à 2002, 4,1% à 4,3% des personnes interrogées indiquaient en consommer chaque jour, alors que ce pourcentage se situait à 6,4% en 2017 (en légère baisse par rapport à 2012) (G 4.16). Comme pour les calmants et les somnifères, les femmes consomment davantage d'analgésiques que les hommes (7,2% contre 5,1%) et la consommation quotidienne augmente avec l'âge, passant de 2,7% chez les 15 à 34 ans à 10,9% chez les 65 ans et plus (G 4.15).

Les personnes en détresse psychologique ont plus souvent recours que les autres à des analgésiques: dans l'ESS 2017, 21,2% des personnes souffrant de grave détresse psychologique indiquaient en consommer chaque jour, contre seulement 4,3% en cas de détresse psychologique légère ou inexistante.

4.4.3 Antidépresseurs

En 2017, 4,3% des personnes interrogées ont pris un antidépresseur par jour durant la semaine précédant l'enquête. Ce pourcentage, qui n'a cessé d'augmenter au fil des ans, se situe en 2017 à un niveau supérieur à celui de 2007 (G 4.16). Il importe de tenir compte du fait que la consommation quotidienne d'antidépresseurs est la règle lors du traitement d'une dépression. Les femmes (5,4%) y ont davantage recours que les hommes (3,1%) (G 4.15). Par catégorie d'âge, ce sont les personnes âgées de 50 à 64 ans qui prennent le plus souvent des antidépresseurs (6,5%), suivies des 65 ans et plus (5,0%) et des 35 à 49 ans (4,4%). Comme pour les autres médicaments, c'est la catégorie des 15 à 34 ans qui y a le moins recours (1,7%).

Parmi les personnes souffrant de détresse psychologique sévère, 34,5% prennent des antidépresseurs chaque jour (G 4.15). Lorsque cette détresse est faible ou inexistante, la consommation quotidienne est en toute logique moins fréquente (1,9%). De plus, 45,9% des personnes ayant suivi un traitement pour des problèmes psychiques durant l'année qui a précédé l'enquête ont pris quotidiennement des antidépresseurs au cours de la semaine antérieure à l'enquête.

Une étude de l'Université de Zurich (Haller et al. 2019) effectuée sur la base des comptes des caisses-maladie a montré que les antidépresseurs sont généralement prescrits par les médecins de famille; ce sont en effet eux qui ont établi plus de la moitié des ordonnances en 2016. Les directives de l'APA (l'association psychiatrique américaine) recommandent toutefois de traiter les dépressions par la psychothérapie avant tout, et de ne recourir à la pharmacopée psychiatrique qu'à titre complémentaire, en cas de dépression sévère (APA, 2010).

Informations complémentaires

Monitoring suisse des addictions, Somnifères et tranquillisants: www.suchtmonitoring.ch/fr/6.html?schlaf-und-beruhigungsmittel (consulté le 26.05.2020)

OFSP – Monitoring des addictions, Médicaments psychoactifs: www.bag.admin.ch/bag/fr/home/gesund-leben/sucht-und-gesundheit/medikamentenmissbrauch.html (consulté le 26.05.2020)

Système de monitoring suisse des Addictions et des Maladies non transmissibles (MonAM), Médicaments: www.obsan.admin.ch/fr/substanzen-verhalten-und-krankheiten/medikamente (consulté le 26.05.2020)

5 Thèmes particuliers

Le présent chapitre approfondit trois thèmes relatifs à la santé psychique particulièrement importants. Le premier sous-chapitre (5.1) est consacré aux personnes touchant une rente AI en raison de troubles psychiques. Le sous-chapitre 5.2 aborde la thématique du suicide, des tentatives de suicide et des idées suicidaires qui peuvent résulter d'une maladie psychique. Enfin, le sous-chapitre 5.3 se penche sur les conséquences financières des maladies psychiques en Suisse, en se concentrant sur les coûts couverts par l'assurance obligatoire des soins (AOS).

5.1 Rentes AI pour troubles psychiques

Depuis plusieurs années, les maladies psychiques constituent la cause d'invalidité la plus fréquente. En 2019, près de la moitié des quelque 218'000 bénéficiaires de rentes AI touchaient une rente pour cause de maladie psychique. Si le nombre des bénéficiaires de rentes AI diminue depuis des années, la part des rentes AI allouées pour cause de maladie psychique reste stable. Depuis 2003, la tendance est à la baisse pour l'ensemble des nouvelles rentes, mais à la hausse pour celles versées à des personnes de 18 à 24 ans pour cause de maladie psychique.

On entend par invalidité «l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée»¹⁷ et qui résulte d'une atteinte à la santé. Selon le droit des assurances sociales, l'«incapacité de gain» couvre non seulement l'activité professionnelle, mais aussi le domaine des tâches assurées jusque-là par une personne (p.ex. tâches ménagères, garde des enfants, formation). À chacune de ses révisions, l'assurance-invalidité vise toujours plus la réinsertion. En effet, «la réadaptation prime la rente» et une rente n'est versée que lorsqu'une réinsertion dans la vie active n'est plus possible.

En Suisse, ont droit à une rente AI les personnes âgées de 18 à 64/65 ans qui ont été dans l'incapacité de travailler en moyenne

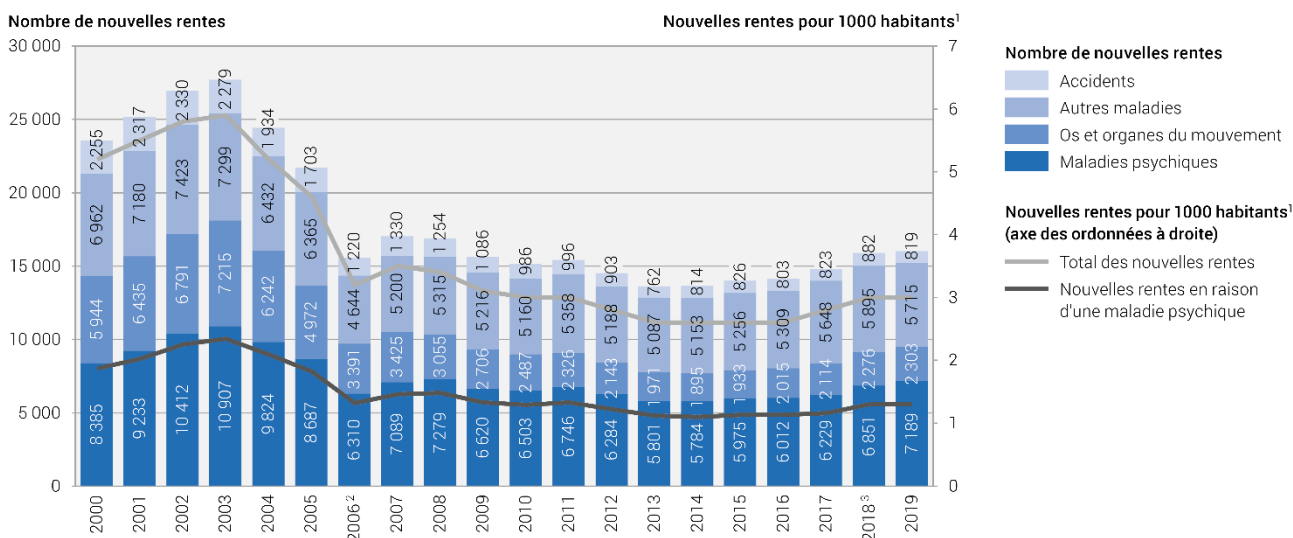
pendant 40% du temps au moins et sans interruption importante durant une année. Un degré d'invalidité inférieur à 40% ne donne actuellement pas droit à une rente AI. Le droit à la rente AI s'éteint lorsque les conditions ne sont plus remplies ou que la personne atteint l'âge de la retraite et perçoit alors une rente AVS. Outre les rentes, les prestations de l'AI couvrent des mesures d'intervention précoces (prévention des problèmes de santé sur le lieu de travail comprenant l'adaptation du poste de travail, des cours de formation et une orientation professionnelle), des mesures de réinsertion (mesures visant à maintenir ou à améliorer l'employabilité telles que mesures d'ordre médical ou professionnel, mesures d'intégration, moyens auxiliaires) et l'allocation pour impotent (soutien financier pour les assurés dépendant de l'aide d'autrui). Ces prestations ne sont cependant pas examinées dans ce chapitre.

Deux variables sont utilisées pour les rentes AI: la première est l'*effectif des rentes*, c'est-à-dire le nombre total de bénéficiaires de l'AI. La deuxième se rapporte au nombre annuel de *nouvelles rentes*, c'est-à-dire les rentes AI nouvellement attribuées au cours d'une année donnée. Ces deux variables sont analysées ici de manière absolue, mais aussi en fonction de la population, en tant que taux. L'effectif des rentes est rapidement abordé ci-dessous, mais le chapitre se concentre ensuite sur les nouvelles rentes et sur leur évolution qui laisse transparaître, notamment, les effets des révisions de l'AI.

D'après les données de la statistique de l'AI de l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS ; cf. 1.5.5), 217'687 personnes ont touché une rente AI en Suisse en 2019; il s'agit de 53,1% d'hommes et de 46,9% de femmes. Dans presque la moitié des cas (48,0%), la rente était due à une maladie psychique. Depuis 2006, l'effectif total des bénéficiaires de l'AI baisse continuellement, que l'on observe les chiffres de manière absolue ou par rapport à la population. Cela n'est en revanche pas le cas des rentes octroyées en raison d'une maladie psychique: l'effectif, en nombres absolus, a légèrement augmenté et le taux de rentes AI pour cause de maladie psychique est resté constant depuis 2005, avec environ 20 cas pour 1000 habitants d'âge adulte (de 18 ans à l'âge de la retraite; non représenté).

¹⁷ www.bsv.admin.ch/bsv/fr/home/assurances-sociales/iv/grundlagen-gesetze/les-prestations-de-lassurance-invalidite.html (consulté le 13.2.2020)

G 5.1 Nombre de nouvelles rentes AI, selon la cause d'invalidité et taux de nouvelles rentes (pour 1000 habitants¹), 2000–2019



¹ Habitants en âge de travailler, c'est-à-dire de 18 ans à l'âge de la retraite

² Le fort recul en 2006 est dû à un changement de procédure.

³ Ajustement de l'évaluation du degré d'invalidité pour les personnes partiellement employées.

Source: OFAS – Statistique de l'AI

© Obsan 2020

Le recul de l'effectif total des rentes découle principalement de la baisse des nouvelles rentes. Après 2003 (4^e révision de l'AI, voir ci-dessous), leur nombre a clairement reculé et s'est ensuite stabilisé à un niveau nettement plus bas qu'au début des années 2000 (G 5.1). La forte chute passagère de 2006 est à mettre en lien avec les retards dus à la réintroduction de la procédure de préavis dans l'AI (OFAS, 2013). Les années 2013 et 2014 compaient le moins de nouveaux bénéficiaires de rente, mais les chiffres sont quelque peu remontés depuis.

Au cours des deux dernières années étudiées, on observe également une légère hausse du taux de nouvelles rentes pour 1000 habitants en âge de travailler, celui-ci passant de 2,6 (2016) à 3,0 (2019) (G 5.1, axe des ordonnées à droite). L'augmentation des nouvelles rentes à partir de 2018 découle principalement de l'adaptation, au 1^{er} janvier 2018, des méthodes d'évaluation du taux d'invalidité des personnes travaillant à temps partiel (Leuenberger et Mauro, 2018). Cette adaptation prend en considération de manière conséquente l'interaction entre l'activité professionnelle et les tâches ménagères en vue d'une meilleure conciliation entre vie de famille et travail. Ce nouveau calcul du taux d'invalidité peut renforcer le droit à une rente des personnes travaillant à temps partiel.

Le taux de nouvelles rentes pour cause de maladie psychique montre une évolution similaire à celui du taux global, mais avec une baisse moins marquée. Il est resté stable depuis 2013, autour des 1,1 pour 1000 habitants en âge de travailler (G 5.1). En 2018 et 2019, il se situait à 1,3.

Le graphique G 5.2 illustre l'évolution des nouvelles rentes pour cause de maladie psychique par groupe d'âge. Chez les 25 à

64 ans, on observe la même évolution que dans le graphique G 5.1: un net recul après 2003, une stabilisation entre 2013 et 2016 et une légère hausse les trois dernières années. L'évolution est toute autre chez les 18 à 24 ans: le taux de nouvelles rentes n'a pas baissé après 2003, mais est resté relativement stable, à environ 1,5 pour 1000 habitants de l'âge concerné, et oscillait entre 1,6 et 1,7 après 2010. En 2018, on relevait un taux plus élevé de 1,9, en 2019 le taux est de 2,0. Dans ce groupe d'âge, les nouvelles rentes pour cause de maladie psychique n'ont jamais véritablement connu de recul: elles ont plutôt augmenté au fil des ans.

Le graphique G 5.3 indique clairement que les maladies psychiques étaient la cause la plus fréquente d'invalidité en 2019, tout comme ces presque 20 dernières années. Depuis 2008, la part de nouveaux bénéficiaires de rente pour cause de maladie psychique s'est stabilisée à 43% environ. Elle était un peu moins élevée les années précédentes. En 2019, la part de nouveaux bénéficiaires de rente pour cause de maladie psychique était de 44,9% au total, 48,5% chez les femmes et 41,8% chez les hommes. En comparaison avec les femmes, les hommes sont plus souvent touchés par les accidents et les autres maladies.

Plus de 60% des nouvelles rentes pour troubles psychiques sont liées aux «troubles psychogènes et psychopathies» en 2019 (G 5.3, diagramme circulaire). On trouve principalement dans cette catégorie les troubles de la personnalité, les maladies dépressives récurrentes et les douleurs somatoformes (Baer et Cahn, 2009). Les schizophrénies représentaient 9,4% des nouvelles rentes pour troubles psychiques et les «autres psychoses», 14,4%. Chez les femmes, les nouvelles rentes sont proportionnel-

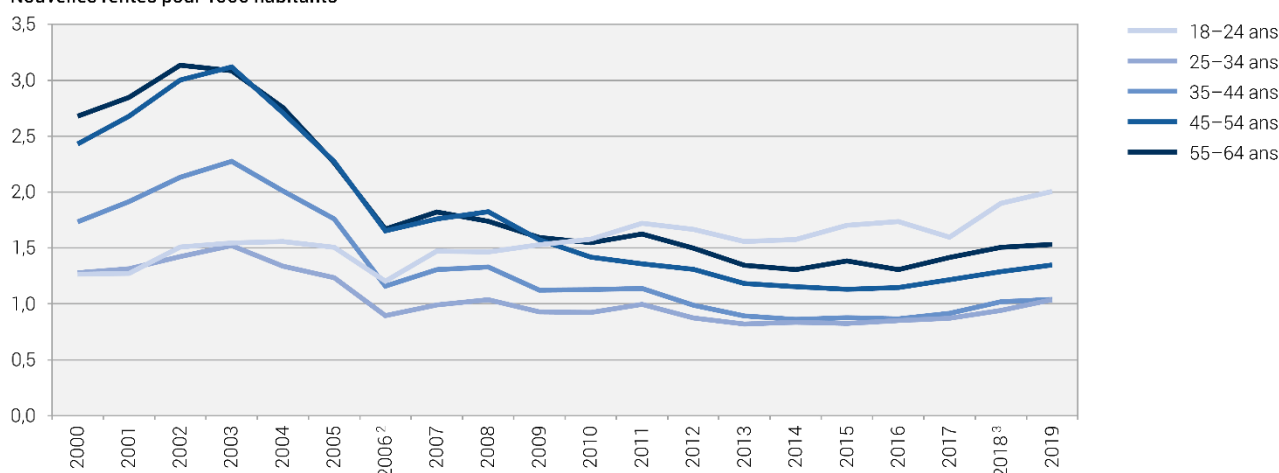
lement plus souvent attribuées pour cause de troubles psychogènes et de psychopathies (femmes: 67,2% vs hommes: 54,3%), alors que chez les hommes, ce sont les cas de schizophrénies qui sont plus fréquents (hommes: 12,5% vs femmes: 6,2% ; non présenté).

Le graphique G 5.4 représente la part de nouveaux bénéficiaires de rente en 2019, en Suisse, selon l'âge et la cause d'invalidité. Déjà chez les plus jeunes (18 et 19 ans), les maladies psychiques sont les causes les plus fréquentes d'octroi d'une rente

AI (50,9%), suivies par les infirmités congénitales (40,4%). Avec l'âge, la part de nouvelles rentes pour cause d'infirmité congénitale diminue déjà fortement à un jeune âge, alors que celle pour troubles psychiques augmente. Jusqu'au groupe d'âge des 45 à 49 ans, les troubles psychiques restent la cause la plus fréquente d'octroi de rentes AI. Le taux de nouvelles rentes pour troubles psychiques atteint son maximum (77,7%) dans le groupe des 25 à 29 ans.

G 5.2 Taux de nouvelles rentes AI pour maladies psychiques (pour 1000 habitants¹), selon l'âge, 2000 à 2019

Nouvelles rentes pour 1000 habitants¹



¹ Habitants en âge de travailler, c'est-à-dire de 18 ans à l'âge de la retraite

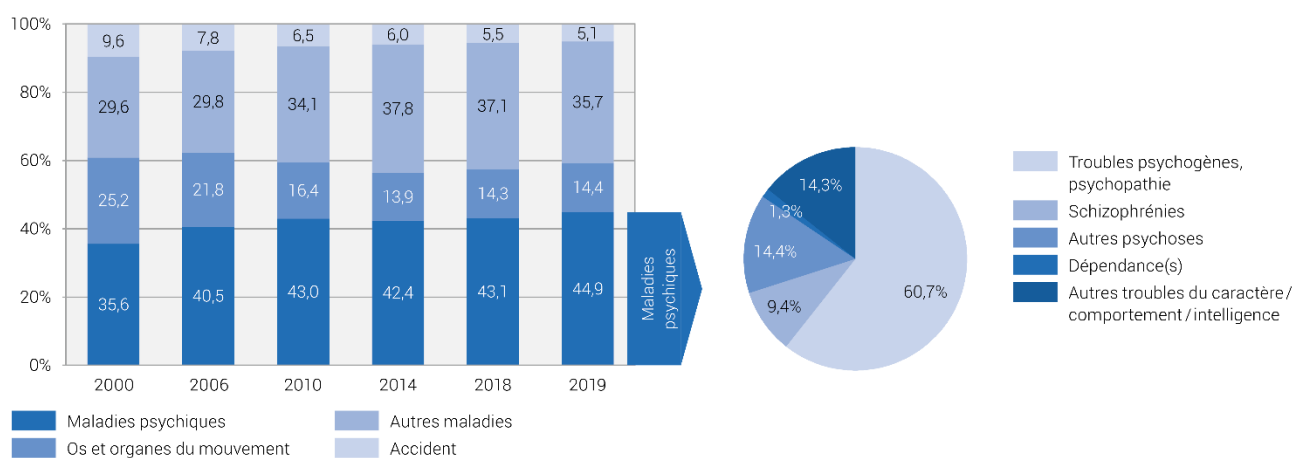
² Le fort recul en 2006 est dû à un changement de procédure.

³ Ajustement de l'évaluation du degré d'invalidité pour les personnes partiellement employées.

Source: OFAS – Statistique de l'AI

© Obsan 2020

G 5.3 Part des nouveaux bénéficiaires de rente, selon la cause d'invalidité, 2002 à 2019



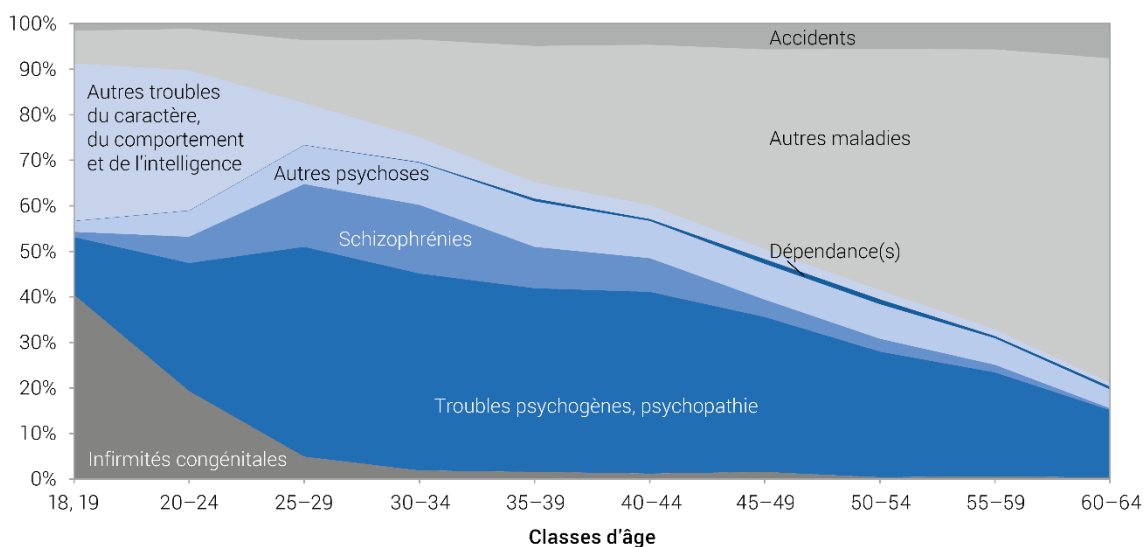
Note : les infirmités congénitales sont incluses dans la catégorie «Autres maladies».

2000: n=23'546, 2006: n=15'565, 2010: n=15'136, 2014: n=13'646, 2018: n=15'904, 2019: n=16'026

Source: OFAS – Statistique de l'AI

© Obsan 2020

G 5.4 Part des nouveaux bénéficiaires de rente, selon l'âge et la cause d'invalidité, 2019



n= 15'904

Source: OFAS – Statistique de l'AI

© Obsan 2020

Révisions de l'AI

Le recul du nombre de nouvelles rentes observé depuis plusieurs années (G 5.1) ainsi que celui de l'effectif des rentes est probablement dû, en grande partie, aux 4^e et 5^e révisions de la loi sur l'assurance-invalidité (LAI), entrées en vigueur en 2004 et 2008 (Modetta, 2009; OFAS, 2010, 2011). La 4^e révision a notamment créé les «services médicaux régionaux» (SMR), qui ont pour tâche d'évaluer le droit à une rente AI sur la base de critères nationaux uniformisés et d'assurer la coordination. La 5^e révision de la LAI, fondée sur le principe selon lequel «la réadaptation prime la rente», s'est concentrée sur les mesures de réinsertion telles que la détection précoce et sur l'intervention précoce. La révision 6a de la LAI (en vigueur depuis 2012) a introduit de nouvelles mesures pour encourager la réinsertion ainsi que des incitations à l'emploi plus nombreuses pour les bénéficiaires de rentes AI comme pour les employeurs. Un autre projet de réforme, le «Développement continu de l'AI», a été approuvé par le Parlement en juin 2020. La mise en œuvre de la révision de la loi est prévue pour le mois de janvier 2022. Elle se concentre sur les enfants et les jeunes ainsi que sur les personnes atteintes dans leur santé psychique, deux groupes de population pour qui le succès escompté avec les précédentes révisions de la LAI n'a pas été obtenu. L'objectif, qui est de prévenir l'invalidité et de renforcer la réadaptation, devrait être atteint surtout en assurant un suivi plus intensif des personnes concernées. En outre, le projet remplace le modèle de rente actuel, par échelons, par un système linéaire¹⁸.

