



Observatoire suisse de la santé (éd.)

Santé mentale en Suisse: évolution, promotion, prévention et prise en charge

Rapport national sur la santé 2025



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



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Département fédéral de l'intérieur DFI
Office fédéral de la statistique OFS

Rapport national sur la santé 2025

Santé mentale en Suisse:

évolution, promotion, prévention et prise en charge

Éditeur

Observatoire suisse de la santé (Obsan), Neuchâtel

Claudio Peter, Roselind Lieb, Stéphanie Romanens-Pythoud,

Stefanie J. Schmidt, Urs Hepp

L'**Observatoire suisse de la santé (Obsan)** est une institution mandatée par la Confédération et les cantons. L'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. Pour plus d'informations, veuillez consulter www.obsan.ch.

En collaboration avec

Fabienne T. Amstad
Mauricio Avendano-Pabon
Niklas Baer
Giulia Belloni
Jael Bernath
Katrín Braune-Krickau
Saskia De Gani
Manon Duay
Sarah Fässler
Zora Föhn
Oliver Grübner

Michael P. Hengartner
Dominic Höglinger
Jolanda Jäggi
Reto Jörg
Andreas Jud
Michaela Kaufmann
Andreas Krause
Tanja Kuhn
David Lätsch
Belinda Müller
Océane Pittet
Dominik Robin
Nicolas Schmaeh

Daniela Schuler
Laurence Seematter-Bagnoud
Markus Steiner
Michael Stucki
Christoph Thommen
Alexandre Tuch
Christina Vetsch-Tzogiou
Agnes von Wyl
Gregor Waller
Nora Weber
Frank Wieber
Simon Wieser
Yaroslava Zemlyanska

Impressum

Éditeur

Observatoire suisse de la santé (Obsan)

Référence bibliographique

Observatoire suisse de la santé (éd.) (2025).
*Santé mentale en Suisse: évolution, promotion,
prévention et prise en charge.*
Rapport national sur la santé 2025. Neuchâtel: OFS.

Relecture et correction

Apostroph Group

Langue du texte original

allemand ou français

Traduction

Services linguistiques de l'OFS (exception: chapitre 9)

Mise en page

Publishing et diffusion PUB, OFS

Graphiques

Obsan

Images

© Adobe Stock; © Freepik (image page 4)

En ligne

www.rapportsante2025.ch

Imprimés

www.obsan.ch → publications
Office fédéral de la statistique, CH-2010 Neuchâtel,
order@bfs.admin.ch, tél. +41 58 463 60 60
Impression réalisée en Suisse

Maison d'édition

Office fédéral de la statistique (OFS)

Copyright

Obsan, Neuchâtel 2025
La reproduction est autorisée, sauf à des fins
commerciales, si la source est mentionnée

Numéro OFS

874-2508

ISBN

978-2-940670-75-8

Observatoire suisse de la santé (éd.) Claudio Peter, Roselind Lieb,
Stéphanie Romanens-Pythoud, Stefanie J. Schmidt, Urs Hepp

Santé mentale en Suisse: évolution, promotion, prévention et prise en charge

Rapport national sur la santé 2025



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.

Préface



Elisabeth Baume-Schneider, conseillère fédérale
Cheffe du Département fédéral de l'intérieur (DFI)

Lukas Engelberger, conseiller d'État
Président de la Conférence suisse
des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS)

«La santé mentale est un droit humain fondamental et elle est essentielle au développement personnel, communautaire et socio-économique» (OMS, 2022¹).

La pandémie de COVID-19 a mis en relief la vulnérabilité de bon nombre de personnes et nous a rappelé l'importance de prendre en considération la santé mentale de la population. Force est de constater que cette thématique de santé publique s'affirme comme un sujet d'actualité. Les maladies psychiques sont largement répandues et ont un impact direct sur la santé en général et sur la qualité de vie de la population. Cette situation influence naturellement les coûts de la santé. Il faut donc relever les défis tels que la détérioration de la santé mentale de certains groupes de population, le recours croissant aux traitements pour des problèmes de santé mentale ou la pénurie de personnel qualifié dans le secteur de la santé.

Les trains de mesures 2025–2028 relatifs à la stratégie nationale de prévention des maladies non transmissibles (stratégie MNT) et à la stratégie nationale en matière de dépendance mettent davantage l'accent sur la promotion de la santé mentale. Ils s'inscrivent dans la stratégie Santé2030 du Conseil fédéral. Les mesures prévues – qu'appuient la Conférence des directeurs de la santé et la fondation Promotion Santé Suisse – visent à renforcer les programmes cantonaux de promotion de la santé et de prévention ainsi qu'à intégrer la prévention des maladies psychiques dans les soins de santé et dans le monde du travail. Les cantons s'engagent par ailleurs dans de nombreuses activités et campagnes de promotion de la santé mentale et de prévention des maladies psychiques, ainsi que dans la prévention du suicide.

Le thème de la santé mentale est également très présent au niveau fédéral: en 2024, le Conseil fédéral a publié un rapport sur les enseignements à tirer de la pandémie de COVID-19, qui met l'accent sur le renforcement de la santé mentale en cas de crises futures. Le Parlement débat actuellement de questions relatives aux médias numériques, à la pénurie de médecins, au financement des soins psychothérapeutiques et aux tarifs de la psychothérapie. En outre, la Confédération et les cantons visent à assurer conjointement les soins médicaux de base, soins psychiatriques inclus.

Le rapport national sur la santé mentale vient compléter les efforts consentis jusqu'ici au niveau politique en fournissant de précieuses informations sur la santé mentale de la population en Suisse. Il résume l'état actuel des connaissances, souligne les lacunes existantes et crée une impulsion pour développer les mesures politiques et les pratiques non seulement dans le domaine de la santé, mais aussi dans la formation, le travail, la politique sociale, l'environnement et l'économie, selon la devise «Mental Health in All Policies» (tenir compte de la santé mentale dans tous les domaines politiques).

