



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



La santé psychique en Suisse

edition obsan

Monitoring

L'observatoire suisse de la santé est une nouvelle institution de la Confédération et des cantons, née dans le cadre du projet de politique nationale suisse de la santé. L'observatoire de la santé (Obsan) 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. Le projet de politique nationale suisse de la santé a pour but de définir l'orientation et les limites d'une future politique de santé suisse, portée collectivement par la Confédération et les cantons. Pour plus d'informations, consultez www.obsan.ch et www.nationalegesundheit.ch.

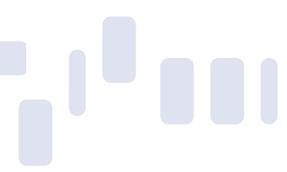
Monitorage de la santé psychique en Suisse
Peter Rüesch, Patrik Manzoni: Clinique psychiatrique
de l'Université de Zurich, Groupe de recherche Public
Mental Health

Editeur: edition obsan
Katharina Meyer, Paul Camenzind, Peter C. Meyer,
L'Observatoire suisse de la santé

ISBN 3-907872-03-7

Observatoire suisse de la santé
Espace de l'Europe 10
CH-2010 Neuchâtel
Tél. 032 713 61 31
Fax 032 713 61 32
E-Mail obsan@bfs.admin.ch
www.obsan.ch

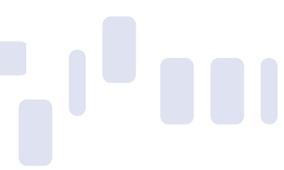
© 2003, L'Observatoire suisse de la santé



La santé psychique en Suisse

Monitorage

Peter Rüesch et Patrik Manzoni



La santé psychique en Suisse

Monitorage

Table des matières

Résumé	6
1. Introduction	8
1.1 Problématique	8
1.2 Définition de la santé psychique	8
1.3 Concept du monitorage	9
2. Santé psychique	13
2.1 Sentiment de bien-être psychique	13
2.2 Capacité à maîtriser son existence	13
3. Maladies psychiques	15
3.1 Troubles psychiques légers	15
3.2 Troubles physiques ayant probablement pour origine des causes psychiques	16
3.3 Problèmes psychiques à conséquences invalidantes au quotidien	17
3.4 Problèmes psychiques traités	17
3.5 Traitements en établissements psychiatriques	18
4. Conditions de la santé psychique	22
4.1 Soutien social	22
4.2 Pressions sociales: stress lié au travail	24
4.3 Événements critiques de l'existence	26
4.4 Expériences de violence et victimisation	27
5. Conséquences de la maladie	28
5.1 Baisse de la qualité de la vie et des aptitudes fonctionnelles	28
5.2 Rentes d'invalidité	30
5.3 Suicide	34
6. Recours à des traitements	37
6.1 Santé psychique et recours à des traitements	37
6.2 Volume des soins en établissements psychiatriques	38
7. Propositions pour des analyses supplémentaires	43
Bibliographie	45



Résumé

La santé psychique et la qualité de vie de la population suisse se trouvent de plus en plus affectées par les changements sociaux. Ainsi, depuis plusieurs années, le nombre de traitements psychiatriques est en nette hausse. C'est pourquoi la santé psychique a été inscrite au nombre des projets prioritaires de la Politique nationale suisse de la santé.

La publication «Monitoring de la santé psychique en Suisse» offre un condensé des résultats des dernières enquêtes réalisées en Suisse. Il en ressort que le nombre des hospitalisations en clinique psychiatrique et des traitements psychiatriques ou psychothérapeutiques ambulatoires augmente constamment depuis des années dans notre pays. Près de 33% des hommes et environ 37% des femmes interrogés dans le cadre de l'Enquête suisse sur la santé de 1997 ont indiqué avoir souffert de troubles psychiques dans les quatre semaines précédant l'enquête. 2,4% des femmes et 1,7% des hommes sont victimes de problèmes psychiques qui affectent leur vie quotidienne depuis plus d'un an. Environ 3% des hommes et 5% des femmes suivent un traitement auprès d'un spécialiste.

Différence de souffrance entre les hommes et les femmes

Les femmes et les hommes n'ont pas la même perception des troubles psychiques. Les premières jugent leur bien-être psychique plus négativement que les seconds et font état de souffrances psychiques plus profondes. Les hommes sont plus nombreux que les femmes à dire subir des facteurs de stress au travail. Ces facteurs de stress sont liés chez les hommes à des problèmes psychiques, ce qui n'est pas le cas chez les femmes. Les hommes de plus de 50 ans constituent un groupe à risques: un nombre supérieur à la moyenne n'y est plus en mesure de travailler en raison de problèmes psychiques. Une partie des hommes souffrant de troubles psychiques touchent donc une rente AI. Les hommes victimes de problèmes psychiques recourent plus rarement que les femmes à une aide professionnelle.

Les jeunes, un groupe à risques

Les jeunes gens (15–24 ans) constituent un groupe à risques à part entière. Ils se plaignent particulièrement souvent de troubles psychiques. Le suicide est la deuxième cause de mortalité chez les jeunes: un cinquième à un quart de tous les décès chez les 15–25 ans sont imputables au suicide.

Forte augmentation des rentes AI pour causes psychiques

Les problèmes psychiques ont des conséquences invalidantes: les personnes qui suivent un traitement pour un problème psychique jugent leur qualité de vie plus négativement que les autres. Les personnes qui ont été soignées pour un problème psychique ou qui souffrent d'un problème psychique chronique actuellement déclarent deux fois plus souvent que les autres être diminuées dans leurs capacités et leurs performances professionnelles. Le nombre de rentiers AI a progressé de plus de 50% entre 1986 et 1998. Les cas de rente dus à des problèmes et à des maladies psychiques ont crû dans des proportions plus fortes encore, de plus de 100%.

Déficits de soins aux personnes connaissant des problèmes psychiques

Il semble que les personnes souffrant de problèmes psychiques ne bénéficient pas de soins suffisants: les deux tiers environ de ces personnes ne recherchent pas l'aide de personnel spécialisé. Près de 30% des personnes qui sont atteintes d'une maladie psychique grave en diagnostic principal ne sont pas soignées en clinique psychiatrique, mais dans un autre établissement hospitalier du système de santé.

Des disparités régionales

En Suisse, on observe de fortes disparités entre les régions: celles de Zurich et du Bassin lémanique enregistrent les taux d'hospitalisation en clinique psychiatrique les plus élevés. Ceux-ci sont 2,5 fois supérieurs à ceux des régions du Mittelland et du Nord-Ouest de la Suisse, qui ont les taux d'hospitalisation les plus faibles. La somme des journées d'hospitalisation en établissement psychiatrique dans la région zurichoise dépasse de loin celles des autres régions. Elle est environ 20% plus élevée que celle du Bassin lémanique et quelque 240% plus élevée que celle du Nord-Ouest de la Suisse, où le nombre de journées d'hospitalisation est le plus bas.

Des données lacunaires

Les présentes analyses livrent, outre des informations sur l'ampleur des problèmes psychiques, des indications sur leurs causes et leurs conséquences. Ces résultats peuvent servir de base d'évaluation des mesures prises jusqu'ici dans ce domaine. Mais les données sur la santé psychique en Suisse sont encore lacunaires. Les auteurs demandent donc une meilleure prise en compte de cet aspect de la santé dans les enquêtes sur la santé et la mise en place d'instruments de mesure efficaces. L'idéal serait de réaliser une enquête sur la santé psychique, à l'image de ce que font des pays comme l'Angleterre ou les Pays-Bas. Ce n'est qu'alors qu'on disposerait de données épidémiologiques sur la santé psychique véritablement pertinentes et comparables.

1. Introduction

1.1 Problématique

Les maladies psychiques sont fréquentes: d'après le dernier Rapport sur la santé dans le monde publié par l'OMS (*OMS, 2001*), plus de 25% de la population souffrent d'un trouble psychique grave au cours de l'existence (prévalence sur la vie entière) et 10% d'un trouble psychique à un moment donné (prévalence ponctuelle). En cas de problème de santé, les gens s'adressent généralement d'abord à leur médecin traitant. A cet égard, il est intéressant de relever que, souvent, les maladies psychiques ne sont pas diagnostiquées comme telles par le médecin traitant. Ainsi, un tiers environ des patients et des patientes suivis par des médecins généralistes souffrent d'un ou plusieurs troubles psychiques nécessitant un traitement, mais seulement un quart d'entre eux (24%) sont effectivement diagnostiqués comme présentant un trouble psychique (*Üstün & Sartorius, 1995*).

Les troubles psychiques ne sont nullement plus « anodins » que les maladies somatiques: ils ont à la fois des conséquences invalidantes pour les personnes concernées et des répercussions économiques pour l'ensemble de la société, comme le révèle une étude réalisée conjointement par l'OMS, la Banque mondiale et l'Université de Harvard (*Murray & Lopez, 1996*). En termes de baisse de la qualité de vie, les troubles psychiques (troubles débouchant sur des suicides inclus) viennent au deuxième rang des maladies les plus fréquentes, après les maladies cardiovasculaires. Si l'on incluait dans ces troubles les pathologies liées à une consommation abusive d'alcool et de drogues, les troubles psychiques occuperaient de loin la tête du classement des maladies les plus fréquentes.

1.2 Qu'est-ce que la santé psychique?

Les sciences de la santé définissent le concept de santé principalement au moyen de deux axiomes:

- la santé ne se résume pas à l'absence de maladie,
- le couple santé – maladie doit être considéré comme un ensemble continu.

Le principe selon lequel la santé ne se résume pas à l'absence de maladie a été consacré depuis longtemps déjà par l'OMS (*1946*). L'organisation mondiale définit en effet la santé comme étant un état de bien-être total aux plans physique, psychique et social. Ce qui est déterminant dans cette définition est la prise en compte des aspects psychique et social de la santé.

Inspirée d'Antonovsky (*Antonovsky 1979, 1997*), la théorie de continuité de la santé et de la maladie introduit une perspective salutogène dans les actuelles sciences de la santé: l'objectif n'est pas seulement d'empêcher l'apparition de maladies, mais consiste avant tout à promouvoir la santé. Le concept de continuité entre la santé et la maladie part de l'hypothèse que toute personne, même malade, possède en elle des éléments sains. Dans le sillage de ce concept, les ouvrages scientifiques font une différence entre la santé psychique positive et la santé psychique négative (*Lavikainen, Lahtinen, Lehtinen, 2000*). La santé psychique positive recouvre des aspects comme le sentiment de bien-être et les ressources personnelles, notamment l'estime de soi, l'assurance, les aptitudes sociales et la capacité à maîtriser son existence. La santé psychique négative se définit quant à elle par les souffrances psychiques subies (expériences critiques, problèmes psychiques), les troubles psychiques considérés comme un ensemble de symptômes et les troubles du comportement cliniquement diagnosticables (*OMS, CIM 10, 1994*), l'abus de substances et les maladies psycho-organiques (en particulier la démence).

Considérer la santé et la maladie comme étant les deux pôles d'une seule dimension n'est guère satisfaisant sur un plan théorique. Tudor (*Tudor 1996*) propose pour sa part un concept bidimensionnel dans lequel apparaissent les concepts de «disorder» et de «health/well-being». Cependant, il serait bon de tenir compte également d'une perspective fonctionnelle, autrement dit de différencier plusieurs domaines fonctionnels. Or, c'est précisément dans cette direction que vont la psychiatrie, avec le diagnostic multiaxial (*voir, p. ex., OMS / Janca, Kastrup, Katschnig, et al., 1997*), et les efforts de l'OMS visant à davantage recenser les dommages causés par les maladies (*Üstün, Chatterji, Bickenbach et al, 2001*).

En résumé, nous dirons que, dans le domaine psychique, le couple santé - maladie est principalement formé des éléments suivants:

La santé psychique se caractérise par

- un sentiment de bien-être personnel, l'estime de soi, la joie de vivre et l'aptitude à établir des relations;
- la capacité de gérer le quotidien et d'exercer un travail;
- la capacité de participer à la vie sociale.

La maladie psychique se caractérise par

- des troubles psychiques ou des troubles du comportement cliniquement diagnostiquables;
- la consommation abusive d'alcool ou de drogues et des dysfonctionnements graves du système nerveux central (en particulier démence).

1.3 Le monitoring

Définitions

L'idée du monitoring dans le domaine de la santé est étroitement liée à l'approche de santé publique observée depuis un certain temps dans les sciences de la santé et à l'établissement de rapports sur la santé. Les principales questions qui se posent en matière de santé publique sont:

- Quelles sont les conditions qui font que les individus restent en bonne santé?
- Quelle est la relation entre les éléments favorisant le maintien en bonne santé d'une part, et la maladie d'autre part chez une personne considérée individuellement et dans des groupes de population?
- Sur quelles données de base faudrait-il agir pour espérer une baisse de la fréquence et de la gravité de certaines maladies?
- Quelles conséquences peut-on tirer du couple santé – maladie dans l'optique organisationnelle et structurelle du système psychosocial de soins?
- Comment assurer ou améliorer l'efficacité et l'efficacé du système de soins, notamment par des mesures de promotion de la santé, de prévention, de soins et de réadaptation? (*Hurrelmann & Laaser, 1998*)

Les rapports sur la santé jouent ici un rôle primordial puisque ce sont eux qui livrent les informations. Ils servent à décrire une situation existante et permettent de définir les besoins sanitaires d'une population. Ces rapports se basent sur des données et des informations de santé, ils les évaluent, s'interrogent quant à leur pertinence, les analysent à l'aide de méthodes scientifiques et les présentent sous forme condensée, selon les destinataires auxquels ils s'adressent. Les rapports sur la santé ont pour caractéristiques d'être récurrents et de permettre des comparaisons (*Hamburger Projektgruppe Gesundheitsberichterstattung, 1998*).

Un monitoring en matière de santé psychique

- permet de mesurer de manière répétée différents aspects de la santé psychique d'une population;
- livre des bases de décision politique, surveille la réalisation des objectifs de la politique régionale ou nationale de la santé et analyse dans quelle mesure des troubles, des maladies ou des infirmités ont régressé;
- sert à l'affectation judicieuse des ressources en vue de la mise en œuvre de stratégies, de programmes et de mesures dans le domaine de la santé;
- permet d'évaluer les effets sur la santé psychique de la population d'autres mesures qui ne relèvent pas de la politique de la santé (*Korkeila, 2000*).

Indicateurs

Un monitoring se fonde sur des indicateurs. Il s'agit d'éléments permettant de recenser des aspects essentiels de la santé et de la maladie. Un indicateur est une mesure qui regroupe des informations relatives à un objet, une situation ou un phénomène donné. Il est supposé mesurer ce qu'il prévoit de mesurer (validité), il est censé fournir des informations identiques lorsqu'il est manié par différentes personnes dans des conditions identiques (fiabilité), enfin, il est présumé enregistrer les variations intervenant entre deux mesures (sensitivité). Un indicateur de santé reflète l'état de santé de la population dans une région donnée (*Jenkins, 1992; Korkeila, 2000*). Dans le domaine de la santé psychique, les conditions énoncées ici sont toutefois difficiles à satisfaire dans leur intégralité. Pour cette raison, nous dirons qu'un indicateur constitue au mieux une mesure partielle ou indirecte d'une situation complexe.

Evolution internationale

Au niveau international, les systèmes de monitoring de la santé psychique n'en sont encore qu'au stade de développement, les travaux étant toutefois relativement avancés aux Etats-Unis (*Korkeila, 2000; EU / STAKES, 2000*). En général, ces systèmes ne prennent pas uniquement en compte des indicateurs de l'état de santé au sens strict, mais aussi des aspects relevant d'autres domaines étroitement liés à la santé. Schématiquement, on peut distinguer les domaines suivants: les déterminants de la santé psychique, les conséquences de la maladie et des atteintes à la santé psychique, le recours aux structures et aux prestations de santé.

Structure du monitoring et indicateurs utilisés

Cinq domaines ont été proposés pour servir de base au monitoring de la santé psychique de la population suisse (*Niklowitz & Meyer, 2001; Rüesch, 2002*):

- la santé psychique
- les maladies psychiques
- les conditions psychosociales de la santé psychique
- les conséquences des atteintes à la santé et de la maladie
- le recours aux services de santé.

Des groupes d'indicateurs, à leur tour formés de plusieurs indicateurs individuels, ont été attribués à ces cinq domaines (Tableau 1).