Un changement important a par ailleurs été apporté à la jurisprudence, à la mi-juillet 2019, concernant la reconnaissance de la dépendance en tant que maladie comme cause d'invalidité (OFAS, 2019). Jusqu'ici, les personnes souffrant d'une dépendance pouvaient uniquement toucher des prestations de l'AI si leur dépendance était provoquée par une maladie ou un accident, ou si elle entraînait une maladie ou un accident. Depuis la mi-juillet 2019, la dépendance est considérée comme une maladie et la situation de la personne concernée est examinée individuellement et sur la base de critères objectifs, comme dans le cas des autres maladies psychiques. L'obligation de réduire le dommage s'applique ici, c'est-à-dire que l'on peut exiger de la personne concernée qu'elle participe activement à un traitement médical adéquat, sans quoi la rente sera réduite voire supprimée (voir p.ex. Bolliger et al., 2020).

Programmes de recherches, OFAS

Depuis 2006, l'assurance-invalidité gère des programmes pluriannuels de recherche et d'évaluation sur l'invalidité et le handicap et sur la mise en œuvre de la loi sur l'assurance-invalidité. Le troisième programme de recherche (PR-AI 3), de 2016 à 2020, fait suite au PR-AI (2006–2009) et au PR-AI 2 (2010–2015)¹⁹. Les rapports de synthèse des deux premiers programmes de recherche résument les résultats principaux des 20 projets de chaque programme (OFAS, 2010, 2015). Le dernier rapport de

¹⁸ www.bsv.admin.ch/bsv/fr/home/assurances-sociales/iv/reformen-revisionen/weiterentwicklung-iv.html (consulté le 18.2.2020)

¹⁹ www.bsv.admin.ch/bsv/fr/home/publications-et-services/forschung/forschungsbereiche/programmes-de-recherche-sur-lassurance-invalidite-pr-ai.html (consulté le 18.2.2020)

monitorage abordait brièvement les projets qui concernaient directement les bénéficiaires de l'AI pour cause de troubles psychiques (Schuler et Burla, 2012; Schuler et al., 2016).

«L'objectif du troisième programme (PR-AI 3; OFAS, 2015) consiste à fournir les connaissances scientifiques nécessaires sur l'assurance-invalidité en tenant compte des derniers développements politiques (tels que l'entrée en vigueur le 1.1.2012 de la révision 6a, la stratégie concernant le développement continu de l'AI).» Ci-après sont abordés quelques projets dont les résultats peuvent être pertinents pour la thématique des bénéficiaires de l'AI pour *cause de troubles psychiques*.

Dans le troisième programme de recherche, il y a, par exemple, l'étude sur la limitation de l'accès des jeunes adultes aux rentes AI, dans laquelle les réformes et les expériences sont comparées avec celles d'autres pays (Prins, 2017). Cette étude a montré que limiter l'accès des jeunes adultes aux rentes AI avait un effet considérable sur d'autres services publics, vu qu'il fallait garantir à ces jeunes atteints dans leur santé la possibilité de gagner leur vie. La coopération exigée entre les nombreux acteurs impliqués, tels que les assurances sociales, les services sociaux ainsi que les systèmes de formation et de santé, est donc très élevée. Les premiers résultats de ce changement de paradigme forment une image en demi-teinte: certaines mesures semblent déployer rapidement leurs effets alors que d'autres entraînent des problèmes.

Comme un recul global des rentes AI chez les jeunes adultes n'a pas encore pu être observé, la réinsertion professionnelle des jeunes est une thématique centrale du Développement continu de l'AI. Un projet (Schmidlin et al., 2017) s'est concentré sur les offres pour les jeunes atteints dans leur santé lors du passage entre les niveaux secondaires I et II. Une offre lacunaire pour les jeunes souffrant de troubles psychiques qui auraient besoin d'une structure de jour avec un suivi étroit a notamment été relevée.

Toujours dans le cadre du PR-AI 3, une étude a été menée, pour la première fois, auprès de personnes qui ont bénéficié de mesures de réinsertion sur la procédure de réinsertion et sur l'effet des mesures prises (Baer et al., 2018). Les personnes interrogées ont témoigné qu'un rapport personnel et continu avec un conseiller AI et une procédure participative jouaient un rôle important. Une bonne et étroite collaboration avec le personnel traitant et l'employeur s'est également révélée essentielle. Par ailleurs, l'étude a montré que les chances d'une intégration professionnelle réussie en cas de maladie psychique étaient moindres que celles consécutives à une maladie physique (musculosquelettique). Parmi les personnes interrogées, cela est particulièrement vrai pour celles souffrant de troubles psychotiques. En outre, l'enquête a clairement montré à quel point les douleurs psychiques et somatiques étaient interdépendantes: 80% des personnes interrogées atteintes de troubles psychiques souffrent de douleurs physiques et 60% de celles atteintes de maladies musculosquelettiques sont psychiquement touchées.

Un rapport, qui ne fait certes pas partie du programme de recherche sur l'AI, mais qui a été cofinancé par l'OFAS en raison de sa pertinence, décrit de manière détaillée le lien entre les patients psychiatriques, le personnel traitant et les employeurs (Baer et al.,

2017). Il montre que, par rapport au nombre de patients rencontrant des problèmes au travail, la fréquence des contacts entre le personnel traitant et les employeurs, les gestionnaires de cas des assurances privées et les conseillers des offices de l'AI est faible. Cette observation correspond aux résultats d'un rapport antérieur (Bolliger et Féraud, 2015). Des contacts lacunaires pendant une incapacité de travail prolongée ou en cas de conflits peuvent entraîner un licenciement. Pour la majorité des patients, des atteintes fonctionnelles et des problèmes liés au travail ou à la formation sont apparus précocement. Il est nécessaire de tendre vers une détection rapide et une coordination améliorées entre les différents acteurs tels que pédopsychiatres, services de psychologie scolaires, conseillers pour les jeunes dans les communes, travailleurs sociaux en milieu scolaire, AI, etc. Le rapport montre également un écart net entre les recommandations des psychiatres interrogés et la pratique en ce qui concerne l'évaluation de la capacité de travail. Par exemple, les patients qui se plaignent beaucoup sont en incapacité de travail plus longtemps que les autres, même si les plaintes ne constituent pas un critère pertinent pour une incapacité de travail du point de vue des psychiatres. Le développement de directives fondées pour évaluer l'incapacité de travail pourrait offrir une solution dans ce cas, d'après les recommandations du rapport.

Une autre étude du PR-AI 3 analyse l'obligation de réduire les risques (Bolliger et al., 2020). En vertu du droit suisse sur les assurances sociales, «l'assuré doit entreprendre tout ce qui peut être raisonnablement exigé de lui pour réduire la durée et l'étendue de l'incapacité de travail et pour empêcher la survenance d'une invalidité» (Bolliger et al., 2020, p. 1). L'office AI peut exiger cette réduction des risques en formulant une obligation (p.ex. un traitement médical) à l'endroit de la personne assurée. Si cette dernière ne respecte pas cette condition, l'office AI peut raccourcir ou adapter les prestations AI en guise de sanction. Il ressort de cette étude que de telles obligations sont rares et que les chiffres par canton varient fortement. En 2016, elles concernaient environ 2% des bénéficiaires de rentes ou de mesures de réinsertion. Les groupes cibles les plus touchés par ces obligations sont les personnes souffrant de maladies psychiques: 77% des bénéficiaires de rente soumis à une telle obligation sont atteints dans leur santé psychique. Ils sont donc surreprésentés: en 2016, 46,3% de l'ensemble des bénéficiaires touchaient une rente en raison de troubles psychiques.

Informations complémentaires

OFAS, Assurance-invalidité AI: www.bsv.admin.ch/bsv/fr/home/assurances-sociales/iv.html (consulté le 20.02.2020)

OFAS, Programmes pluriannuels de recherche sur l'invalidité et le handicap et sur la mise en œuvre de la loi sur l'assurance-invalidité (PR-AI, PR-AI 2, PR-AI 3): www.bsv.admin.ch/bsv/fr/home/publications-et-services/forschung/forschungsbereiche/programmes-de-recherche-sur-lassurance-invalidite-pr-ai.html (consulté le 20.2.2020)

OFS, Assurance-invalidité AI:

www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/securite-sociale/assurances-sociales/ai.html (consulté le 20.02.2020)

Système de monitoring suisse des Addictions et des Maladies non transmissibles (MonAM), Nouvelles rentes AI pour cause de maladie : www.obsan.admin.ch/fr/indicateurs/nouvelles-rentes-ai-pour-cause-de-maladie-age-18-age-de-la-retraite (consulté le 13.5.2020)

5.2 Suicides, tentatives de suicide et pensées suicidaires

En 2017, 1043 personnes se sont suicidées en Suisse (sans compter l'assistance au suicide). Les hommes ont trois fois plus de risque que les femmes de se donner la mort. Le taux de suicide a fortement diminué ces 20 dernières années. Ce recul s'explique surtout par la baisse des suicides par armes à feu. Toutefois, le suicide reste la première cause de mortalité chez les 19–34 ans. En Suisse, 4% des femmes et 3% des hommes ont tenté de mettre fin à leurs jours au cours de leur vie. Environ 8% de la population suisse ont indiqué avoir eu des pensées suicidaires durant les deux semaines qui ont précédé l'enquête.

La prévention du suicide est un défi planétaire. Au niveau mondial, environ 800'000 personnes se suicident chaque année (OMS, 2019). En Suisse, deux à trois personnes se donnent la mort tous les jours (sans prendre en compte les suicides assistés). En outre, chaque jour, 20 à 30 personnes sont prises en charge par les services médicaux suite à une tentative de suicide (Muheim et al., 2013; OFSP et al., 2016; Ostertag et al., 2019; Steffen et al., 2011). Cependant, une part importante du phénomène reste cachée vu que de nombreuses tentatives de suicide ne sont pas annoncées ou pas identifiées, et qu'elles ne sont donc pas traitées (cf. 5.2.2). Aussi les chiffres du suicide ne représentent-ils que la pointe de l'iceberg, car les personnes qui ont fait une tentative de suicide ou qui ont des pensées suicidaires sont bien plus nombreuses (OMS, 2019; WHO, 2014b).

Selon la définition de l'OMS, le suicide est l'acte qui consiste à se donner délibérément la mort. Les spécialistes remettent désormais en cause le fait de considérer le suicide comme un acte délibéré. En effet, une personne qui tente de se suicider se trouve souvent dans un état psychique inhabituel et sa capacité de discernement est altérée (Gysin-Maillart et Michel, 2013; OFSP et al., 2016). Cet acte lui semble être le seul moyen de s'extraire d'une situation qu'elle juge insupportable. Dans ce cas, le suicide n'est pas l'expression de la liberté individuelle, mais d'un sentiment de désespoir (Michel, 2012). Les personnes qui ont survécu à une tentative de suicide évoquent d'ailleurs un état de transe ou indiquent s'être senties dans le vague (Calati et al., 2017). La majorité des personnes ayant fait une tentative de suicide sont ensuite contentes d'avoir survécu (OFSP et al., 2016).

Les suicides et les tentatives de suicide sont la plupart du temps le résultat d'une conjonction complexe de différents facteurs comme une maladie psychique – p.ex. dépression, troubles de la personnalité, addiction –, la solitude, des problèmes d'argent, une crise existentielle, des douleurs chroniques, etc. (Beautrais, 2000; Groupe Romand Prévention Suicide, 2019; OFSP, 2016b). Avoir fait une tentative de suicide est le plus grand facteur de risque de suicide connu: cela augmente en effet considérablement le risque de suicide pendant plusieurs décennies (Bostwick et al., 2016). Une étude sur les comportements suicidaires dans l'agglomération bernoise a mis en évidence que, dans 44% des

tentatives de suicide répertoriées, la personne avait déjà tenté de se suicider au moins une fois auparavant (Steffen et al., 2011). De ce fait, offrir sur le long terme un traitement adéquat aux personnes qui ont tenté de se suicider joue un rôle significatif dans la prévention du suicide (OFSP et al., 2016; Peter et Tuch, 2019; Steffen et al., 2011).

Par ailleurs, les suicides ont des conséquences indirectes considérables: en moyenne, ils touchent 4 à 6 parents ou proches (OFSP et al., 2016). Ces personnes présentent un risque accru de se suicider (Aguirre et Slater, 2010). Lorsqu'il se produit dans l'espace public, p.ex. en cas de chute d'un bâtiment ou devant un train, un suicide peut aussi traumatiser des tiers.

Assistance au suicide

Les directives médico-éthiques de l'Académie suisse des sciences médicales (ASSM) proposent la définition suivante: «font partie de l'assistance au suicide les actes accomplis dans l'intention de permettre à une personne capable de discernement de mettre fin à ses jours, notamment la prescription ou la délivrance de médicaments à des fins de suicide» (ASSM, 2018, p. 25). Les suicides assistés sont principalement motivés par des maladies physiques chroniques, comme le cancer ou les maladies neurodégénératives, et interviennent en cas de pronostic sans espoir et de douleurs insupportables (OFS, 2012, 2016a). Pour avoir recours à l'assistance au suicide, une personne doit, lorsqu'elle est en capacité de discernement, avoir exprimé son désir de mourir de manière persistante (Tag, 2016). À l'inverse, de nombreux suicides non assistés sont la conséquence de maladies psychiques ou de graves crises psychosociales. Dans ce cas, le désir de mourir est souvent passager et la capacité de discernement est limitée au moment du passage à l'acte (Gysin-Maillart & Michel, 2013; OFSP et al., 2016).

5.2.1 Suicides

Les résultats présentés ici se fondent sur la statistique des causes de décès de l'OFS (cf. 1.5.6). Le texte traite surtout des cas de suicides sans assistance. Le terme «suicide» se réfère ainsi uniquement aux cas de suicides non assistés. Les chiffres des suicides assistés, qui sont principalement dus à des maladies physiques (cf. encadré «Assistance au suicide») sont aussi présentés, mais ne sont que ponctuellement commentés.

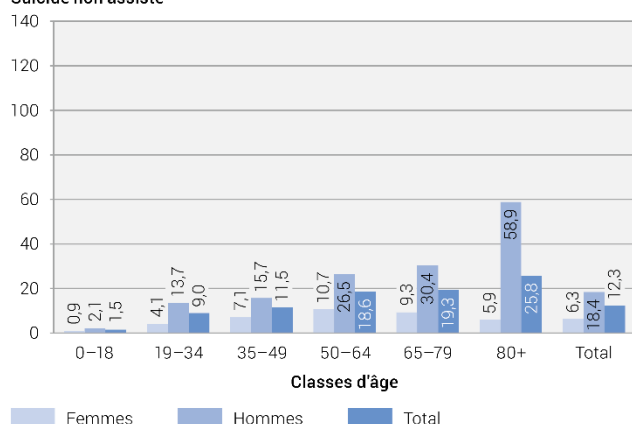
En 2017, 1043 personnes – 270 femmes et 773 hommes – sont décédées par suicide non assisté en Suisse, soit une moyenne de près de trois suicides par jour. Les suicides sont plus de quatre fois plus nombreux que les décès causés par les accidents de la route. En outre, les statistiques sous-estiment très certainement le nombre de suicides réel étant donné qu'il est impossible de tous les identifier. C'est par exemple le cas lorsqu'un suicide est déguisé en accident de la circulation et interprété comme tel.

En Suisse, les hommes sont nettement plus nombreux que les femmes à décéder de suicide: en 2017, le taux de suicide était trois fois plus élevé chez les hommes (18,9 suicides pour 100'000) que chez les femmes (6,2 pour 100'000). Le graphique G 5.5 présente les taux de suicide en Suisse en 2017 selon le sexe et l'âge. On constate que la différence entre les sexes existe pour toutes les catégories d'âge. De plus, le taux de suicide chez les hommes de 80 ans et plus, qui s'établit à 58,9 pour 100'000, est extrêmement élevé par rapport tant aux taux des autres classes d'âge qu'à celui des femmes du même âge.

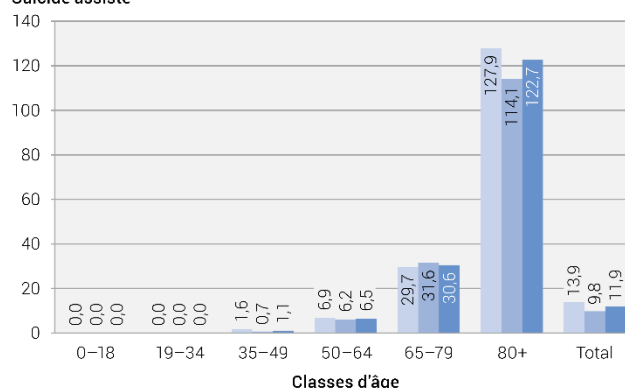
G 5.5 Taux de suicide, selon le sexe et l'âge, 2017

Cas pour 100 000 habitants

Suicide non assisté



Suicide assisté



Suicide non assisté: cas femmes: n=270, cas hommes: n=773

Suicide assisté: cas femmes: n=596, cas hommes: n=413

Note: il s'agit de taux bruts.

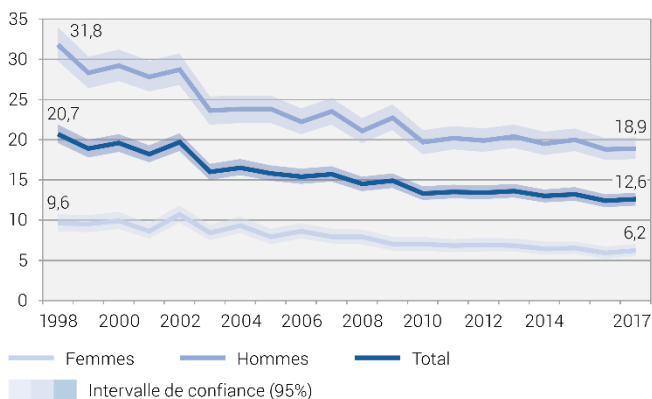
Source: OFS – Statistique des causes de décès (TU) et Statistique de la population et des ménages (STATPOP)

© Obsan 2020

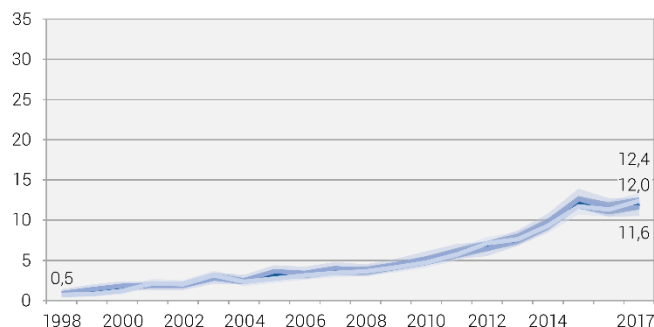
G 5.6 Taux de suicide, selon le sexe, de 1998 à 2017

Cas pour 100 000 habitants

Suicide non assisté



Suicide assisté



Note: Avant 1998, il est impossible de différencier les suicides assistés et non assistés, raison pour laquelle les données plus anciennes ne sont pas présentées. Les taux «total» ont été standardisés selon l'âge et le sexe. Les taux «hommes» et «femmes» ont été standardisés selon l'âge. La population standard se réfère ici à la population standard européenne en 2010 (Eurostat, 2013) (voir «Remarques méthodologiques», 1.5.9).

Suicide non assisté: cas femmes: n=257–397, cas hommes: n=723–989

Suicide assisté: cas femmes: n=23–596, cas hommes: n=20–426

Source: OFS – Statistique des causes de décès (TU) et Statistique de la population et des ménages (STATPOP)

© Obsan 2020

Les taux élevés pour les plus hautes classes d'âge ne doivent pas faire perdre de vue que, pour les personnes jeunes ou d'âge moyen, le suicide est une cause de décès majeure par rapport aux maladies. En 2017, le suicide était ainsi la première cause de décès chez les 19–34 ans et constituait 27% de l'ensemble des décès dans cette classe d'âge. Chez les 35–49 ans, il comptait parmi les causes les plus fréquentes, avec 13% des morts. Même si les taux de suicide sont particulièrement élevés chez les plus de 80 ans par rapport aux autres groupes d'âge, le suicide n'y est pas l'une des principales causes de décès: les suicides représentent 0,4% des décès et les suicides assistés, 1,4%.

Le graphique G 5.6 montre l'évolution du taux de suicide sur la période 1998–2017 pour les hommes, les femmes et tous sexes confondus. Avant 1998, il est impossible de différencier les suicides non assistés des suicides assistés, raison pour laquelle les données plus anciennes ne sont pas représentées. De 1998 à 2010, le taux de suicide a fortement diminué, avec une baisse annuelle moyenne de -3,6%. Entre 2010 et 2017, cet affaïssissement s'est poursuivi, mais à un rythme beaucoup moins soutenu (baisse annuelle moyenne de -0,8%). Actuellement (2017), le taux de suicide s'établit à 12,5 pour 100'000 habitants. La différence considérable entre les hommes et les femmes est restée stable au fil du temps.

Le tableau qui se dégage des suicides assistés est très différent. Jusqu'en 2015, le taux a fortement progressé avant de se stabiliser autour de 12 cas pour 100'000 habitants. En 2017, le taux des suicides assistés s'élevait à 12,0, soit à un niveau comparable à celui des autres suicides. Les hommes et les femmes ont à peu près aussi souvent recours au suicide assisté, contrairement à ce qui prévaut pour le suicide sans assistance, où le taux est trois fois plus haut pour les hommes que pour les femmes.

Les taux de suicide diffèrent sensiblement d'un canton à l'autre (G 5.7). Les cantons du Tessin et de Genève enregistrent les taux de suicide les plus faibles avec, respectivement, 9,2 et 9,6 suicides par 100'000 habitants, tandis qu'Appenzell Rhodes-Intérieures et le Jura affichent les taux les plus importants (respectivement 22,0 et 21,2). Si l'on prend en compte l'intervalle de confiance à 95%, seuls les cantons du Tessin, de Genève et du Jura se distinguent du taux suisse. Bien que présentant le plus haut taux de suicide, Appenzell Rhodes-Intérieures ne s'écarte pas significativement de la valeur nationale d'un point de vue statistique, car la borne inférieure de l'intervalle de confiance est comprise dans l'intervalle défini pour la Suisse. Pour ce canton, cette insécurité statistique – ou le grand intervalle de confiance – s'explique par un nombre de cas assez faible.

Pour les suicides assistés, la répartition est différente: les cantons d'Appenzell Rhodes-Extérieures, de Zurich et de Bâle connaissent les taux les plus hauts de Suisse, alors que les taux les plus bas se trouvent à Obwald, Uri et Appenzell Rhodes-Intérieures. Les raisons pour lesquelles les taux de suicides assistés et non assistés varient à l'échelle cantonale ne sont pas claires. A noter que dans les cantons catholiques, le taux de suicides assistés est quasiment toujours inférieur à la moyenne. Cette observation coïncide avec les résultats obtenus par Steck et al. (2018). En effet, dans leur analyse des prédicteurs socio-économiques du suicide assisté en Suisse, ils ont mis en évidence que les personnes protestantes ou sans appartenance religieuse ont plus souvent recours au suicide assisté que les personnes catholiques.