Promouvoir la santé mentale au niveau individuel, sociétal et politique requiert une collaboration intersectorielle. La santé mentale est une responsabilité commune: l'engagement de toute la société est nécessaire pour la promouvoir de manière efficace et la protéger sur le long terme.

¹ OMS, 2022, <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>.

Préface	4
Table des matières	6
Préambule	10
Les éditeurs et éditrices	12
Introduction	14
Résumé	20
La santé mentale et son évolution	21
Société et environnement	22
Système de santé	24
Actions recommandées	26
01 La santé mentale de la population en général	30
1.1 Introduction	32
1.2 Santé mentale positive	35
1.3 Symptômes et maladies psychiques	38
1.4 Quelques facteurs et situations de vie et leur rapport avec la santé mentale	53
1.5 Réflexions et conclusion	65
1.6 Bibliographie	67
02 La santé mentale des enfants, des adolescents et des jeunes adultes	74
2.1 Introduction	76
2.2 Petite enfance	77
2.3 Âge scolaire	80
2.4 Adolescence et début de l'âge adulte	87
2.5 Thématiques centrales	92
2.6 Conclusion	98
2.7 Bibliographie	101
03 La santé mentale des adultes	106
3.1 Introduction	108
3.2 Vue d'ensemble de la santé mentale des adultes	109
3.3 Facteurs de risque	121
3.4 Conclusion	124
3.5 Bibliographie	127

04	La santé mentale des seniors	130
4.1	Introduction	132
4.2	État de santé mental des seniors	133
4.3	Trouble cognitif léger et démence	146
4.4	Conclusion	154
4.5	Bibliographie	155
05	La santé mentale dans le contexte social	158
5.1	Introduction	160
5.2	Statut social	161
5.3	Relations sociales et participation à la société	170
5.4	Exposition à la violence	180
5.5	Réflexions et perspectives	189
5.6	Bibliographie	192
06	Compétences en santé mentale	200
6.1	Introduction	202
6.2	Concept de compétence (ou littératie) en santé mentale	203
6.3	Compétences en santé mentale en Suisse: état actuel de la recherche et des connaissances	207
6.4	Conclusion	217
6.5	Limites et besoins en matière de recherche	219
6.6	Bibliographie	221
07	Médias numériques: risques et bienfaits pour la santé mentale	224
7.1	Introduction	226
7.2	Utilisation des médias numériques	226
7.3	Bienfaits des médias numériques pour la santé mentale	231
7.4	Risques pour la santé mentale	237
7.5	Réflexions et perspectives	250
7.6	Bibliographie	252
08	Environnement bâti et environnement naturel	262
8.1	Introduction	264
8.2	Environnement bâti	266
8.3	Environnement naturel	269
8.4	Lien avec le contexte social	277
8.5	Lien avec les caractéristiques individuelles	279
8.6	Conclusion	281
8.7	Bibliographie	283

09	La santé mentale dans le contexte de la formation et du travail	290
9.1	Introduction	292
9.2	Santé mentale au travail	293
9.3	Santé mentale des jeunes dans la formation professionnelle	316
9.4	Prévention et mesures: maintien dans l'emploi et insertion professionnelle	321
9.5	Synthèse: défis et potentiels	329
9.6	Bibliographie	332
10	Promotion de la santé mentale et prévention des troubles psychiques	338
10.1	Introduction	340
10.2	Activités en Suisse	348
10.3	Conclusions et recommandations	363
10.4	Bibliographie	366
11	Situation de la prise en charge des personnes atteintes de maladies psychiques	370
11.1	Introduction	372
11.2	Structures de soins psychiatriques	372
11.3	Recours aux soins	376
11.4	Professionnels de la santé	387
11.5	Accès aux soins et différences régionales	391
11.6	Qualité des soins et offre	398
11.7	Conclusions	403
11.8	Bibliographie	410
12	Coûts et financement	412
12.1	Introduction	414
12.2	Coûts sociaux des maladies psychiques	414
12.3	Dépenses consacrées à la promotion de la santé et à la prévention des maladies psychiques	423
12.4	Économicité de la prévention et du traitement de maladies psychiques	426
12.5	Financement de la prévention et du traitement de maladies psychiques	428
12.6	Conclusions et perspectives	438
12.7	Bibliographie	440

13	Discussion	442
13.1	But et élaboration du rapport national sur la santé	443
13.2	La santé mentale nous concerne tous et dans tous les domaines de la vie	443
13.3	Nombre de personnes indiquent avoir une bonne santé mentale	444
13.4	Les hommes et les personnes âgées font état d'une meilleure santé mentale	445
13.5	Détérioration de la santé mentale chez les jeunes	446
13.6	La santé mentale est étroitement liée au contexte social, les facteurs environnementaux présentent des opportunités et des risques	447
13.7	Les personnes actives, en majorité satisfaites – maintenir dans la vie active les personnes présentant des troubles psychiques est un défi	448
13.8	Médias numériques: risques et bienfaits pour la santé mentale	449
13.9	Promotion de la santé et prévention: vaste engagement, mais financement fugace et vue d'ensemble incomplète des mesures et des preuves d'efficacité	450
13.10	Soins psychiatriques et psychothérapeutiques: quels éléments préserver, lesquels modifier à quoi faut-il prêter attention?	451
13.11	Grosses lacunes dans les données pour tous les thèmes, à l'exception du secteur hospitalier	453
13.12	Bibliographie	455
14	Actions recommandées	456
	Abréviations	474

Préambule



La santé mentale est un pilier essentiel de notre bien-être et contribue à ce que nous puissions mener une vie épanouie et autonome. Elle est bien plus que l'absence de maladie mentale et comprend également la capacité à relever les défis de la vie, à avoir des relations sociales épanouies et à se développer personnellement. La santé mentale n'est pas statique, mais évolue tout au long de la vie, influencée par des facteurs individuels, sociaux et structurels.