Tableau 1 Domaines et groupes d'indicateurs du monitoring de la santé psychique	
Domaines	Groupes d'indicateurs
I Santé psychique	(1) Sentiment de bien-être (2) Capacité à maîtriser son existence (3) Qualité de la vie
II Maladies psychiques	(4) Troubles psychiques légers (5) Problèmes psychiques invalidants (6) Hospitalisations psychiatriques
III Conditions psychosociales	(7) Réseau social et soutien social (8) Pression sociales (stress)
IV Conséquences des atteintes à la santé et de la maladie	(9) Baisse des amplitudes fonctionnelles (10) Mise à l'assurance-invalidité (11) Suicides
V Recours aux services de santé	(12) Durée d'hospitalisation et volume des journées d'hospitalisation

Base de données du monitoring

En raison des objectifs et des fonctions qui viennent d'être mentionnés, du fait également de considérations financières, un système de monitoring devrait toujours se baser en priorité sur des données déjà existantes. Il y a lieu également de respecter la périodicité des relevés, car l'observation de la manière dont les indicateurs évoluent entre deux mesures est essentielle dans le cadre d'un monitoring.

Par principe, on distingue entre deux types de bases de données: les enquêtes (p. ex. études épidémiologiques) et les données officielles (p. ex. statistique des traitements). Les deux présentent des avantages et des inconvénients. Les données officielles livrent généralement des informations issues de relevés effectués à intervalles réguliers; elles résultent généralement d'enquêtes exhaustives qui se prêtent à des analyses fiables également à un niveau local. Toutefois, les données en question renseignent parfois davantage sur l'offre de soins que sur les besoins existants (*Korkeila, 2000*) et il est souvent difficile de différencier comme on le souhaiterait les caractéristiques se rapportant à l'individu. Les enquêtes, elles, livrent des informations différenciées sur les situations considérées et permettent souvent aussi des analyses plus poussées des relations causales. L'inconvénient des enquêtes réside dans le fait qu'elles ne sont pas répétées, ou alors seulement à intervalles relativement espacés. En outre, la faible taille de l'échantillon d'une enquête limite la fiabilité des comparaisons au niveau local. Pour ces raisons, un système de monitoring doit tenir compte de manière équilibrée de la spécificité et de la validité générale des indicateurs retenus et des bases de données utilisées.

Le monitoring de la santé psychique de la population suisse se fonde sur cinq bases de données. Le Tableau 2 présente les groupes d'indicateurs (Tableau 1 supra) et les bases de données sur lesquelles ils se fondent.

Tableau 2 Groupes d'indicateurs et bases de données qui fondent le monitoring de la santé psychique		
Groupes d'indicateurs	Bases de données	Institution
(1) Sentiment de bien-être	Enquête suisse sur la santé OFS, 1997	OFS
(2) Capacité de maîtriser son existence	Enquête suisse sur la santé OFS, 1997	OFS
(3) Qualité de la vie	Panel suisse de ménages PSM, 1999	PSM
(4) Troubles psychiques légers	Enquête suisse sur la santé OFS, 1997	OFS
(5) Troubles psychiques invalidants	Enquête suisse sur la santé OFS, 1997 Panel suisse de ménages PSM, 1999	OFS PSM
(6) Hospitalisation psychiatriques	Statistique médical, 1998 Statistique des hôpitaux, 1998	OFS
(7) Réseau social et soutien social	Panel suisse de ménages PSM, 1999	PSM
(8) Pression sociales	Panel suisse de ménages PSM, 1999	PSM
(9) Baisse des aptitudes fonctionnelles	Enquête suisse sur la santé, 1997	OFS
(10) Mise à l'assurance-invalidité	Statistique AI, 1997	OFAS
(11) Suicides	Statistique des causes de décès, 1998	OFS
(12) Durée d'hospitalisation et volumes des journées de soin	Statistique médical, 1998	OFS

OFS Office fédéral de la statistique
PSM Panel Suisse de ménage, porté par le Fonds national suisse de la recherche scientifique (FNS), l'Université de Neuchâtel et l'Office fédéral de la statistique
OFAS Office fédéral des assurances sociales

Période sous revue

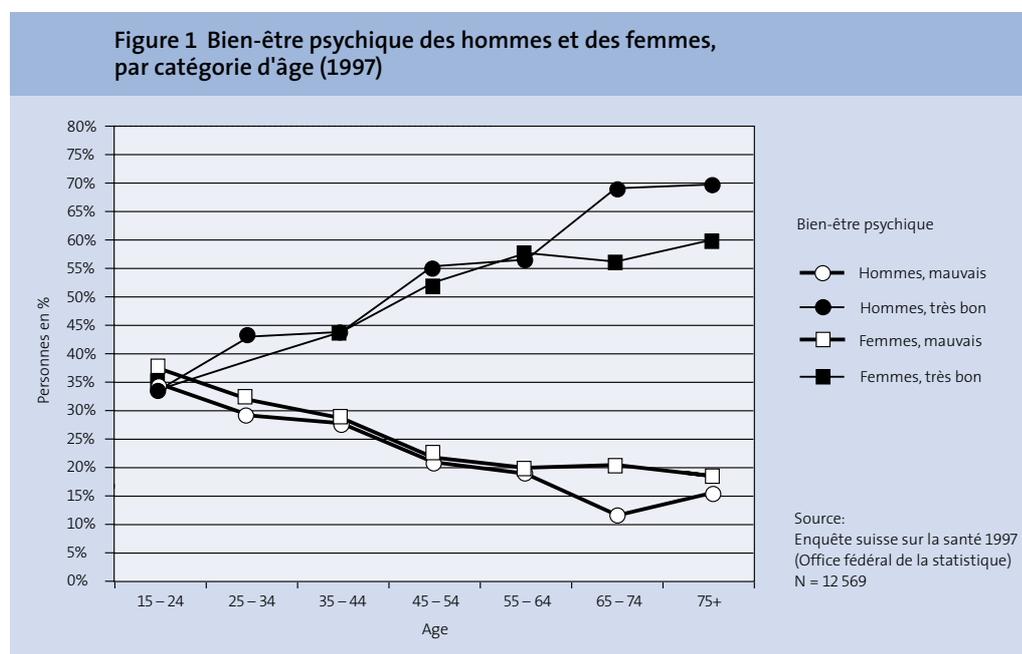
Etant donné que les bases de données utilisées ne fournissaient pas toutes des informations pour une même année, les évaluations faites dans le cadre du monitoring portent sur une période de trois ans, soit de 1997 à 1999.

2. Santé psychique

2.1 Sentiment de bien-être psychique

Les personnes très bien dans leur peau affirment être pleines de force et d’optimisme pratiquement tous les jours et se sentir la plupart du temps calmes, équilibrées et détendues.¹ De plus, elles déclarent être rarement abattues, de mauvaise humeur, tendues, irritées ou nerveuses. A l’inverse, les personnes mal dans leur peau se décrivent rarement comme étant pleines de force et d’optimisme, et elles se sentent rarement calmes et équilibrées. Elles sont aussi souvent ou presque quotidiennement déprimées, mécontentes et énervées.

La fréquence du bien-être psychique augmente avec l’âge (Figure 1). Chez les 15–24 ans, environ un tiers des hommes et des femmes déclarent un très bon bien-être psychique, contre près des deux tiers chez les plus de 65 ans.



Niveau de formation

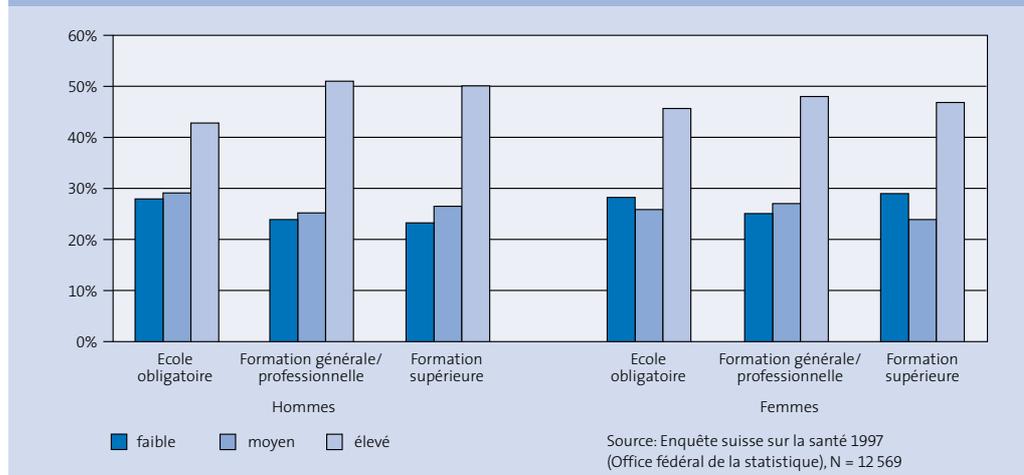
Le niveau de formation d’une personne a-t-il une incidence sur le sentiment de bien-être psychique? Les hommes qui ont uniquement achevé l’école obligatoire éprouvent un sentiment de bien-être psychique nettement inférieur à celui des hommes qui ont fait un apprentissage ou suivi des études supérieures (Figure 2).

Chez les femmes, en revanche, on n’observe pas de relation entre le sentiment de bien-être psychique et le niveau de formation.

¹ Echelle dite de SANPSY (Weiss et al. 1990), cf. indicateurs de l’Enquête suisse sur la santé 1997, Document 3.6, 2000, p. 20.



Figure 2 Sentiment de bien-être psychique selon le niveau de formation et le sexe (1997)



2.2 Conviction de maîtriser son existence

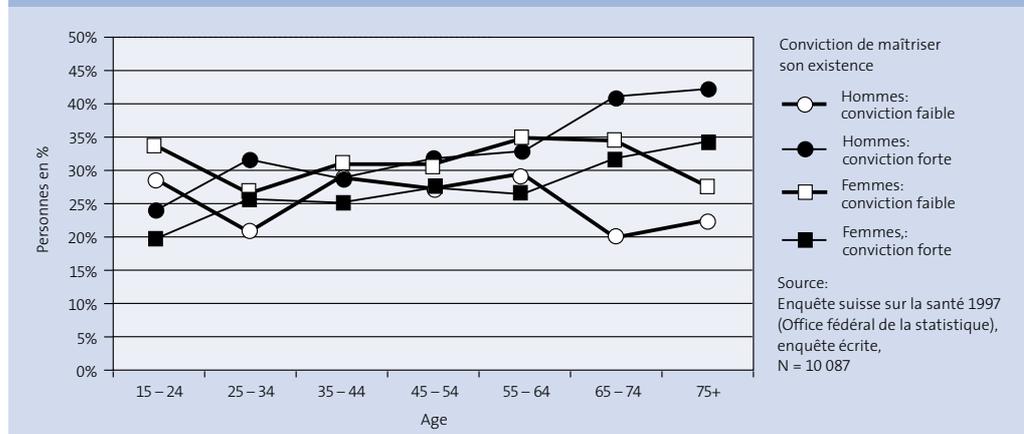
La conviction de pouvoir maîtriser son existence est appelée capacité de contrôle interne. Les personnes chez qui cette conviction est forte ont une meilleure santé, une plus grande joie de vivre et présentent moins de symptômes dépressifs que les personnes chez qui cette conviction est faible. Les premières gèrent également mieux les situations de stress que les secondes.

Dans la population suisse, les personnes qui sont profondément convaincues d’avoir prise sur le cours de leur vie affirment qu’elles rencontrent moins de problèmes insolubles, qu’elles subissent moins les aléas de l’existence, qu’elles peuvent mieux maîtriser les événements de la vie et qu’elles se heurtent à moins de difficultés.²

Importance de l’âge et du sexe

Le degré de conviction dépend aussi bien de l’âge que du sexe. Les personnes âgées sont davantage convaincues de pouvoir contrôler leur existence que les personnes plus jeunes. Le degré de conviction des hommes est plus élevé que celui des femmes, toutes catégories d’âges confondues (Figure 3). La part des personnes moyennement convaincues recule avec l’âge, passant de près de 50% à tout juste 40%.

Figure 3 Capacité de contrôle interne des hommes et des femmes, par catégorie d’âges (1997)



² Echelle <Mastery> (Pearlin et al. 1981), cf. indicateurs de l’Enquête suisse sur la santé 1997, Document 3.6, 2000, selon p. 23.

3. Maladies psychiques

3.1 Troubles psychiques légers

Sont réputés troubles psychiques légers les sentiments de faiblesse, de fatigue, d'instabilité, de nervosité, de pessimisme, de manque d'énergie et de dépression, la mauvaise humeur ainsi que les troubles d'endormissement et du sommeil³. Ainsi, sur une durée d'un mois, à raison de trois à quatre jours par semaine (Tableau 3):

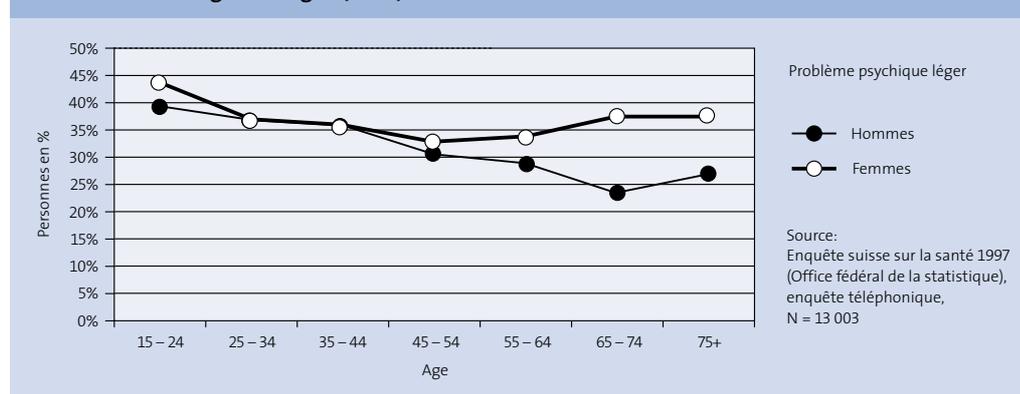
Tableau 3 Problèmes psychiques, selon le sexe (1997)				
Problème psychique	Intensité/Fréquence	Hommes	Femmes	N = Nombre de personnes
Pessimisme, manque d'énergie	Tous les jours/3-4 jours	15.5 %	18.9 %	12 676
Nervosité, tensions	Tous les jours/3-4 jours	13.7 %	12.7 %	12 698
Instabilité	Tous les jours/3-4 jours	11.8 %	12.5 %	12 696
Etat déprimé, mauvaise humeur	Tous les jours/3-4 jours	6.6 %	8.7 %	12 722
Troubles d'endormissement et du sommeil	Importants	5.6 %	10.2 %	12 997
Faiblesse, fatigue	Importants	4.9 %	9.0 %	12 997
Au moins 1 problème		32.9 %	36.6 %	13 003

Source: Enquête suisse sur la santé 1997 (Office fédéral de la statistique); enquête téléphonique.

Au total, 33% des hommes et 37% des femmes déclarent être concernés par au moins l'un des troubles cités.

La fréquence des troubles psychiques légers est associée à l'âge et au sexe (Figure 2). Les troubles psychiques touchent le plus fréquemment les jeunes de 15 à 24 ans. Ensuite, jusqu'à l'âge de 50 ans, ils reculent pour les deux sexes.

Figure 4 Fréquence des troubles psychiques légers selon le sexe, et la catégorie d'âges (1997)



³ Voir Gognalons-Nicolet, et al. (2001, p. 44).

3.2 Troubles somatiques pouvant résulter de causes psychiques

On peut supposer qu'un certain nombre de troubles somatiques sont en relation avec des troubles psychiques, notamment les maux de tête, les maux de ventre et les palpitations cardiaques.

Les femmes se plaignent presque deux fois plus souvent que les hommes de tels problèmes physiques (Tableau 4). Pour les deux sexes, les troubles les plus souvent cités sont: les maux de dos, les maux de tête, ainsi que les maux d'estomac et les problèmes intestinaux.