Pour les suicides *non assistés*, la plupart des cantons présentent un rapport entre les sexes qui correspond à celui observé à

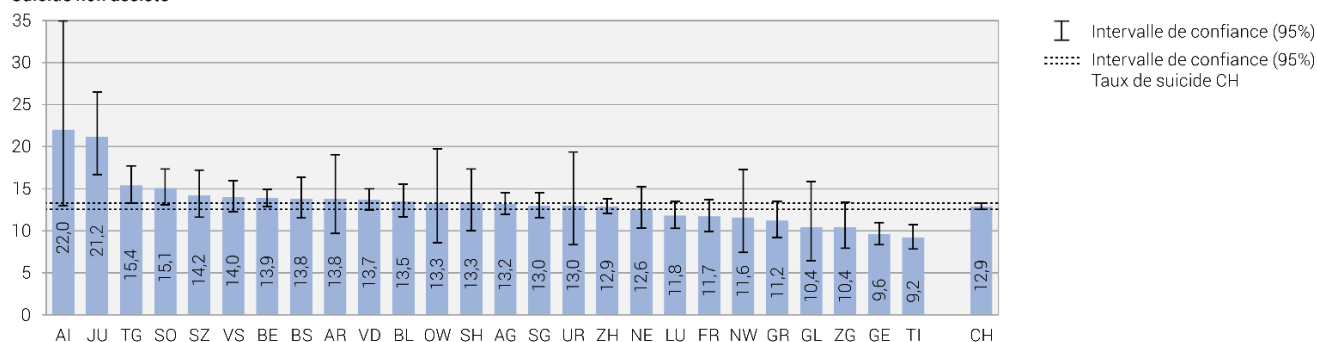
l'échelle du pays. La part d'hommes qui se donnent la mort se situe généralement entre 70% et 80%. Cette part est légèrement plus haute dans les cantons d'Appenzell Rhodes-Extérieures (84%), d'Uri (83%), d'Appenzell Rhodes-Intérieures (83%), de Glaris (82%) et de Soleure (81%), et légèrement plus basse au Tessin (69%), à Zoug (68%), à Schaffhouse (66%) et à Bâle-Ville (62%). Pour les suicides assistés, le ratio homme-femme est équilibré. Dans la majorité des cantons, la part des hommes oscille entre 40% et 55%.²⁰ Les cantons du Jura et de Glaris sont les seuls à dépasser cette fourchette (64% et 57%). Genève (38%), Fribourg (38%), Tessin (37%) et Bâle-Ville (31%) enregistrent pour leur part des chiffres inférieurs.

La disponibilité des moyens pouvant être utilisés pour se suicider influence fortement le nombre de suicides et la méthode employée. On constate ainsi de nettes disparités entre les cantons au niveau des suicides par saut dans le vide. Des études ont montré dans le passé que ces derniers sont moins fréquents dans les cantons comptant peu de ponts élevés (d'où les suicidaires pourraient se jeter) (Reisch et al., 2007). De plus, des études internationales et nationales prouvent qu'entraver l'accès aux moyens pouvant être utilisés pour se donner la mort permet de prévenir les suicides, car l'on n'observe pas nécessairement de report vers les autres méthodes (Florentine et Crane, 2010).

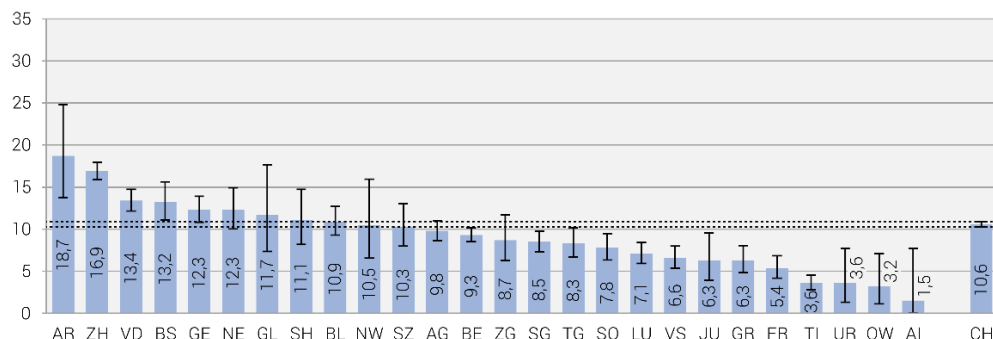
G 5.7 Taux de suicide, selon le canton de domicile, de 2013 à 2017 (moyenne quinquennale)

Cas pour 100 000 habitants

Suicide non assisté



Suicide assisté



Note : Les taux se réfèrent à une période de 5 ans (2013 à 2017) et ont été standardisés par âge et par sexe. La population standard se réfère ici à la population standard européenne de 2010 (Eurostat, 2013) (voir «Remarques méthodologiques», 1.5.9).

Suicides non assistés 2013–2017: n=5228; suicides assistés 2013–2017: n=4231

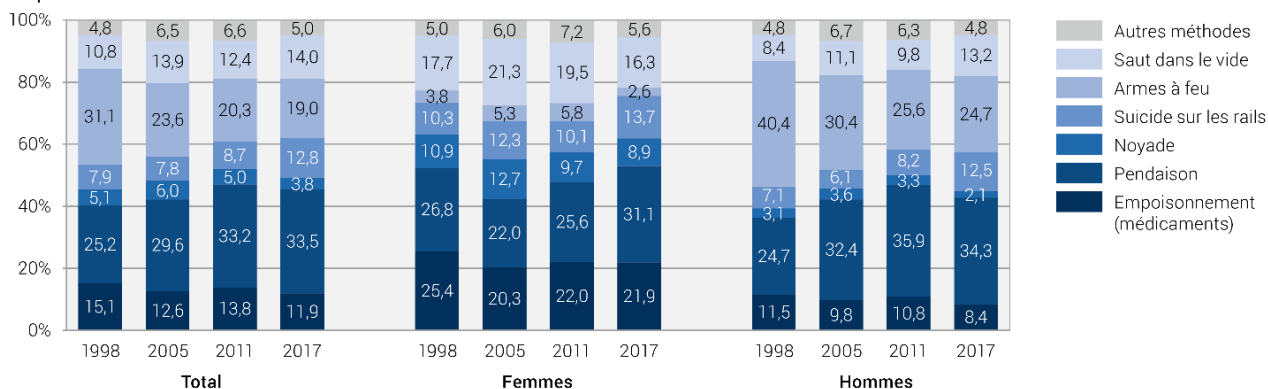
Source: OFS – Statistique des causes de décès (TU) et Statistique de la population et des ménages (STATPOP)

© Obsan 2020

²⁰ Compte tenu du faible nombre de cas, il est impossible de calculer avec précision la répartition entre les sexes pour les cantons d'Uri et d'Appenzell Rhodes-Intérieures.

G 5.8 Pourcentage de suicide non assisté, selon la méthode et le sexe, de 1998 à 2017

Proportion des suicides non assistés



Femmes: 1998: n=339, 2005: n=300, 2011: n=277, 2017: n=270; Hommes: 1998: n=989, 2005: n=809, 2011: n=757, 2017: n=773

Source: OFS – Statistique des causes de décès (TU) et Statistique de la population et des ménages (STATPOP)

© Obsan 2020

Le graphique G 5.8 montre la répartition des suicides selon la méthode utilisée de 1998 à 2017. Les suicides par arme à feu ont fortement diminué durant cette période. En 1998, ils représentaient près du tiers de l'ensemble des suicides (31,1%) et constituaient la méthode la plus fréquente. En 2017, leur part s'élevait à 19%, ce qui les classait au deuxième rang derrière la pendaison (33,5%). Les experts estiment que le net recul des suicides par arme à feu est d'abord lié à la plus faible disponibilité des armes au sein de la population (Habenstein et al., 2013). En particulier à partir de 2003, cette baisse s'explique par la réforme Armée XXI (Reisch et al., 2013).

Les méthodes se répartissent en partie différemment chez les hommes et chez les femmes. Par exemple, les femmes s'empoisonnent plus souvent que les hommes (21,9% vs 8,4%), tandis que les hommes se suicident plus fréquemment par arme à feu (24,7% vs 2,6%). Pour le reste, il n'existe pas d'importante différence entre les sexes. Dans l'ensemble, les différences entre les sexes ont très peu évolué au fil du temps.

Selon les chiffres de l'OMS, le taux de suicide en Suisse (11,3 suicides pour 100'000 habitants²¹) est clairement plus bas que la moyenne de la région OMS *Europe* (12,9). Si on la compare avec ses voisins, la Suisse affiche un taux inférieur à la France (12,1) et à l'Autriche (11,4), mais supérieur à l'Allemagne (9,1) et à l'Italie (5,5). Pour la région Europe, le taux de suicide le plus important est enregistré en Russie (26,5) et le plus faible, en Azerbaïdjan (2,6). Ces données concernent 2016 et sont tirées du « Global Health Observatory data repository » de l'OMS (Vardell, 2020).²² L'actualisation en continu de cette base de données est prévue

par les objectifs de développement durable définis dans le cadre de l'«Agenda 2030» de l'ONU (cf. sous-chapitre 1.3.1).

5.2.2 Tentatives de suicide autodéclarées

Outre les suicides qui ont eu lieu, les tentatives de suicide présentent un intérêt particulier en matière de prévention. Les tentatives de suicide ont été prises en compte pour la première fois dans le questionnaire écrit de l'ESS 2017. Le thème était abordé par la question suivante: «Au cours de votre vie, avez-vous déjà tenté de vous suicider?» (cf. annexe). En cas de réponse positive, une question supplémentaire était posée: «Au cours des 12 derniers mois, avez-vous tenté de vous suicider?». Dans certaines études, tous les actes d'autodestruction sont considérés comme des conduites suicidaires, indépendamment de la présence ou non d'une intention de se donner la mort (p.ex. Ostertag et al., 2019). Il faut prendre en compte ces différences de définition lorsqu'on compare les résultats de plusieurs études.

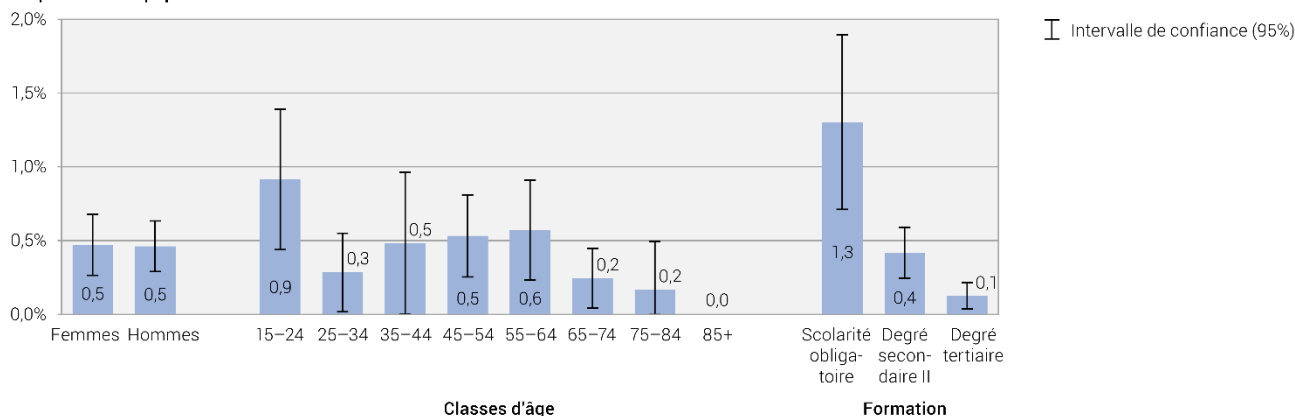
Selon l'ESS 2017, 0,5% des personnes interrogées ont tenté de mettre fin à leurs jours au cours des 12 mois précédant l'enquête, à proportion quasiment égale entre hommes et femmes. Ce pourcentage correspond à 467 personnes pour 100'000 habitants. Rapporté à la population totale âgée de plus de 15 ans, cela équivaut à 33'000 tentatives de suicide. Aucune différence statistiquement significative se rapportant à l'âge n'est à signaler (G 5.9).

²¹ Le taux de suicide estimé par l'OMS pour la Suisse ne correspond pas exactement à celui calculé par l'Obsan en raison d'une méthode de standardisation différente. L'OMS se base en effet sur la population standard de l'OMS (Ahmad et al., 2001) alors que l'Obsan prend la population standard européenne (Eurostat, 2013).

²² <https://apps.who.int/gho/data/view.main.MHSUICIDEASDRv?lang=en>

G 5.9 Tentatives de suicide (prévalence annuelle), selon le sexe, l'âge et le niveau de formation, 2017

Proportion de la population



n=18'724

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

© Obsan 2020

La prévalence à vie, c'est-à-dire lorsqu'une personne a tenté de se suicider une fois dans sa vie, est de 3,4%. Cela signifie que, d'après les données de l'ESS, entre 214'000 et 259'000 personnes en Suisse ont tenté de se suicider au moins une fois dans leur vie. Contrairement à la prévalence annuelle (prévalence au cours des 12 derniers mois), la prévalence à vie révèle une différence entre les sexes: la part de femmes qui rapportent une tentative de suicide est plus élevée que la part d'hommes (3,9% vs 2,9%). Une comparaison par âge n'est pas pertinente dans ce cas: l'âge au moment de la tentative de suicide n'est pas connu, ce qui signifie que celle-ci peut être plus ou moins ancienne selon les personnes.

En ce qui concerne la prévalence annuelle des tentatives de suicide, on n'observe aucune distinction régionale, ni au niveau des grandes régions ni au niveau des régions linguistiques. On ne constate pas non plus de différence entre les personnes qui vivent en milieu urbain et celles qui habitent des zones intermédiaires (périurbain dense et centres ruraux) ou rurales. En raison de la taille de l'échantillon, il n'est pas possible de procéder à une comparaison fiable entre les cantons.

Les personnes issues de la migration tendent à montrer une prévalence annuelle quelque peu supérieure (0,7% vs 0,3%). En prenant également en compte l'âge, le sexe et la formation, la différence devient significative.

Il existe un lien entre les tentatives de suicide (prévalence annuelle) et le niveau de formation. Ce sont en particulier les personnes dont le niveau de formation le plus élevé est celui de l'école obligatoire qui indiquent le plus souvent avoir tenté de se suicider au cours des 12 mois précédents (graphique G 5.9).

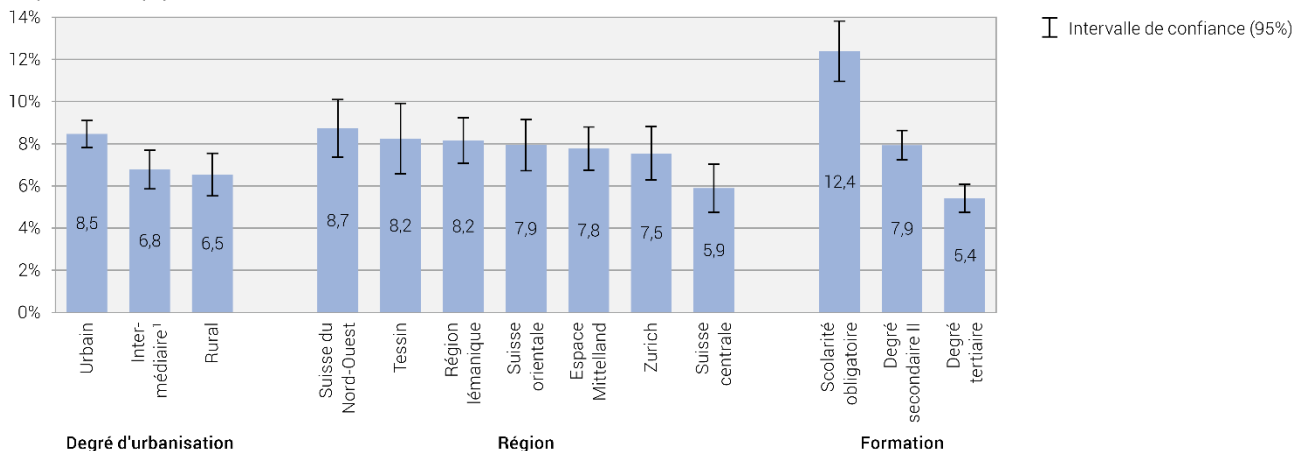
Plus de deux tiers (69,1%) des personnes ayant fait une tentative de suicide au cours des 12 derniers mois rapportent au moment de l'enquête des symptômes dépressifs moyens à sévères

(valeurs PHQ > 9). Cette proportion est d'environ un tiers (33,1%) chez les personnes dont la tentative remonte à plus d'un an (G 5.10). Ces chiffres sont nettement plus élevés que ceux relevés chez les personnes n'ayant jamais fait de tentative de suicide (7,6%).

5.2.3 Pensées suicidaires

En 2017, le questionnaire écrit de l'ESS comportait, comme en 2012, une question sur les pensées suicidaires: «Au cours des 2 dernières semaines, à quelle fréquence les problèmes suivants vous ont-ils perturbé(e)? Penser qu'il vaudrait mieux mourir ou envisager de vous faire du mal d'une manière ou d'une autre». Cette question fait partie du Patient Health Questionnaire (PHQ-9; cf. annexe), un questionnaire servant à identifier les symptômes dépressifs. Selon la CIM-10, les pensées et les conduites suicidaires sont des symptômes de dépression sévère (codes de diagnostic F32.2 et F32.3). Pour l'analyse, les réponses «plusieurs jours», «plus de la moitié des jours» et «presque tous les jours» ont été regroupées en une seule catégorie.

En 2017, environ 7,8% de la population suisse (de plus de 15 ans) ont indiqué avoir eu des pensées suicidaires au cours des deux semaines précédant l'enquête, ce qui correspond à un taux de 7796 pour 100'000 habitants. Extrapolé à l'ensemble de la population résidente âgée de 15 ans et plus, cela représente environ 541'000 personnes. Les femmes et les hommes sont à peu près aussi souvent concernés (7,5% vs 8,1%) et il n'y a pas d'association claire avec l'âge.

G 5.10 Pensées suicidaires, selon le degré d'urbanisation, la grande région et niveau de formation, 2017**Proportion de la population**

Note = périurbain dense et centres ruraux.
n=18'557

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

© Obsan 2020

Par rapport à l'ESS 2012, la proportion de personnes rapportant des pensées suicidaires est passée de 6,4% à 7,8%. L'augmentation est plus marquée chez les hommes (6,3% vs 8,1%; +29%) que chez les femmes (6,6% vs 7,5%; +14%; tendance). Les pensées suicidaires ont tendancielllement progressé dans toutes les classes d'âge.

Au niveau géographique, on ne constate pas de fortes différences entre les grandes régions. Il faut seulement noter que les habitants de Suisse centrale ont un peu moins de pensées suicidaires que ceux de la Suisse du Nord-Ouest et de la région lémanique (G 5.10). Encore une fois, il n'est pas possible de procéder à une comparaison fiable entre les cantons en raison de la taille de l'échantillon. Les habitants des espaces urbains ont plus souvent des pensées suicidaires que ceux des espaces intermédiaires et ruraux (G 5.10).

La fréquence des pensées suicidaires varie en fonction du niveau de formation (G 5.10). Les personnes qui n'ont pas d'autre formation que la scolarité obligatoire sont celles qui indiquent le plus souvent avoir des pensées suicidaires (12,4%), suivies des titulaires d'un diplôme du secondaire II (p.ex. apprentissage ou maturité; 7,9%) et des personnes ayant suivi une formation de degré tertiaire (p.ex. université ou HES; 5,4%). Les personnes issues de la migration ont plus fréquemment des pensées suicidaires que les autres (9,2% vs 7,0%).

Tout comme les tentatives de suicide, les pensées suicidaires sont souvent liées à la dépression. Ainsi, près de la moitié (45,6%) des personnes qui ont des pensées suicidaires souffrent de symptômes dépressifs moyens à sévères (valeurs PHQ-8 > 9), alors que ce taux s'élève à 4,9% pour les autres.

Informations complémentaires

GRPS, Groupe Romand Prévention Suicide:
www.preventionsuicide-romandie.ch (consulté le 03.09.2020)

Obsan, Pensées suicidaires et tentatives de suicide dans la population suisse: www.obsan.admin.ch/fr/publications/pensees-suicidaires-et-tentatives-de-suicide-dans-la-population-suisse (consulté le 26.06.2020)

OFS, Mortalité, causes de décès:
www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/sante/etat-sante/mortalite-causes-deces.html (consulté le 26.06.2020)

OFSP, Plan d'action pour la prévention du suicide en Suisse:
www.bag.admin.ch/bag/fr/home/strategie-und-politik/politische-auftraege-und-aktionsplaene/aktionsplan-suizidpraevention.html (consulté le 26.06.2020)

OFSP et Prévention et promotion de la santé dans le canton de Zurich, parler peut sauver: www.parler-peut-sauver.ch (consulté le 17.09.2020)

STOP SUICIDE, pour la prévention du suicide des jeunes:
www.stopsuicide.ch (consulté le 03.09.2020)

5.3 Coûts des maladies psychiques

En 2018, le domaine psychiatrique représentait, avec 2 milliards de francs, 6% de l'ensemble des coûts à la charge de l'assurance obligatoire des soins (coûts AOS). Les coûts de la psychiatrie hospitalière stationnaire ont reculé de près d'un quart de 2017 à 2018, en raison probablement du retard dans la facturation des prestations AOS induit par l'introduction de la structure tarifaire TARPSY, en 2018. On peut s'attendre à ce que les chiffres de 2019 augmentent en conséquence. Dans les domaines ambulatoires par contre, les coûts ont continué à augmenter. De plus, des prestations psychiatriques et psychothérapeutiques ont été fournies dans des cabinets de prestataires de soins de premier recours, pour un montant de 64,4 millions de francs en 2017, dont deux tiers relèvent de la psychothérapie déléguée. Les coûts totaux AOS de la psychiatrie par assuré ont augmenté de 13% entre 2012 et 2017. En comparaison, les coûts totaux AOS par assuré ont augmenté de 18% pendant la même période.

Les troubles psychiques entraînent, d'une part, des souffrances considérables pour les personnes touchées et leur entourage et occasionnent, d'autre part, des coûts économiques élevés. Plusieurs études, aux résultats divergents, ont été menées ces dernières années pour déterminer ces coûts.

Les coûts que les maladies psychiques et neurologiques génèrent pour la société ont été évalués par pays dans le cadre de l'étude européenne *Cost of disorders of the brain in Europe 2010* (Gustavsson et al., 2011). Selon von Maercker et al. (2013), qui ont publié des estimations détaillées pour la Suisse, les coûts des maladies psychiques²³ se sont élevés à 11 milliards de francs en 2010 (voir également Schuler et al., 2016). Dans un rapport de l'OCDE et de la Commission européenne (OECD/EU, 2018; cf. 1.3.1), les coûts établis dans l'étude de Gustavsson et al. (2011) ont été extrapolés pour 2015 et, autant que possible, complétés par de nouvelles données spécifiques à chaque pays. Selon cette estimation, les troubles psychiques ont généré des coûts pour la Suisse à hauteur de 23 milliards de francs en 2015, ce qui correspond à 3,5% du PIB. Pour comparaison, ce taux était plus élevé en Allemagne (4,8%), en France (3,7%) et en Autriche (4,3%), et plus faible en Italie (3,3%). En Suisse, ces coûts se répartissent de la manière suivante (OECD/EU, 2018):

Coûts directs

- Dépenses relatives au système de santé (27%)
- Dépenses relatives aux assurances sociales (32%)

Coûts indirects

- Moindre participation au marché de l'emploi et moindre productivité des personnes atteintes de maladies psychiques (41%).

Les auteurs d'une autre étude ont comparé les coûts des principaux groupes de maladies non transmissibles (MNT)²⁴ en Suisse en 2011 (Wieser et al., 2014). Pour les troubles psychiques, ils se sont référés en grande partie aux résultats publiés par Gustavsson et al. (2011) et sont parvenus, pour les coûts médicaux directs, à une fourchette de 4 à 6,3 milliards de francs, ce qui place ce type de troubles à la troisième place derrière les maladies cardio-vasculaires (10,3 milliards de francs) et les maladies musculo-squelettiques (entre 8,7 et 11,4 milliards de francs). Quant aux coûts indirects²⁵, ils sont particulièrement élevés en cas de maladies psychiques, avec 10,6 milliards de francs, et ne sont dépassés que par les maladies musculo-squelettiques (12 milliards de francs).