La pandémie de COVID-19 a permis de sensibiliser davantage le public à la santé mentale, qui reste un thème central au vu des évolutions sociétales, numériques, politiques et écologiques, des défis à relever dans la vie quotidienne et professionnelle ou des questions relatives aux soins de santé. Il est important de garder à l'esprit que nous pouvons influencer la santé mentale non seulement par le traitement des maladies, mais aussi par la prévention, par la promotion de la résistance psychique et par la création de conditions de vie favorables. Nous pouvons en effet agir de manière ciblée dans ces multiples domaines.

Ce cinquième rapport national sur la santé doit servir de base pour aborder ces questions: il met en lumière l'évolution de la santé mentale dans plusieurs groupes d'âge, met en évidence les facteurs d'influence, examine l'état actuel en matière de prévention et de soins et soulève la question des défis à relever. Il vise à fournir des connaissances approfondies sur lesquelles se baser pour définir des champs d'action et des recommandations ainsi que pour prendre les décisions et les mesures de politique de santé. Le rapport est accessible en ligne sur un site Web dédié: www.rapportsante2025.ch.

Ce rapport est le fruit de la collaboration de plusieurs spécialistes. Nous remercions tout particulièrement les auteurs et autrices et les spécialistes qui, par leur expertise technique et leur engagement, ont largement contribué à sa qualité. Nous remercions aussi toutes les autres personnes qui ont participé au projet au niveau de la traduction, de la relecture, de la mise en page, de la conception du site Web, de l'analyse des données, du feedback ou d'autres travaux.

La santé mentale est une mission qui incombe à l'ensemble de la société et qui ne peut être menée à bien que collectivement. Nous espérons que ce rapport contribuera à alimenter un débat basé sur des données factuelles et donnera des impulsions pour les développements futurs.

Les éditeurs et éditrices

Claudio Peter

Direction du projet «Rapport national sur la santé 2025», direction des domaines «Santé psychique» et «Rapports nationaux sur la santé» à l'Observatoire suisse de la santé (Obsan)

Roselind Lieb

Professeure et directrice du département de psychologie clinique et d'épidémiologie, Faculté de psychologie, Université de Bâle

Stéphanie Romanens-Pythoud

Directrice CORAASP (Coordination Romande des Associations d'Action pour la Santé Psychique), Lausanne

Stefanie J. Schmidt

Professeure et directrice du département de psychologie clinique de l'enfance et de l'adolescence, Université de Berne

Urs Hepp

Professeur titulaire et spécialiste en psychiatrie et psychothérapie, hepp-health SÀRL

Introduction



L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) définit la santé mentale 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 (OMS, 2004, p. 12). Une définition formulée de manière positive pour un objet qui, dans le débat public, est souvent réduit aux troubles psychiques. Rien d'étonnant à cela, sachant qu'en moyenne, une personne sur deux souffre d'une maladie psychique au cours de sa vie. De plus, beaucoup d'entre nous doivent faire face aux effets de ces maladies en tant que proches, parents, enfants, partenaires, collègues ou amis.

Le **rapport national sur la santé (RNS) 2025** vise à offrir de la visibilité à ce thème important. La santé mentale est prise ici comme un concept global, qui comprend non seulement la présence ou l'absence de troubles ou de maladies psychiques, mais aussi des aspects positifs tels que la satisfaction dans la vie ou le sentiment de bonheur (voir encadré). Le modèle du double continuum de Keyes (voir chapitre 1 Population en général) sert de base conceptuelle et montre qu'une pleine santé mentale nécessite à la fois une bonne santé mentale positive en matière de bien-être et l'absence de maladie psychique.

Le rapport national sur la santé a pour mission de décrire «l'état de santé de la population, d'analyser les domaines problématiques et de mettre en évidence les mesures à prendre dans les domaines des soins de santé, de la promotion de la santé et de la prévention». Il a pour objectif de créer une **base rationnelle pour les processus participatifs et les décisions de politique sanitaire** (Starke, 2019, p. 2¹). Pour ce faire, le RNS 2025 porte sur trois questions principales concernant la santé mentale.

- **Comment la population suisse évalue-t-elle son état de santé mentale?**

Description de la situation épidémiologique

- **Qui fait quoi et avec quels résultats?**

Analyse des mesures dans le contexte de la promotion de la santé, de la prévention et des soins

- **Que savons-nous et quelles sont nos lacunes?**

Identification des informations et données manquantes

¹ Starke, D., Tempel, G., Butler, J., Starker, A., Zühlke, C., Borrmann, B. (2019). Gute Praxis Gesundheitsberichterstattung – Leitlinien und Empfehlungen 2.0. Journal of Health Monitoring, 4 (S1), DOI 10.25646/6058

Le RNS est divisé en douze chapitres, chacun mettant en lumière un thème spécifique en lien avec la santé mentale (voir l'encadré sur l'élaboration du rapport et les étapes suivies). Les chapitres ont été rédigés par différents auteurs, spécialistes en la matière, et validés par des experts. Le premier chapitre met l'accent sur l'état de santé mentale de la population dans son ensemble (chapitre 1), ainsi que sur une sélection de facteurs et de situations de vie de même que sur leur lien avec la santé mentale. La santé mentale de la population est ensuite abordée sous l'angle de trois périodes de vie: le chapitre 2 traite de la santé mentale des enfants, des adolescents et des jeunes adultes, le chapitre 3 celle des adultes d'âge moyen et le chapitre 4 la santé mentale des personnes âgées. Ces chapitres présentent les résultats et les situations de vie spécifiques à la population considérée. Le chapitre 5 met l'accent sur l'importance de l'environnement social pour la santé mentale, tandis que le chapitre 6 se concentre sur les compétences de la population en Suisse en matière de santé mentale. Dans le chapitre 7, il est question des opportunités et des dangers que représentent les médias numériques pour la santé mentale. Quant au chapitre 8, il est consacré à l'influence de l'environnement bâti et de l'environnement naturel. Le chapitre 9 est dédié à la santé mentale de la population dans le contexte de la formation et du travail. Le chapitre 10 porte sur les efforts déployés dans le cadre de la promotion de la santé mentale et de la prévention des maladies psychiques en Suisse. Quant au chapitre 11, il présente une analyse détaillée de la prise en charge des personnes souffrant de maladies psychiques. Le chapitre 12 met l'accent sur les coûts et le financement, des questions clés pour la santé mentale. Les résultats sont finalement discutés au chapitre 13 et servent de base aux recommandations formulées au chapitre 14. Celles-ci reposent en effet sur les résultats présentés tout au long du rapport et ne renvoient pas à d'autres recommandations publiées au niveau national ou international². Le rapport a pour ambition de présenter de manière exhaustive l'état actuel des connaissances sur la santé mentale de la population en Suisse. Il n'a toutefois pas été possible, pour des raisons pragmatiques, d'aborder dans le détail certains thèmes étroitement liés à la santé mentale, comme la démence, les addictions ou la violence.