Tableau 4 Douleurs psychiques au cours des quatre semaines précédant l'enquête, selon le sexe (1997)

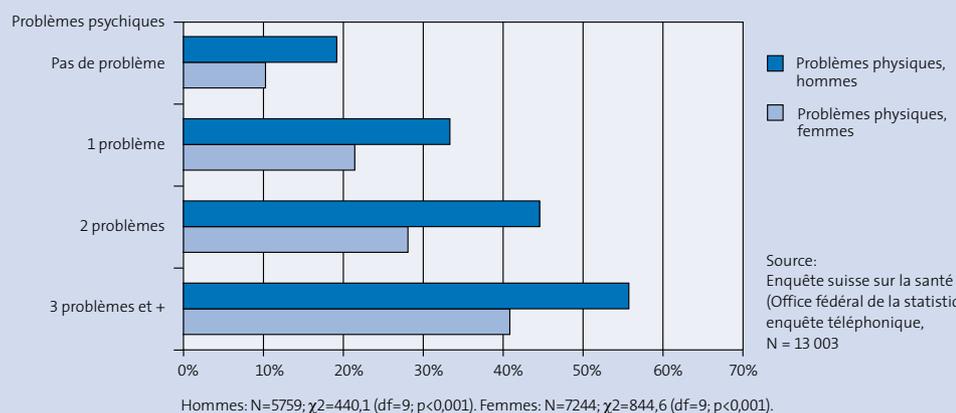
Trouble	Réponse «important» Hommes	Réponse «important» Femmes	N = Nombre de personnes
Maux de dos ou lombalgies	7.5 %	13.4 %	12 988
Maux de ventre, ballonnements	2.2 %	4.7 %	12 995
Diarrhées, constipation	2.2 %	4.1 %	12 996
Maux de tête ou de la face	5.8 %	11.3 %	13 000
Palpitations cardiaques	1.2 %	2.3 %	12 988
Douleurs de poitrine, poids au niveau de la poitrine	1.3 %	1.9 %	12 994

Source: Enquête suisse sur la santé 1997 (Office fédéral de la statistique); enquête téléphonique. Catégories de réponses: «absolument pas», «un peu», «important»

Les troubles physiques énoncés dans le tableau 4 présentent un lien avec la fréquence des troubles psychiques (Figure 5). Plus les troubles psychiques sont nombreux, plus les problèmes physiques le sont également. Si cette corrélation peut être observée chez les deux sexes, le nombre de troubles physiques est toutefois plus élevé chez les femmes que chez les hommes.

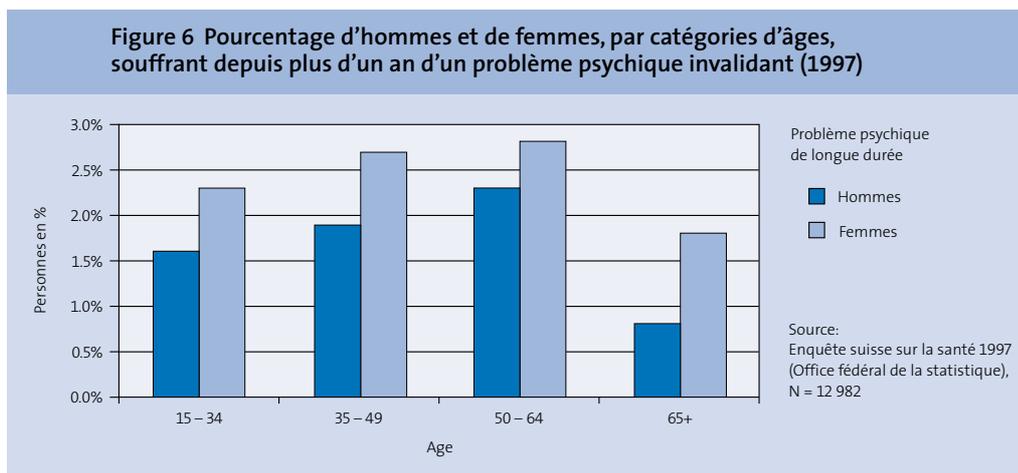
Parmi les hommes qui n'éprouvent pas de problèmes psychiques, 10% déclarent avoir des problèmes physiques. En revanche, parmi les hommes qui ont au moins trois problèmes psychiques, 41% annoncent au moins un problème physique. Les taux évoluent de la même manière chez les femmes: seulement 19% des femmes sans troubles psychiques déclarent avoir des problèmes physiques, alors qu'elles sont 56% à déclarer des problèmes physiques lorsqu'elles ont trois troubles psychiques ou plus.

Figure 5 Relation entre les problèmes physiques et les problèmes psychiques (1997)



3.3 Troubles psychiques invalidants

Les problèmes psychiques ne se manifestent pas seulement sous une forme bénigne, légèrement invalidante ou sans conséquence invalidante du tout. Ils peuvent aussi évoluer en une maladie chronique. En Suisse, 2,4% des femmes et 1,7% des hommes affirment souffrir de problèmes psychiques invalidants et qui durent depuis plus d'un an. Chez les hommes et les femmes, les problèmes psychiques invalidants augmentent jusqu'à la soixante-cinquième année avant de reculer à nouveau (Figure 6).



3.4 Problèmes psychiques faisant l'objet d'un traitement

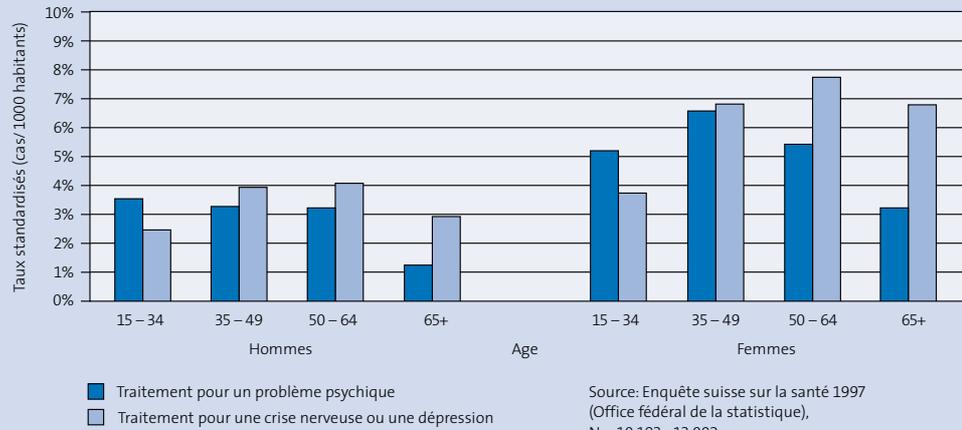
En Suisse, environ 3% des hommes et 5% des femmes suivent un traitement auprès d'un spécialiste pour un problème psychique.⁴ Les plus nombreux à être en traitement sont les 15-34 ans chez les hommes (4%), et les 35-49 ans chez les femmes (Figure 7). La part des personnes en traitement diminue avec l'âge dans les deux sexes.

3% des hommes et 6% des femmes affirment avoir été en traitement pour une « crise nerveuse » ou une « dépression »⁵. Dans toutes les catégories d'âges, la part des femmes soignées est plus élevée que celle des hommes. Relevons le taux de presque 7% chez les femmes de plus de 65 ans.

⁴ Enquête suisse sur la santé 1997, question posée par téléphone: «Avez-vous été en traitement pour un problème psychique au cours des douze derniers mois?» N=13002.

⁵ Enquête suisse sur la santé 1997, question posée par téléphone: «Avez-vous été en traitement médical durant les douze derniers mois, ou êtes-vous actuellement en traitement, pour l'une ou plusieurs des maladies suivantes?» – Réponses proposées: «Crise nerveuse, dépression». N=10193.

Figure 7 Pourcentage d'hommes et de femmes, par catégorie d'âges, en traitement auprès d'un spécialiste pour une «crise nerveuse» ou une «dépression» au cours des douze derniers mois (1997)



Capacité de maîtriser son existence et problèmes psychiques

Les traitements pour trouble psychique sont corrélés avec la conviction de pouvoir gérer le cours de sa vie (lieu de contrôle interne).

Environ 7% des hommes qui estiment ne pas avoir la maîtrise de leur vie sont en traitement pour un problème psychique, contre à peine 1% des hommes ayant un sentiment d'assurance élevé (Tableau 5). Les données sont à peu près identiques chez les femmes: 11% de celles qui présentent un déficit d'assurance sont traitées pour un problème psychique, contre seulement 1% chez les femmes ayant un sentiment d'assurance élevé.

Tableau 5 Lien entre la conviction de maîtriser son existence (lieu de contrôle interne) et le traitement pour un problème psychique au cours des douze derniers mois, chez les hommes et les femmes, en 1997

	Traitement pour un problème psychique			
	Hommes		Femmes	
	Oui	Non	Oui	Non
Sentiment d'assurance faible	7.3%	92.7%	11.3%	88.7%
Sentiment d'assurance moyen	1.2%	98.8%	3.1%	96.9%
Sentiment d'assurance élevé	0.7%	99.3%	1.1%	98.9%
N=nombre de personnes	129	4448	326	5182

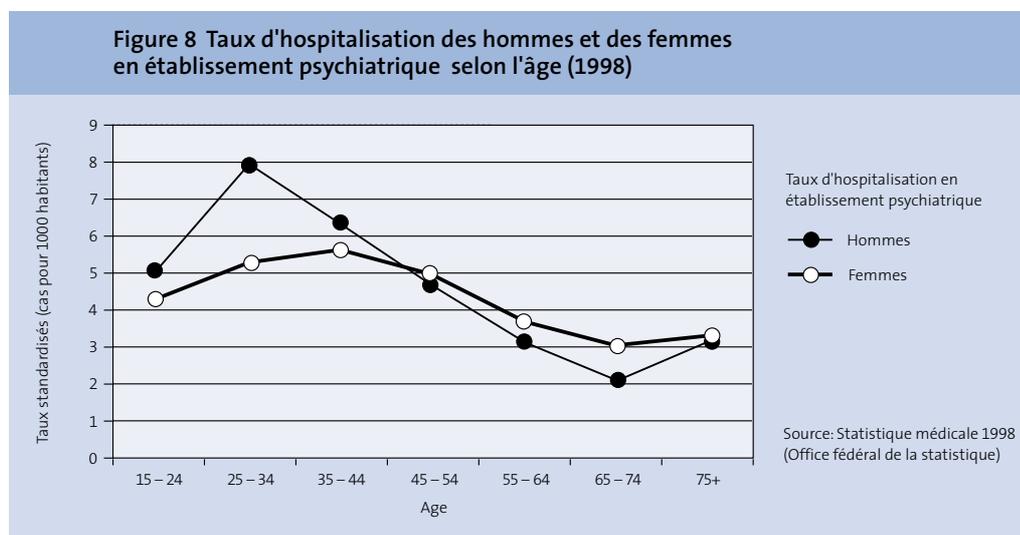
Source: Enquête suisse sur la santé 1997 (Office fédéral de la statistique), enquête téléphonique

3.5 Traitements en établissements psychiatriques

Taux d'hospitalisation des hommes et des femmes

Les problèmes psychiques peuvent nécessiter un séjour dans un établissement psychiatrique.⁶ Les établissements psychiatriques de Suisse ont enregistré au total 28 127 nouvelles admissions en 1998.⁷ Cela correspond environ à cinq admissions pour 1000 habitants.⁸

En matière d'hospitalisations, on observe de grandes différences entre les groupes d'âge d'une part et entre les hommes et les femmes d'autre part (Figure 8). Chez les hommes, la plupart des traitements interviennent entre 25 et 34 ans (8 cas pour 1000 habitants); chez les femmes, entre 35 et 44 ans (5 cas pour 1000 habitantes). Dans les deux sexes, la proportion d'admission en établissement psychiatrique diminue avec l'âge. Le taux d'hospitalisation atteint sa valeur la plus basse chez les 65 à 74 ans, avec 2 cas pour 1000 habitants et trois cas pour 1000 habitantes.



Causes d'admission les plus fréquentes

Les causes d'admission en clinique psychiatrique (Tableau 6) ne sont pas les mêmes non plus pour les deux sexes. Chez les hommes, les quatre causes les plus fréquentes sont, dans l'ordre, la toxicomanie, l'alcoolisme, la schizophrénie et la dépression grave. Chez les femmes, la dépression grave, l'alcoolisme, la schizophrénie et les troubles névrotiques arrivent en tête.

Les différentes maladies psychiatriques ne sont pas répandues également entre les âges et les sexes. Le diagnostic de schizophrénie est posé particulièrement plus

⁶ Les données sur les traitements en établissements psychiatriques sont extraites de la statistique médicale 1998. Dans ce qui suit, seuls sont pris en considération les traitements administrés pour la première fois en 1998 et qui ont pour principal diagnostic un trouble psychique (selon CIM 10, chapitre 5, catégorie F).

⁷ 30 388 nouvelles admissions (95%) sur un total de 32 007 traitements. Dans 28 127 cas (93%), un diagnostic de trouble psychiatrique a été posé. Les autres données découlent de ces chiffres de base. Il y a lieu de signaler qu'un coefficient de 1.3 devrait être appliqué à l'indice effectif des traitements psychiatriques.

⁸ Les taux indiqués ont été normalisés selon la méthode directe (Frijs & Sellers, 1999). Dans un premier temps, des groupes d'âge par tranches de cinq ans (de 15 ans à 75 ans et plus) ont été définis pour les sept régions du pays sur la base des données de la population 1998; les taux d'hospitalisation par âge et par sexe ont ensuite été calculés. Le taux normalisé d'une région résulte de la somme des taux pondérés par âge et par sexe. La pondération est établie sur la base d'une «population standard» comparable avec celle d'autres pays. La population d'Europe occidentale (région Euro A) telle qu'elle se présentait en 2000 a été prise en considération dans cette analyse. Elle a également servi de population standard dans le Rapport sur la santé dans le monde 2002 de l'OMS (WHO, 2001). S'agissant de la présentation des taux différenciés par âge et par sexe, la pondération s'est effectuée d'après la procédure décrite ici uniquement pour les groupes d'âge par tranches de 10 ans.

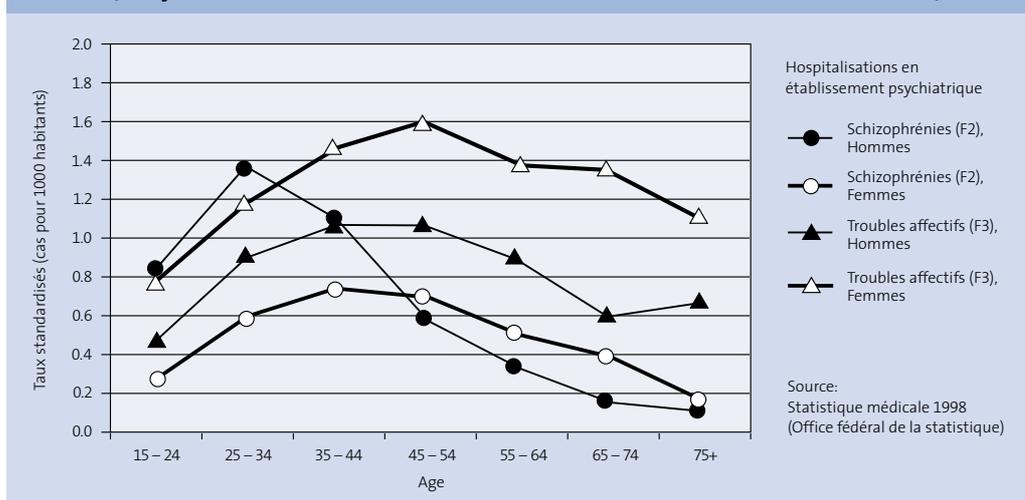
Tableau 6 Taux d'hospitalisation psychiatrique des hommes et des femmes en établissement psychiatrique selon la cause d'admission (1998)

Diagnostique psychiatrique (selon la CIM 10 de l'OMS)	Hommes	Femmes
Troubles mentaux organiques, démences (CIM:F0)	0.09	0.05
Abus d'alcool (CIM: F10)	0.74	0.42
Abus de drogues (CIM: F11-F19)	0.85	0.37
Schizophrénie (CIM: F20)	0.59	0.41
Autres troubles délirants (CIM: F21-F29)	0.32	0.39
Troubles maniaco-dépressifs (CIM: F30-F31)	0.16	0.19
Dépressions graves et autres (CIM: F32, F33, F34-39)	0.46	0.75
Troubles névrotiques / troubles liés au stress (CIM: F4)	0.34	0.41
Troubles de la personnalité (CIM: F6)	0.17	0.23
Autres (CIM: F5, F7-F9)	0.07	0.13

Remarque: ces données expriment des taux standardisés, soit le nombre de cas pour 1000 habitants.
Source: Statistique médicale 1998 (Office fédéral de la statistique)

souvent chez les hommes de 15 à 44 ans (Figure 9). La proportion d'hommes schizophrènes diminue ensuite avec l'âge pour n'être plus qu'à peine différente de celle des femmes atteintes de cette même maladie.