Une étude de population a été menée plus récemment en Autriche sur les individus de 18 à 65 ans vivant en ménage privé, afin de déterminer les coûts induits par les maladies psychiques (Laszewska et al., 2020). Il en ressort que les personnes souffrant d'au moins une maladie psychique génèrent en moyenne annuelle deux fois plus de coûts pour les soins de santé et le social ainsi que de pertes de productivité que les personnes non atteintes de troubles psychiques. Presque 80% de la différence de coûts entre ces deux groupes de population sont des coûts indirects, c'est-à-dire des pertes de productivité dues au chômage (48%), aux retraites anticipées (25%) et aux heures de travail perdues (3%) ainsi que des soins informels (3%). Les auteurs de cette étude ont également comparé ces coûts en fonction de la gravité des troubles psychiques: si les coûts directs sont nettement plus élevés en cas d'affections psychiques graves, les coûts indirects ne varient pas de manière significative en fonction de la gravité de la maladie (Laszewska et al., 2020), ce qui signifie que même des maladies psychiques légères peuvent générer des coûts très importants.

Les estimations de coûts varient considérablement d'une étude à l'autre, ce qui pourrait être lié au fait que ces études ne se réfèrent pas aux mêmes périodes, qu'elles n'ont pas ciblé exactement les mêmes maladies psychiques et que leurs résultats se fondent sur de nombreuses hypothèses et approximations. Elles aboutissent toutefois toutes au même constat: les troubles psychologiques génèrent des coûts indirects particulièrement élevés (40 à 50%).

Ces études affichent des différences également par rapport aux résultats que nous publions ci-après. Dans la plupart d'entre elles, les coûts sont estimés en établissant les coûts par patient, puis en extrapolant ces chiffres au nombre de patients. Les résultats ci-après se basent sur une autre méthode, puisqu'elle se fonde sur les coûts effectifs de l'assurance obligatoire des soins (coûts AOS) par domaine de soins.

²³ Dépendance à une substance, troubles anxieux, troubles de l'alimentation, troubles affectifs, troubles de la personnalité, troubles psychotiques, troubles somatoformes, troubles durant l'enfance et à l'adolescence.

²⁴ Ont été pris en compte: les cancers, les maladies cardio-vasculaires, les affections respiratoires chroniques, la démence, les troubles psychiques, le diabète et les maladies musculo-squelettiques.

²⁵ Absentéisme, retraite anticipée, soins informels; la diminution de la productivité induite par la mortalité n'est pas prise en compte.

Les résultats présentés ci-après se limitent aux coûts directs à charge de l'AOS générés par les maladies psychiques en Suisse (et ne comprennent donc ni leurs coûts directs pour les assurances sociales ni leurs coûts indirects). Ils se fondent sur les données d'assurance du pool de données de SASIS SA, que viennent compléter les données du pool tarifaire (informations sur les positions tarifaires) (cf. 1.5.3 et 1.5.4). Ils ne prennent en compte que les prestations – c'est-à-dire les coûts occasionnés – à charge de l'AOS et dont la facture a été transmise à un assureur maladie. Les factures que les assurés n'ont pas fait parvenir pour remboursement à leur assurance maladie (en raison de franchises élevées par ex.) ou les prestations qui ne sont pas prises en charge par l'AOS ne s'y trouvent pas (Sturny et Schuler, 2011). Ces analyses se réfèrent aux coûts bruts de l'AOS, qui comprennent toutes les factures (remboursées dans le cadre de l'AOS), y compris la participation des assurés (franchise, quote-part et participation aux frais d'hospitalisation). Dans le domaine psychiatrique et psychothérapeutique du système de santé suisse, les données de SASIS SA permettent d'analyser les prestations AOS des prestataires suivants:

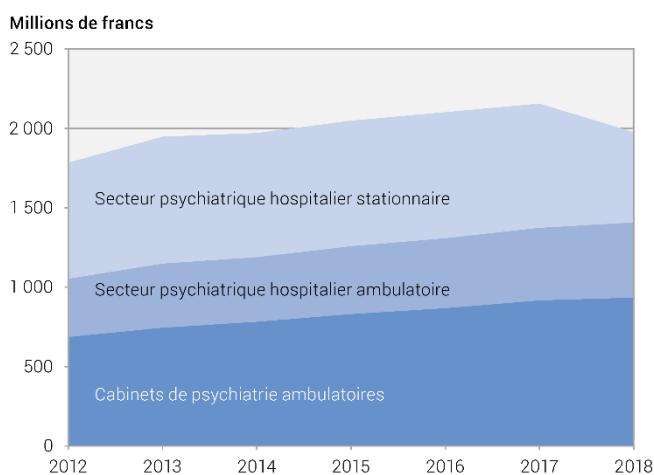
- Psychiatres en cabinets (ambulatoire), y.c. psychothérapie déléguée²⁶
- Psychiatrie hospitalière ambulatoire: prestations fournies dans les cliniques psychiatriques et les services psychiatriques des hôpitaux de soins somatiques²⁷
- Psychiatrie stationnaire: prestations fournies dans les cliniques psychiatriques et les services psychiatriques des hôpitaux de soins somatiques²⁷

Nous présentons ci-après, au point 5.3.1, les coûts relatifs aux trois prestataires mentionnés ci-dessous, puis les coûts par personne assurée. Au point 5.3.2, nous estimons les coûts des prestations psychiatriques et psychothérapeutiques fournies par les prestataires de soins de premier recours²⁸. Au point 5.3.3, étant donné que les traitements des psychothérapeutes non médecins ne figurent dans les données de l'AOS que s'il s'agit de thérapies déléguées, nous procédons à une estimation des coûts des psychothérapies non médicales hors AOS.

5.3.1 Coûts AOS dans le domaine psychiatrique

En 2018, les coûts AOS se sont élevés à environ 2 milliards de francs dans le domaine psychiatrique (psychiatrie hospitalière stationnaire et ambulatoire, cabinets psychiatriques du secteur ambulatoire), ce qui représente 6% des coûts AOS totaux (32,8 milliards de francs). La part que représentent les coûts psychiatriques dans le total des coûts de la santé a enregistré une faible baisse depuis 2013, année à laquelle elle était de 7,0%.

G 5.11 Coûts AOS dans le domaine psychiatrique (en mio. CHF), de 2012 à 2018



Source: SASIS SA – Pool de données / analyse Obsan

État des données: 20.05.2019

© Obsan 2020

L'évolution des coûts du secteur psychiatrique est illustrée dans le graphique G 5.11. Les coûts totaux du secteur psychiatrique ont enregistré une progression constante de 2012 à 2017, avant de diminuer pour la première fois en 2018, dans une proportion de -8,3%. Cette réduction s'explique exclusivement par celle enregistrée par la psychiatrie hospitalière stationnaire.

En 2018, la *psychiatrie hospitalière stationnaire* représentait 28,8% de l'ensemble des coûts du secteur psychiatrique, pour un montant de 568 millions de francs. De 2014 à 2017, ce pourcentage était nettement plus élevé, puisqu'il se situait entre 40 à 36% (en diminution au fil des ans), avec des coûts relativement constants, de près de 785 millions de francs. De 2017 à 2018, ces coûts ont diminué de 27,3%, alors que les taux d'hospitalisation n'ont pas varié (cf. point 4.3.1). Cette diminution a été concomitante à l'introduction de la structure tarifaire TARPSY, en 2018 (cf. point 1.3.2 et l'encadré « Modifications liées à TARPSY », 4.3.3).

²⁶ Psychothérapies menées par des thérapeutes non médecins, employés par un médecin. Pour l'AOS, la facturation se fait par le médecin (cf. 1.3.2 également).

²⁷ Y.c. une analyse spécifique de SASIS SA sur les prestations psychiatriques et psychothérapeutiques fournies dans d'autres établissements (services psychiatriques, institutions d'aide aux personnes dépendantes, cliniques de jour).

²⁸ Ces coûts sont analysés à l'aide du pool tarifaire étant donné que les prestations correspondantes ne sont pas identifiables dans le pool de données (cf. 1.5.3, 1.5.4).

On ne sait pas encore si l'introduction de TARPSY a réellement fait baisser les coûts ou si la facturation de certaines prestations AOS a été repoussée en raison de cette introduction et que les prestations en question n'apparaîtront que dans les chiffres 2019. De premières estimations de l'OFS semblent plutôt indiquer une augmentation des coûts en lien avec l'introduction de TARPSY (OFS, 2020d).

Dans le domaine de la *psychiatrie hospitalière ambulatoire*, les coûts ont affiché une augmentation constante de 2012 à 2018 (28,6% ; G 5.11). De 2017 à 2018, la hausse a été de 3,2%. En 2018, ce domaine représentait 23,9% des coûts psychiatriques (473 millions de francs). Les années précédentes, cette part était plus modeste et se situait autour de 21%.

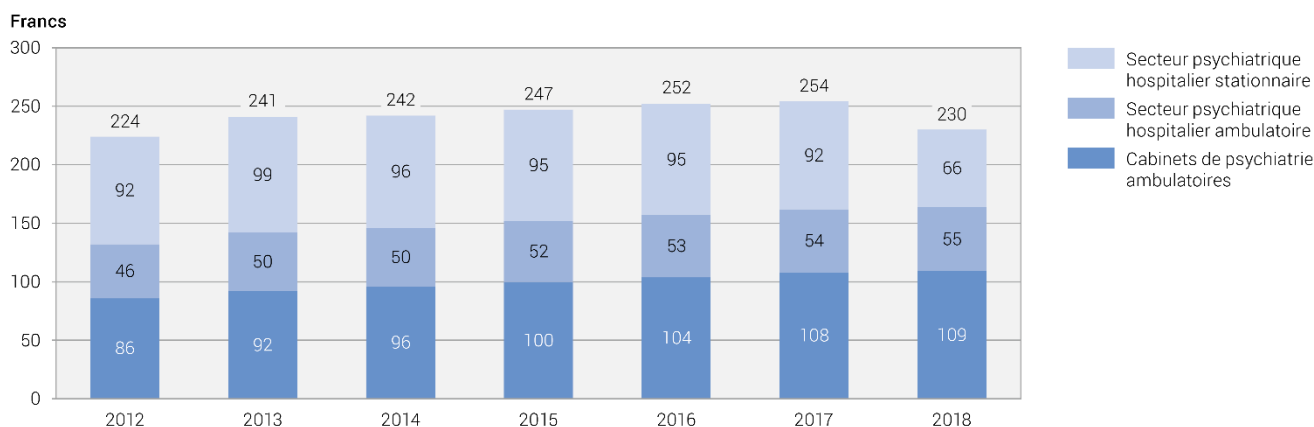
En 2018, les *cabinets psychiatriques* (secteur ambulatoire) ont généré une petite moitié des coûts AOS dans le domaine psychiatrique (47,3%, pour 935 millions de francs) (G 5.11), alors que de 2012 à 2017 cette part se situait entre 38 et 42%. On observe une nette augmentation des coûts au cours des années prises en compte ici: de 2012 à 2018, la hausse est de 36,5%, et les coûts 2018 sont 2,2% plus élevés qu'en 2017. Quant à la part des coûts de la psychothérapie déléguée fournie dans les cabinets médicaux psychiatriques, elle a augmenté au fil des ans, passant de 22% en 2012 à 28% en 2017²⁹ (ne figure pas dans le graphique).

Coûts AOS dans le domaine psychiatrique par personne assurée

Les coûts par personne assurée permettent d'évaluer la charge moyenne par personne résidente en Suisse, que cette personne ait ou non bénéficié de prestations. Contrairement aux coûts totaux présentés ci-dessus, les coûts par assuré tiennent compte de la croissance de la population. Les coûts AOS dans le domaine psychiatrique se sont élevés en 2018 à 230 francs par personne assurée (G 5.12), un montant proche de celui de 2012 (224 francs). Cela s'explique par le fait que dans la psychiatrie hospitalière stationnaire comme dans le domaine psychiatrique pris dans son ensemble (G 5.11), les coûts ont diminué malgré la croissance de la population. Ces coûts étaient de 66 francs par personne assurée en 2018, ce qui représente le chiffre le plus bas jamais enregistré sur la période analysée. Dans le domaine de la psychiatrie hospitalière ambulatoire, en revanche, les coûts par personne assurée ont augmenté d'un cinquième depuis 2012. Pour les cabinets psychiatriques (secteur ambulatoire), la hausse est d'un bon quart, avec des coûts qui passent de 86 francs par personnes assurées en 2012 à 109 francs en 2018.

Si l'on considère uniquement l'évolution des coûts entre 2012 et 2017, étant donné que l'évolution dans la psychiatrie hospitalière stationnaire entre 2017 et 2018 ne peut être interprétée de manière concluante, l'augmentation des coûts AOS par assuré dans le secteur psychiatrique est de +13,7%. En comparaison, les coûts totaux AOS par assuré ont augmenté de +17,8 % entre 2012 et 2017, passant de 3260 francs à 3842 francs.

G 5.12 Coûts AOS dans le domaine psychiatrique par personne assurée, de 2012 à 2018



Source: SASIS SA – Pool de données / analyse Obsan

État des données: 20.05.2019

© Obsan 2020

²⁹ Au moment d'analyser les données statistiques, les chiffres 2018 du pool de tarif n'étaient pas encore disponibles.

5.3.2 Coûts AOS des prestations psychiatriques et psychothérapeutiques en médecine de premier recours

Des prestations psychiatriques et psychothérapeutiques sont également facturées dans les cabinets de médecine de premier recours (médecine générale interne, pédiatres, médecins praticiens, cabinets de groupe³⁰). Ces prestations *ne figurent pas* dans les 2 milliards de coûts psychiatriques mentionnés ci-dessus (5.3.1)³¹. Les coûts des prestations psychiatriques et psychothérapeutiques fournies par les prestataires de soins de premier recours ont atteint 64,4 millions de francs en 2017. Ces coûts ont augmenté de près de 70% depuis 2012, année à laquelle ils étaient de 37,8 millions de francs. En 2017, deux tiers de ces coûts (63,6%) relevaient de la psychothérapie déléguée, et cette proportion est restée relativement stable durant les années prises en compte.

5.3.3 Coûts des psychothérapies non médicales hors AOS

Les coûts des prestations non médicales fournies par des psychothérapeutes ne travaillant pas en délégation ne sont pas compris dans les résultats présentés jusqu'ici. Ces coûts doivent être assumés de manière privée, c'est-à-dire soit par les personnes assurées, soit par les assurances complémentaires. Kaiser et al. (2019) ont estimé les coûts de ces thérapies non médicales financées à titre privé à 173 millions de francs pour 2018.

Informations complémentaires

OFS, Coûts et financement du système de santé:
www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/sante/cout-financement.html (consulté le 15.10.2020)

Système de monitoring suisse des Addictions et des Maladies non transmissibles (MonAM):

- Coûts économiques des MNT:
www.obsan.admin.ch/fr/indicateurs/MonAM/couts-economiques-des-mnt (consulté le 15.10.2020)
- Coûts du système de santé:
www.obsan.admin.ch/fr/indicateurs/MonAM/couts-du-systeme-de-sante (consulté le 15.10.2020)
- Coûts de l'assurance obligatoire des soins (AOS):
www.obsan.admin.ch/fr/indicateurs/couts-de-lassurance-obligatoire-des-soins-aos (consulté le 15.10.2020)

³⁰ La catégorie des cabinets de groupe n'est toutefois pas à proprement parler une catégorie de médecine de premier recours étant donné qu'elle inclut également des spécialistes.

³¹ Les prestations psychiatriques et psychothérapeutiques fournies par les prestataires de soins de premier recours n'étant pas identifiables dans le pool de données, on se réfère ici aux données du pool tarifaire (cf. 1.5.4).

6 Synthèse

Le présent chapitre passe en revue l'état actuel de la santé psychique en Suisse et ses principaux changements au fil du temps, ainsi que les différences observées dans ce domaine selon le sexe, le groupe d'âge, le niveau de formation et la région. Il analyse également les facteurs de risque et de protection, de même que le recours aux prestations psychiatriques ou psychologiques.

La population suisse se dit heureuse, mais les symptômes dépressifs, les pensées suicidaires et le sentiment de solitude gagnent du terrain, alors que le sentiment de maîtriser sa vie s'effiloche

L'évolution de 2012 à 2017 révèle que la part de la population suisse estimant jouir d'une (très) bonne **qualité de vie** demeure stable (91,7%). Selon le *World Happiness Report*, seuls les habitantes et les habitants de deux autres pays sont plus heureux (Helliwell et al., 2020).

Pendant la période considérée, divers indices révèlent cependant une détérioration pour ce qui des troubles psychiques. Les **symptômes dépressifs**, de tous les degrés de gravité se sont ainsi multipliés. En 2017, 25,9% des personnes vivant en Suisse faisaient état de symptômes dépressifs faibles, 5,9% de symptômes de gravité moyenne et 2,8% de symptômes sévères (contre, respectivement, 22,2%, 4,6% et 1,9% en 2012). Une comparaison à l'échelle européenne n'est possible qu'avec des réserves, car les données n'ont pas été collectées la même année (EHIS-2, 2013–2015, cf. encadré «Symptômes dépressifs: comparaison avec l'Europe», 2.2.2). Il n'en demeure pas moins que si les symptômes dépressifs de gravité moyenne à sévères observés au sein de la population suisse en 2012 correspondaient à la moyenne européenne pour la période de 2013 à 2015, ils étaient supérieurs à sa valeur en 2017 (Hapke et al., 2019). En 2017, la part des personnes concernées en Suisse est supérieure à celle enregistrée en Italie et en Autriche, équivalente à celle de la France et inférieure à celle de l'Allemagne.

La part des **dépressions diagnostiquées** (autodéclarées, dans les douze derniers mois) s'est également accrue, passant de 4,2% en 2012 à 5,4% en 2017. Cette hausse ne reflète pas nécessairement une détérioration de la santé psychique de la population, mais peut par exemple découler d'une plus grande volonté à rechercher l'aide d'un professionnel en cas de problèmes psychiques (cf. plus bas; Thom et al., 2019). Par rapport aux données allemandes, la part de personnes souffrant d'une dépression diagnostiquée est faible en Suisse (5,4% en 2017 contre 8,1% en 2014/2015 en Allemagne; cf. Thom et al., 2017). Les **pensées suicidaires** se sont cependant répandues au sein de la population

suisse, puisque la part de personnes ayant mentionné avoir pensé au suicide est passée de 6,4% en 2012 à 7,8% en 2017. Durant la même période, le taux de suicide n'a que légèrement reculé. En 2017, une personne sur 200 a déclaré avoir tenté de mettre fin à ses jours au cours des douze mois précédents. Il n'existe pas de données longitudinales dans ce domaine (Peter et Tuch, 2019).

Divers indices suggèrent que la prévalence réelle des troubles psychiques graves pourrait être sous-estimée. Si l'enquête suisse sur la santé (ESS) interroge des personnes vivant dans des ménages privés, aucune interview n'est réalisée au sein d'institutions psychiatriques ou médico-sociales, telles des institutions accueillant des personnes toxicodépendantes ou souffrant de problèmes psychosociaux. De plus, le fait que des personnes souffrant de problèmes psychiques graves prennent moins souvent part à des enquêtes que les personnes en bonne santé pourrait constituer un autre effet sélectif (cf. p. ex. Busch et al., 2013).

Pour ce qui est des facteurs de protection et de risque, c'est la détérioration du sentiment de maîtrise de la vie et l'aggravation du sentiment de solitude qui sont frappantes. En 2017, environ 37% de la population suisse avaient le sentiment de pouvoir dans une large mesure maîtriser leur existence, soit la proportion la plus faible mesurée depuis 2002. Relevons encore que plus de 38% des personnes vivant en Suisse se sentent parfois ou souvent seules, soit la proportion la plus élevée observée depuis vingt ans.

Recours aux soins ambulatoires et stationnaires en hausse et augmentation des coûts des prestations ambulatoires

Le recours aux soins psychiatriques et psychothérapeutiques a suivi une hausse constante, tant dans le domaine stationnaire qu'ambulatoire. La part des personnes qui ont (en l'espace d'une année) suivi un traitement en raison de problèmes psychiques est passée de 4,1% à 6,1% entre 1997 et 2017. Par ailleurs, les personnes qui recourent aux soins consultent plus souvent des **spécialistes**: au cours des vingt dernières années, les soins ont été de plus en plus souvent prodigués par des spécialistes en psychiatrie ou en psychologie (la proportion passant de 58% à 85,5%), alors que la part des traitements administrés par des généralistes ou d'autres soignants a reculé. La consommation quotidienne (au cours des sept derniers jours) de somnifères ou de tranquillisants, d'analgésiques et d'antidépresseurs est restée stable ces cinq dernières années, mais avait enregistré des hausses ponctuelles au cours des années précédentes. Sur les dix dernières années, la

part de personnes prenant des **antidépresseurs** a par exemple augmenté, passant de 3,1% à 4,3% de la population suisse.

Entre 2012 et 2018, le **recours aux soins** psychiatriques ou psychothérapeutiques ambulatoires s'est accru. Ce constat vaut aussi bien pour le nombre de consultations en cabinet de psychiatrie que pour la psychiatrie ambulatoire hospitalière. En ce qui concerne les soins stationnaires, la Suisse a enregistré une hausse des taux d'hospitalisation à l'échelle des cas et des patients. L'écart observé entre l'évolution de ce taux à l'échelle des cas d'une part (+27%) et des patients d'autre part (+13%) est à mettre sur le compte de l'augmentation du nombre de séjours répétés.

Les raisons d'un accroissement du recours aux soins psychiatriques et psychothérapeutiques sont multiples (Thom et al., 2019). Il est sans doute peu probable qu'il soit dû uniquement à la multiplication des problèmes psychiques. Si une telle multiplication est certes perceptible depuis 2012, la tendance à la hausse du recours aux soins a commencé à se manifester bien des années auparavant. Par ailleurs, des études internationales révèlent une hausse du recours aux prestations psychiatriques ou psychothérapeutiques même lorsque l'état de santé psychique demeure stable au niveau de la population (cf. p. ex. Jacobi et al., 2017; Jorm et al., 2017; Nübel et al., 2019; OECD/EU, 2018). Pour expliquer cet accroissement, d'autres raisons entrent également en ligne de compte: effets induits par l'offre, propension accrue à annoncer les cas ou meilleure connaissance des maladies psychiques au sein de la population et parmi les professionnels de la santé (Dey et al., 2016; Rommel et al., 2017; Thom et al., 2019). La meilleure connaissance des maladies psychiques va de pair avec une plus grande acceptation des troubles psychiques dans la société, leur meilleure identification et une volonté accrue de faire appel à une aide professionnelle. (cf. p. ex. Angermeyer et al., 2014; Bonabi et al., 2016; Ernst, 2015). Toujours est-il que nombre de personnes souffrant d'une maladie psychique ne se font pas traiter, mais il s'avère difficile de chiffrer leur proportion avec précision. Une étude réalisée récemment dans le canton de Berne révèle que plus de 90% des personnes présentant des symptômes de troubles psychiques n'étaient pas en contact avec un spécialiste (Michel et al., 2018). Selon les estimations les plus récentes, les besoins de soins psychiatriques et psychothérapeutiques ne sont pas couverts pour 7,8% de la population suisse, soit près de 0,7 million de personnes (Künzi et al., 2020). Il importe de considérer que les diagnostics issus d'un entretien clinique ne constituent pas un critère suffisant pour établir un besoin de traitement, puisque les atteintes fonctionnelles et la souffrance ressentie peuvent varier pour un même diagnostic (Grobe et al., 2019; Jacobi et Barnikol, 2015).