Le rapport national sur la santé 2025 se veut non seulement un état des lieux basé sur des faits, mais aussi une source d'informations et d'impulsions. Il met en évidence les évolutions et les avancées, identifie les domaines d'action et souligne l'importance de la santé mentale en tant que mission incombant à la société dans son ensemble.

² CFEJ (2024). Promouvoir la santé mentale des enfants et des jeunes sur le long terme — Position de la Commission fédérale pour l'enfance et la jeunesse (CFEJ), Berne.
McGorry, Patrick D. et al. (2024). The Lancet Psychiatry Commission on youth mental health. The Lancet Psychiatry, Volume 11, Issue 9, 731–774.

Élaboration du rapport et étapes

Les chapitres du RNS ont été élaborés sur la base de recherches bibliographiques approfondies, d'analyses des sources de données existantes et d'entretiens avec des experts. Les auteurs ont fait des recherches dans la littérature scientifique des vingt dernières années jusqu'à fin 2023. Ce faisant, ils ont mis l'accent sur les études et données présentant la situation en Suisse au niveau national. Lorsque les données nationales faisaient défaut, ils ont utilisé des informations locales ou internationales pour illustrer certains aspects. La littérature internationale a été prise en compte pour une sélection de thèmes. Les recherches se sont terminées à l'été 2024. La littérature ne cessant de se développer, il n'a été possible d'inclure les études publiées ultérieurement que dans des cas isolés.

Outre les **auteurs** issus de différentes institutions, un **groupe d'experts** externes a apporté son soutien à l'Obsan (Stéphanie Romanens-Pythoud, Stefanie Schmidt, Roselind Lieb et Urs Hepp). Ces experts ont participé de manière déterminante à la définition du contenu des chapitres, au choix des auteurs et au processus de révision des manuscrits. Les **chapitres 13 Discussion** et **14 Actions recommandées** rendent compte des échanges qui ont été menés dans le cadre d'un atelier. Un **groupe d'accompagnement** a par ailleurs été associé aux discussions concernant la structure thématique du rapport et les résultats des chapitres pour s'assurer que le sujet soit abordé selon un point de vue aussi large que possible. Quant aux manuscrits des chapitres, ils ont été soumis à l'avis d'expertes et d'experts externes.

Terminologie utilisée

La notion de «**santé mentale**» est utilisée comme terme générique pour désigner les aspects positifs et négatifs de l'état de santé psychique (voir chapitre 1 sur la population en général). La **santé mentale positive** désigne les aspects positifs de la santé mentale, tels que le bien-être, la satisfaction, la qualité de vie ou le bonheur. Pour les aspects négatifs, il est important de distinguer les **symptômes ou problèmes** (p. ex. symptômes autodéclarés de dépression, mesurés à l'aide de questionnaires ou d'autres instruments de dépistage) des **maladies psychiques** (états diagnostiqués par des professionnels de la santé comme la dépression ou les troubles anxieux). La notion de troubles psychiques est utilisée dans le contexte des diagnostics selon la Classification internationale des maladies (CIM).

On parle de **facteur de risque** lorsqu'il est démontré empiriquement qu'un facteur antérieur (p. ex. la solitude) constituait un risque accru d'obtenir le résultat observé (p. ex. la dépression). Le terme de **cause** n'est utilisé que lorsque la causalité a été prouvée par des expériences ou des critères de causalité. La **corrélation** désigne les liens entre un facteur et une autre variable, sans qu'une séquence temporelle ait été démontrée.

Remarques sur la méthode

Les affirmations faisant état dans le rapport d'un lien, de différences entre des groupes ou d'évolutions dans le temps sont statistiquement étayées. Pour des raisons de lisibilité, nous avons renoncé à utiliser la notion de significativité statistique. Les représentations graphiques des résultats montrent, lorsque cela est possible, les intervalles de confiance à 95%, lesquels servent à illustrer de manière transparente l'incertitude des estimations.

Résumé



La santé mentale joue un rôle clé dans le bien-être individuel et la participation à la société. **Le rapport national sur la santé 2025 est entièrement consacré à ce thème. Il l'aborde en tenant compte aussi bien des aspects du bien-être que des problèmes de santé et des maladies**, deux dimensions qui ne s'excluent pas mutuellement. Le rapport traite des changements épidémiologiques, des facteurs d'influence sociétaux et environnementaux ainsi que du système de santé. Composé de douze chapitres, il a été rédigé sur mandat de l'Obsan par plusieurs équipes d'auteurs, à partir de recherches bibliographiques et d'analyses de données. Les recherches ont porté sur la littérature scientifique pertinente des 20 dernières années jusqu'en 2023 inclus. L'accent a été mis sur les études et les données nationales, la littérature internationale ayant servi de base pour certaines questions. Ces recherches se sont terminées à l'été 2024, mais des études publiées ultérieurement ont été prises en compte dans certains cas. Le but de ce rapport est de présenter des informations fondées sur la santé mentale en Suisse à partir desquelles élaborer des recommandations.

La santé mentale et son évolution

Il ressort des quatre premiers chapitres du rapport qu'une part importante de la population se porte bien sur le plan psychique en Suisse, mais que cette part varie en fonction de l'indicateur utilisé (en 2022, 90% des personnes interrogées déclaraient avoir une bonne qualité de vie, 70% environ se sentaient heureuses). Assez répandues, les maladies psychiques concernent tous les groupes d'âge: on considère que 20 à 40% de la population suisse souffrira un jour de dépression au cours de sa vie. Il n'est pas rare que plusieurs maladies psychiques surviennent ensemble et en lien avec des maladies physiques.