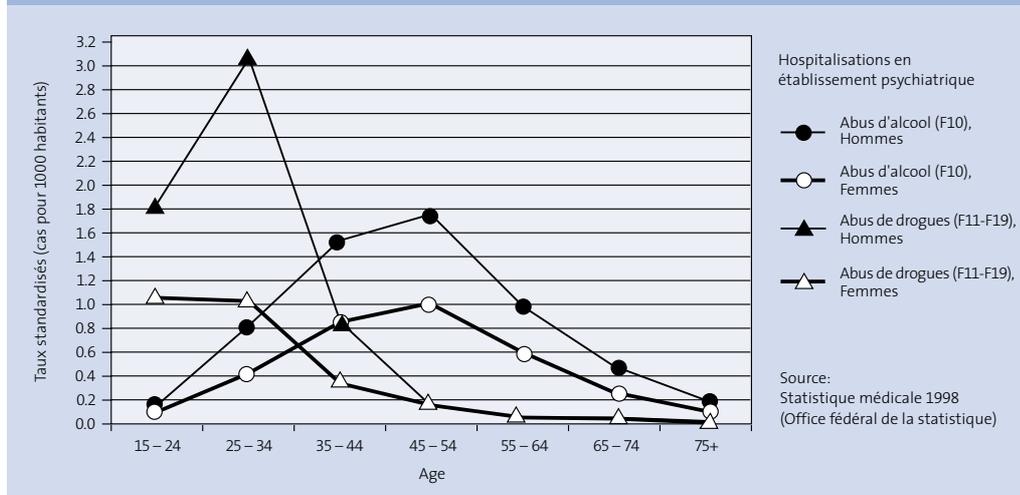
Les troubles de l'humeur (troubles maniaco-dépressifs, dépressions graves et autres troubles affectifs, Tableau 6) apparaissent plus fréquemment chez les femmes dans tous les groupes d'âge. Chez les deux sexes, les séjours en clinique en raison de ce type de problèmes sont les plus fréquents en milieu de vie, c'est à dire entre 35 et 54 ans.

Figure 9 Taux d'hospitalisation des hommes et des femmes en établissement psychiatrique pour schizophrénie ou troubles affectifs (1998) (les symboles F2 et F3 se réfèrent à la Classification internationale des maladies)

La fréquence des traitements en établissements psychiatriques chez les hommes âgés de 25 à 34 ans s'explique d'une part par le nombre élevé de schizophrénies diagnostiquées (Figure 9), d'autre part par le nombre élevé de cas de consommation abusive de drogues (Figure 10).

Chez les hommes jeunes, l'abus de drogues entraîne une hospitalisation dans environ 3 cas pour 1000 habitants, contre seulement 1 cas pour 1000 habitantes chez les jeunes femmes. Par ailleurs, les hommes sont aussi plus souvent hospitalisés que

Figure 10 Taux d'hospitalisation des hommes et des femmes en établissement psychiatrique pour alcoolisme ou toxicomanie (1998) (les symboles F10, F11 et F19 se réfèrent à la Classification internationale des maladies.)

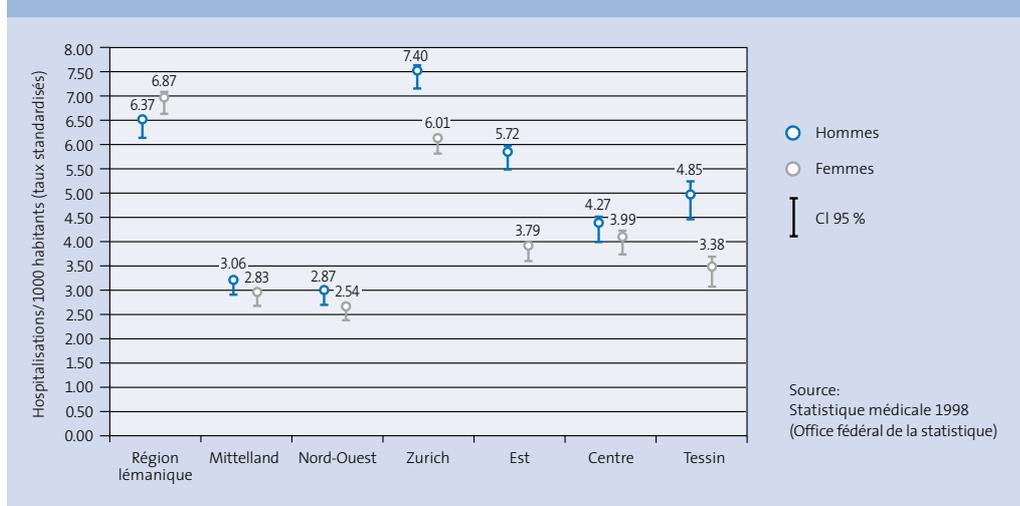


les femmes pour une consommation abusive d'alcool. On observe que, pour les deux sexes, l'abus d'alcool est un problème caractéristique des personnes en milieu de vie (35-54 ans).

Disparités régionales

Les taux d'hospitalisation en clinique psychiatrique diffèrent sensiblement d'une région à l'autre⁹. Chez les hommes, les taux d'hospitalisation les plus élevés sont enregistrés à Zurich (7,4 habitants sur 1000), dans le Bassin lémanique (6,4) et en Suisse orientale (5,7). Chez les femmes, les taux les plus élevés se mesurent dans le Bassin lémanique (6,9) et à Zurich (6,0). Le Nord-Ouest de la Suisse et le Mittelland affichent les taux d'hospitalisation les plus bas, tant chez les hommes que chez les femmes. Environ 3 personnes sur 1000 y sont hospitalisées pour un problème psychique.

Figure 11 Taux d'hospitalisation psychiatrique, par région et par sexe (1998)



⁹ La comparaison des taux d'hospitalisation dans les sept grandes régions de Suisse selon l'Office fédéral de la statistique se base sur un intervalle de confiance à 95% (Hays & Winkler, 1970) des taux d'une région donnée. L'intervalle de confiance indique dans quel domaine le taux effectif dans une région donnée est atteint avec une certitude de 95%.



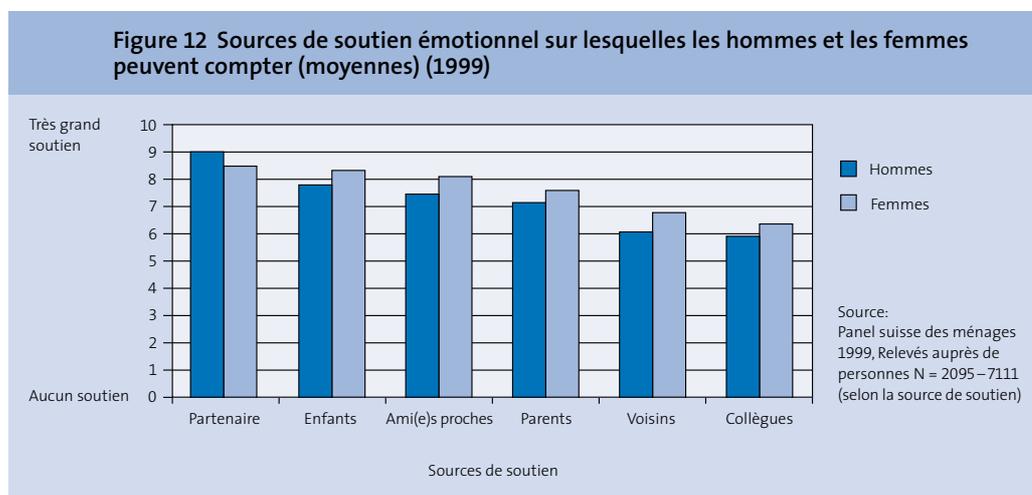
4. Facteurs d'influence sur la santé psychique

4.1 Soutien social

Les personnes qui peuvent se confier et qui reçoivent des marques de compréhension et de compassion sont mieux armées pour surmonter les crises, la souffrance ou la maladie. Différentes études ont mis en évidence le lien positif qui existe entre le soutien social et la santé.¹⁰

Les manifestations de soutien émanent en premier lieu du conjoint ou de la conjointe, des enfants de plus de 15 ans ainsi que d'ami(e)s proches (Figure 12). Elles sont plus rares de la part de collègues ainsi que des voisins.

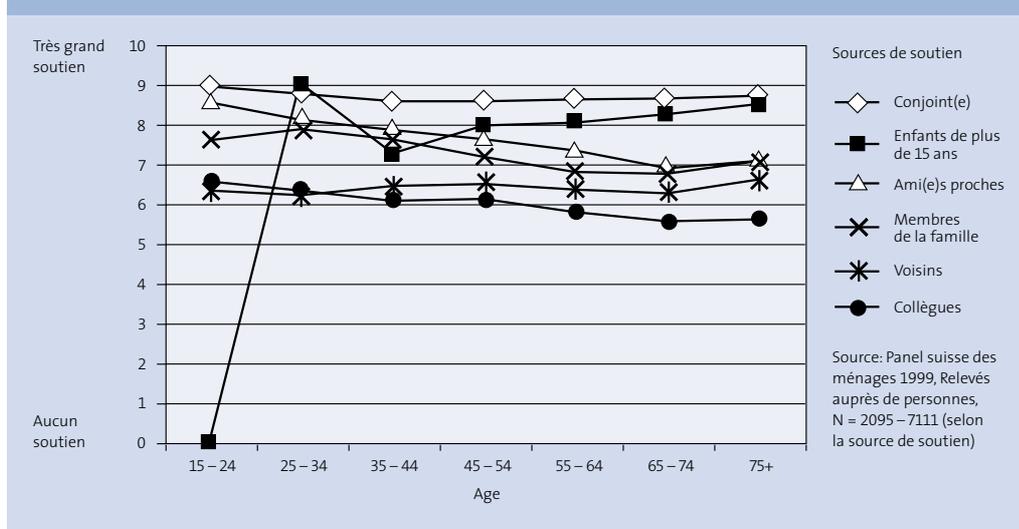
Dans l'ensemble, les femmes se sentent davantage soutenues que les hommes, à une exception près. Les hommes se sentent en effet mieux soutenus par leur conjointe que les femmes par leur conjoint.



Dans toutes les catégories d'âges, le conjoint ou la conjointe demeure la principale source de soutien moral (Figure 13). Le soutien des enfants du malade est aussi important. Par contre, le soutien moral des ami(e)s proches ainsi que des membres de la famille diminue avec l'âge.

¹⁰ Le soutien social peut-être d'ordre émotionnel ou matériel. Le soutien moral désigne le fait d'être entouré, aimé et apprécié; le soutien matériel représente une aide concrète, par exemple, garder les enfants d'une connaissance, aider aux tâches ménagères, etc. L'étude ne tiendra compte ci-après que du soutien émotionnel recensé dans le panel suisse de ménages de 1999. Les personnes interrogées avaient pu y indiquer, sur une échelle de «0 = aucun soutien» à «10 = très grand soutien moral», la quantité de soutien moral qu'elles avaient reçu de leur conjoint(e), de leurs enfants, des membres de leur famille, de leurs amis, de leurs voisins ou de leurs collègues. <

Figure 13 Sources de soutien émotionnel selon l'âge (moyennes) (1999)



Problèmes psychiques et soutien social

Les femmes en traitement pour un problème psychique se sentent moins soutenues moralement que les autres (Tableau 7), du fait notamment du moins grand soutien de leurs enfants.

Chez les hommes, il n'existe pratiquement aucun lien entre les problèmes psychiques et le soutien émotionnel.

Tableau 7 Soutien émotionnel – Comparaison entre les hommes et les femmes en traitement pour un problème psychique et les hommes et les femmes qui ne sont pas en traitement (moyennes) (1999)

	Hommes en traitement			Femmes en traitement		
	Oui	Non	N=Nombre de personnes	Oui	Non	N=Nombre de personnes
Total	7.1	7.2	3402	7.3	7.6	4364
Conjoint	8.4	8.9	2562	8.2	8.5	3165
Enfants de plus de 15 ans	6.5	7.8	853	7.5	8.4	1241
ami(e)s proches	7.7	7.5	3073	8.2	8.1	3945
Membres de famille	7.0	7.1	3092	7.1	7.6	4019
Voisins	5.6	6.0	2178	6.8	6.7	2821
Collègues	5.9	5.9	2276	6.4	6.3	2624

Source: Panel suisse de ménages 1999, enquête auprès des personnes.
Echelle de réponses: 0 = absence totale de soutien; 10 = soutien très important

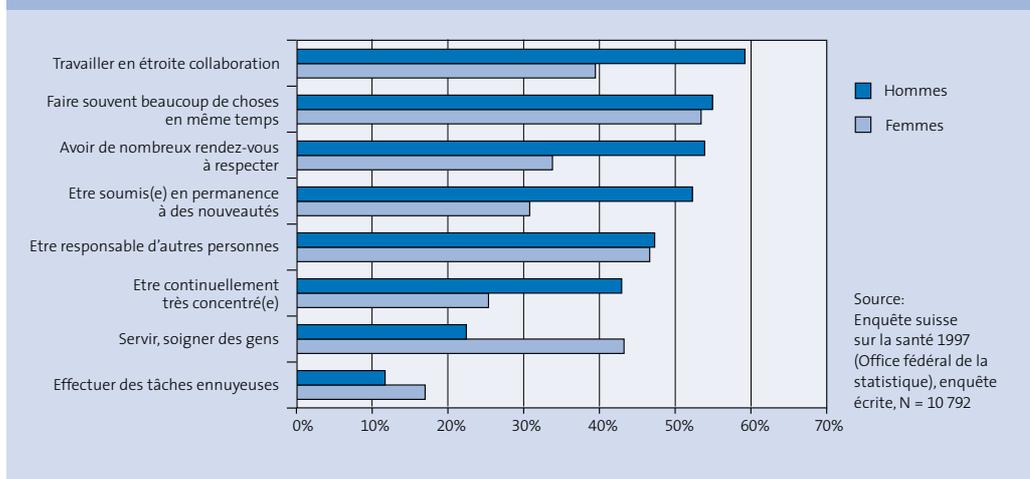


4.2 Facteurs de stress au travail

Différences entre les sexes

Les mauvaises conditions de travail peuvent occasionner des problèmes de santé. Sur les huit facteurs de stress examinés, quatre touchent davantage les hommes que les femmes (Figure 14).¹¹ Le principal facteur de stress chez les hommes est le travail en étroite collaboration avec d'autres personnes: les hommes sont 59% à le citer, les femmes 39% seulement. Les autres facteurs de stress, comme devoir respecter de nombreux rendez-vous et être soumis en permanence à des nouveautés, pèsent également davantage sur les hommes que sur les femmes. Servir ou soigner des gens est le seul facteur de stress auquel les femmes sont plus confrontées que les hommes (43% contre 22%).

Figure 14 Pourcentage d'hommes et de femmes qui souffrent de différents facteurs de stress dans leur travail (1997)



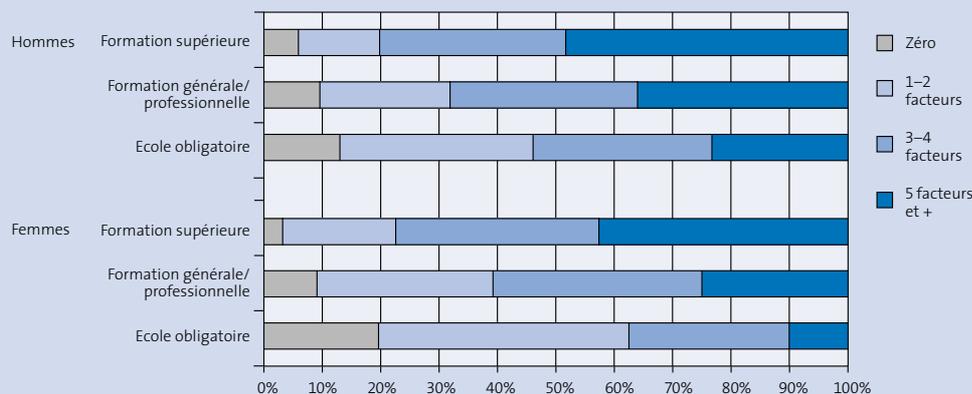
Niveau de formation et stress lié au travail

Le niveau de formation des personnes interrogées révèle également des différences sensibles en ce qui concerne les facteurs de stress liés au travail. Chez les hommes comme chez les femmes, le nombre de facteurs négatifs augmente avec le niveau de formation (Figure 15). Environ 10% des femmes n'ayant achevé que la scolarité obligatoire déclarent cinq facteurs de stress et plus liés au travail, contre 43% des femmes possédant une formation supérieure.