Dans le domaine ambulatoire, la tendance à la hausse des coûts va de pair avec l'accroissement du recours aux prestations ambulatoires. Quant à la baisse des coûts observée entre 2017 et 2018 dans le domaine stationnaire, il convient de l'interpréter avec circonspection, car l'introduction du système TARPSY a pu retarder la facturation de certaines prestations AOS. Il faut donc s'attendre à ce que les chiffres pour 2019 se situent à un niveau supérieur.

Les femmes sont en moins bonne santé psychique que les hommes, mais les hommes se suicident plus souvent

À l'instar d'observations faites lors de relevés précédents (Schuler et Burla, 2012; Schuler et al., 2016), de nettes différences séparent les sexes en 2017 également, les femmes étant le plus souvent moins bien loties. Si elles déclarent jouir d'une qualité de vie aussi bonne que les hommes, elles se sentent cependant moins souvent pleines d'énergie et de vitalité et font plus souvent état de problèmes psychiques. Les facteurs de protection, tel le sentiment de maîtrise de la vie et l'auto-efficacité, affichent également des valeurs plus basses chez les femmes. Celles-ci se sentent aussi plus souvent seules que les hommes, mais la part d'entre elles qui déclarent bénéficier d'un fort soutien social est identique à celle des hommes. Selon l'âge, le taux de suicides non assistés est environ deux à dix fois plus élevé chez les hommes, alors que la part des personnes ayant tenté de se suicider est plus élevée parmi les femmes que parmi les hommes (3,9% contre 2,9%). La littérature internationale montre également des différences correspondantes entre les sexes (en ce qui concerne les symptômes dépressifs, cf. p. ex. Karger, 2014; Parker et Brotchie, 2010). Soulignons cependant que certains types de troubles, comme les problèmes liés à l'alcool et aux addictions, sont plus répandus chez les hommes (cf. p. ex. Angst et al., 2016).

Il apparaît en outre que les femmes recourent davantage aux soins psychiatriques ou psychothérapeutiques, mais la différence dépend en partie de l'âge. Au cours des douze mois qui ont précédé l'enquête, réalisée en 2017, les femmes ont été plus nombreuses que les hommes à suivre un traitement pour des problèmes psychiques (7,7% contre 4,4%). La consommation de somnifères, de tranquillisants, d'analgésiques et d'antidépresseurs est également plus fréquente chez les femmes que chez les hommes. Les premières sont aussi plus nombreuses que les seconds à se rendre dans un cabinet de psychiatrie (60% contre 40%), le rapport s'avérant toutefois inverse chez les jeunes jusqu'à 18 ans. En psychiatrie hospitalière ambulatoire, le taux de consultation des hommes est légèrement supérieur à celui des femmes, chose qui pourrait s'expliquer par le traitement des addictions, plus fréquent chez les hommes. Pour ce qui est du domaine stationnaire, les taux d'hospitalisation des femmes sont plus élevés que ceux des hommes chez les personnes de moins de 18 ans et chez celles de 65 ans ou plus. Dans les autres groupes d'âge, les taux d'hospitalisation des hommes tendent plutôt à être supérieurs.

Santé psychique et recours aux soins: écarts entre les différents groupes d'âge

Pour ce qui est de la santé psychique ainsi que des facteurs de risque et de protection, quelques caractéristiques majeures distinguent les différents groupes d'âge. Aucune génération n'est toutefois en meilleure santé que toutes les autres, de sorte qu'une approche différenciée s'impose.

Particulièrement avares d'informations concernant les **enfants et les adolescents**, les données existantes ne permettent de tirer que peu de conclusions sur leur santé psychique. La

bonne santé psychique et les problèmes psychiques des enfants en âge préscolaire sont par exemple peu connus (pour des détails à ce sujet, cf. Tuch et Schuler, 2020). Des analyses issues des enquêtes HBSC auprès des élèves montrent qu'une majorité prépondérante des 11 à 15 ans font état d'un niveau élevé de bien-être. La part des jeunes de cette tranche d'âge à souffrir de troubles affectifs multiples a pourtant augmenté pour passer de 27,4% à 35,2% entre 2002 et 2014. Ce sont surtout la fatigue et les difficultés d'endormissement qui sont en hausse (Ambord et al., 2020; Tuch et Schuler, 2020). Même si leur part en 2018 est similaire à celle enregistrée en 2014, il vaudrait la peine d'étudier cette détérioration de plus près (Obsan, 2020).

Interrogés sur leur qualité de vie et sur leur sentiment de bonheur, les **adolescents** et les **jeunes adultes** (15 à 34 ans) vivant en Suisse ont répondu en indiquant des valeurs élevées, globalement supérieures à celles de personnes plus âgées. D'autres indicateurs révèlent cependant une situation inverse. La vitalité et l'énergie s'avèrent ainsi relativement faibles chez les 15 à 34 ans. Bien que le taux de suicide ait légèrement reculé ces dernières années (Tuch et Schuler, 2020), le suicide reste la cause de décès la plus fréquente dans cette tranche d'âge. La part de personnes présentant des symptômes dépressifs gravité moyenne à sévère a augmenté parmi les jeunes hommes de 16 à 20 ans, passant de 7,0% à 14,1%. Une évolution similaire apparaît également dans les nouvelles rentes AI pour cause de maladies psychiques: alors que le nombre global de rentes tend à diminuer, le nombre de ce type de rentes parmi les 18 à 24 ans a eu tendance à s'accroître ces derniers temps.

Relevons toutefois un point très positif: parmi les 15 à 34 ans en Suisse, une personne sur deux déclare bénéficier d'un fort soutien social. Beaucoup de jeunes ont donc accès à une ressource précieuse, qui exerce une influence positive directe sur le bien-être et peut atténuer les effets d'expériences de vie négatives (cf. p. ex. Gariépy et al., 2016). À l'inverse, le sentiment de maîtrise de la vie et l'efficacité personnelle s'avèrent relativement modestes. Or, renforcer ce type de ressources personnelles pourrait améliorer la santé psychique (cf. p. ex. Schutte et Malouff, 2019).

Comparée aux autres groupes d'âge, la **population suisse de 35 à 64 ans** se distingue par un bien-être moindre, une détresse psychologique relativement marquée et une part élevée de dépressions diagnostiquées. Chez les femmes, le taux de suicides non assistés est le plus élevé parmi celles âgées de 50 à 64 ans (Peter et Tuch, 2019). Les autres indicateurs (facteurs de protection ou symptômes dépressifs, p. ex.) se situent dans la moyenne des autres groupes d'âge. Notons toutefois que c'est chez les 50 à 64 ans (femmes et hommes confondus) que les symptômes dépressifs ont enregistré la plus forte hausse depuis 2012. Il importe de garder cette tendance à l'œil.

Les **personnes âgées de 65 ans ou plus** se caractérisent par une énergie et une vitalité élevées (évaluation subjective), une faible proportion de symptômes dépressifs et des facteurs personnels de protection aux valeurs élevées. C'est pourtant chez les hommes de 80 ans ou plus que le taux de suicides (non assistés) est le plus élevé. De plus, comparées aux membres de généra-

tions plus jeunes, les personnes de 65 ans ou plus font plus rarement état d'un fort soutien social. Il serait dès lors approprié d'inclure le renforcement des échanges sociaux dans les programmes de promotion de la santé (Bachmann, 2020).

En ce qui concerne le **recours aux soins** psychiatriques ou psychothérapeutiques, un accroissement apparaît chez tous les groupes d'âge, que ce soit dans le cadre ambulatoire (cabinets de psychiatrie ou psychiatrie hospitalière) ou stationnaire. Durant la période allant de 2012 à 2018, le recours aux soins tant stationnaires qu'ambulatoires s'est particulièrement accru chez les enfants et les adolescents (cf. Schuler et al., 2019). La hausse s'est avérée plus forte chez les 0 à 18 ans que chez les 19 ans ou plus (sauf pour ce qui est de la psychiatrie hospitalière ambulatoire), et elle transparaît aussi bien dans le nombre de patientes et de patients que dans le nombre de consultations. Relevons que les personnes de 65 ans ou plus consultent nettement moins souvent pour des problèmes psychiques que les personnes plus jeunes et qu'elles s'adressent alors assez souvent à un généraliste (25,7% contre 7,6 à 10,8% parmi les générations plus jeunes).

Tous les indicateurs de la santé psychique sont étroitement corrélés avec le niveau de formation

Les résultats révèlent des différences particulièrement nettes en fonction du niveau de formation: les personnes ayant atteint un niveau de formation élevé sont en meilleure santé psychique, jouissent d'un niveau plus élevé de bien-être, éprouvent moins de problèmes psychiques et bénéficient d'un meilleur accès à des facteurs de protection. Ces résultats n'ont rien d'étonnant, puisque la formation compte parmi les déterminants sociaux de la mortalité et de la morbidité (cf. p. ex. Furnée et al., 2008; Kuntz, 2011) et qu'elle sert, avec la position professionnelle et le revenu, d'indicateur de l'inégalité sociale. En général, les personnes au niveau de formation bas forment un groupe cible vulnérable, qu'il importe de soutenir.

Santé psychique et recours aux soins: différences régionales

Comme en 2007 et en 2012, tous les indicateurs de la santé psychique varient beaucoup d'une région à l'autre en 2017. Rien ne permet de savoir dans quelle mesure ces écarts pourraient s'expliquer par des spécificités linguistiques ou culturelles par exemple. Au niveau national, c'est la population de Suisse centrale qui affiche la meilleure santé psychique, pratiquement pour tous les indicateurs. À l'autre extrémité de l'échelle, on trouve le Tessin et la Région lémanique. En 2017, ces deux régions enregistraient la plus faible part de personnes faisant état d'une (très) bonne qualité de vie: 81,8% et 86,5% respectivement. Au Tessin et dans la Région lémanique, respectivement 24% et 21% de la population déclarent souffrir d'une détresse psychologique de gravité moyenne à sévère. À titre de comparaison, cette part ne dépasse pas 9% en Suisse centrale et la moyenne suisse se situe à 15%. C'est d'ailleurs au sein de la population tessinoise que les symptômes dépressifs étaient les plus fréquents en 2017, la part des personnes souffrant de symptômes légers s'écartant le plus des valeurs mesurées dans les autres grandes régions de Suisse

(33,5% contre 23,5% à 27,4%). La situation est diamétralement opposée pour ce qui est des taux de suicides non assistés, domaine dans lequel les cantons de Genève et du Tessin mesurent les valeurs les plus basses de Suisse.

De grandes différences séparent aussi les régions dans le recours à l'offre de soins psychiatriques ou psychothérapeutiques. Au niveau des grandes régions, les parts de personnes qui ont consulté pour cause de problèmes psychiques se situent entre 3,8% en Suisse centrale et 6,8% au Tessin, soit des valeurs qui reflètent la tendance observée pour la santé psychique. En ce qui concerne les taux d'hospitalisation au niveau cantonal, le canton d'Appenzell Rhodes-Intérieures présente les taux les plus bas et celui de Bâle-Ville les plus élevés. Par le passé, ces variations entre les cantons s'expliquaient moins par des différences régionales dans la prévalence de maladies psychiques que par les inégalités structurelles de la prise en charge psychiatrique (développement différencié des offres de proximité; Brenner, 2003). À ce facteur, s'ajoute le rôle des disparités dans la structure de la population des cantons (taux de chômage, niveau de formation, proportion d'étrangers, etc.). Lorsque ces différences étaient prises en compte dans le calcul des parts de la population suivant un traitement, les écarts intercantonaux s'avéraient moindres (Kuhl und Herdt, 2007). Des études plus récentes soulignent également l'importance de l'accessibilité, en termes de distance, des prestataires de soins psychiatriques ou psychothérapeutiques ambulatoires (Stulz et al., 2018; Zulian et al., 2011).

Base de données vaste, mais lacunaire

Les données disponibles restreignent l'évaluation de la santé psychique de la population suisse, des facteurs de risque et de protection et du recours aux soins psychiatriques et psychothérapeutiques. Des données épidémiologiques sur la fréquence et la progression des maladies psychiques font par exemple entièrement défaut en Suisse, pour toutes les classes d'âge. Les données de l'enquête suisse sur la santé (ESS) fournissent certes des indications sur la prévalence de certains problèmes psychiques, mais ne couvrent qu'une partie minime de tout le spectre des troubles mentaux (cf. p. ex. Jacobi, 2014). Les informations se fondent en outre sur les déclarations faites par les personnes elles-mêmes et ne sont pas recueillies par le biais d'entretiens cliniques structurés et menés par des professionnels. L'ESS assure un suivi de la situation tous les cinq ans, mais ne permet pas de tirer des conclusions quant aux conséquences à court terme sur la santé psychique d'événements d'envergure nationale, voire internationale. Des relevés annuels tels que l'enquête sur les revenus et les conditions de vie (SILC) et le Panel suisse des ménages (SMP) ne comprennent que des questions isolées sur la santé psychique (Schuler et al., 2019). Combiner ces relevés avec des enquêtes régulières (chaque année ou tous les deux ans, p. ex.), menées au moyen d'instruments de mesure validés, permettrait de suivre de près la santé psychique et son évolution (pour les enfants et les adolescents, cf. p. ex. la Millenium Cohort Study ou la BELLA-Studie³²).

³² www.bella-study.org/

Les lacunes dont souffre l'aperçu de la santé psychique ne sont pas typiques de la Suisse, mais existent aussi à l'étranger. Certains pays consentent des efforts pour élargir la base de données dans ce domaine (cf. encadré «Monitoring de la santé psychique: les exemples du Canada et de l'Allemagne», 1.3.1). Pour garantir une comparabilité à l'échelle internationale, il faudrait coordonner le choix des instruments de mesure. La participation à des enquêtes internationales, comme EHIS 2 ou l'International Health Policy Survey du Commonwealth Fund (2019), permet de comparer les données et les tendances nationales avec celles d'autres pays. Les rapports de l'Organisation de coopération et de développement économiques (p. ex. OECD, 2019) et ceux de l'Organisation mondiale de la santé (p. ex. WHO, 2018) jouent à ce titre un rôle essentiel.

En ce qui concerne le contexte national des prestations psychiatriques ou psychothérapeutiques, des efforts ont été entrepris ces dernières années, qui pourraient contribuer à fournir une image plus précise du recours aux soins. Les données concernant le recours aux soins stationnaires sont assez complètes. Quant au recours aux soins ambulatoires (cabinets et soins hospitaliers ambulatoires), il est possible de s'en faire une bonne idée sur la base des décomptes des caisses-maladie. Ces derniers ne permettent toutefois pas de connaître les diagnostics et les traitements. En outre, des données font totalement défaut sur le recours aux prestations non déléguées fournies par des psychothérapeutes non-médecins, puisqu'elles ne sont pas couvertes par l'assurance de base. La statistique Patients dans le secteur ambulatoire hospitalier, lancée par l'OFS en 2015, contient certes des informations détaillées au niveau des cas. La variable «diagnostic» ne figure cependant pas parmi les indications obligatoires et il est impossible de savoir dans quelle mesure les différents fournisseurs de prestations la documentent de manière uniforme et exhaustive (BFS, 2016). Pour comprendre les protocoles de traitement et de prise en charge (parcours thérapeutiques), il faudrait apparier les jeux de données des cabinets et des établissements stationnaires, intermédiaires et ambulatoires.

Quel est l'impact de la pandémie de COVID-19 sur la santé psychique?

Au moment de la parution de ce rapport, il s'avère encore impossible d'apprécier en détail l'influence de la pandémie de COVID-19 sur la santé psychique et sur le recours au système de santé. Les recherches sur la résilience montrent que le comportement face à une crise varie d'un individu à l'autre et que beaucoup de personnes traversent les épreuves en préservant leur santé psychique (Bonanno et al., 2011). À l'échelle de la population entière, on s'attend dans l'ensemble à diverses détériorations de la santé psychique (cf. p. ex. Holmes et al., 2020; Pfefferbaum et North, 2020) et il reste à espérer que d'éventuels effets négatifs ne deviendront pas chroniques. Les conséquences potentielles dépendent des facteurs les plus variés (maladies à risque préexistantes, impact sur la vie quotidienne à l'école ou au travail, situation de la famille et contacts avec d'autres personnes, insécurité financière,

comportement individuel face au stress, contraintes multiples, durée des mesures, etc.). Par conséquent, les études suisses (en cours) sur l'impact de la pandémie de COVID-19 ne révèlent pas des réactions psychiques uniformes face à la situation, car l'on observe des évolutions aussi bien négatives ou stables que positives (Stocker et al., 2020). La crise pourrait renforcer encore l'importance de facteurs de risque, tel le sentiment de solitude, présentés dans ce rapport. La mise à disposition et l'accès à des facteurs de protection, tel le soutien social d'amis, de la famille ou d'offres de soutien faciles d'accès, en particulier pour des personnes présentant déjà une détresse ou des facteurs de risque, sont appelés à jouer un rôle central. Des informations sur les moyens de favoriser la santé psychique figurent par exemple sur les sites internet de santépsy³³ ou du Réseau santé psychique Suisse (cf. NPG, 2020).

Conclusion

Le tableau que nous sommes en mesure de brosser de la santé psychique de la population suisse en 2017 ressemble à un puzzle, dont beaucoup de pièces manquent. Des analyses descriptives révèlent néanmoins qu'appartenir au sexe féminin, être assez jeune, bénéficier d'un niveau de formation modeste et habiter au Tessin ou dans la région lémanique sont associés à une moins bonne santé psychique et à un accès moindre à des facteurs de protection. À un niveau plus spécifique, il convient de relever l'accroissement des symptômes dépressifs chez les jeunes hommes, ainsi qu'une hausse relativement forte de ces mêmes symptômes chez les personnes de 50 à 64 ans. Renforcer la santé psychique de la population suisse revêt donc toujours une grande importance. Quant à l'augmentation du recours aux soins dans le cadre ambulatoire et stationnaire, il est impossible de l'expliquer par une cause spécifique, telle une détérioration de la santé psychique par exemple. Elle peut en effet aussi refléter une évolution du comportement des patientes et des patients, un effet induit par l'offre ou une plus grande ouverture d'esprit, qui conduit à parler plus aisément des problèmes psychiques.

³³ www.santepsy.ch/fr/pages/sante-mentale-covid-19/ (consulté le 07.12.2020)

7 Abréviations

AI	Assurance-invalidité	LCA	Loi fédérale sur le contrat d'assurance (assurances complémentaires selon le LCA)
AOS	Assurance obligatoire des soins	MHI	Mental Health Inventory
APEA	Autorités de protection de l'enfant et de l'adulte	MOS SF	Medical Outcomes Study Short Form
ASKU	L'échelle courte des sentiments d'auto-efficacité (Allgemeine Selbstwirksamkeit Kurzskala)	MS	Statistique médicale des hôpitaux
ASSM	Académie suisse des sciences	N, n	Nombre de personnes interrogées
AVS	Assurance-vieillesse et survivants	NCD	Non-Communicable Disease, (maladies non-transmissibles)
BRCS	Brief Resilience Coping Scale	Obsan	Observatoire suisse de la santé
CDS	Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé	OCDE	Organisation de coopération et de développement économique
CI	Intervalle de confiance	ODD	Objectifs de développement durable
CIM	Classification internationale des maladies	OFAS	Office fédéral des assurances sociales
CLASS	Conférence Latine des Affaires Sanitaires et Sociales	OFS	Office fédéral de la statistique
CoD	Statistique des causes de décès et des mortinaissances	OFSP	Office fédéral de la santé publique
DALY	Disability Adjusted Life Years (Espérance de vie corrigée de l'incapacité)	OMS	Organisation mondiale de la santé
DEGS	Étude sur la santé des adultes en Allemagne (Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland)	PAFA	Placement à des fins d'assistance
DRG	Diagnosis Related Groups	PHQ	Patient Health Questionnaire
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux)	PIB	Produit intérieur brut
EHIS	Enquête européenne par entretien sur la santé	PLAFA	Privation de liberté à des fins d'assistance
ESPA	Enquête suisse sur la population active	PR-AI	Programmes de recherche sur l'assurance invalidité
ESS	Enquête suisse sur la santé	PSM	Panel suisse de ménages
EVI	Indice «énergie et vitalité»	RR	Risque relatif
FM	Mesures limitatives de liberté	RS	Relevé structurel
GBD	Global Burden of Disease	RSP	Réseau Santé Psychique Suisse
GFCH	Promotion Santé Suisse	SDQ	Strength and Difficulties Questionnaire
HBSC	Health Behaviour in School-aged Children: enquête sur la santé des élèves en Suisse	SECO	Secrétariat d'État à l'économie
KS	Statistique des hôpitaux	SILC	Enquête sur les revenus et les conditions de vie
LAI	Loi fédérale sur l'assurance-invalidité	STATPOP	Statistique de la population et des ménages
LAMal	Loi fédérale sur l'assurance-maladie (assurance de base selon la LAMal)	UE	Union européenne
		VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

8 Bibliographie

- Abel, T., Duetz Schmucki, M. & Huwiler-Müntener, K. (2007). Sozialmedizin und Gesundheitssoziologie. In: F. Gutzwiller & F. Paccaud (Hrsg.), Sozial- und Präventivmedizin - Public Health (S. 23-34). Bern: Hans Huber.
- Ackermann, G., Amstad, F. & et al. (2019). *Liste d'orientation PAC 2019*. Berne et Lausanne: Promotion Santé Suisse.
https://gesundheitsfoerderung.ch/assets/public/documents/fr/1-kap/projekte/Liste_d_orientation_PSch_2019-08_-_Interventions_et_mesures_pour_les_PAC.pdf.
- Aguirre, R. & Slater, H. (2010). Suicide postvention as suicide prevention: Improvement and expansion in the United States. *Death Studies*(34): 529-540.
- Ajdacic-Gross, V. & Graf, M. (2003). *État des lieux et données concernant l'épidémiologie psychiatrique en Suisse* (Document de travail Nr. 2). Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.
- Ambord, S., Eichenberger, Y. & Delgrande Jordan, M. (2020). *Gesundheit und Wohlbefinden der 11- bis 15-jährigen Jugendlichen in der Schweiz im Jahr 2018 und zeitliche Entwicklung - Resultate der Studie "Health Behaviour in School-aged Children" (HBSC)*. Forschungsbericht Nr. 113. Lausanne: Sucht Schweiz.
- Amstad, F. & Blaser, M. (2016). Recommandations pour la promotion de la santé psychique. In: M. Blaser & F. Amstad (Hrsg.), *La santé psychique au cours de la vie. Rapport de base*. Berne et Lausanne: Promotion Santé Suisse Rapport 6.
- Anderson, R.J., Freedland, K.E., Clouse, R.E. & Lustman, P.J. (2001). The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes. A metaanalysis. *Diabetes Care*, 24(6): 1069-1078.
- Angermeyer, M.C., Matschinger, H., Carta, M.G. & Schomerus, G. (2014). Changes in the perception of mental illness stigma in Germany over the last two decades. *European Psychiatry*, 29(6): 390-395.
- Angst, J., Paksarian, D., Cui, L., Merikangas, K.R., Hengartner, M.P., Ajdacic-Gross, V. et al. (2016). The epidemiology of common mental disorders from age 20 to 50: results from the prospective Zurich cohort Study. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 25: 24-32.
- Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Tübingen: DGVt-Verlag.
- APA (2010). *Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder. 3rd edition*. Arlington (VA): American Psychiatric Association.
- APA (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. Arlington: American Psychiatric Association.
- ASSM (2018). *Directives médico-éthiques de l'ASSM: Attitude face à la fin de vie et à la mort*. Berne: Académie Suisse des Sciences Médicales. www.samw.ch/sterben-und-tod.
- Babitsch, B. (2005). *Soziale Ungleichheit, Geschlecht und Gesundheit*. Bern: Hans Huber.
- Bachmann, N. (2014). *Soziale Ressourcen als Gesundheitsschutz: Wirkungsweise und Verbreitung in der Schweizer Bevölkerung und in Europa*. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Bachmann, N. (2020). *Soziale Ressourcen Förderung sozialer Ressourcen als wichtiger Beitrag für die psychische Gesundheit und eine hohe Lebensqualität*. Bern: Gesundheitsförderung Schweiz.
- Bachmann, N. & Neuhaus, M. (2010). *Vierter Gesundheitsbericht des Kantons Bern. Die Gesundheitschancen sind ungleich verteilt*. Bern: Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Bern.
- Baer, N. (2017). Patienten mit psychisch bedingten Arbeitsproblemen: Besonderheiten und Handlungsmöglichkeiten. *Praxis*, 106(6): 311-317.
- Baer, N. & Cahn, T. (2009). Troubles psychiques. In: K. Meyer (Hrsg.), *La santé en Suisse. Rapport national sur la santé 2008* (S. 181-198). Genève: Éditions Médecine et Hygiène.
- Baer, N., Frick, U., Besse, C., Cuonz, N. & Matt, M. (2018). *Beruflich-soziale Eingliederung aus Perspektive von IV-Versicherten. Erfolgsfaktoren, Verlauf und Zufriedenheit*. Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen.
- Baer, N., Frick, U., Rota, F., Vallon, P., Aebi, K., Romann, C. et al. (2017). *Patienten mit Arbeitsproblemen. Befragung von Psychiaterinnen und Psychiatern in der Schweiz*. Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen.
- Baer, N., Schuler, D., Füglistner-Dousse, S. & Moreau-Gruet, F. (2013). *La dépression dans la population suisse. Données concernant l'épidémiologie, le traitement et l'intégration socioprofessionnelle (Obsan Rapport 56)*. Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.

- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev*, 84(2): 191-215.
- Bandura, A. (1997). The anatomy of stages of change. *Am J Health Promot*, 12(1): 8-10.
- Barsky, A., Orav, E. & Bates, D. (2006). Distinctive patterns of medical care utilization in patients who somatize. *Med Care*, 44: 803-811.
- Beautrais, A.L. (2000). *Risk factors for suicide and attempted suicide among young people. A report prepared for the National Health and Medical Research Council 1998*. Canberra: National Health and Medical Research Council.
- Becker, P., Schulz, P. & Schlotz, W. (2004). Persönlichkeit, chronischer Stress und körperliche Gesundheit: Eine prospektive Studie zur Überprüfung eines systemischen Anforderungs-Ressourcen-Modells. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 12(1): 11-23.
- Beekman, A.T., de Beurs, E., van Balkom, A.J., Deeg, D.J., van Dyck, R. & van Tilburg, W. (2000). Anxiety and depression in later life: Co-occurrence and communality of risk factors. *Am J Psychiatry*, 157(1): 89-95.
- Beierlein, C., Kovaleva, A., Kemper, C.J. & Rammstedt, B. (2012). *Ein Messinstrument zur Erfassung subjektiver Kompetenzerwartungen. Allgemeine Selbstwirksamkeit Kurzskala (ASKU)*. Köln: GESIS - Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften.
- Bengel, J. & Lyssenko, L. (2012). *Resilienz und psychologische Schutzfaktoren im Erwachsenenalter - Stand der Forschung zu psychologischen Schutzfaktoren von Gesundheit im Erwachsenenalter*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA).
- Benight, C. & Bandura, A. (2004). Social cognitive theory of posttraumatic recovery: The role of perceived self-efficacy. *Behaviour Research and Therapy*, 42: 1129-1148.
- BFS (2016). *Ambulante Krankenhauspatientinnen und -patienten im Jahr 2014: erste Ergebnisse*. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik.
- Blue Cross Blue Shield (2018). *Major Depression: The Impact on Overall Health*. US: Blue Cross Blue Shield.
- Bogner, K. & Landrock, U. (2015). *Antworttendenzen in standardisierten Umfragen (Version 1.1) (GESIS Survey Guidelines)*. Mannheim: GESIS - Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften.
- Bolliger, C., Champion, C., Gerber, M., Fritschi, T., Neuenschwander, P., Kraus, S. et al. (2020). *Auflagen zur Leistungsgewährung im Rahmen der Schadenminderungspflicht der Invalidenversicherung*. Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen.
- Bolliger, C. & Féraud, M. (2015). *Zusammenarbeit zwischen IV-Stelle und behandelndem Arzt: Formen, Instrumente und Einschätzungen der Akteure*. Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen.
- Bonabi, H., Müller, M., Ajdacic-Gross, V., Eisele, J., Rodgers, S., Seifritz, E. et al. (2016). Mental Health Literacy, Attitudes to Help Seeking, and Perceived Need as Predictors of Mental Health Service Use A Longitudinal Study. *The Journal of nervous and mental disease*, 204(4): 321-324.
- Bonanno, G.A. & Burton, C.L. (2013). Regulatory Flexibility: An Individual Differences Perspective on Coping and Emotion Regulation. *Perspect Psychol Sci*, 8(6): 591-612.
- Bonanno, G.A., Westphal, M. & Mancini, A.D. (2011). Resilience to loss and potential trauma. *Annu Rev Clin Psychol*, 7: 511-535.
- Bostwick, J.M., Pabbati, C., Geske, J.R. & McKean, A.J. (2016). Suicide attempt as a risk factor for completed suicide: even more lethal than we knew. *American journal of psychiatry*, 173(11): 1094-1100.
- BPTK (2020). *Corona-Pandemie und psychische Erkrankungen. BPTK-Hintergrund zur Forschungslage*. Berlin: Bundes Psychotherapeuten Kammer (BPTK).
- Braungardt, T., Schindler, N., Vogel, M. & Schneider, W. (2011). Förderung der Gesundheit und der psychosozialen Selbstwirksamkeit bei Langzeitarbeitslosen: Wirksamkeit eines manualisierten Gruppenprogramms. *Psychotherapeut*, 56(1): 40-46.
- Brenner, H.D., Rössler, W. & Fromm, U. (2003). Die moderne evidenzbasierte psychiatrische Versorgung: Welchen Weg nimmt die institutionelle Schweizer Psychiatrie? *Schweizerische Ärztezeitung*, 84(35): 1777-1786.
- Bretschneider, J., Janitza, S., Jacobi, F., Thom, J., Hapke, U., Kurth, T. et al. (2018). Time trends in depression prevalence and health-related correlates: results from population-based surveys in Germany 1997-1999 vs. 2009-2012. *BMC Psychiatry*, 18(1): 394.
- Brevik, J.I. & Dalgard, O.S. (1996). *The Health Profile Inventory*. Oslo.
- Brinkmann, R. (2014). *Angewandte Gesundheitspsychologie*. Deutschland: Pearson Studium.
- Burke, J., Wittchen, H., Regier, D. & Sartorius, N. (1990). Extracting information from diagnostic interviews on co-occurrence of symptoms of anxiety and depression. *Comorbidity of mood and anxiety disorders*: 649-667.
- Busch, M., Hapke, U. & Mensink, G. (2011). *Psychische Gesundheit und gesunde Lebensweise*. Berlin: Robert Koch-Institut.
- Busch, M.A., Maske, U.E., Ryl, L., Schlack, R. & Hapke, U. (2013). Prävalenz von depressiver Symptomatik und diagnostizierter Depression bei Erwachsenen in Deutschland. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsbl*, 56: 733-739.
- Cacioppo, J. & Patrick, W. (2008). *Loneliness: Human Nature and the Need for Social Connection*. New York: W.W. Norton & Co.
- Cacioppo, J.T., Cacioppo, S., Cole, S.W., Capitanio, J.P., Goossens, L. & Boomsma, D.I. (2015). Loneliness across phylogeny and a call for

- comparative studies and animal models. *Perspect Psychol Sci*, 10(2): 202-212.
- Cacioppo, J.T., Hughes, M.E., Waite, L.J., Hawkley, L.C. & Thisted, R.A. (2006). Loneliness as a specific risk factor for depressive symptoms: cross-sectional and longitudinal analyses. *Psychology and aging*, 21(1): 140-151.
- Cacioppo, S., Capitanio, J.P. & Cacioppo, J.T. (2014). Toward a neurology of loneliness *Psychol Bull.*, 140(6): 1464–1504.
- Calati, R., Bensassi, I. & Courtet, P. (2017). The link between dissociation and both suicide attempts and non-suicidal self-injury: meta-analyses. *Psychiatry research*, 251: 103-114.
- Camenzind, P. & Sturny, I. (2015). Psychiatrie und Psychotherapie. In: W. Oggier (Hrsg.), *Gesundheitswesen Schweiz 2015–2017*. Bern: Hogrefe.
- Camenzind, P. & Wiedenmayer, G. (2016). *Comportements ayant une incidence sur la santé: inégalités socioéconomiques et culturelles en Suisse sous la loupe (Obsan Bulletin 2/2016)*. Neuchâtel.
- Christen, L. & Christen, S. (2005). *Zwangseinweisungen in psychiatrische Kliniken der Schweiz. Analyse der Psychiatrie Zusatzdaten 2000–2002*. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Clement, S., Schauman, O., Graham, T., Maggioni, F., Evans-Lacko, S., Bezborodovs, N. et al. (2015). What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies. *Psychological medicine*, 45(1): 11-27.
- Deci, E.L. & Ryan, R.M. (2000). The "What" and "Why" of Goal Pursuits: Human Needs and the Self-Determination of Behavior. *Psychological Inquiry*, 11(4): 227-268.
- Dekker, J., Peen, J., Koelen, J., Smit, F. & Schoevers, R. (2008). Psychiatric disorders and urbanization in Germany. *BMC public health*, 8: 17.
- DeNiro, D.A. (1995). Perceived alienation in individuals with residual-type schizophrenia. *Issues Ment Health Nurs*, 16(3): 185-200.
- Dey, M., Paz Castro, R., Haug, S. & Schaub, M.P. (2019). Quality of life of parents of mentally-ill children: a systematic review and meta-analysis. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 28(5): 563-577.
- Dey, M., Paz Castro, R., Jorm, A.F., Marti, L., Schaub, M.P. & Mackinnon, A. (2020). Stigmatizing attitudes of Swiss youth towards peers with mental disorders. *PloS one*, 15(7).
- Dey, M., Reavley, N.J. & Jorm, A.F. (2016). Young people's difficulty in talking to others about mental health problems: An analysis of time trends in Switzerland. *Psychiatry research*, 237: 159-165.
- DREES & Santé publique France (2017). *L'état de santé de la population en France. Rapport 2017*. Paris.
- Dyck, M., Wenner, J., Wengler, A., Bartig, S., Fischer, F., Wandschneider, L. et al. (2019). Migration und Gesundheit in Deutschland – eine Bestandsaufnahme der Datenquellen. *Bundesgesundheitsblatt*, 62: 935-942.
- Eichenberger, A. (2002). *Zugang zur Behandlung und Prädiktoren der Inanspruchnahme professioneller Hilfe bei Depressionen und Angststörungen*. Institute für Sozial- und Präventivmedizin (ISPM) der Universitäten Basel, Bern und Zürich.
- Ernst, J. (2015). Psychische Erkrankungen – Die wahrgenommene Stigmatisierung ist rückläufig. *Psychother Psych Med*, 65(03/04): 89-89.
- Eurostat (2013). Revision of the European Standard Population. *eurostat methodologies and working papers*: 121.
- Faeh, D., Marques-Vidal, P., Chiolerio, A. & Bopp, M. (2008). Obesity in Switzerland: do estimates depend on how body mass index has been assessed? *Swiss medical weekly*, 138(13–14): 204–210.
- Falkai, P. & Wittchen, H.U. (Hrsg.). (2015). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen–DSM-5®*. Göttingen: Hogrefe.
- Favre Kruit, C. & Kessler, C. (2015). *Gesundheitsfolgenabschätzung. Eine Standortbestimmung auf kantonaler Ebene der Schweiz*. Bern und Lausanne.
- Florentine, J.B. & Crane, C. (2010). Suicide prevention by limiting access to methods: a review of theory and practice. *Social science & medicine*, 70(10): 1626-1632.
- Fritze, J., Sass, H. & Schmauss, M. (2001). *Befragung der Fachgesellschaften durch den Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen zur Frage von Ueber-, Unter- und Fehlversorgung: Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde*.
- Fryers, T., Melzer, D. & Jenkins, R. (2003). Social inequalities and the common mental disorders: a systematic review of the evidence. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 38(5): 229-237.
- Furnée, C.A., Groot, W. & Maassen van den Brink, H. (2008). The health effects of education: a meta-analysis. *European journal of public health*, 18(4): 417–421.
- Gariépy, G., Honkaniemi, H. & Quesnel-Vallée, A. (2016). Social support and protection from depression: systematic review of current findings in Western countries. *The British Journal of Psychiatry*, 209: 284–293.
- Gassmann, J. & Bridler, R. (2016). Fürsorgerische Unterbringung. In: C. Fountoulakis, K. Affolter-Fringeli et al. (Hrsg.), *Fachhandbuch Kindes- und Erwachsenenschutzrecht. Expertenwissen für die Praxis* (S. 329–402). Zürich: Schulthess Verlag.
- GBD 2017 DALYs and HALE Collaborators (2018). Global, regional, and national disability-adjusted life-years (DALYs) for 359 diseases and injuries and healthy life expectancy (HALE) for 195 countries

and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet*, 392: 1859–1922

Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2020). Definition: Altersstandardisierung: www.gbe-bund.de/gbe10/F?F=10215D (Zugriff am 25.09.2020).

Gesundheitsförderung Schweiz (2016). *Rahmenbedingungen für ein Kantonales Aktionsprogramm* Bern: Gesundheitsförderung Schweiz.

Gili, M., Luciano, J.V., Serrano, M.J., Jiménez, R., Bauza, N. & Roca, M. (2011). Mental disorders among frequent attenders in primary care: a comparison with routine attenders. *The Journal of nervous and mental disease*, 199(10): 744-749.

Gilman, S.E., Kawachi, I., Fitzmaurice, G.M. & Buka, S.L. (2002). Socioeconomic status in childhood and the lifetime risk of major depression. *International Journal Epidemiology*, 31(2): 359-367.

Grobe, T.G., Kleine-Budde, K., Bramesfeld, A., Thom, J., Bretschneider, J. & Hapke, U. (2019). Prävalenzen von Depressionen bei Erwachsenen – eine vergleichende Analyse bundesweiter Survey- und Routinedaten. *Gesundheitswesen*, 81(12): 1011-1017.

Groupe Romand Prévention Suicide (2019). *Rapport final : Analyse socio-économique « Observatoire Romand des Tentatives de Suicide », sur mandat de l'OFSP*. Berne.

Guggisberg, J., Bodory, H., Bischof, S., Höglinger, D. & Rudin, M. (2020). *Gesundheit der Migrationsbevölkerung – Ergebnisse der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2017*: Forschungsmandat im Auftrag vom Bundesamt für Gesundheit (BAG), Direktionsbereich Gesundheitspolitik, Sektion Gesundheitliche Chancengleichheit.

Gustavsson, A., Svensson, M., Jacobi, F., Allgulander, C., Alonso, J., Beghi, E. et al. (2011). Cost of disorders of the brain in Europe 2010. *Eur Neuropsychopharmacol*, 21(10): 718-779.

Gysin-Maillart, A. & Michel, K. (2013). *Kurztherapie nach Suizidversuch. ASSIP - Attempted Suicide Short Intervention Program. Therapiemanual*. Bern: Hans Huber.

Habenstein, A., Steffen, T., Bartsch, C., Michaud, K. & Reisch, T. (2013). Chances and limits of method restriction: a detailed analysis of suicide methods in Switzerland. *Archives of suicide research*, 17(1): 75-87.

Haidt, J. & Rodin, J. (1999). Control and efficacy as interdisciplinary bridges. *Rev. Gen. Psychol.*, 3(317-37).

Haller, E., Watzke, B., Blozik, E., Rosemann, T., Reich, O., Huber, C.A. et al. (2019). Antidepressant prescription practice and related factors in Switzerland: a cross-sectional analysis of health claims data. *BMC Psychiatry*, 19(1): 196.

Hapke, U., Cohrdes, C. & Nübel, J. (2019). Depressive Symptomatik im europäischen Vergleich – Ergebnisse des European Health Interview Survey (EHIS) 2. *Journal of Health Monitoring*, 4(4): 62–70.

Härter, M., Baumeister, H., Reuter, K., Jacobi, F., Höfler, M., Bengel, J. et al. (2007). Increased 12-month prevalence rates of mental disorders in patients with chronic somatic diseases. *Psychother Psychosom*, 76: 354–360.

Hawkley, L.C. & Cacioppo, J.T. (2010). Loneliness matters: a theoretical and empirical review of consequences and mechanisms. *Ann Behav Med*, 40(2): 218-227.

Hawkley, L.C. & Cacioppo, J.T. (2010). Loneliness matters: a theoretical and empirical review of consequences and mechanisms. *Ann Behav Med*, 40(2): 218-227.

Heinrich, L.M. & Gullone, E. (2006). The clinical significance of loneliness: a literature review. *Clin Psychol Rev*, 26(6): 695-718.

Helliwell, J.F., Layard, R., Sachs, J. & De Neve, J.-E. (2020). *World Happiness Report 2020*. New York: Sustainable Development Solutions Network.

Hengartner, M. P. (2017). *Prévalence sur la vie des maladies psychiques (Obsan Bulletin 5/2017)*. Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.

Hewer, W. & Schneider, F. (2017). Somatische Morbidität psychisch Kranker. In: F. Schneider (Hrsg.), *Facharztwissen Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie*. 2. Auflage (S. 571–582). Berlin, Heidelberg: Springer.

Hiltebrand, D., Dey, M., Bolliger, H. & Schaub, M. (2018). *Heroingestützte Behandlung in der Schweiz. Resultate der Erhebung 2017*. Zürich: ISGF.

Holmes, E.A., O'Connor, R.C., Perry, V.H., Tracey, I., Wessely, S., Arseneault, L. et al. (2020). Multidisciplinary research priorities for the COVID-19 pandemic: a call for action for mental health science. *The Lancet Psychiatry*, 7(6): 547-560.

Holt-Lunstad, J., Smith, T.B., Baker, M., Harris, T. & Stephenson, D. (2015). Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: a meta-analytic review. *Perspect Psychol Sci*, 10(2): 227-237.

Hotzy, F., Kieber-Ospelt, I., Schneeberger, A.R., Jaeger, M. & Olbrich, S. (2018). Length of Involuntary Hospitalization Related to the Referring Physician's Psychiatric Emergency Experience. *Administration And Policy In Mental Health*, 45(2): 254–264.

Jacobi, F. & Barnikol, U.B. (2015). Abschätzung von Prävalenz und Behandlungsbedarf psychischer Störungen. *Der Nervenarzt*, 86(1): 42-50.

Jacobi, F., Becker, M., Mullender, S., Bretschneider, J., Thom, J. & Fichter, M.M. (2017). Epidemiologie psychischer Störungen. In: H.-J. Möller, G. Laux et al. (Hrsg.), *Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie*. (Band 1: Allgemeine Psychiatrie 1, Band 2: Allgemeine Psychiatrie 2, Band 3: Spezielle Psychiatrie 1, Band 4: Spezielle Psychiatrie 2): Springer Verlag.

- Jacobi, F., Höfler, M., Strehle, J., Mack, S., Gerschler, A., Scholl, L. et al. (2014). Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. *Der Nervenarzt*, 85(1): 77-87.
- Jäger, M. & Rössler, W. (2012). Psychiatrische Versorgungsepidemiologie. *Der Nervenarzt*, 83(3): 389-402.
- Jorm, A.F., Patten, S.B., Brugha, T.S. & Mojtabai, R. (2017). Has increased provision of treatment reduced the prevalence of common mental disorders? Review of the evidence from four countries. *World Psychiatry*, 16(1): 90-99.
- Kaiser, B., Frey, M. & Huddleston, C. (2019). *Kostenfolgen eines Wechsels vom Delegations- zu einem Anordnungsmodell für Leistungen der psychologischen Psychotherapie für die OKP*. BSS Volkswirtschaftliche Beratung AG.
- Karger, A. (2014). Geschlechtsspezifische Aspekte bei depressiven Erkrankungen. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 57: 1092-1098.
- Kessler, R.C., Chiu, W.T., Demler, O. & Walters, E.E. (2005). Prevalence, Severity, and Comorbidity of 12-Month DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of general psychiatry*, 62(6): 617-627.
- Kessler, R.C. & WHO World Mental Health Survey Consortium (2004). Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *JAMA*, 291(21): 2581-2590.
- Keyes, C.L. (2002). The mental health continuum: from languishing to flourishing in life. *J Health Soc Behav*, 43(2): 207-222.
- Keyes, C.L. (2005). Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(3): 539.
- Keyes, C.L. (2007). Promoting and protecting mental health as flourishing: a complementary strategy for improving national mental health. *American Psychologist*, 62(2): 95.
- Kieber-Ospelt, I., Theodoridou, A., Hoff, P., Kawohl, W., Seifritz, E. & Jaeger, M. (2016). Quality criteria of involuntary psychiatric admissions – before and after the revision of the civil code in Switzerland. *BMC Psychiatry*, 16: 291.
- Kocalevent, R.-D., Mierke, A. & Brähler, E. (2014). BRCS - Brief Resilient Coping Scale. In: C. J. Kemper, E. Brähler et al. (Hrsg.), *Psychologische und sozial-wissenschaftliche Kurzskalen* (1 Aufl., S. 43-45). Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Koopmans, G., Donker, M. & Rutten, F. (2005). Common mental disorders and use of general health services: a review of the literature on population-based studies. *Acta Psychiatr Scand*, 111: 341-350.
- Kroenke, K., Spitzer, R.L. & Williams, J.B.W. (2001). The PHQ-9. *Journal of General Internal Medicine*, 16(9): 606-613.
- Kroll, L.E., Müters, S. & Lampert, T. (2016). *Arbeitslosigkeit und ihre Auswirkungen auf die Gesundheit. Ein Überblick zum Forschungsstand und zu aktuellen Daten der Studien GEDA 2010 und GEDA 2012*. Berlin: Robert Koch-Institut.
- Kruse, J., Schmitz, N., Wöller, W., Heckrath, C. & Tress, W. (2004). Why does the general practitioner overlooks psychological disorders in his patient? *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 54(2): 45-51.
- Kuhl, H.C. (2008). *Stationäre Psychiatrie in der Schweiz 2000-2008* (Arbeitsdokument Nr. 31). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Kuhl, H.C. & Herdt, J. (2007). *Stationäre psychiatrische Inanspruchnahme in der Schweiz. Eine epidemiologische Auswertung der Medizinischen Statistik*. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Kuntz, B. (2011). Bildung und Gesundheit. In: H. C. Schott T. (Hrsg.), *Die Gesellschaft und ihre Gesundheit: VS Verlag für Sozialwissenschaften*.
- Künzi, K., Stocker, D. & Schläpfer, D. (2020). *Volkswirtschaftlicher Nutzen des Anordnungsmodells und damit eines niederschwelligeren Zugangs zu ambulanter Versorgung bei psychischen Erkrankungen*. Bern: Föderation der Schweizer Psychologinnen und Psychologen.
- Lachman, M.E. & Weaver, S.L. (1998). The Sense of Control as a Moderator of Social Class Differences in Health and Well-Being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74(3): 763-773.
- Lai, H.M., Cleary, M., Sitharthan, T. & Hunt, G.E. (2015). Prevalence of comorbid substance use, anxiety and mood disorders in epidemiological surveys, 1990-2014: A systematic review and meta-analysis. *Drug Alcohol Depend*, 154: 1-13.
- Lambert, M., Bock, T., Löwe, B., Schulte-Markwort, M., Schäfer, I., Gumz, A. et al. (2013). Mental health of children, adolescents and young adults - part 1: prevalence, illness persistence, adversities, service use, treatment delay and consequences. *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie*, 81.11 614.
- Lampert, T., Richter, M., Schneider, S., Spallek, J. & Dragano, N. (2016). Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Stand und Perspektiven der sozialepidemiologischen Forschung in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 2(59): 153-165.
- Laszewska, A., Wancata, J., Jahn, R. & Simon, J. (2020). The excess economic burden of mental disorders: findings from a cross-sectional prevalence survey in Austria. *Eur J Health Econ*, 21(7): 1075-1089.
- Laux, G. (2017). Depressive Störungen. In: H.-J. Möller, G. Laux et al. (Hrsg.), *Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie: Band 1: Allgemeine Psychiatrie Band 2: Spezielle*

Psychiatrie. 5. erweiterte und neu bearbeitete. Aufl., . Berlin - Heidelberg - New York : Springer-Verlag.

Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.

Le Conseil fédéral (2019). *Politique de la santé: stratégie du Conseil fédéral 2020-2030*. Berne: Conseil fédéral.

Lesage, A., Rochette, L., Emond, V., Pelletier, E., St-Laurent, D., Diallo, F.B. et al. (2015). A Surveillance System to Monitor Excess Mortality of People With Mental Illness in Canada. *Can J Psychiatry*, 60(12): 571-579.

Leuenberger, R. & Mauro, G. (2018). Changements dans la méthode mixte. *Sécurité sociale CHSS*, 1/2018: 40-46.

Lippke, S. & Renneberg, B. (2006). Konzepte von Gesundheit und Krankheit Gesundheitspsychologie (S. 7-12): Springer.

Liu, N.H., Daumit, G.L., Dua, T., Aquila, R., Charlson, F., Cuijpers, P. et al. (2017). Excess mortality in persons with severe mental disorders: a multilevel intervention framework and priorities for clinical practice, policy and research agendas. *World Psychiatry*, 16(1): 30-40.

Lorant, V., Deliege, D., Eaton, W., Robert, A., Philippot, P. & Ansseau, M. (2003). Socioeconomic inequalities in depression: a meta-analysis. *Am J Epidemiol*, 157(2): 98-112.

Löwe, B.P. & Spitzer, R.L. (2001). *Gesundheitsfragebogen für Patienten PHQ-D: Manual; Komplettversion und Kurzform*: Pfizer GmbH.

Luszczynska, A., Gutiérrez-Doña, B. & Schwarzer, R. (2005). General self-efficacy in various domains of human functioning: Evidence from five countries. *International Journal of Psychology*, 40(2): 80–89.

Mack, S., Jacobi, F., Gerschler, A., Strehle, J., Höfler, M., Busch, M.A. et al. (2014). Self-reported utilization of mental health services in the adult German population—evidence for unmet needs? Results of the DEGS1-Mental Health Module (DEGS1-MH) *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 23(3): 289-303.

Maercker, A., Perkonig, A., Preisig, M., Schaller, K. & Weller, M. (2013). The costs of disorders of the brain in Switzerland: an update from the European Brain Council Study for 2010. *Swiss Med Wkly*, 143(w13751).

Maffli, E., Eichenberger, Y., Delgrande Jordan, M., Labhart, F., Gmel, G. & Kretschmann, A. (2020). *Rapport annuel act-info 2018*. Berne: Office fédéral de la santé publique.

Marmot, M. (2005). Social determinants of health inequalities. *Lancet*, 365(9464): 1099-1104.

Marmot, M. (2010). *Fair Society Healthy Lives (The Marmot Review)*. The Marmot Review.

Mauz, E. & Jacobi, F. (2008). Psychische Störungen und soziale Ungleichheit im Geburtskohortenvergleich. *Psychiatrische Praxis*, 35: 343-352.

McNutt, L.A., Wu, C., Xue, X. & Hafner, J.P. (2003). Estimating the relative risk in cohort studies and clinical trials of common outcomes. *Am J Epidemiol*, 157(10): 940-943.

Mernyi, L., Hölzle, P. & Hamann, J. (2018). Berufstätigkeit und Rückkehr an den Arbeitsplatz bei stationär-psychiatrisch behandelten Patienten. *Psychiatrische Praxis*, 45(04): 197-205.

Michel, C., Schnyder, N., Schmidt, S.J., Groth, N., Schimmelmann, B.G. & Schultze-Luttera, F. (2018). Functioning mediates help-seeking for mental problems in the general population. *European Psychiatry*, 54: 1–9.

Michel, K. (2012). *Suizid ist keine überlegte Handlung*: Fachinformationen Suizidalität.

Mielck, A. (2000). *Soziale Ungleichheit und Gesundheit: empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten*. Bern: Hans Huber.

Mielck, A. (2005). *Soziale Ungleichheit und Gesundheit*. Bern: Hans Huber.

Mielck, A. (2012). Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Empirische Belege für die zentrale Rolle der schulischen und beruflichen Bildung. In: E. Brähler, J. Kiess et al. (Hrsg.), *Gesund und gebildet. Voraussetzungen für eine moderne Gesellschaft* (S. 129–145). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Mitchell, A.J., Vaze, A. & Rao, S. (2009). Clinical diagnosis of depression in primary care: a meta-analysis. *The Lancet*, 374(9690): 609-619.

Modetta, C. (2009). *Delphi-Studie zu Gründen für das verlangsamte Wachstum der IV-Neurenten*. Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen.

Muheim, F., Eichhorn, M., Berger, P., Czernin, S., Stoppe, G., Keck, M. et al. (2013). Suicide attempts in the county of Basel: results from the WHO/EURO Multicenter Study on Suicidal Behaviour. *Swiss Med Wkly*, 143(w13759).

Muijen, M. (2014). The future role of psychiatry in Europe – The WHO European Mental Health Action Plan. *Die Psychiatrie*, 11(1): 11-18.

Murray, C.J. & Lopez, A.D. (1996). *The global burden of disease: A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020*. Cambridge: MA, Harvard School of Public Health on behalf of the World Health Organization and the World Bank.

Nowotny, M., Kern, D., Breyer, E., Bengough, T. & Griebler, R. (2019). *Depressionsbericht Österreich. Eine interdisziplinäre und multiperspektivische Bestandsaufnahme*. Wien: Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz.

NPG (2020). Coronavirus und psychische Gesundheit: www.npg-rsp.ch/de/metanav/an-betroffene-angehoerige-hilfe

[suchende/coronavirus-und-psychische-gesundheit.html](#) (Zugriff am 21.09.2020).

Nübel, J., Müllender, S., Hapke, U. & Jacobi, F. (2019). Epidémie der Depression? Prävalenzentwicklung und Inanspruchnahme von Hilfs- und Versorgungsangeboten. *Nervenarzt*, 90: 1177–1186.

Obsan (2020). *La santé en Suisse – Enfants, adolescents et jeunes adultes*. Berne: Hogrefe.

OCDE (2000). Better Life Index: www.oecdbetterlifeindex.org/fr/#/11111111111 (consulté le 16.06.2020).

OECD (2012). *Sick on the job? Myths and realities about mental health and work*. Paris: OECD.

OECD (2018). *Children & Young People's Mental Health in the Digital Age. Shaping the Future*: OECD.

OECD (2019). Health at a Glance 2019: OECD Indicators: www.oecd-ilibrary.org/sites/d4e9f522-en/index.html?itemId=/content/component/d4e9f522-en&mimeType=text/html# (Zugriff am 21.09.2020).

OECD/EU (2018). *Health at a glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle*. Paris: OECD Publishing.

OFAS (2010). *Programme de recherche sur l'assurance-invalidité 2006–2009: rapport de synthèse*. Berne: Office fédéral des assurances sociales.

OFAS (2011). *Statistique de l'AI 2010*. Berne: Office fédéral des assurances sociales.

OFAS (2013). *Statistique de l'AI 2012*. Berne: Office fédéral des assurances sociales.

OFAS (2015). *Troisième programme pluriannuel de recherche sur la mise en œuvre de l'assurance-invalidité 2016–2020 (PR-AI 3). Concept du 27 août 2015*. Berne: Office fédéral des assurances sociales.

OFAS (2019). *Lettre circulaire AI no 395*. Berne: Office fédéral des assurances sociales.

OFS (2012). *Statistique des causes de décès 2009. Assistance au suicide et suicide en Suisse*. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique.

OFS (2016a). *Statistique des causes de décès 2014. Suicide assisté et suicide en Suisse*. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique.

OFS (2016b). Indicateurs: Qualité de vie: www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/themes-transversaux/city-statistics/indicateurs-qualite-vie.html (consulté le 16.06.2020).

OFS (2017). *Rapport statistique sur l'intégration de la population issue de la migration*. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique.

OFS (2018). MONET 2030: Taux de suicide: www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/developpement-

[durable/monet-2030/tous-selon-themes/3-sante/taux-suicide.html](#) (Zugriff am 22.09.2020).

OFS (2019). *Enquête suisse sur la santé 1992 à 2017. Documentation des indices de 1992 à 2017*. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique (OFS), Section Santé de la population (GESB).

OFS (2020a). *Enquête suisse sur la population active ou relevé structurel: quelle source pour mesurer le statut migratoire? Recommandations de l'OFS*. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique.

OFS (2020b). *Enquête suisse sur la santé 2017: État de santé de la population issue de la migration*. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique.

OFS (2020c). *Enquête suisse sur la santé 2017: inégalités sociales en santé physique*. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique.

OFS (2020d). *La psychiatrie stationnaire dans la perspective TARPSY en 2018*. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique.

OFSP (2010). *VIH et autres infections sexuellement transmissibles (PNVI), 2011–2017*. Berne: Office fédéral de la santé publique.

OFSP (2015a). *Santé psychique en Suisse – État des lieux et champs d'action. Rapport sur mandat du Dialogue Politique nationale de la santé*. Berne: Office fédéral de la santé publique.

OFSP (2015b). *Stratégie nationale Addictions, 2017–2024*. Berne: Office fédéral de la santé publique.

OFSP (2016a). *Avenir de la psychiatrie en Suisse: Rapport en réponse au postulat de Philipp Stähelin (10.3255)*. Berne: Office fédéral de la santé publique.

OFSP (2016b). *La prévention du suicide en Suisse. Contexte, mesures à prendre et plan d'action. Rapport sur mandat du Dialogue Politique nationale de la santé. Version pour la consultation du printemps 2016*. Berne: Office fédéral de la santé publique.

OFSP & CDS (2016). *Stratégie nationale Prévention des maladies non transmissibles (stratégie MNT) 2017–2024* Office fédéral de la santé publique (OFSP) et Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS).

OFSP, CDS & Promotion Santé Suisse (2016). *La prévention du suicide en Suisse. Contexte, mesures à prendre et plan d'action*. Berne: Office fédéral de la santé publique (OFSP), Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) et fondation Promotion Santé Suisse.

Ohayon, M.M. & Schatzberg, A.F. (2010). Chronic pain and major depressive disorder in the general population. *J Psychiatr Res*, 44(7): 454–461.

OMS (1946). Constitution de l'organisation mondiale de la santé New York: OMS.

- OMS (2001). *Rapport sur la santé dans le monde 2001 - La santé mentale: Nouvelle conception, nouveaux espoirs*. Genève: Organisation mondiale de la santé.
- OMS (2013). *Plan d'action pour la santé mentale 2013-2020* (Nr. 9241506024). Genève: Organisation mondiale de la Santé.
- OMS (2019, 02.09.2019). Suicide: www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/suicide (Zugriff am 10.08.2020).
- OMS Bureau régional de l'Europe (2019). *Santé mentale – Aide-mémoire*. Geneva: Organisation mondiale de la santé.
- OMS Europe (2006). *Santé mentale: relever les défis, trouver des solutions. Rapport de la Conférence ministérielle européenne de l'OMS*. Copenhagen: OMS Europe.
- Ostertag, L., Golay, P., Dorogi, Y., Brovelli, S., Bertran, M., Cromec, I. et al. (2019). The implementation and first insights of the French-speaking Swiss programme for monitoring self-harm. *Swiss medical weekly*, 149.
- Ostertag, L., Golay, P., Dorogi, Y., Brovelli, S., Bertran, M., Cromec, I. et al. (2019). The implementation and first insights of the French-speaking Swiss programme for monitoring self-harm. *Swiss Med Wkly*, 149:w20016.
- Ozamiz-Etxebarria, N., Idoiaga Mondragon, N., Dosil Santamaría, M. & Picaza Gorrotxategi, M. (2020). Psychological Symptoms During the Two Stages of Lockdown in Response to the COVID-19 Outbreak: An Investigation in a Sample of Citizens in Northern Spain. *Front. Psychol.*, 11(1491).
- Parker, G. & Brotchie, H. (2010). Gender differences in depression. *Int Rev Psychiatry*, 22(5): 429-436.
- Paul, K.I. & Moser, K. (2009). Unemployment impairs mental health: Meta-analyses. *Journal of Vocational Behavior*, 74: 264-282.
- Pearlin, L.I., Lieberman, M.A., Menaghan, E.G. & Mullan, J.T. (1981). The stress process. *J Health Soc Behav*, 22(4): 337-356.
- Peter, C. & Tuch, A. (2019). *Pensées suicidaires et tentatives de suicide dans la population suisse (Obsan Bulletin 7/2019)*. Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.
- Peter, O., Lang, J., Stein, K., Wirth, K. & Jungbauer, J. (2019). "Ich bin nicht die Diagnose – aber sie ist auch ein Teil von mir" – Eine qualitative Interviewstudie zu Sichtweisen von psychisch erkrankten Menschen. *Psychiat Prax*, 46: 27–33.
- Petersen, T. (2002). *Das Feldexperiment in der Umfrageforschung*. Frankfurt: Campus.
- Pfefferbaum, B. & North, C.S. (2020). Mental Health and the Covid-19 Pandemic. *New England Journal of Medicine*, 383(6): 510-512.
- Platt, J., Prins, S., Bates, L. & Keyes, K. (2016). Unequal depression for equal work? How the wage gap explains gendered disparities in mood disorders. *Soc Sci Med*, 149: 1-8.
- Prince, M., Patel, V., Saxena, S., Maj, M., Maselko, J., Phillips, M.R. et al. (2007). No health without mental health. *Lancet*, 370: 859-877.
- Prins, R. (2017). *Jeunes atteints dans leur santé : mesures d'activation et de prévention de la dépendance aux rentes d'invalidité. Aperçu des réformes menées, des expériences faites et des enseignements tirés dans cinq pays*. Berne: Office fédéral des assurances sociales.
- Razum, O. (2009). Migration, Mortalität und der Healthy-migrant-Effekt. In: M. Richter & K. Hurrelmann (Hrsg.), *Gesundheitliche Ungleichheit: Grundlagen, Probleme, Konzepte*, 2. aktualisierte Aufl. (S. 267-282). Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Razum, O., Zeeb, H., Meesmann, U., Schenk, L., Bredehorst, M., Brzoska, P. et al. (2008). *Schwerpunktbericht der Gesundheitsberichterstattung des Bundes - Migration und Gesundheit*. Berlin: Robert Koch-Institut.
- Reisch, T., Schuster, U. & Michel, K. (2007). Suicide by Jumping and Accessibility of Bridges: Results from a National Survey in Switzerland. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 37: 681-687.
- Reisch, T., Steffen, T., Habenstein, A. & Tschacher, W. (2013). Change in suicide rates in Switzerland before and after firearm restriction resulting from the 2003 "Army XXI" reform. *American journal of psychiatry*, 170(9): 977-984.
- Richard, A., Rohrmann, S., Vandeleur, C.L., Schmid, M., Barth, J. & Eichholzer, M. (2017). Loneliness Is Adversely Associated With Physical and Mental Health and Lifestyle Factors: Results From a Swiss National Survey. *PloS one*, 12(7).
- Rico-Uribe, L.A., Caballero, F.F., Olaya, B., Tobiasz-Adamczyk, B., Koskinen, S., Leonardi, M. et al. (2016). Loneliness, Social Networks, and Health: A Cross-Sectional Study in Three Countries. *PloS one*, 11(1): e0145264.
- Robert Koch-Institut (2019). *Forschungsprojekt - Mental Health Surveillance für Deutschland*. Berlin: Robert Koch-Institut.
- Roepke, S.K. & Grant, I. (2011). Toward a More Complete Understanding of the Effects of Personal Mastery on Cardiometabolic Health. *Health Psychol.*, 30(5): 615–632.
- Rommel, A., Bretschneider, J., Kroll, L.E., Prütz, F. & Thom, J. (2017). Inanspruchnahme psychiatrischer und psychotherapeutischer Leistungen – Individuelle Determinanten und regionale Unterschiede. *Journal of Health Monitoring*, 2(4).
- Rotter, J.B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs: General and Applied*, 80(1): No. 609.
- Rüesch, P., Bartlomé, P. & Huber, C. (2006). *Evaluation von Messinstrumenten für den strategischen Bereich «psychische Gesundheit/Stress»*. Bern: Erarbeitet im Auftrag von Gesundheitsförderung Schweiz.

- Rüesch, P. & Manzoni, P. (2003). *La santé psychique en Suisse - Monitoring*. Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.
- Ruholl, S. (2007). *Selbstwirksamkeit als Indikator für psychische Störungen*.
- Ryan, R.M. & Frederick, C. (1997). On Energy, Personality, and Health: Subjective Vitality as a Dynamic Reflection of Well-Being. *Journal of Personality*, 65(3): 529-565.
- Salari, N., Hosseini-Far, A., Jalali, R., Vaisi-Raygani, A., Rasoulopoor, S., Mohammadi, M. et al. (2020). Prevalence of stress, anxiety, depression among the general population during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. *Globalization and Health*, 16(57).
- Sareen, J., Jagdeo, A., Cox, B., Clara, I., Ten Have, M., Belik, S. et al. (2007). Perceived barriers to mental health service utilization in the United States, Ontario, and the Netherlands. *Psychiatric Services*, 58: 357-364.
- Sartorius, N. (2013). Comorbidity of mental and physical disorders: a main challenge to medicine in the 21st century. *Psychiatr Danub*, 25 Suppl 1: 4-5.
- Savageau, J., McLoughlin, M., Ursan, A., Bai, Y., Collins, M. & Cashman, S. (2006). Characteristics of frequent attenders at a community health center. *J Am Board Fam Med*, 19: 265-275.
- Scharfetter, C. (2002). *Allgemeine Psychopathologie*. Stuttgart: Thieme.
- Schmidlin, S., Borer, J., Clerc, R. & Allemann, E. (2017). *Angebote am Übergang I für Jugendliche mit gesundheitlichen Einschränkungen*. Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen.
- Schmidt, C.O. & Kohlmann, T. (2008). When to use the odds ratio or the relative risk? *International journal of public health*, 53(3): 165.
- Schneider, S. & Margraf, J. (2009). *Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Band 3: Störungen im Kindes- und Jugendalter*. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Schnyder-Walser, K., Rüflin, R., Grunder, M. & Widmer, P. (2015). *Literaturanalyse „Gesundheitliche Ungleichheit: Ursachen, Problemfelder und mögliche Massnahmen ausserhalb des Migrationskontexts“*. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- Schnyder, N., Panczak, R., Groth, N. & Schultze-Lutter, F. (2017). Association between mental health-related stigma and active help-seeking: Systematic review and meta-analysis. *British journal of psychiatry*, 210(4): 261-268.
- Schuler, D. & Burla, L. (2012). *La santé psychique en Suisse. Monitoring*. Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.
- Schuler, D., Rüesch, P. & Weiss, C. (2007). *La santé psychique en Suisse. Monitoring (Document de travail 24)* (Document de travail). Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.
- Schuler, D., Tuch, A., Buscher, N. & Camenzind, P. (2016). *La santé psychique en Suisse. Monitoring 2016*. Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.
- Schuler, D., Tuch, A. & Peter, C. (2018). *Placements en établissement psychiatrique à des fins d'assistance (Obsan Bulletin 2/2018)*. Neuchâtel: Observatoire Suisse de la santé.
- Schuler, D., Tuch, A. & Peter, C. (2019). *Santé psychique. Chiffres clés 2017 (Obsan Bulletin 8/2019)*. Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.
- Schutte, N.S. & Malouff, J.M. (2019). The Impact of Signature Character Strengths Interventions: A Meta-analysis. *Journal of Happiness Studies*, 20: 1179–1196.
- Schwarzer, R. (1992). Self-efficacy in the adoption and maintenance of health behaviors: Theoretical approaches and a new model. In: R. Schwarzer (Hrsg.), *Self-efficacy: Thought control of action* (S. 217–243). Washington: Hemisphere Publishing Corp.
- Schwarzer, R. (2004). *Psychologie des Gesundheitsverhaltens. Einführung in die Gesundheitspsychologie (3. Aufl.)*. Göttingen: Hogrefe.
- Schwarzer, R. & Jerusalem, M. (2002). Das Konzept der Selbstwirksamkeit. *Zeitschrift für Pädagogik - Beiheft*, 44: 28-53.
- Scott, K.M., Lim, C., Al-Hamzawi, A., Alonso, J., Bruffaerts, R., Caldas-de-Almeida, J.M. et al. (2016). Association of Mental Disorders With Subsequent Chronic Physical Conditions: World Mental Health Surveys From 17 Countries. *JAMA Psychiatry*, 73(2): 150-158.
- Seeman, M. & Lewis, S. (1995). Powerlessness, health, and mortality: a longitudinal study of older men and mature women. *Soc.Sci.Med.*, 41: 517–525.
- Seligman, M. (2012). *Flourish: Wie Menschen aufblühen*. München, Deutschland: Kösel.
- Seligman, M.E.P. & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55(1): 5-14.
- Serafini, G., Parmigiani, B., Amerio, A., Aguglia, A., Sher, L. & Amore, M. (2020). The psychological impact of COVID-19 on the mental health in the general population. *QJM: An International Journal of Medicine*, 113(8): 531-537.
- Sher, L. (2020). The impact of the COVID-19 pandemic on suicide rates. *QJM*, 113(10): 707-712.
- Simpson, K.R., Meadows, G.N., Frances, A.J. & Patten, S.B. (2012). Is mental health in the Canadian population changing over time? *Can J Psychiatry*, 57(5): 324-331.
- Sinclair, V.G. & Wallston, K.A. (2004). The development and psychometric evaluation of the Brief Resilient Coping Scale. *Assessment*, 11(1): 94-101.