La proportion de la population ayant des problèmes psychiques a augmenté pendant la pandémie de COVID-19, évoluant au gré des vagues pandémiques pour diminuer en grande partie une fois la pandémie terminée. Certains groupes de population ont été plus touchés que d'autres: les personnes vivant seules, par exemple, de même que les personnes en situation financière précaire et celles ayant des antécédents psychiques ou physiques. **Les problèmes psychiques étaient déjà en hausse des années avant la pandémie de COVID-19 chez les enfants, les adolescents et les jeunes adultes.** Une hausse qui s'est accentuée sous l'effet de la pandémie. Les troubles psychoaffectifs multiples ou chroniques (tels que tristesse, fatigue, anxiété, etc.) ont augmenté chez

les jeunes de 11 à 15 ans, affectant près de la moitié de ce groupe de population en 2022. Un cinquième environ des 16 à 25 ans faisaient état de symptômes de dépression modérés à sévères. Les filles et les femmes étaient particulièrement touchées dans ces deux groupes d'âge.

En 2022, la majorité des adultes (de 25 à 64 ans) estimaient que leur qualité de vie était (très) bonne. C'était aussi le cas des personnes âgées (65 ans ou plus), qui déclaraient par ailleurs avoir un niveau élevé d'énergie et de vitalité. Pourtant, les problèmes psychiques sont courants. Les facteurs de risque pour les adultes sont les troubles du sommeil, les défis liés à la transition vers la parentalité, les conflits dans la conciliation entre vie professionnelle et vie privée ainsi que le rôle de proche aidant. **Chez les personnes âgées**, ce sont les événements douloureux de la vie comme la maladie ou la perte d'un proche. La prévalence de la démence augmente par ailleurs dans le grand âge: selon les estimations tirées de données européennes, elle s'accroît, passant de 1% environ chez les 60 à 69 ans à 40% chez les personnes de 90 ans ou plus.

Il faut se référer à d'anciennes enquêtes régionales pour trouver des données fiables sur la fréquence des *maladies* psychiques. Aucune étude récente n'ayant été menée sur la prévalence des troubles psychiques en Suisse, on ne peut dire si celle-ci a augmenté. Les chapitres mettent en évidence différentes lacunes dans les données: on en sait peu en particulier sur la santé mentale des enfants de 0 à 10 ans, bien que bon nombre de troubles psychiques apparaissent pour la première fois à cet âge.

Société et environnement

Les facteurs sociaux tels que le statut socio-économique, les relations sociales et les expériences de violence sont étroitement liés à la santé mentale, comme le montre le chapitre 5. L'effet peut être à double sens: l'environnement social influence le bien-être et l'apparition de maladies mentales, et celles-ci ont à leur tour un impact négatif sur le statut social et la participation à la société. Un faible *statut social*, mesuré en termes de formation, de revenus ou de patrimoine, est souvent associé à un risque accru de problèmes psychiques. Les personnes issues de la *migration*, originaires des pays du sud-ouest de l'Europe, ont davantage de problèmes psychiques que les autres, mais ne recourent pas plus souvent à des prestations psychiatriques ou psychothérapeutiques.

L'*environnement familial* d'une personne pendant son enfance et son adolescence peut également exercer une influence à long terme sur sa santé mentale: un faible statut socio-économique des parents, un climat familial négatif et *des expériences difficiles pendant l'enfance* telles que de la violence ou des problèmes au sein du foyer parental (p. ex. séparation, maladie psychique des parents) sont considérés comme des facteurs de risque. En revanche, *les relations sociales et la participation à la société* favorisent la santé mentale: les personnes qui disposent d'un bon réseau social, d'un soutien social

et qui ne se sentent pas trop seules ont tendance à avoir une meilleure santé mentale que les autres. Le sentiment de solitude a plutôt augmenté ces dernières années, en particulier chez les jeunes. Les personnes qui souffrent de maladies psychiques graves ou chroniques risquent en outre davantage que les autres d'être exclues socialement. *Les expériences de violence* affectent la santé mentale : chez les enfants, la maltraitance (psychique, physique, sexuelle) et la négligence augmentent le risque de détresse psychologique. La violence au sein du couple est également associée à des conséquences psychiques telles que des troubles affectifs et névrotiques et des taux de tentatives de suicide plus élevés.

Le chapitre 6 est consacré aux compétences en santé mentale : **il en ressort que la santé mentale revêt de l'importance pour une majorité de la population et que les compétences en la matière semblent s'améliorer.** La population manque en revanche souvent de connaissances pour ce qui est des mesures à prendre pour entretenir et améliorer sa santé mentale. Aujourd'hui encore, nombre de personnes peinent à demander de l'aide : elles déclarent par exemple ne pas vouloir déranger les autres avec leurs problèmes ou préférer attendre de voir si le problème disparaît de lui-même. Elles sont par ailleurs nombreuses à avoir du mal à trouver des informations sur la santé mentale et, le cas échéant, à les comprendre. C'est particulièrement vrai pour les personnes âgées, les personnes ayant un faible niveau de formation et celles de nationalité étrangère. Les jeunes en revanche ont une bonne intuition quand il s'agit d'identifier les personnes concernées et de trouver l'aide qui pourrait leur convenir. Quant aux enseignants, ils sont nombreux à estimer que leurs compétences en matière de santé mentale sont bonnes, mais à rencontrer des difficultés à agir concrètement et à reconnaître les signaux d'alerte.