Chez les hommes, 24% de ceux n'ayant achevé que l'école obligatoire déclarent cinq facteurs de stress et plus, contre 48% des hommes possédant une formation supérieure.

¹¹ L'enquête suisse sur la santé de 1997 propose huit questions sur différents aspects de la vie professionnelle. Les personnes interrogées pouvaient indiquer si elles les considéraient comme des sources de pressions («oui» ou «non»).

Figure 15 Total des facteurs de stress selon le niveau de formation et le sexe (1997)



Source: Enquête suisse sur la santé 1997 (Office fédéral de la statistique), Hommes: N = 4768 p<0,01, Femmes: N = 6024 p>0,05.

Rapport entre les conditions de travail et les troubles psychiques

Chez les hommes, il existe un lien entre le stress au travail et la fréquence des troubles psychiques légers. Ce lien est absent chez les femmes (Tableau 8).

Environ trois quarts des hommes (76%) qui ne connaissent aucun problème de stress au travail ne souffrent d'aucun trouble psychique non plus. Par contre, les hommes qui subissent trois facteurs de stress ou plus au travail sont deux tiers (65%) seulement à n'avoir aucun problème psychique.

Tableau 8 Liens entre les facteurs de stress au travail et les troubles psychiques, selon le sexe (1997)

	Trouble(s) psychique(s)	Facteurs du stress au travail			
		Zéro	1	2	3 ou plus
Hommes	Aucun trouble	76.1%	67.4%	69.8%	65.4%
	1 trouble	13.3%	21.2%	18.4%	20.1%
	2 troubles	6.3%	6.1%	6.5%	7.8%
	3 troubles et plus	4.3%	5.3%	5.4%	6.8%
	Total	100%	100%	100%	100%
Femmes	Aucun trouble	64.3%	63.5%	65.4%	63.2%
	1 trouble	18.4%	19.9%	19.5%	18.7%
	2 troubles	9.0%	7.8%	8.3%	8.9%
	3 troubles et plus	8.3%	8.7%	6.9%	9.2%
	Total	100%	100%	100%	100%

Source: Enquête suisse sur la santé 1997, enquête téléphonique et questionnaire écrit. Hommes: N= 4768, p>0,01. Femmes: N= 602, p>0,05.



4.3 Événements critiques de l'existence

Des événements critiques de l'existence, comme le décès d'une personne proche, la perte d'un emploi ou un accident, peuvent être à l'origine de maladies psychiques. Les événements positifs de la vie, comme la naissance d'un enfant, peuvent aussi constituer des moments critiques et avoir des conséquences importantes sur la vie d'une personne.

Le Panel suisse de ménages 2000 a répertorié dix événements décisifs de ce type. Au total, 51% des hommes et 55% des femmes étaient concernés par au moins l'un d'entre eux au cours des dix-huit mois ayant précédé l'enquête (Tableau 9).

Les personnes plus jeunes rapportent davantage d'expériences décisives que les personnes plus âgées: entre 15 et 34 ans, 55% des hommes et 59% des femmes déclarent au moins un événement critique. Chez les personnes plus âgées, les taux correspondants tombent à 43% et 52%.

Tableau 9 Problème résultant d'événements critiques survenus au cours des dix-huit mois précédents (2000)

	Hommes				Femmes			
	15-34	35-49	50-64	65+	15-34	35-49	50-64	65+
Pas d'événement	45.1%	50.4%	49.0%	56.6%	40.9%	44.4%	48.4%	47.8%
1 événement	32.1%	28.5%	32.4%	29.0%	30.7%	30.8%	28.6%	32.3%
2 événements	15.0%	15.2%	13.9%	11.6%	17.4%	15.7%	14.9%	14.7%
3 événements et plus	7.8%	6.0%	4.8%	2.8%	10.9%	9.1%	8.1%	5.2%
Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
N = Nombre de personnes	1009	1031	687	382	1165	1298	901	488

Source: Panel suisse de ménages 2000. Indice total résultant de dix événements: maladie ou accident subi personnellement, maladie ou accident d'un proche, décès d'une personne proche, rupture d'une relation étroite, conflits avec une personne proche, changement d'état civil, changement d'employeur, changement de profession, problèmes avec ses propres enfants. Les événements se rapportent aux dix-huit mois qui ont précédé l'enquête (1999-2000).

Chez les femmes, l'événement critique le plus fréquent est la maladie (grave) ou un accident d'une personne proche (Tableau 10). Pour les deux sexes, le décès d'un proche constitue un événement critique relativement fréquent. Par ailleurs, 12% des femmes et des hommes interrogés ont été eux-mêmes touchés par la maladie ou un accident. Pour le reste, 11% des femmes et 9% des hommes ont changé d'employeur pendant la période considérée et 11% des premières et 7% des seconds ont déclaré avoir des problèmes avec leurs enfants.

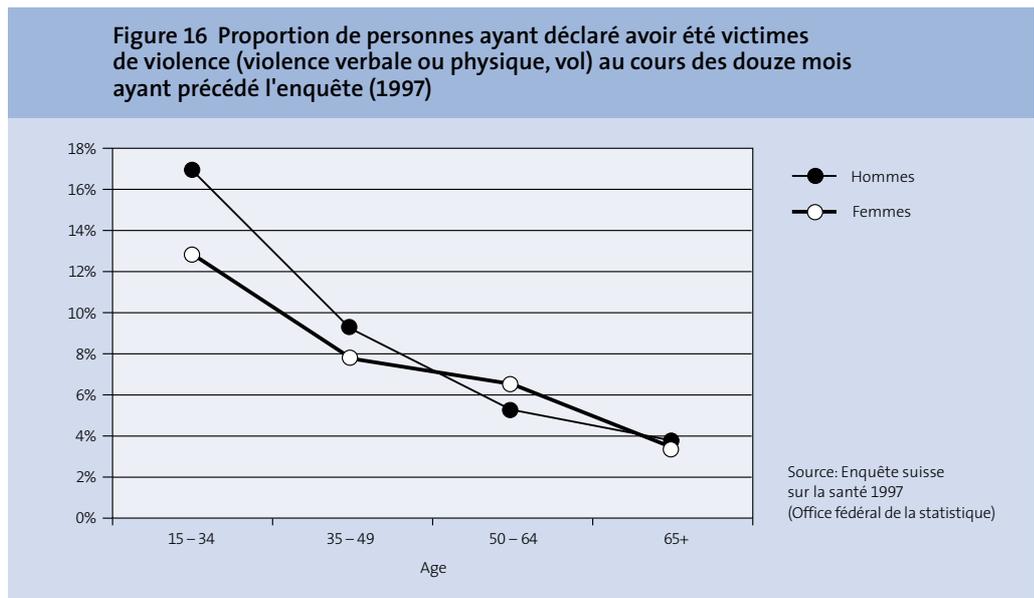
Tableau 10 Les cinq événements critiques les plus fréquents selon le sexe (2000)

	Hommes	Femmes	N = Nombre de personnes
Maladie, accident subi soi-même	11.7%	11.6%	7075
Maladie, accident d'un proche	16.4%	21.5%	7073
Décès d'un proche	19.0%	20.3%	7072
Changement d'employeur	9.2%	11.1%	4745
Problèmes avec ses propres enfants	6.8%	10.7%	4136

Source: Panel suisse de ménages 2000; Enquête auprès des personnes. Les événements se rapportent aux dix-huit mois qui ont précédé l'enquête (1999-2000)

4.4 Expériences de violence et de victimisation

Les actes de violence commis sur la personne constituent une autre source de problèmes. Les personnes plus jeunes sont, de loin, les plus souvent victimes d'actes de violence sous quelque forme que ce soit (Figure 16). Près de 17% de la population masculine âgée de 15 à 34 ans et 13% de la population féminine du même âge déclarent avoir été victimes de violences verbales ou physiques ou d'un vol pendant la période sous revue.¹² Le nombre de cas diminue continuellement avec l'âge jusqu'à atteindre 4% pour les femmes et les hommes âgés de plus de 65 ans. Avec l'âge, les différences s'estompent d'un sexe à l'autre.



Quelque 5% de la population a été menacée verbalement et 1,5% a subi des violences physiques (Tableau 11). Les hommes sont plus souvent victimes de violences physiques que les femmes (2% contre 1%).

En outre, 1,5% des hommes et 1,4% des femmes ont été victimes d'un vol ou d'un cambriolage. Au total, quelque 9% des hommes et 7% des femmes ont été victimes de violences verbales ou physiques, d'un vol ou d'un cambriolage.

Tableau 11 Victimes de différentes formes de violences, au total et par sexe (1997)

	Violences verbales			Violences physiques			Vol ou cambriolage		
	Total	Sexe		Total	Sexe		Total	Sexe	
		Hommes	Femmes		Hommes	Femmes		Hommes	Femmes
Oui	5.0%	5.6%	4.4%	1.5%	2.0%	1.0%	1.4%	1.5%	1.4%
Non	95.0%	94.4%	95.6%	98.5%	98.0%	99.0%	98.6%	98.5%	98.6%
N = nombre de personnes	12 998	5 758	7 240	12 998	5 758	7 240	12 998	5 758	7 240

Source: Enquête suisse sur la santé 1997 (Office fédéral de la statistique), enquête téléphonique

¹² Cette question incluait également les vols, qui sont en fait une atteinte à la propriété. Il n'existe pas suffisamment de données pour procéder à une analyse différenciée et permettre des déclarations fiables – excluant le vol – selon le sexe et l'âge.

5. Conséquences de la maladie

5.1 Diminution de la qualité de vie, des performances et de la capacité à travailler

Une maladie psychique peut se répercuter sur différents aspects de la vie de la personne concernée. Elle peut détériorer considérablement sa qualité de vie et diminuer ses aptitudes fonctionnelles, au plan personnel comme au plan professionnel.¹³

Importance de l'âge

Dans l'ensemble, hommes et femmes déclarent un degré de satisfaction élevé dans tous les domaines abordés. Si l'on examine cette satisfaction par rapport aux différents groupes d'âge, on observe que la satisfaction à l'égard de l'état de santé recule avec l'âge (tableau 12). En revanche, les personnes plus âgées sont nettement plus satisfaites que les personnes plus jeunes en ce qui concerne leur situation financière, leur niveau de vie, leurs conditions de logement et leur temps libre. Enfin, les différences de satisfaction exprimées sont minimales d'un groupe à l'autre pour ce qui est de la vie commune.

Tableau 12 Satisfaction à l'égard de différents aspects de l'existence, selon l'âge (1999)

	15-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65-74	75+
Santé	8.6	8.4	8.2	8.0	7.7	7.7	7.4
Argent	6.8	6.7	7.1	7.4	7.7	7.8	7.9
Vie commune	8.4	8.4	8.5	8.6	8.7	8.6	8.5
Loisirs	8.1	7.5	7.7	7.8	8.4	8.9	8.9
Niveau de vie	7.4	7.8	7.9	8.1	8.2	8.5	8.5
Logement	7.6	8.0	8.3	8.7	8.8	9.0	9.1

Source: Panel suisse de ménages 1999, Enquête auprès des personnes: satisfaction à l'égard de l'état de santé, la situation financière, la vie commune (seul(e) ou avec d'autres membres de la famille), loisirs. N=7594-7665. Enquête auprès des ménages: satisfaction à l'égard du niveau de vie et du logement (appartement ou maison). N=5053-5060.

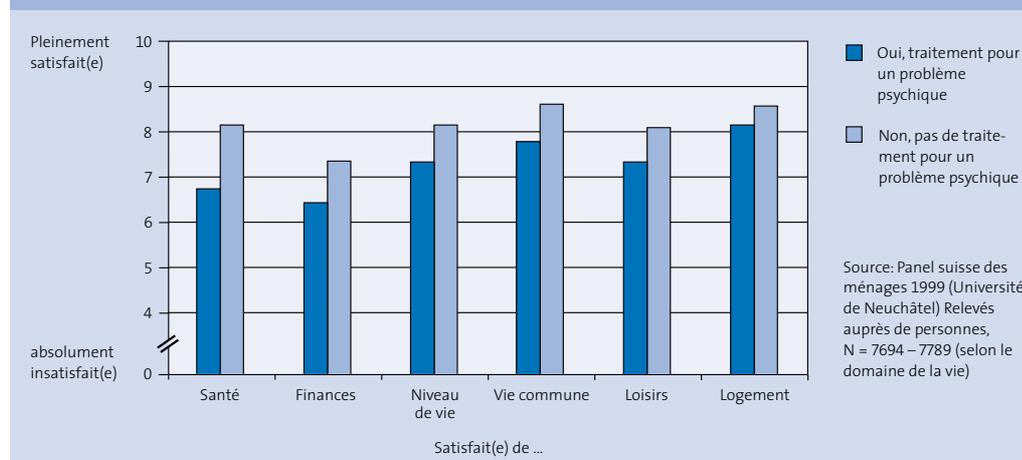
Problèmes psychiques et qualité de vie

Les personnes en traitement pour un problème psychique au cours des douze mois qui ont précédé l'enquête ont tendance à juger plus négativement leur qualité de vie que les personnes sans problème psychique nécessitant une prise en charge (Figure 17).¹⁴ Les personnes en traitement sont surtout moins satisfaites de leur état de santé (1,5 point de différence).

¹³ Par qualité de vie, on entend la satisfaction qu'éprouve une personne à l'égard de différents aspects de son existence.

¹⁴ Les données suivantes se basent sur le Panel suisse de ménages 1999. Dans l'enquête auprès des personnes, les questions ont porté sur la satisfaction par rapport à l'état de santé, à la situation financière, à la vie commune (personne seule(e) ou avec d'autres membres de la famille) et aux loisirs (N=7694-7789). L'enquête auprès des ménages contenait des questions sur la satisfaction à l'égard du niveau de vie et du logement (appartement/maison) (N=4016-4020).

Figure 17 Degré de satisfaction par rapport à différents aspects de l'existence. Comparaison entre les personnes qui suivent un traitement pour un problème psychique et les autres (moyennes) (1999)



Performances professionnelles et capacité à travailler

Environ un sixième des personnes interrogées (16% des hommes, 19% des femmes) font état d'une réduction de leurs capacités durant les quatre dernières semaines. De plus, 10% déclarent ne pas avoir pu accomplir leur travail pendant au moins un jour pendant la même période (Tableau 13).

Chez les personnes qui souffrent de problèmes psychiques graves (traitement durant les douze derniers mois ou problème chronique), la part des personnes atteintes dans leurs capacités ou dans leurs performances professionnelles est à peu près deux fois plus élevée. En d'autres termes, environ un tiers de ces personnes sentent leurs capacités diminuées, et environ un cinquième n'ont pas pu travailler en partie durant les quatre dernières semaines.

Les hommes et les femmes qui ont des problèmes psychiques importants sont plus souvent sans emploi et bénéficient plus fréquemment d'une rente.