- Skinner, E.A., Edge, K., Altman, J. & Sherwood, H. (2003). Searching for the structure of coping: a review and critique of category systems for classifying ways of coping. *Psychol Bull*, 129(2): 216-269.
- Southwick, S.M., Bonanno, G.A., Masten, A.S., Panter-Brick, C. & Yehuda, R. (2014). Resilience definitions, theory, and challenges: interdisciplinary perspectives. *European journal of psychotraumatology*, 5: 1-14.
- Spallek, J. & Razum, O. (2016). Migration und Gesundheit. In: M. Richter & K. Hurrelmann (Hrsg.), *Soziologie von Gesundheit und Krankheit* (S. 153-166). Wiesbaden: Springer.
- Spiess, M. & Schnyder-Walser, K. (2018). *Chancengleichheit und Gesundheit – Zahlen und Fakten für die Schweiz – Hintergrunddokument*. Bern: socialdesign ag, im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG).
- Stamm, H. & Lamprecht, M. (2009). La formation en tant que ressource de santé. In: K. Meyer (Hrsg.), *La santé en Suisse. Rapport national sur la santé 2008*. Chêne-Bourg: Editions Médecine et Hygiène.
- Stamm, K. & Salize, H.-J. (2006). Volkswirtschaftliche Konsequenzen. In: G. Stoppe, A. Bramesfeld et al. (Hrsg.), *Volkkrankheit Depression? Bestandesaufnahme und Perspektiven* (S. 109-120). Berlin: Springer.
- Steck, N., Junker, C. & Zwahlen, M. (2018). Increase in assisted suicide in Switzerland: did the socioeconomic predictors change? Results from the Swiss National Cohort. *BMJ open*, 8(4): e020992.
- Steffen, T., Maillart, A., Michel, K. & Reisch, T. (2011). *Monitoring des suizidalen Verhaltens in der Agglomeration Bern der Jahre 2004 bis 2010*. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- Stettler, P., Stocker, D., Gardiol, L., Bischof, S. & Künzi, K. (2013). *Strukturerhebung zur psychologischen Psychotherapie in der Schweiz 2012. Angebot, Inanspruchnahme und Kosten*. Bern: Büro für Arbeits- und sozialpolitische Studien BASS AG. Im Auftrag der Föderation der Schweizer Psychologinnen und Psychologen (FSP).
- Stocker, D., Jäggi, J., Liechti, L., Schläpfer, D., Németh, P. & Künzi, K. (2020). *Der Einfluss der COVID-19-Pandemie auf die psychische Gesundheit der Schweizer Bevölkerung und die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung in der Schweiz. Erster Teilbericht*. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- Stocker, D., Stettler, P., Jäggi, J., Bischof, S., Guggenbühl, T., Abrassart, A. et al. (2016). *Versorgungssituation psychisch erkrankter Personen in der Schweiz*. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- Stravynski, A. & Boyer, R. (2001). Loneliness in relation to suicide ideation and parasuicide: a population-wide study. *Suicide Life Threat Behav*, 31(1): 32-40.
- Strine, T.W., Mokdad, A.H., Balluz, L.S., Gonzalez, O., Crider, R., Berry, J.T. et al. (2008). Depression and anxiety in the United States: findings from the 2006 Behavioral Risk Factor Surveillance System. *Psychiatr Serv*, 59(12): 1383-1390.
- Stulz, N., Pichler, E.M., Kawohl, W. & Hepp, U. (2018). The gravitational force of mental health services: distance decay effects in a rural Swiss service area. *BMC Health Serv Res*, 18(1): 81.
- Sturny, I. & Schuler, D. (2011). *Psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung in der Schweiz. Monitoring 2010*. Neuchâtel: Obsan.
- SwissDRG (2016a). *Das Wichtigste zu TARPSY*. Bern: SwissDRG.
- SwissDRG (2016b). SwissDRG-Version 5.0 Abrechnungsversion (2016/2016). Definitionshandbuch. Band 5 Anhänge. Anhang C: CCs, CC-Ausschlüsse, CCL und PCCL-Berechnung: www.drugs.ch/fileadmin/user_upload/SwissDRG_2.0/SwissDRG_2_0_PCCL.pdf (Zugriff am 10.8.20).
- Tag, B. (2016). Strafrecht am Ende des Lebens – Sterbehilfe und Hilfe zum Suizid in der Schweiz. *Zeitschrift für die gesamte Strafrechtswissenschaft*, 128(1): 73-88.
- The Commonwealth Fund (2019). 2019 Commonwealth Fund International Health Policy Survey of Primary Care Physicians www.commonwealthfund.org/series/international-health-policy-surveys (Zugriff am 21.09.2020).
- Thom, J., Hoebel, J., Nübel, J., Kurth, T. & Hapke, U. (2019). Nehmen Depressionsdiagnosen bevölkerungsweit zu? Prävalenzen selbstberichteter ärztlich diagnostizierter Depression in den repräsentativen Querschnittsstudien „Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA)“ der Jahre 2009 und 2012. *Psychiatrische Praxis*, 46(06): 310-316.
- Thom, J., Kuhnert, R., Born, S. & Hapke, U. (2017). 12-Monats-Prävalenz der selbstberichteten ärztlich diagnostizierten Depression in Deutschland. *Journal of Health Monitoring*, 2(3): 72-79.
- Tiesmeyer, K., Brause, M., Lierse, M., Lukas-Nülle, M. & Hehlmann, T. (2008). *Der blinde Fleck. Ungleichheiten in der Gesundheitsversorgung*. Bern: Hans Huber.
- Tiwari, R.C., Clegg, L.X. & Zou, Z. (2006). Efficient interval estimation for age-adjusted cancer rates. *Statistical methods in medical research*, 15(6): 547-569.
- Trautmann, S., Rehm, J. & Wittchen, H.U. (2016). The economic costs of mental disorders: Do our societies react appropriately to the burden of mental disorders? *EMBO Rep*, 17(9): 1245-1249.
- Tuch, A., Jörg, R., Hedinger, D. & Widmer, M. (2018). *Qualität der stationären Leistungen unter der neuen Spitalfinanzierung. Monitoring der Qualitätsindikatoren 2009–2016. Schlussbericht (Obsan Dossier 65)*. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Tuch, A. & Schuler, D. (2020). Santé psychique. In: Observatoire suisse de la santé (Hrsg.), *La santé en Suisse – Enfants, adolescents et jeunes adultes. Rapport national sur la santé 2020*. Berne: Hogrefe Verlag.

- Turner, R.J. & Turner, J.B. (1999). Social integration and support. In: C. S. Aneshensel & J. C. Phelan (Hrsg.), *Handbook of the sociology of mental health* (S. 301-320). New York: Kluwer Academic/Plenum.
- UNO Generalversammlung (2015). *Transformation unserer Welt: die Agenda 2030 für nachhaltige Entwicklung. Resolution der Generalversammlung, verabschiedet am 25. September 2015.*
- Vardell, E. (2020). Global Health Observatory Data Repository. *Medical Reference Services Quarterly*, 39(1): 67-74.
- Veit, C.T. & Ware, J.E., Jr. (1983). The structure of psychological distress and well-being in general populations. *J Consult Clin Psychol*, 51(5): 730-742.
- Verlinde, E., De Laender, N., De Maesschalck, S., Deveugele, M. & Willems, S. (2012). The social gradient in doctor-patient communication. *Int J Equity Health*, 11(12): 1475–9276.
- von Wyl, A., Chew Howard, E., Wade-Bohleber, L., Passalacqua, S., Schneebeli, L., Haemmerle, P. et al. (2020). *Stationäre und tagesklinische Angebote der psychiatrischen Gesundheitsversorgung an der Schnittstelle des Jugendund Erwachsenenalters in der Schweiz. Eine Bestandesaufnahme bestehender Angebote im Auftrag des BAG.* Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- Walker, E.R., McGee, R.E. & Druss, B.G. (2015). Mortality in mental disorders and global disease burden implications: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 72(4): 334-341.
- Wang, P.S., Berglund, P., Olfson, M., Pincus, H.A., Wells, K.B. & Kessler, R.C. (2005). Failure and delay in initial treatment contact after first onset of mental disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*, 62(6): 603-613.
- Weinberger, A.H., Gbedemah, M., Martinez, A.M., Nash, D., Galea, S. & Goodwin, R.D. (2018). Trends in depression prevalence in the USA from 2005 to 2015: widening disparities in vulnerable groups. *Psychol Med*, 48(8): 1308-1315.
- Werlen, L., Puhon, M.A., Landolt, M.A. & Mohler-Kuo, M. (2020). Mind the treatment gap: the prevalence of common mental disorder symptoms, risky substance use and service utilization among young Swiss adults. *BMC public health*, 20(1): 1470.
- Westerhof, G.J. & Keyes, C.L. (2010). Mental illness and mental health: The two continua model across the lifespan. *Journal of adult development*, 17(2): 110-119.
- Weyerer, S. & Bickel, H. (2007). Epidemiologie depressiver Erkrankungen und suizidaler Handlungen. In: S. Weyerer & H. Bickel (Hrsg.), *Epidemiologie psychischer Erkrankungen im höheren Lebensalter* (S. 115–136). Stuttgart: Kohlhammer.
- WHO (1994). Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V (F): Forschungskriterien. Bern: Huber.
- WHO (2003). *Investing in Mental Health*. Geneva: World Health Organization.
- WHO (2012). *Risks to Mental Health: An Overview of Vulnerabilities and Risk Factors*. World Health Organization.
- WHO (2014a). *Health in All Policies (HiAP) Framework for Country Action*. Geneva: WHO.
- WHO (2014b). *Preventing Suicide: A global imperative*. World Health Organization.
- WHO (2018). *Mental health atlas 2017*. Geneva: World Health Organization.
- WHO Regional Office for Europe (2018). *Fact sheets on sustainable development goals: health targets: Mental Health*. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe.
- Wieser, S., Tomonaga, Y., Riguzzi, M., Fischer, B., Telser, M., Pletscher, K. et al. (2014). *Die Kosten der nichtübertragbaren Krankheiten in der Schweiz. Im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit*. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- Wilkinson, R. & Marmot, M. (2003). *Social determinants of health: the solid facts*. Copenhagen: WHO.
- Wille, N., Bettge, S., Ravens-Sieberger, U. & group, B.s. (2008). Risk and protective factors for children's and adolescents' mental health: results of the BELLA study. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 17 Suppl 1: 133-147.
- Wittchen, H.U. & Jacobi, F. (2005). Size and burden of mental disorders in Europe - a critical review and appraisal of 27 studies. *European Neuropsychopharmacology*, 15(4): 357-376.
- Wittchen, H.U., Jacobi, F., Klose, M. & Ryl, L. (2010). *Depressive Erkrankungen. Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 51*. Berlin: Robert Koch-Institut.
- Zulian, G., Donisi, V., Secco, G., Pertile, R., Tansella, M. & Amadeo, F. (2011). How are caseload and service utilisation of psychiatric services influenced by distance? A geographical approach to the study of community-based mental health services. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 46(9): 881-891.

9 Annexe

T A.1 Explications concernant les indicateurs utilisés de l'ESS 2017

Indicateur	Question/réponses possibles	Catégories utilisées
Qualité de vie	Question: <i>J'aimerais savoir à présent comment vous considérez votre qualité de vie en général?</i> Réponses possibles: <i>Très bonne; Bonne; Ni bonne ni mauvaise; Mauvaise; Très mauvaise</i>	Catégories: - Très bonne; Bonne - Ni bonne ni mauvaise; Mauvaise; Très mauvaise
Énergie et vitalité, EVI MOS SF-36 VT	Question (Questionnaire écrit): <i>Comment vous êtes-vous senti(e) ces 4 dernières semaines?</i> a) <i>Plein(e) de vitalité</i> b) <i>Plein(e) d'énergie</i> c) <i>Épuisé(e)</i> d) <i>Fatigué(e)</i> Réponses possibles: <i>Tout le temps; La plupart du temps; Parfois; Rarement; Jamais</i>	Calcul de l'indice selon OFS, 2019 Catégories: - Faible - Moyenne - Forte
Détresse psychologique MOS SF-36 MHI-5	Question: <i>Je vais vous citer différents états émotionnels. Pour chacun d'eux, dites-moi si vous vous êtes senti(e) dans cet état tout le temps, la plupart du temps, parfois, rarement ou jamais au cours des 4 dernières semaines:</i> 1) <i>Très nerveux/nerveuse</i> 2) <i>Avoir un cafard tel que rien ne pouvait vous remonter le moral</i> 3) <i>Calme et paisible</i> 4) <i>Abattu(e) et déprimé(e)</i> 5) <i>Heureux/heureuse</i> Réponses possibles: <i>Tout le temps; La plupart du temps; Parfois; Rarement; Jamais</i>	Calcul de l'indice selon OFS, 2019 Catégories: - Aucune/basse - Moyenne - Élevée
Symptômes dépressifs Pensées suicidaires (Question i) PHQ-9	Question (Questionnaire écrit): <i>Au cours des 2 dernières semaines, à quelle fréquence les problèmes suivants vous ont-ils perturbé(e)?</i> a) <i>Peu d'intérêt ou de plaisir à faire les choses</i> b) <i>Être triste, déprimé(e) ou désespéré(e)</i> c) <i>Difficultés à s'endormir ou à rester endormi(e), ou dormir trop</i> d) <i>Se sentir fatigué(e) ou manquer d'énergie</i> e) <i>Avoir peu d'appétit ou manger trop</i> f) <i>Avoir une mauvaise opinion de soi-même, ou avoir le sentiment d'être nul(le), de s'être déçu(e) soi-même ou d'avoir déçu sa famille</i> g) <i>Avoir du mal à se concentrer, par exemple en lisant le journal ou en regardant la télévision</i> h) <i>Bouger ou parler si lentement que les autres auraient pu le remarquer. Ou au contraire, être si agité(e) que vous avez eu plus de mal que d'habitude à tenir en place</i> i) <i>Penser qu'il vaudrait mieux mourir ou envisager de vous faire du mal d'une manière ou d'une autre</i>	Calcul de l'indice selon OFS, 2019 Symptômes dépressifs, Catégories: - Aucuns/minimes - Légers - Modérés - Modérément graves - Graves Pensées suicidaires, Catégories: - Jamais - Plusieurs jours; Plus de la moitié des jours; Presque tous les jours

Indicateur	Question/réponses possibles	Catégories utilisées
Dépression (question i) Maladies chroniques	Réponses possibles: <i>Jamais; Plusieurs jours; Plus de la moitié des jours; Presque tous les jours</i> Question: <i>Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu une des maladies ou problèmes de santé suivants?</i> a) <i>Asthme</i> b) <i>Allergies telles que rhume des foins, allergie de la peau (dermatite), allergie alimentaire</i> c) <i>Arthrose, arthrite</i> d) <i>Ostéoporose</i> e) <i>Bronchite chronique, BPCO (bronchopneumopathie chronique obstructive), emphysème</i> f) <i>Infarctus du myocarde (crise cardiaque)</i> g) <i>Attaque cérébrale (hémorragie cérébrale, thrombose cérébrale)</i> h) <i>Cancer</i> i) <i>Dépression</i> j) <i>Incontinence urinaire (problème de contrôle de la vessie)</i> Réponses possibles: <i>Oui; Non</i> Question: <i>Cette dépression a-t-elle été diagnostiquée par un médecin ou quelqu'un travaillant dans le domaine médical?</i> Réponses possibles: <i>Oui; Non</i>	Dépression, Catégories: - Dépression, avec diagnostic - Dépression, sans diagnostic Nombre de maladies chroniques, Catégories: - 1 - 2 - 3 et plus
Troubles physiques (sans fièvre, sans douleurs aux épaules, à la nuque et/ou aux bras)	Question: <i>Maintenant, je vais vous lire différents maux. Dites-moi s'il vous plaît à chaque fois si, au cours de ces 4 dernières semaines, vous en avez pas du tout souffert, un peu ou beaucoup:</i> a) <i>Mal au dos ou aux reins</i> b) <i>Sentiment de faiblesse généralisée, de lassitude, ou de manque d'énergie</i> c) <i>Mal au ventre ou ballonnements</i> d) <i>Diarrhée, constipation ou bien les deux</i> e) <i>Difficultés à vous endormir, ou insomnies</i> f) <i>Maux de tête ou d'autres douleurs du visage</i> g) <i>Irrégularités cardiaques, palpitations, tachycardie ou arythmies</i> h) <i>Douleurs ou sensations de pression dans la poitrine</i> i) <i>(Fièvre)</i> j) <i>(Douleurs aux épaules, à la nuque et/ou aux bras)</i> Réponses possibles: <i>Pas du tout; Un peu; Beaucoup</i>	Calcul de l'indice selon OFS, 2019 Catégories: - Pas/peu - Quelques-uns - Importants
Sentiment de maîtrise de la vie	Question (Questionnaire écrit): <i>Si vous pensez aux expériences faites dans votre vie, êtes-vous d'accord avec les affirmations suivantes?</i> a) <i>Je n'arrive pas à surmonter certains de mes problèmes</i> b) <i>J'ai parfois l'impression d'être ballotté(e) dans tous les sens</i> c) <i>J'ai le sentiment d'avoir peu de contrôle sur ce qui m'arrive</i> d) <i>Je me sens souvent submergé(e) par les problèmes</i> Réponses possibles: <i>Tout à fait d'accord; Plutôt d'accord; Pas vraiment d'accord; Pas du tout d'accord</i>	Calcul de l'indice selon OFS, 2019 Catégories: - Faible - Moyen - Élevé
Auto-efficacité, ASKU (Questions a, b, c) Coping résilient, BRCS (Questions d, e, f, g)	Question (Questionnaire écrit): <i>Pour chaque affirmation, veuillez indiquer dans quelle mesure elle vous correspond.</i> a) <i>Dans des situations difficiles, je peux compter sur mes propres capacités</i> b) <i>Je peux résoudre la plupart des problèmes tout(e) seul(e)</i>	Calcul de l'indice selon OFS, 2019 Auto-efficacité, Catégories: - Basse - Moyenne

Indicateur	Question/réponses possibles	Catégories utilisées
	c) <i>En général, je suis capable de venir à bout des tâches même compliquées et pénibles</i> d) <i>J'essaie de trouver le moyen de venir à bout de situations difficiles</i> e) <i>Quoi qu'il m'arrive, je crois que j'arrive à maîtriser mes réactions</i> f) <i>Je pense que je peux progresser si je me confronte à des situations difficiles</i> g) <i>Je cherche activement des moyens de compenser les pertes que j'ai subies dans ma vie</i> Réponses possibles: <i>Ne correspond pas du tout; Ne correspond plutôt pas; Correspond en partie et en partie pas; Correspond plutôt; Correspond totalement</i>	- Élevée Coping résilient, Catégories: - Bas - Moyen - Élevé
Soutien social (Oslo-Scala)	Question: <i>Combien de personnes vous sont suffisamment proches pour que vous puissiez compter sur elles en cas de problèmes personnels sérieux?</i> Réponses possibles: <i>0; 1-2; 3-5; 6 ou plus</i> Question: <i>Dans quelle mesure les gens montrent-ils de l'intérêt pour ce que vous faites?</i> Réponses possibles: <i>Beaucoup; Assez; Plus ou moins; Peu; Pas du tout</i> Question: <i>Pouvez-vous facilement obtenir de l'aide de vos voisins en cas de besoin?</i> Réponses possibles: <i>Très facilement; Facilement; Possible; Difficilement; Très difficilement</i>	Calcul de l'indice selon OFS, 2019 Catégories: - Faible - Moyen - Fort
Niveau de formation	Formation achevée la plus élevée (Combinaison de plusieurs questions)	Calcul de l'indice selon OFS, 2019 Catégories: - Scolarité obligatoire - Degré secondaire II - Degré tertiaire
Statut migratoire	Population issue de la migration (Combinaison de plusieurs questions) cf. OFS: www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/population/migration-integration/selon-statut-migratoire.html (consulté le 09.12.2020)	Calcul de l'indice selon OFS, 2019 Catégories: - Origine migratoire (1^{re} génération) - Pas d'origine migratoire
Chômage / invalidité	Les personnes inactives et les sans-emploi qui sont au chômage, à la recherche d'un emploi ou invalides. (Combinaison de plusieurs questions)	Catégories: - Chômage / invalidité - Pas de chômage / invalidité
Limitations en raison d'un problème de santé physique	Question: <i>Depuis au moins 6 mois, dans quelle mesure êtes-vous limité(e) par un problème de santé dans les activités que les gens font habituellement ? Diriez-vous que vous êtes...</i> 1 - <i>Fortement limité(e)</i> 2 - <i>Limité(e), mais pas fortement</i> 3 - <i>Pas limité(e) du tout</i> Question: <i>A votre avis, ce problème de santé est-il dû à des causes physiques, psychiques ou mentales ?</i> 1 - <i>Dû à des causes physiques</i> 2 - <i>Dû à des causes psychiques (ou mentales)</i> 3 - <i>Les deux (physiques ET psychiques ou mentales)</i> 4 - <i>Dû ni à des causes physiques, ni à des causes psychiques ou mentales</i>	Catégories: - Limitations - Pas de limitations

Indicateur	Question/réponses possibles	Catégories utilisées
Sentiment de solitude	Question: <i>A quelle fréquence vous arrive-t-il de vous sentir seul(e)? Cela vous arrive-t-il...</i> Réponses possibles: <i>Très souvent; Assez souvent; Parfois; Jamais</i>	Catégories: - Jamais - Parfois - Assez/très souvent
Instabilité psychique chez les enfants et les adolescents de moins de 15 ans Items de la SDQ	Question (Questionnaire écrit): <i>Dans quelle mesure les affirmations suivantes correspondent-elles à ces enfants?</i> 1) <i>Est agité, superactif, ne peut pas rester longtemps tranquille</i> 2) <i>Se plaint souvent de maux de tête, de maux de ventre, de nausées</i> 3) <i>A souvent des accès de colère, est irascible</i> Réponses possibles: <i>Ne correspond pas; Correspond en partie; Correspond tout à fait</i>	Catégories: - Instabilité psychique (réponse «correspond tout à fait» à au moins une question) - Pas d'instabilité psychique
Traitement des problèmes psychiques	Question: <i>Avez-vous été en traitement pour des problèmes psychiques au cours des 12 derniers mois?</i> Réponses possibles: <i>Oui; Non</i>	Catégories: - Oui - Non
Prestataire de soins de traitement des problèmes psychiques	Question: <i>Quelle était la profession de la personne qui vous a traité(e)?</i> Réponses possibles (3 réponses possibles): <i>Psychologue, psychothérapeute ; psychiatre ; médecin généraliste/interniste ; autre médecin ; thérapeute de médecine complémentaire (p ex. naturopathe, magnétopathe, ayurveda) ; autre thérapeute, de caractère non médical (p ex. thérapie par la danse, dessin, théâtre, chamane, yoga) ; autre profession</i>	Catégories: - Psychiatre - Psychologue, psychothérapeute - Médecin généraliste - Autres
Consommation de médicaments	Question: <i>Avez-vous pris un médicament quelconque au cours des 7 derniers jours?</i> Réponses possibles: <i>Oui; Non</i>	Catégories: - Oui - Non
Consommation de médicaments, spécifique	Question: <i>Je vais vous lire une liste de médicaments. Dites-moi s'il vous plaît à quelle fréquence vous les avez pris au cours des 7 derniers jours:</i> ... c) <i>Somnifères (p.ex. Imovane, Sonata)</i> d) <i>Médicaments contre les douleurs</i> e) <i>Calants, tranquillisants (p.ex. Valium, Ativan, Xanax, Temesta)</i> ... h) <i>Médicaments contre la dépression (p.ex. Prozac, Paxil, Effexor)</i> Réponses possibles: <i>Tous les jours; Plusieurs fois; Env. 1 fois au cours des 7 derniers jours; Jamais</i>	Catégories: - Tous les jours - Autres
Tentatives de suicide (prévalence au cours de la vie)	Question (questionnaire écrit): <i>Au cours de votre vie, avez-vous déjà tenté de vous suicider?</i> Réponses possibles: <i>Oui; Non</i>	Catégories: - Oui - Non
Tentatives de suicide (prévalence annuelle)	Question (questionnaire écrit): <i>Au cours des 12 derniers mois, avez-vous tenté de vous suicider ?</i> Réponses possibles: <i>Oui; Non</i>	Catégories: - Oui - Non

Source: OFS – Enquête suisse sur la santé ESS 2017

© Obsan 2020



Konferenz der kantonalen Gesundheits-
direktorinnen und -direktoren
Conférence des directrices et directeurs
cantonaux de la santé
Conferenza delle direttrici e dei direttori
cantionali della sanità



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

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



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