Selon la littérature internationale, les médias numériques présentent des avantages et des risques pour la santé mentale (chapitre 7). Ils présentent des avantages, dans le sens où ils fournissent des informations facilement accessibles sur la santé, permettent de nouer et d'entretenir des liens et d'améliorer la communication quelle que soit la distance. Les études se concentrent pour la plupart sur les risques : dans l'ensemble, elles ont permis d'établir peu de liens univoques entre l'utilisation des médias numériques et les problèmes psychiques. Les résultats montrent toutefois que les idéaux véhiculés par les médias numériques peuvent avoir un impact négatif sur l'estime de soi et l'image corporelle, mais que cet impact dépend de l'intensité et du type d'utilisation de ces médias. Ces résultats établissent par ailleurs un lien entre l'utilisation des médias numériques, en particulier le soir, et un sommeil de mauvaise qualité. Les résultats montrent que les personnes qui passent beaucoup de temps devant l'écran ont tendance à avoir de moins bonnes capacités d'attention et davantage de symptômes de TDAH. Ils mettent par ailleurs en relation de nombreux problèmes biopsychosociaux avec la dépendance aux médias numériques et leur utilisation excessive.

L'environnement bâti et l'environnement naturel exercent aussi une influence sur la santé mentale (chapitre 8). Un habitat de qualité ainsi que des espaces verts et bleus (cours d'eau) favorisent la santé mentale. En Suisse, tout le monde bénéficie d'un

bon accès aux espaces verts (forêts, prairies, etc.). Un réseau bien développé pour les piétons, les cyclistes et les transports publics peut réduire les nuisances dues au bruit et aux polluants atmosphériques et favoriser l'activité physique, ce qui a des effets positifs avérés sur la santé mentale. Parmi les obstacles à celle-ci, la littérature internationale identifie la vie urbaine, la mauvaise qualité des logements, les phénomènes météorologiques extrêmes, la hausse des températures, les émissions sonores, les polluants atmosphériques, les produits chimiques et les rayonnements. Des mesures de protection contre le bruit sont recommandées pour la Suisse, où plus d'un million de personnes sont exposées au bruit. De plus, en raison du changement climatique, on s'attend à une augmentation du nombre de jours de canicule, de crues ou de glissements de terrain, ce qui peut avoir un impact négatif sur la santé mentale. Les possibilités de retrait et d'échange dans l'espace public et dans les lotissements peuvent réduire les conséquences négatives de la densité sociale et de l'isolement social sur la santé mentale. En Suisse, 6% de la population vit dans un logement où la densité sociale est trop élevée.

Le chapitre 9 met en évidence le rôle des lieux de travail et de formation pour la santé mentale. **Bien que la plupart des personnes actives en Suisse se portent bien et que leur satisfaction au travail soit élevée, un quart à un tiers environ d'entre elles déclarent se sentir stressées ou épuisées.** Sur le lieu de travail, le rapport entre contraintes et ressources est déterminant pour la santé mentale.

Environ 20% des personnes actives occupées ont des problèmes psychologiques qui entraînent des répercussions sur leur activité professionnelle. Au niveau de la formation professionnelle déjà, il est fait état de problèmes psychiques dans plus de la moitié des parcours d'apprentissage. Les arrêts maladie pour cause de problème psychique durent en moyenne 7 mois et se terminent dans la moitié des cas par un licenciement. Depuis les années 1990, on constate une augmentation des rentes AI allouées pour des raisons psychiques chez les jeunes de moins de 30 ans. La stigmatisation des maladies psychiques reste un défi dans le milieu professionnel, où les limitations fonctionnelles ont toutefois plus de poids que les diagnostics. La collaboration entre les soignants, les employeurs et les collaborateurs est souvent lacunaire. L'accompagnement professionnel (*supported employment*) est une mesure d'intégration particulièrement efficace. Il consiste à proposer directement du travail sur le premier marché de l'emploi, où les compétences sont progressivement entraînées («first place, then train»).

Système de santé

En Suisse, la Confédération, les cantons et les communes ainsi que la fondation Promotion Santé Suisse et les organisations non gouvernementales sont des acteurs importants dans le domaine de la promotion de la santé et de la prévention (voir chapitre 10). Tous les cantons mettent en œuvre des mesures de promotion de la santé mentale et

les regroupent dans un programme d'action cantonal. Ces mesures ne sont toutefois pas répertoriées systématiquement et trop peu de projets font pour l'heure l'objet d'une évaluation. Les résultats des évaluations de projets de bonnes pratiques mettent pourtant en évidence un potentiel important, car les ressources que l'on renforce pour une meilleure santé mentale diffèrent selon les groupes cibles. Les programmes de promotion de la santé et de prévention sont organisés au niveau fédéral et mis en œuvre dans plusieurs domaines (formation, santé, affaires sociales, sécurité, etc.). Cette organisation exige une coordination minutieuse, mais permet aussi de contribuer efficacement à la promotion de la santé mentale dans différents domaines de la vie. Rares sont les offres dans ce domaine qui bénéficient d'un financement durable.

Le chapitre consacré à la prise en charge des personnes souffrant de problèmes psychiques montre que **les soins psychiatriques et psychothérapeutiques en Suisse sont structurés différemment selon les régions**. Les cantons de Suisse latine misent davantage sur le domaine intermédiaire et ambulatoire, alors que les soins stationnaires jouent un rôle plus important en Suisse alémanique. Outre les offres institutionnelles, on constate que les proches, l'intégration professionnelle et sociale, les services de psychologie scolaire et les offres à bas seuil contribuent également de manière significative à la prise en charge.

L'accessibilité aux soins psychiatriques de base est dans l'ensemble très bonne, la densité de l'offre étant nettement plus faible dans les régions rurales que dans les zones urbaines. Au niveau national, des indices font état d'une pénurie de capacités et les prestataires estiment que la psychiatrie et la psychothérapie, en particulier celle pour enfants et adolescents (PPEA), est la spécialité la moins bien dotée. Le départ à la retraite imminent de nombreux psychiatres constitue un défi, car ce manque de capacités ne pourra pas être comblé par la relève nationale. Il faut s'attendre à une hausse croissante de la demande de professionnels étrangers dans le domaine de la psychiatrie. Une hausse que le nombre croissant de psychologues et le modèle de prescription permettront peut-être d'atténuer en partie. L'offre de prestations numériques peut constituer un complément précieux, notamment pour surmonter les obstacles géographiques et temporels.