Tableau 13 Part des personnes atteintes dans leurs capacités et dans leurs performances professionnelles pour cause de problème psychique (1997)

	Hommes			Femmes		
	Total	Traitement pour problème psychique ¹	Problème psychique chronique ²	Total	Traitement pour problème psychique ¹	Problème psychique chronique ²
Diminution						
• des performances ³	15.9%	34.5%	33.1%	18.8%	34.3%	38.0%
• de la capacité à travailler ⁴	10.3%	23.1%	23.0%	10.5%	21.8%	19.0%
Activité lucrative ⁵	88.4%	77.1%	80.7%	65.9%	62.3%	52.9%
Rente						
• toutes les rentes	8.7%	24.9%	26.7%	17.1%	32.0%	30.7%
• rentes AI	2.8%	11.1%	16.8%	2.6%	10.0%	13.7%

Source: Enquête suisse sur la santé 1997 (N=13303); pourcentages pondérés

¹ traitement pour problème psychique au cours des douze derniers mois

² problèmes psychiques subsistant depuis plus d'une année et qui entrave les activités quotidiennes

³ diminution des performances au cours des quatre dernières semaines

⁴ incapacité de travailler au cours des quatre dernières semaines

⁵ travail rémunéré d'au moins une heure hebdomadaire

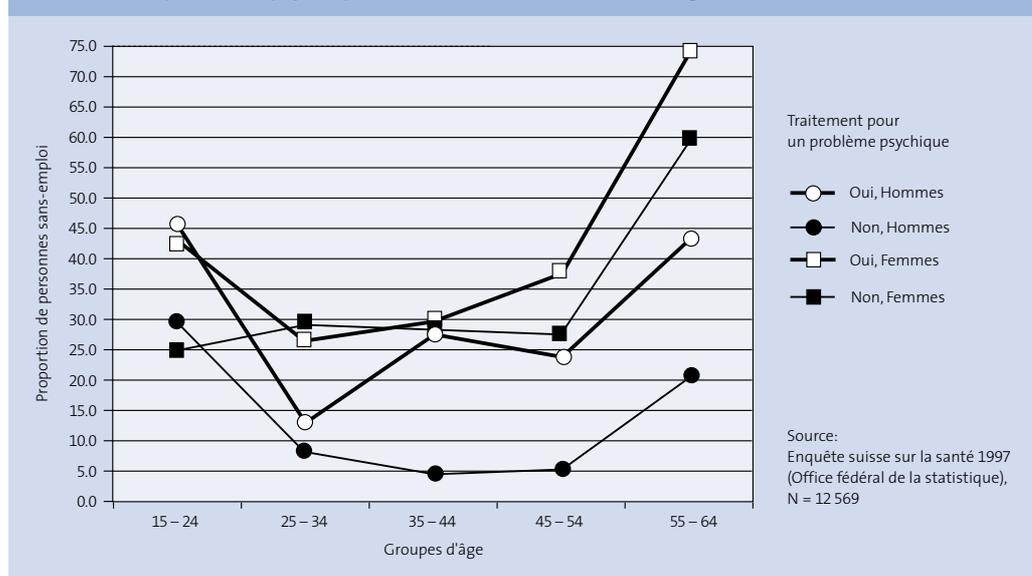


Hommes éprouvant des problèmes psychiques: un groupe à risques

L'absence d'activité professionnelle chez les personnes qui ont des troubles psychiques apparaît très nettement chez les hommes âgés de 35 à 54 ans (Figure 18). Dans ce groupe d'âge, 25 à 30% des hommes qui présentent un problème psychique nécessitant un traitement déclarent ne pas avoir d'emploi, alors que dans l'ensemble de la population, seulement 5% des hommes d'âge correspondant sont dans cette situation.

Chez les femmes, le taux des personnes sans emploi dans le groupe des 35 à 54 ans est généralement nettement plus élevé (environ 30%). Dans l'ensemble, les femmes qui présentent un trouble psychique nécessitant un traitement ne sont pas plus fréquemment sans emploi.

Figure 18 Proportion de personnes sans emploi selon l'existence d'un problème psychique nécessitant un traitement, l'âge et le sexe (1998)

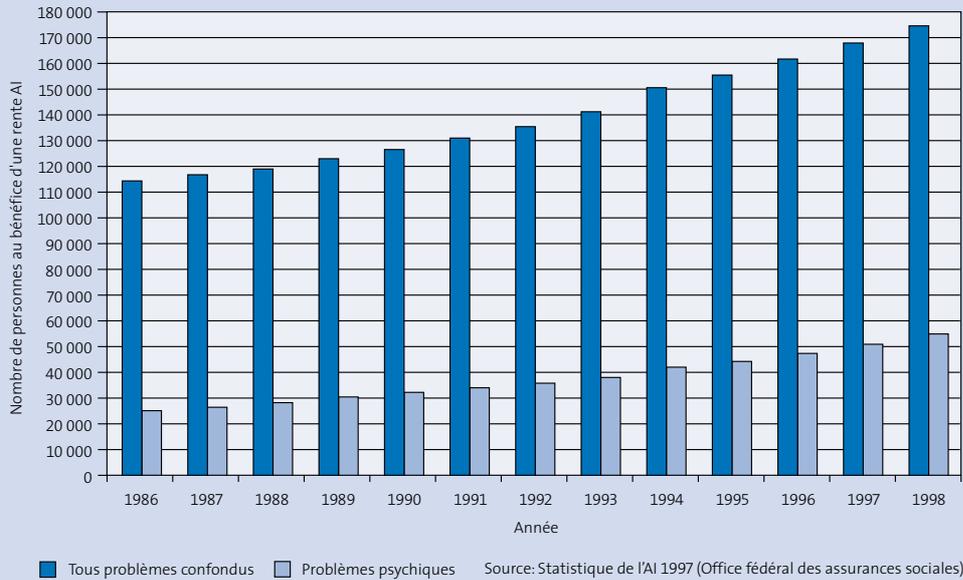


5.2 Rentes d'invalidité

Entre 1986 et 1998, le nombre de bénéficiaires d'une rente d'invalidité est passé de 117 000 à 180 000¹⁵, soit une hausse de 35% (Figure 19). Parmi les personnes souffrant d'un trouble psychique, la progression a été encore plus marquée, passant de 25 701 à 55 749 personnes et atteint à 31% de l'ensemble des bénéficiaires d'une rente AI.

¹⁵ Statistique AI 1999, Office fédéral des assurances sociales

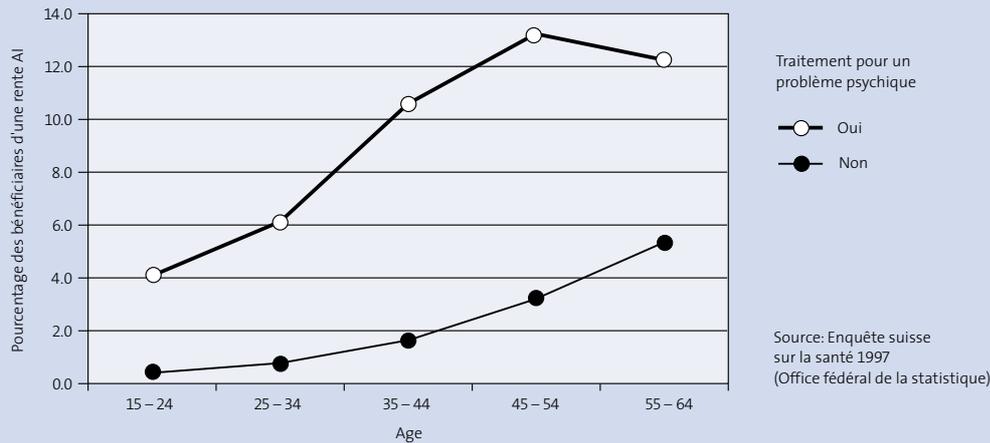
Figure 19 Nombre des bénéficiaires d'une rente AI en Suisse de 1986 à 1998: ensemble des rentes et rentes pour cause de maladie psychique (1999)



Problèmes psychiques et mise à l'assurance-invalidité

Les personnes en traitement pour maladie psychique l'année précédant l'enquête reçoivent nettement plus souvent une rente AI que les personnes sans problème psychique nécessitant un traitement. Ainsi, chez les 15 à 34 ans, les personnes en traitement pour un problème psychique bénéficient huit à dix fois plus souvent d'une rente AI (Figure 20).

Figure 20 Part des personnes au bénéfice d'une rente AI, par catégories d'âges, traitées ou non pour un problème psychique (1997)



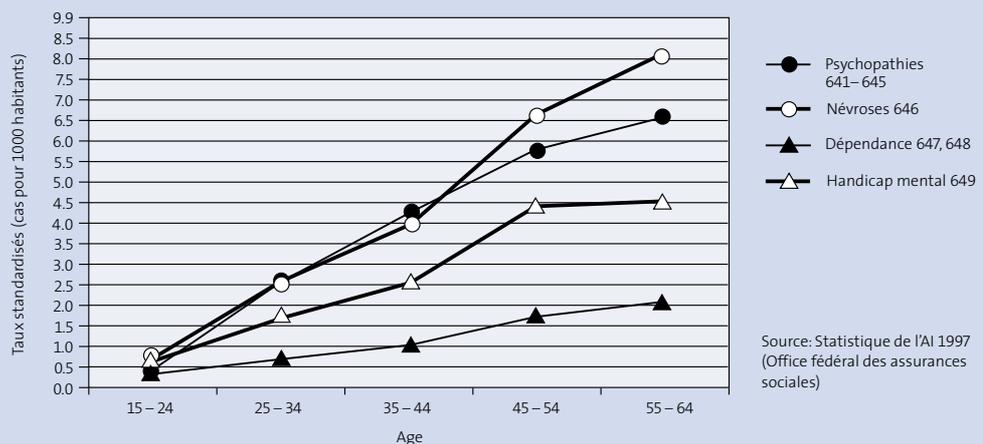
Nombre de rentes AI pour cause de problème psychique

Le chapitre 26 des «Codes pour la statistique des infirmités et des prestations» («psychoses, psychonévroses et troubles de la personnalité») distingue différents troubles psychiques, répartis en quatre groupes¹⁶:

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

En 1997, 18 606 personnes bénéficiaient d'une rente AI en raison d'une maladie psychique grave, 20 630 pour des troubles névrotiques, 4 409 pour des troubles liés à une dépendance et 4 825 pour des troubles de nature psycho-organique. Ces pathologies représentent 28% de l'ensemble des rentes AI versées pendant l'année sous revue (N=173 229).

Figure 21 Taux des rentiers AI atteints de troubles psychiques, par catégories d'âges (1997) (les chiffres après les problèmes psychiques mentionnés se réfèrent à des codes de l'assurance-invalidité)



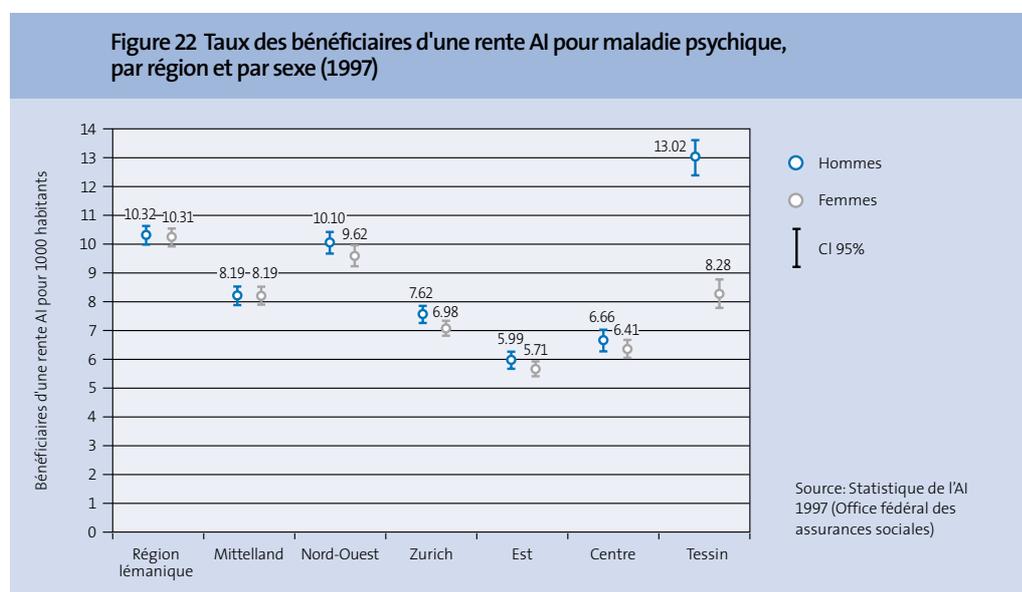
Si l'on se réfère à l'ensemble de la population, ces chiffres montrent que 4,3 personnes sur 1000 reçoivent une rente d'invalidité pour des troubles de type névrotique. Par ailleurs, 3,8 personnes sur 1000 sont à l'AI pour maladie psychique grave, 2,8 sur 1000 pour un trouble psycho-organique et environ 1 sur 1000 pour un trouble de la dépendance. La proportion des personnes au bénéfice d'une rente d'invalidité pour des raisons psychiques varie fortement selon l'âge (Figure 21). Ainsi, les troubles névrotiques concernent moins d'une personne sur 1000 dans la catégorie de 15–24 ans, mais plus de 8 personnes sur 1000 chez les 55–64 ans.

¹⁶ La classification utilisée par l'AI n'est pas identique aux catégories de diagnostics psychiatriques reconnus, comme la CIM 10 (chapitre V) (Dilling, Mombour, Schmidt, 1994) ou DSM-IV (Sass et al., 1998)

Si l'on considère ensemble les maladies psychiques graves et les troubles névrotiques comme des causes psychiques de l'invalidité, on constate qu'environ 8 personnes sur 1000 bénéficient d'une rente d'invalidité en raison de problèmes psychiques. Le nombre de rentiers et de rentières AI est pratiquement identique dans tous les groupes d'âge (en moyenne 8,3 hommes pour 1000 habitants contre 7,9 femmes pour 1000 habitants). Une exception: la hausse étonnante de cas parmi les hommes âgés de 55 à 64 ans (16,9) alors que chez les femmes du même âge, le taux baisse (12,7). L'augmentation marquée du nombre de bénéficiaires de rentes chez les hommes de cet âge ne concerne pas uniquement des personnes souffrant de problèmes psychiques; on constate le même phénomène pour l'ensemble des bénéficiaires d'une rente AI (OFAS, 2001).

Disparités régionales dans le taux de rentes AI

Le pourcentage de personnes qui perçoivent une rente AI en raison d'une maladie psychique grave ou de troubles névrotiques diffère énormément d'une région à l'autre (Figure 22).



Les taux les plus élevés sont enregistrés au Tessin (10,6 pour 1000 habitants), dans le Bassin lémanique (10,3/1000) et dans le nord-ouest de la Suisse (9,9/1000). La Suisse orientale (5,8/1000) et la Suisse centrale (6,5/1000) affichent les taux les plus faibles. Le taux très élevé de rentes AI chez les hommes tessinois (13,0/1000) est frappant. Le Tessin est la seule région de Suisse où les hommes perçoivent une rente AI beaucoup plus souvent que les femmes.



5.3 Suicide

Le suicide est beaucoup plus fréquent chez les hommes que chez les femmes. En 1996, en Suisse, 29 hommes sur 100 000 et 12 femmes sur 100 000 se sont enlevé la vie. Les tentatives de suicide doivent être estimées à un nombre nettement plus élevé. Selon les estimations, entre 8 000 et 15 000 personnes tentent chaque année de mettre fin à leurs jours.

Le taux de suicides en Suisse est l'un des plus élevés en comparaison internationale (Tableau 14).

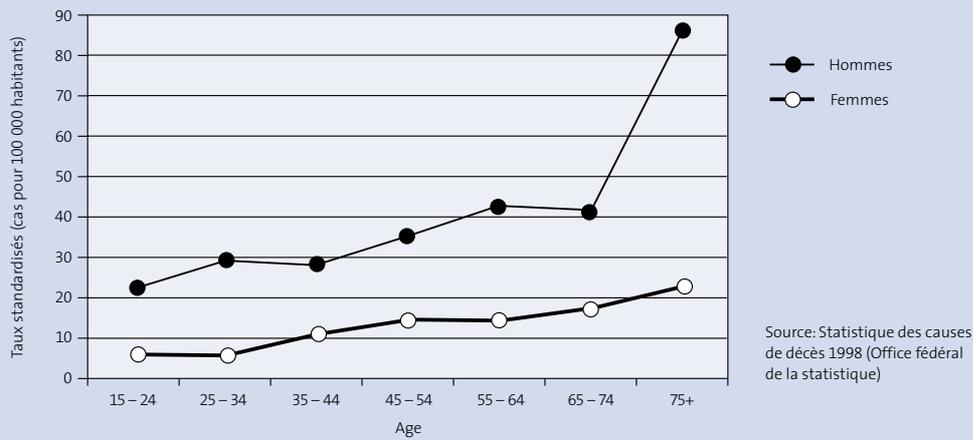
Tableau 14 Suicides pour 100 000 habitants: Comparaison internationale (1994-1999)		
Pays	Hommes	Femmes
Lituanie	75.6	16.1
Russie	62.6	11.6
Autriche	29.3	10.4
Suisse	29.2	11.6
France	27.1	9.2
Allemagne	20.2	7.3
Suède	20.1	7.8
USA	18.6	4.4
Chine (sans Taiwan)	13.4	14.8
Pays-Bas	13.0	6.3
Espagne	13.0	3.7
Italie	12.3	3.6
Grande-Bretagne	11.8	3.3
Portugal	8.5	2.0
Albanie	6.3	3.6

Source: OMS 2002 (http://www.who.int/health_topics/suicide/en/)

Le taux de suicides varie en fonction de l'âge (Figure 23). Les femmes jeunes (15–34 ans) sont 6 sur 100 000 à mettre fin à leurs jours, alors que celles du quatrième âge (75 ans et plus) sont 22 sur 100 000.

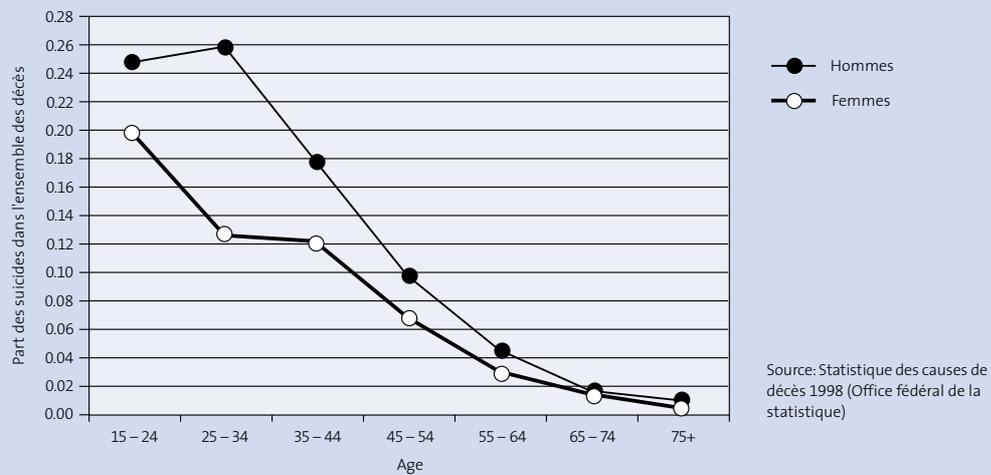
Chez les hommes, une hausse continue du taux de suicides avec l'âge peut également être observée. L'augmentation particulièrement marquée des suicides chez les plus de 75 ans est à relever. Dans cette catégorie d'âges, 86 hommes sur 100 000 s'enlèvent la vie.

Figure 23 Le suicide en Suisse, selon le sexe et la catégorie d'âges (1998)



Chez les hommes jeunes, le suicide est la deuxième cause de décès après les accidents. Parmi les 15–34 ans, environ un quart de tous les décès sont imputables au suicide (Figure 24). Chez les jeunes femmes également (15–24 ans), le suicide est à l'origine de près d'un cinquième de tous les décès.

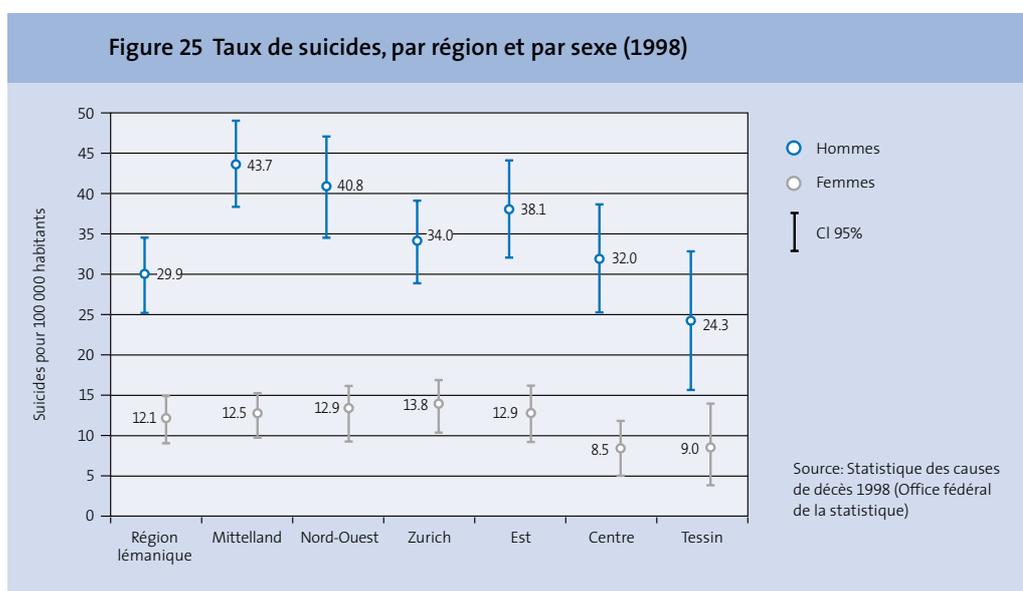
Figure 24 Part des suicides sur l'ensemble des décès, selon le sexe et la catégorie d'âges (1998)



Disparités régionales

La comparaison entre les régions révèle que le taux de suicides chez les femmes est à peu près identique partout (Figure 25). Chez les hommes, par contre, des disparités régionales importantes apparaissent: les régions du Mittelland (44 suicides pour 100 000 habitants) et du nord-ouest de la Suisse (41 suicides pour 100 000 habitants) enregistrent les taux de suicides les plus élevés. Les hommes tessinois ont le taux de suicides le plus faible (24 suicides pour 100 000 habitants).

Dans les régions qui connaissent un taux de suicides élevé, le risque de suicide est sensiblement différent chez les hommes et chez les femmes (Figure 25). Ainsi, dans la région du Mittelland, le taux de suicides des hommes, avec 44 décès pour 100 000 habitants, est 3,4 fois plus élevé que celui des femmes (13 suicides pour 100 000 habitantes). Dans la région lémanique, le taux de suicides des hommes est, avec 30 suicides pour 100 000 habitants, environ 2,5 fois plus élevé que celui des femmes (12 pour 100 000 habitantes).



6. Recours à des traitements

6.1 Santé psychique et recours à un traitement

La grande majorité des Suisses (84% des hommes, 74% des femmes) consulte un médecin au moins une fois par an. Ils sont par contre beaucoup moins – 5% des femmes, 3% des hommes – à se rendre chez le médecin explicitement pour un problème psychique (les consultations chez les spécialistes ne faisant pas partie du corps médical, comme les psychologues, sont prises en compte) (Enquête suisse sur la santé 1997).

Le recours à un traitement est fonction de la santé psychique (Tableau 15). Les personnes qui souffrent de problèmes psychiques chroniques consultent plus souvent un médecin que les autres (92% des femmes, 89% des hommes). Plus le trouble psychique est grave, plus le patient consulte un médecin explicitement pour ce problème. Un peu moins de la moitié des femmes (41%) et environ un tiers des hommes (35%) atteints de problèmes psychiques chroniques sont en traitement.

Vu sous un autre angle, on peut dire qu'une majorité des personnes atteintes de troubles psychiques chroniques ne consulte pas.

	Consultation médical		Traitement pour un problème psychique	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Toutes les personnes interrogées	73.6%	84.2%	3.0%	5.2%
Personnes avec:				
• bien-être psychique faible	75.3%	87.5%	6.3%	10.7%
• problème psychique depuis plus de 12 mois	88.8%	91.6%	35.3%	40.7%

Source: Enquête suisse sur la santé 1997 (office fédéral de la statistique)
N=13 003. Consultation médicale et traitement au cours des douze derniers mois.

Où les personnes souffrant de problèmes psychiques se font-elles soigner?

Les personnes à la recherche d'une aide professionnelle pour traiter un problème psychique s'adressent, dans environ deux tiers des cas, à un spécialiste en pratique privée, notamment à un psychiatre ou à un psychologue. Un dernier tiers recourt aux offres de traitement rattachées à une clinique. Les soins ambulatoires arrivent en tête (Tableau 16).

Dans le détail, il apparaît que les hommes et les personnes jeunes se tournent le plus fréquemment vers un spécialiste, autrement dit vers un psychiatre ou un psychologue. De leur côté, les femmes et les personnes âgées consultent davantage des médecins en dehors du domaine de la psychiatrie.

Tableau 16 Pourcentage de personnes en traitement pour un problème psychique après de différents prestataires de soins (1997)

prestataire de soins	Hommes	Femmes	15–34	35–49	50–64	65+
Non rattachés à un établissement hospitalier:						
• Psychiatre / psychologue	47.9%	34.9%	45.3%	44.7%	31.5%	20.5%
• Autre médecin	17.0%	33.3%	19.0%	25.4%	36.2%	45.6%
• Autre spécialiste	(2.8%)	3.5%	(3.6%)	(3.4%)	(3.3%)	(2.1%)
rattachés à un établissement hospitalier:						
• Soins ambulatoires	21.0%	16.7%	20.5%	14.1%	17.7%	23.3%
• Soins hospitaliers	11.3%	11.6%	11.7%	12.4%	11.4%	(8.6%)
	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Source: Enquête suisse sur la santé 1997 (Office fédéral de la statistique)

Personnes en traitement pour un problème psychique: N=618. Valeurs entre parenthèses quand N<10. Pourcentages calculés par pondération des valeurs d'échantillonnage.

6.2 Volume des soins en établissements psychiatriques

Traitement en milieu hospitalier de personnes souffrant d'une maladie psychique

En 1998, les hôpitaux suisses ont effectué 56 684 traitements pour soigner une maladie psychique grave¹⁷, ce qui représente environ 4% de tous les traitements hospitaliers (N=1 290 903). Dans les établissements de santé non hospitaliers, comme les établissements médico-sociaux (handicapés et personnes âgées), 2174 traitements¹⁸ ont été dispensés pour des raisons psychiatriques dans des établissements médico-sociaux, des foyers pour personnes handicapées ou des maisons pour personnes âgées notamment.

En examinant ces chiffres de plus près, on constate que les traitements en milieu hospitalier de patients atteints d'une maladie psychique grave ne se déroulent pas tous dans des établissements psychiatriques (Tableau 17).

Tableau 17 Hospitalisation des personnes souffrant d'une maladie psychique^(a) (1998)

Traitement hospitalier des personnes souffrant d'une maladie psychique ^(a)	N ^(b)	%
Total	58 858	100.0
• dans les cliniques psychiatriques	42 258	71.8
• dans d'autres établissements hospitaliers	14 426	24.5
• dans d'autres établissements de santé non hospitaliers	2174	3.7

^(a) Maladie psychique = diagnostique principal de la catégorie F selon la CIM-10

^(b) Estimations sur la base de la statistique médicale et de la statistique des hôpitaux 1998 (Office fédéral de la statistique)

¹⁷ Les maladies en question et les données fournies dans le tableau 17 sont des estimations. Le nombre de cas de maladies psychiques (a) traitées en milieu hospitalier a été établi de la manière suivante: (b = tous les diagnostics F [selon la CIM] selon la statistique médicale; c = tous les diagnostics F dans les établissements psychiatriques selon la statistique médicale; d = tous les diagnostics F dans les établissements psychiatriques selon la statistique des hôpitaux):

$$a = \left(\frac{b}{c} \right) \times d$$

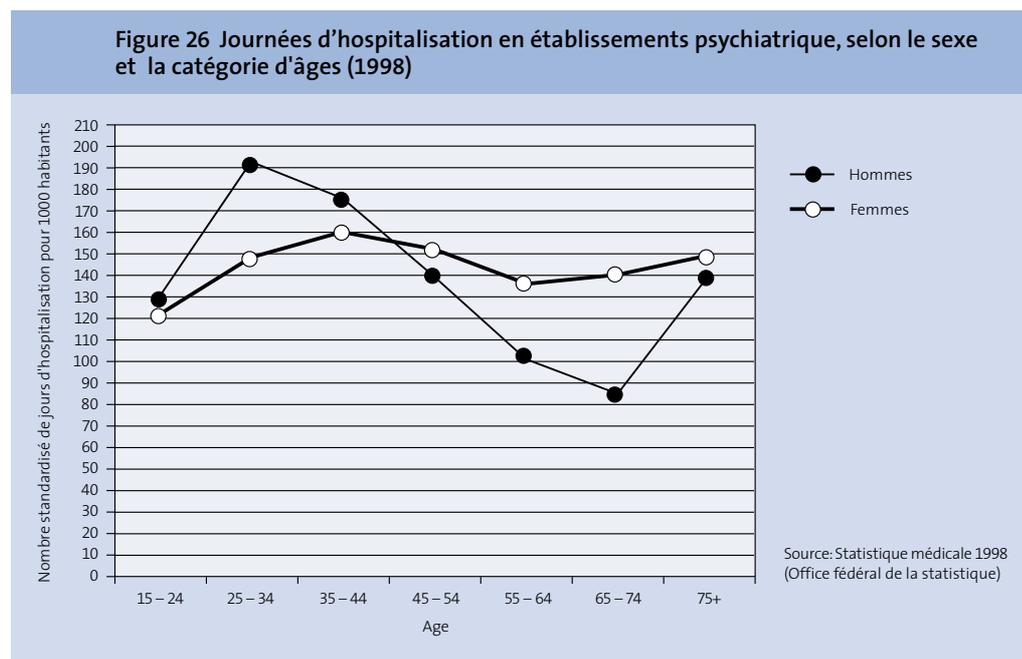
Les établissements psychiatriques ne soignent que 72% de ce groupe de personnes (soit 42 258 traitements). En 1998, un quart des personnes atteintes d'une maladie psychique grave étaient prises en charge dans d'autres hôpitaux (14 426 personnes) et environ 4% d'entre elles (2 174 personnes) résidaient dans des foyers.

Volume des soins selon le sexe et l'âge

L'importance des soins prodigués dans les établissements médicaux peut se mesurer sur la base de la somme des journées d'hospitalisation durant une année. La somme des hospitalisations se compose de deux grandeurs: le nombre des hospitalisations et la durée du traitement par hospitalisation (durée de séjour). Dans le texte ci-après, la somme des hospitalisations sera présentée sous forme de taux standardisés, correspondant à la somme des journées d'hospitalisation pour 1000 habitants.

En 1998, les cliniques psychiatriques en Suisse ont enregistré 28 127 nouvelles admissions pour une maladie psychique en diagnostic principal. Celles-ci ont requis une somme de 852 059 journées d'hospitalisation, soit environ 30 journées d'hospitalisation par traitement. Si l'on rapporte ce chiffre à la population suisse, on obtient un nombre d'environ 144 jours d'hospitalisation en clinique psychiatrique pour 1000 habitants.

Il n'existe guère de différences entre les hommes et les femmes. Une analyse plus fine des chiffres révèle toutefois que la somme des journées d'hospitalisation est plus élevée chez les hommes de 25 à 34 ans et chez les femmes de 55 à 74 ans (Figure 26).

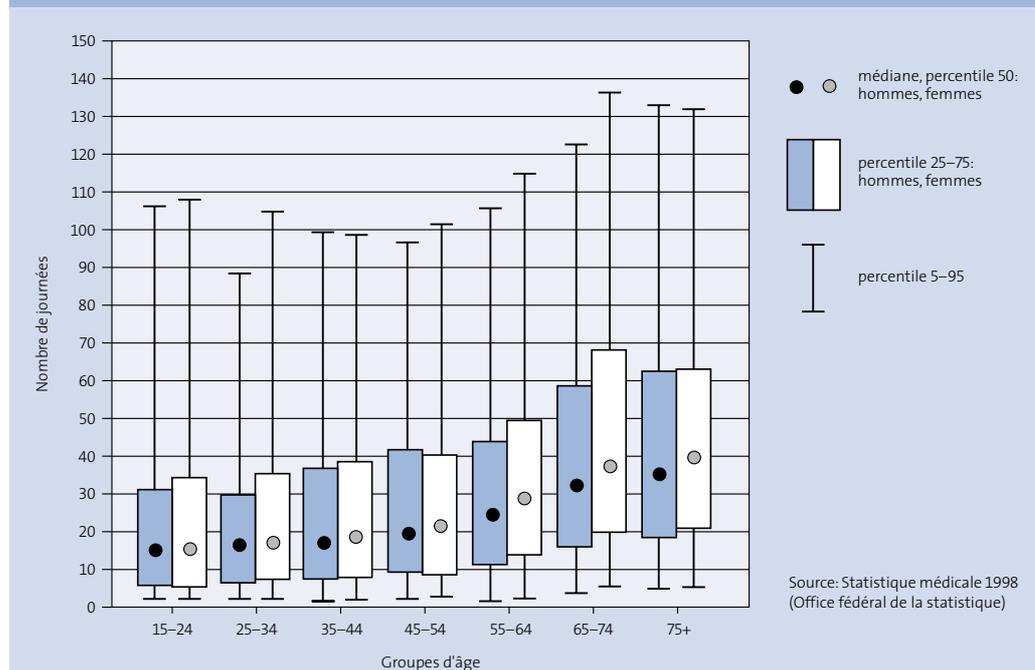


Raison de cette estimation: les traitements dans des établissements psychiatriques sont enregistrés dans la statistique médicale et dans la statistique administrative des hôpitaux de l'Office fédéral de la statistique. Les chiffres de la statistique administrative peuvent être considérés comme reflétant le nombre réel de traitements en psychiatrie étant donné que tous les établissements y sont recensés. Les données de la statistique médicale de l'année 1998 sous-estiment nettement le nombre réel de traitements en milieu hospitalier, étant donné que cette année-là, seulement 66% des établissements qui auraient dû s'y soumettre ont effectivement livré leurs données et que, de ce fait, seulement 62% des données totales sont disponibles (OFS, 2001). Avec 95% de participation, la statistique des hôpitaux donne une image nettement plus proche de la réalité.