Le chapitre 12 met également l'accent sur les changements induits par le passage du modèle de délégation au modèle de prescription et par l'introduction de nouvelles structures tarifaires dans le secteur ambulatoire. **Les prestations qui se situent en dehors des structures tarifaires classiques, telles que les soins intermédiaires et les prestations psychosociales, posent des défis en matière de financement**. Les dépenses engagées dans la promotion de la santé mentale et la prévention des maladies psychiques se sont élevées à près de 300 millions de francs ces cinq dernières années en moyenne annuelle. Elles ont servi avant tout à financer des projets visant à informer et à sensibiliser la population. Ces dépenses sont financées en grande partie par des fonds publics et privés. Il en résulte une dépendance vis-à-vis des politiques cantonales, ce qui engendre beaucoup d'incertitudes en termes de planification. Les problèmes psychiques sont le deuxième

groupe de maladies le plus coûteux, juste derrière les maladies neurologiques. Leur coût total pour la société est estimé à 23,1 milliards de francs. Il comprend les coûts de santé (9,5 milliards de francs), les coûts hors santé (1,7 milliard) et les pertes de production (11,9 milliards).

Actions recommandées

Les éditeurs ont discuté des résultats présentés dans ce rapport avec les auteurs et le groupe d'accompagnement, ainsi qu'à l'interne. Ils ont ensuite formulé des recommandations dans cinq domaines :

1. Considérer la santé mentale comme une tâche qui incombe à l'ensemble de la société

- Santé mentale – Chacun peut apporter une contribution
- Faire de la santé mentale un thème transversal en politique
- Tenir compte de la santé mentale dans tous les domaines politiques et inscrire cette approche (*Mental Health in All Policies*) dans la stratégie
- Observer les changements et les anticiper

2. Renforcer les approches fondées sur des données probantes en collectant les données de manière ciblée et en encourageant la recherche scientifique

- Évaluer régulièrement l'état de santé mentale de la population en tenant compte également des indicateurs de santé mentale positive
- Tirer parti des enseignements faits au niveau international et promouvoir la coopération
- Identifier les lacunes en matière de données et les analyser de manière ciblée
- Rendre utilisables les données disponibles
- Tenir compte des comparaisons possibles dans les études et les enquêtes
- Analyser les mécanismes de cause à effet
- Assurer une recherche de haute qualité
- Garantir les ressources financières nécessaires pour fournir et collecter des données

3. Mettre en œuvre et évaluer des mesures de promotion de la santé et de prévention

- Renforcer de manière ciblée les groupes de population les plus touchés
- Améliorer la santé mentale de tous les enfants et adolescents
- Poursuivre l'approche de la détection et de l'intervention précoces auprès des enfants et des jeunes en situation de stress et de vulnérabilité
- Promouvoir les ressources de la population et renforcer sa résilience
- Réduire les inégalités sociales en matière de santé mentale
- Renforcer la prévention de la violence dans tous les groupes d'âge
- Poursuivre systématiquement le développement de la prévention du suicide
- Promouvoir de manière ciblée l'activité physique et un environnement sain
- Utiliser les médias numériques comme soutien pour la santé mentale lorsque c'est possible
- Renforcer la mise en œuvre de programmes fondés sur des données probantes
- Évaluer les interventions et en mesurer l'impact
- Garantir le financement à long terme des programmes ayant fait l'objet d'une évaluation
- Rendre le savoir plus visible
- Pérenniser et développer la coopération

4. Promouvoir la santé mentale au travail, assurer l'intégration sur le marché de l'emploi

- Tenir compte des ressources et des contraintes sur le lieu de travail
- Assurer l'intégration sur le marché de l'emploi
- Promouvoir la coopération en matière de santé mentale
- Renforcer l'information et la prévention
- Intégrer systématiquement le thème de la santé mentale dans les conseils et l'assistance

5. Garantir des soins de qualité, accessibles et adaptés aux besoins

- Assurer un accès à bas seuil et une qualité des soins au sens large
- Aborder activement la question de la pénurie de main-d'œuvre qualifiée
- Assurer des soins aux enfants et aux adolescents
- Évaluer les changements de système
- Tenir compte systématiquement de la perspective des patients, des proches et des professionnels dans l'élaboration et la mise en œuvre des modèles de soins
- Financer des prestations en dehors des structures tarifaires classiques
- Analyser les différences régionales et les prendre en compte pour des adaptations ciblées
- Utiliser les médias numériques comme un soutien pour les soins de santé psychiatriques et psychothérapeutiques, clarifier le cadre

01 La santé mentale de la population en général



Daniela Schuler
Observatoire suisse de la santé (Obsan)

Messages clés

- En 2022, plus de 90% de la population suisse ont fait état d'une qualité de vie élevée et environ 70% se disent heureux. Il n'en reste pas moins que les maladies psychiques sont largement répandues. On peut admettre que 20 à 40% des personnes vivant en Suisse remplissent une fois au cours de leur existence les critères d'une dépression, une personne sur quatre les critères d'un trouble anxieux et une personne sur six les critères d'un trouble lié à une substance.
- Pendant la pandémie de COVID-19, la population a été soumise à une détresse psychologique élevée. La situation s'est largement rétablie avec la fin de la pandémie, même si certains groupes de population continuent de ressentir les effets négatifs après la pandémie. Par exemple, les *symptômes* de dépression sont plus fréquents chez les enfants, les adolescents et les jeunes adultes qu'avant la pandémie. Il n'est pas possible de répondre à la question de savoir si *les maladies* psychiques ont augmenté en Suisse, car il n'existe pas d'études récentes sur la prévalence des troubles psychiques.
- Des comorbidités fréquentes (ou maladies concomitantes) compliquent la situation des personnes souffrant d'une maladie psychique: près d'une personne sur deux souffrant d'un trouble psychique remplit simultanément les critères d'au moins un autre diagnostic psychique et une personne sur deux ou trois présente une maladie somatique concomitante. La comorbidité est associée à une évolution plus grave de la ou des maladie(s), à une durée plus longue ou chronicisation de celle(s)-ci, à une multiplication des complications et à une détérioration de la qualité de vie.
- Des inégalités marquent le domaine de la santé mentale en Suisse. Les personnes à faible statut socio-économique, les personnes réfugiées et la population LGBT sont par exemple désavantagées en la matière.
- Les résultats qui illustrent les différences entre les sexes en matière de santé mentale soulignent l'importance des approches sexospécifiques dans la recherche de même que dans l'élaboration de mesures de prévention.
- En Suisse, il n'existe pas de relevés périodiques de données épidémiologiques sur les maladies psychiques, ni de relevés de données réguliers sur les principaux aspects de l'état psychique, qui permettraient un monitoring continu de la santé mentale de la population.