¹⁸ Le chiffre de 1 913 traitements psychiatriques dispensés à des patients dans des établissements de santé non hospitaliers a été multiplié par le coefficient 1,4, étant donné que le taux de participation à la statistique des établissements de santé non hospitaliers a été de 88% en 1998.



Figure 27 Durée de séjour en établissement psychiatrique selon l'âge et le sexe (1998)



Importance de la durée de séjour

Le nombre d'hospitalisations et la durée de séjour (journées d'hospitalisation) évolue notablement chez les femmes en fonction de l'âge: chez ces dernières, le nombre de journées d'hospitalisation et la fréquence des hospitalisations atteignent une valeur maximale entre 35 et 44 ans. Par la suite, le volume des journées d'hospitalisation diminue moins vite que le nombre d'hospitalisations.

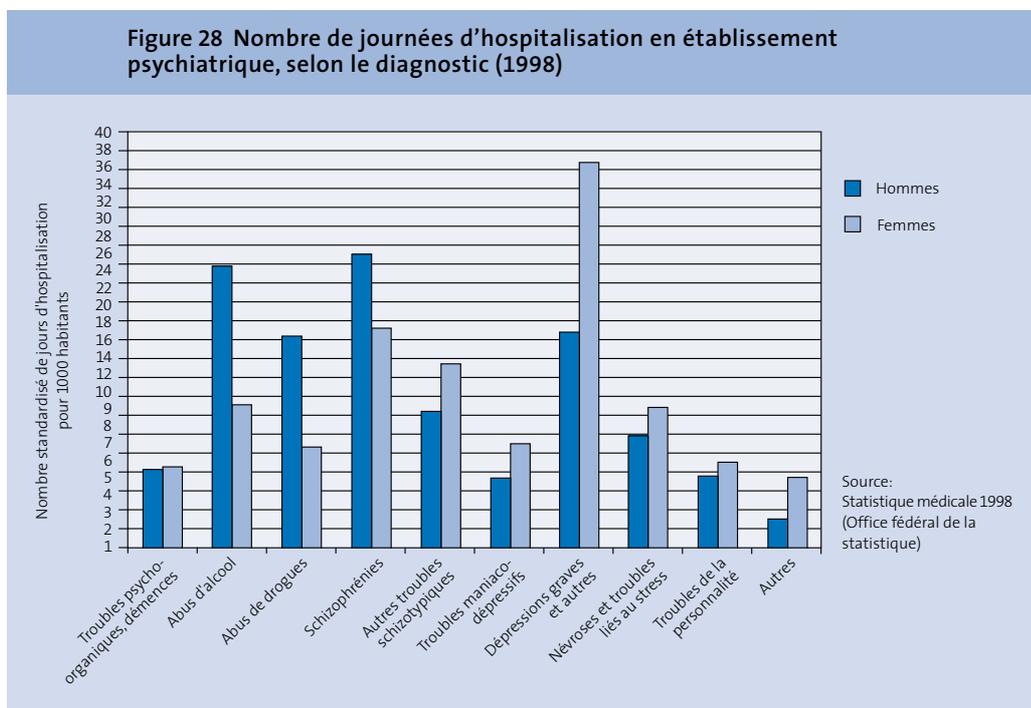
En conséquence, si le taux des patientes en psychiatrie recule avec l'âge, la durée des séjours en établissements psychiatriques augmente. Chez les femmes, l'augmentation croissante de la durée des séjours parvient presque à compenser la baisse du nombre d'hospitalisations en psychiatrie. Ce phénomène est moins marqué chez les hommes.

L'analyse de la durée moyenne des séjours vient confirmer cette hypothèse (Figure 27). Si la durée des séjours en établissements psychiatriques ne présente que peu de différences entre les hommes et les femmes jusqu'à 45-54 ans (un à deux jours environ), on observe une différence plus nette à partir de 55 ans: en moyenne, les femmes plus âgées sont traitées 4 à 6 jours de plus que les hommes.

On observe également que la durée des séjours varie considérablement. Ainsi, la moitié des hommes et des femmes âgés de 15 à 24 ans sont hospitalisés entre un peu moins d'une semaine (6 jours en moyenne) et un mois (hommes 31 jours, femmes 35 jours). Enfin, 25% des hommes et des femmes séjournent plus longtemps dans un établissement psychiatrique et 25% y demeurent moins longtemps.

Volume des soins selon le diagnostic psychiatrique

Quelques maladies seulement occasionnent la plupart des journées d'hospitalisation en psychiatrie. Des différences apparaissent entre hommes et femmes (Figure 28).



Chez les hommes, les quatre diagnostics qui occasionnent le plus de journées d'hospitalisation sont la schizophrénie (28 journées de soins pour 1000 habitants), l'abus d'alcool (27), les dépressions graves (21) et l'abus de drogues (20). A eux quatre, ces diagnostics représentent deux tiers de toutes les journées de soins des hommes (67%).

Chez les femmes, les quatre diagnostics qui occasionnent le plus de journées d'hospitalisation pour 1000 habitantes sont les dépressions graves (37 journées de soins), la schizophrénie (21), d'autres troubles délirants (18) et l'abus d'alcool (14). Ils sont suivis de près par un cinquième groupe constitué des troubles névrotiques ou induits par des facteurs de stress (13 journées de soins pour 1000 habitantes). Les quatre diagnostics qui exigent les soins les plus importants sont à l'origine, là aussi, de près des deux tiers de toutes les journées d'hospitalisation en psychiatrie (62%).

Volume de soins selon les différentes régions

En Suisse, la région zurichoise est celle qui enregistre de loin le taux le plus élevé de journées d'hospitalisation en clinique psychiatrique (environ 211 journées d'hospitalisation pour 1000 habitants et habitantes). Ce chiffre est environ 2,5 fois plus élevé que celui du Nord-Ouest de la Suisse (Tableau 18).



Tableau 18 Nombre de journées d'hospitalisation et durée du séjour en clinique psychiatrique, par région (1998)

Région	Journées d'hospitalisation ^(a)	Hospitalisations ^(a)	Durée de séjour ^(b)
Zurich	211.32	6.83	22
Léman	172.67	6.69	15
Centra	160.93	4.19	23
Est	147.30	4.74	20
Tessin	136.35	4.12	21
Mittelland	95.34	2.93	23
Nord-ouest	87.40	2.71	18

^(a) Taux standardisés pour 1000 habitants/es

^(b) Mediane de la durée de séjours en jours

Source: Statistique médicale 1998 (Office fédéral de la statistique)

La première place de Zurich s'explique par le taux élevé d'hospitalisation, d'une part, et par la durée de séjour relativement longue, de 22 jours en moyenne, en clinique psychiatrique, d'autre part. La somme des journées d'hospitalisation dans le Bassin lémanique est nettement inférieure à celle de Zurich, même si le taux d'hospitalisation y est à peine plus faible. La raison de cet écart se trouve peut-être dans la durée de séjour plus courte dans les cliniques psychiatriques genevoises.

7. Propositions pour d'autres analyses et projets

La santé psychique sous l'angle de l'égalité des sexes

En ce qui concerne la santé psychique et les maladies psychiques, il existe des différences sensibles entre les hommes et les femmes. Les femmes ont un moins bon sentiment de bien-être psychique que les hommes et font état de souffrances psychiques plus importantes. Par ailleurs, les hommes âgés de plus de 50 ans constituent un groupe à risques particulier, qui mérite une attention spéciale.

Prise en charge adéquate des personnes ayant des problèmes psychiques

Près de deux tiers des personnes qui souffrent d'un trouble psychique qu'elles considèrent comme invalidant dans la vie de tous les jours ne sollicitent aucune aide de la part d'un professionnel. A ce sujet, il conviendrait d'analyser:

- quels sont les facteurs qui déterminent le recours à une aide professionnelle en cas de problèmes psychiques;
- s'il existe parmi la population des groupes qui recourent particulièrement rarement à des traitements dispensés par des professionnels;
- vers quels réseaux alternatifs d'aide ces personnes se tournent.

Environ 30% des personnes pour lesquelles le principal diagnostic posé est une maladie psychique grave ne sont pas soignées dans des établissements psychiatriques, mais dans d'autres établissements hospitaliers. La question qui se pose est de savoir:

- de quels types d'établissements il s'agit et
- quels diagnostics relevant de la santé psychique sont particulièrement souvent traités hors du cadre de la psychiatrie?

Conséquences des problèmes psychiques sur la qualité de la vie, handicap et incapacité de travail

Les maladies psychiques ont des conséquences invalidantes et contribuent à réduire la qualité de vie. Le monitoring a également mis en évidence qu'il existait une relation certaine entre les problèmes psychiques, la diminution des capacités et des performances professionnelles et la baisse de la qualité de la vie.

Les liens existant entre ces différents éléments devraient être analysés plus attentivement à la lumière des données fournies par l'Enquête sur la santé. On pourrait envisager d'intégrer des instruments de mesure de la qualité de vie ayant fait leurs preuves lors d'enquêtes de référence, comme le Panel suisse de ménages ou l'Enquête suisse sur la santé.

L'épidémiologie des troubles psychiques nécessite des données plus fiables que celles disponibles actuellement.

Il n'existe pas de données épidémiologiques fiables en ce qui concerne la santé psychique de la population suisse.

Les indicateurs de la santé psychique utilisés dans le cadre de l'Enquête suisse sur la santé sont subjectifs. Les questions de l'enquête sont formulées dans un langage courant qui manque parfois de précision. Ainsi, les données ne livrent qu'une image approximative des souffrances psychiques subjectives parmi la population suisse. Il n'existe pas davantage d'informations cliniques fiables sur la santé psychique et les troubles psychiques de la population suisse, ni d'indications sur la gravité des maladies et des troubles psychiques ou encore sur les conséquences invalidantes qui en résultent.

Cette situation nécessite une mise à jour de l'Enquête suisse sur la santé ou du Panel suisse de ménages visant une meilleure prise en compte de la santé psychique.

Cette mise à jour serait l'occasion d'intégrer des indicateurs et des échelles de mesure tirés d'instruments de mesure des troubles psychiques ayant fait leurs preuves. Citons comme exemple le «General Health Questionnaire (GHQ)» (*Goldberg & Hillier, 1979*), dont la version abrégée ne compte que 28 questions. Cet instrument définit également des cut-off-scores, destinés à diagnostiquer des comportements psychiques hors normes. Avec l'étude SOMIPOPS, la Suisse dispose d'une expérience des méthodes à appliquer (*Hobi, Gerhard, Gutzwiller, 1989*).

Comme variante maximale, nous préconisons la réalisation d'une enquête sur la santé psychique, comme l'ont fait d'autres pays européens, dont la Grande-Bretagne, les Pays-Bas et la Finlande. Une enquête de ce type permettrait de présenter des données cliniques fiables et comparables au plan international en ce qui concerne l'épidémiologie des troubles psychiques dans la population suisse.

Literatur

- Antonovsky, A. (1979). *Health, stress and coping: New perspectives on mental health and well-being*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese: Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Tübingen: DGVT Verlag.
- EU/STAKES (2000). *Minimum data set of European mental health indicators*. Helsinki: STAKES.
- Frijs, R. H. & Sellers, T. A. (1999). *Epidemiology for public health practice*. Aspen: Gaithersburg MD (2nd ed.).
- Gognalons-Nicolet, M.; Zbinden, E.; Bardet Blochet, A.; Blanchard M.-P.; Fontaine, P.; Runolfsson, A. (2001). *Troubles mentaux et psychologiques dans la population suisse*. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique.
- Goldberg, D. P. & Hillier, V. F. (1979). *A scaled version of the General Health Questionnaire*. *Psychological Medicine*, 9, 139–145.
- Hamburger Projektgruppe Gesundheitsberichterstattung. (Hrsg.) (1998). *Praxishandbuch Gesundheitsberichterstattung*. Düsseldorf: Akademie für öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf.
- Hays W. L. & Winkler, R. L. (1970). *Statistics, Vol. I & II*. New York: Rinehart & Winston.
- Hobi, V.; Gerhard, U; Gutzwiller, F. (1989). *Mitteilungen über die Erfahrungen mit dem GHQ (General Health Questionnaire) von D. G. Goldberg*. Schweizerische Rundschau für Medizin und Praxis, 78(9), 219–225.
- Hurrelmann, K. & Laaser, U. (1998) (Hrsg.). *Handbuch Gesundheitswissenschaften*. Weinheim: Juventa Verlag.
- Jenkins, R. (1992). *Health targets*. In: Thornicroft, G.; Brewin, Ch. R. & Wing, J. (eds.). *Measuring mental health needs (pp. 18–41)*. London: Gaskell.
- Korkeila, J. (2001). *Measuring aspects of mental health*. Helsinki: STAKES.
- Lavikainen, J.; Lahtinen, E. & Lehtinen, V. (Eds.) (2000). *Public Health Approach on Mental Health in Europe*. Helsinki: National Research and Development Centre for Welfare and Health, STAKES; and Ministry of Social Affairs and Health.
- Murray, C. J. L. & Lopez, A. D. (Eds.) (1996). *The global burden of disease. A comprehensive assessment of mortality and disability from disease, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020*. Cambridge, MA: Harvard School of Public Health.
- Niklowitz, M. & Meyer, P. C. (2001, März). *Monitoring der psychischen Gesundheit: Datenquellen, Indikatoren und Folgerungen für ein Monitoring-Konzept im Rahmen des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums*. Zürich: Psychiatrische Universitätsklinik (Unveröffentl. Manuskript).
- Office fédéral des assurances sociales/Donini, F. (2001). *Statistiques sur la sécurité sociale: IV-statistique 2001*. Berne: OFAS.
- Office fédéral de la statistique (2001). *StatSanté 1/2001: Informations sur le projet «Statistiques des hôpitaux et des établissements de santé non hospitaliers»*. Neuchâtel: Office fédéral de la statistique.
- Pearlin, L. I.; Lieberman, M. A.; Menaghan, E. G.; Mullan, J. T. (1981). *The stress process*. *Journal of Health and Social Behavior*, 22, 337–356.
- Rüesch, P. (2002). *Detailliertes Modulkonzept*. Zürich: Psychiatrische Universitätsklinik (Unveröffentl. Manuskript).
- Sass, H.; Wittchen, H.-U.; Zaudig, M. & Houben, I. (1998). *Diagnostische Kriterien des Diagnostischen und Statistischen Manuals Psychischer Störungen DSM-IV*. Göttingen: Hogrefe Verlag für Psychologie.
- Tudor, K. (1996). *Mental health promotion: Paradigms and practice*. London: Routledge.
- Üstün, T. B. & Sartorius, N. (1995). *Mental illness in general health care – An international study*. Chichester: John Wiley & Sons.
- Üstün, T. B.; Chatterji, S.; Bickenbach, J. E.; Trotter, R. T.; Room, R.; Rehm, J.; & Saxena, S. (Eds.) (2001). *Disability and Culture: Universalism and Diversity*. Bern: Hogrefe & Huber.

- Weiss, Walter; Spuhler, T.; Gruet, F.; Guidani, D.; Noack, H. (1990): *Enquête auprès de la population «La santé et la promotion de la santé»*. Rapport final. Etude intercantonale sur les indicateurs de santé (IGIP-PROMES). Institut Suisse de la Santé Publique et des Hôpitaux ISH/SKI, Lausanne.
- WHO (2001). World health report 2001. *Mental health: New understanding, new hope*. Geneva.
- WHO / Dilling, H.; Mombour, W; Schmidt, M. H.; Schulte-Markwort, E. (Hrsg.) (1994). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V (F): Forschungskriterien*. Bern: Huber.
- WHO / Janca, A.; Kastrup, M.; Katschnig, H.; Lopez-Ibor, J. J.; Mezzich J. E.; Sartorius, N. (1997). *Multiaxial presentation of the ICD-10 for use in adult psychiatry*. Cambridge: Cambridge University Press.





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



Nationale Gesundheitspolitik Schweiz
Politique nationale suisse de la santé
Politica nazionale svizzera della sanità
Politica naziunala svizra de la sanidad

L'Observatoire suisse de la santé est une institution mise sur pied dans le cadre du projet Politique nationale de la santé