1.1 Introduction

Les données épidémiologiques fournissent des informations sur l'état de santé mentale de la population et servent ainsi de base pour planifier de manière ciblée la prévention et le traitement, de même que la promotion de la santé et la réadaptation (Jacobi et al., 2017). Ce chapitre se concentre sur les résultats obtenus pour la Suisse. À cet effet, il se fonde sur un examen de la littérature pertinente et des principales sources de données nationales¹. Pour permettre une comparaison ou une classification des prévalences (indications relatives à la fréquence), ou lorsque des données font défaut pour la Suisse, il présente également des résultats d'autres pays européens ou des données mondiales. Ce chapitre se focalise sur l'ensemble de la population. Des thématiques propres aux classes d'âge sont décrites plus en détail dans les chapitres consacrés aux enfants, aux adolescents et aux jeunes adultes (chapitre 2), aux adultes d'âge moyen (chapitre 3) et aux personnes âgées (chapitre 4). Le présent chapitre aborde les grandes questions ci-après :

- Quelle est la prévalence des maladies, des symptômes ou des problèmes psychiques au sein de la population en général ?
- Dans quelle mesure les caractéristiques de la santé mentale positive sont-elles répandues dans la population en général ?
- Existe-t-il des écarts entre différents groupes de population ? Qu'en est-il de la santé mentale des personnes en situation de vulnérabilité ?

Santé mentale et maladies psychiques

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit la **santé mentale** comme «un état de bien-être qui permet à chacun de réaliser son potentiel, de faire face aux difficultés normales de la vie, de travailler avec succès et de manière productive, et d'être en mesure d'apporter une contribution à la communauté» (OMS Europe, 2019). Cet «état» n'a toutefois rien de statique. Il s'agit au contraire d'un processus dynamique et complexe, influencé à la fois par des caractéristiques individuelles et par des facteurs externes (situation et contexte sociaux; Lund et al., 2018; OMS, 2001; OMS Europe, 2019). Bien que la définition soit formulée de manière positive, les études consacrées à la santé mentale se sont, par le passé, principalement concentrées sur les maladies psychiques.

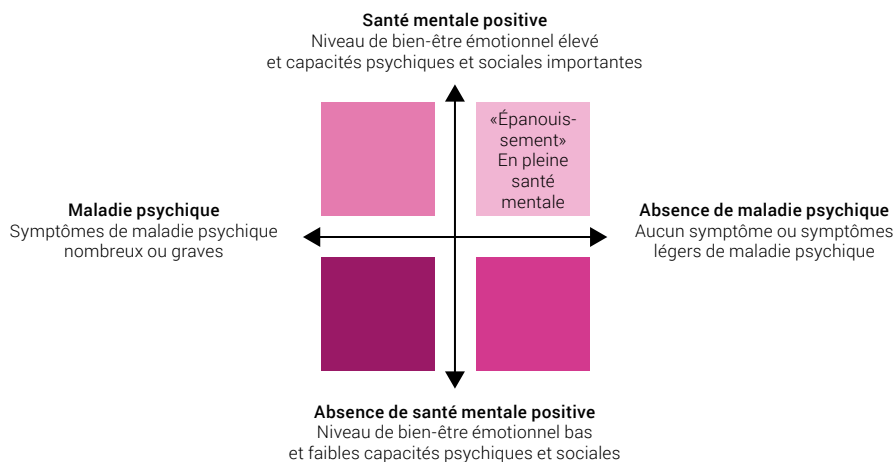
Les maladies psychiques modifient la perception, les pensées, les émotions, les comportements et les relations avec autrui, qui divergent alors de la norme (OMS, 2019; OMS Europe, 2019). Elles affectent la personne concernée dans sa vie quotidienne, son vécu et son comportement et peuvent restreindre sa liberté. Les symptômes sont le plus souvent source de souffrance tant pour la personne malade que pour son entourage.

¹ De plus amples informations à ce sujet figurent sous www.rapportsante2025.ch.

Par le passé, on se fondait sur une **conception bipolaire**, la santé et la maladie étant considérées comme les pôles d'un seul continuum (Antonovsky, 1997; Lippke & Renneberg, 2006). Cependant, les données disponibles ont révélé l'existence de deux dimensions distinctes, ce qui a conduit, entre autres, au développement du **modèle du double continuum** (Keyes, 2005). Dans ce modèle (G1.1), la santé mentale positive² et la maladie psychique constituent deux dimensions distinctes, sans être toutefois complètement indépendantes (Keyes, 2005, 2007; Westerhof & Keyes, 2010). L'un des continuums représente la présence ou l'absence de santé mentale positive, l'autre la présence ou l'absence de maladies (ou de problèmes) psychiques. Selon ce modèle, une personne peut ne présenter aucun symptôme de maladie psychique sans pour autant se sentir en bonne santé mentale (quadrant en bas à droite du modèle). L'absence de maladie psychique n'implique donc pas automatiquement la présence de santé mentale positive (ou l'existence d'un bien-être mental). De même, l'absence de santé mentale positive n'équivaut pas à l'existence d'une maladie psychique. Selon Keyes (2002), la «pleine» santé mentale (en anglais *flourishing*, soit l'épanouissement) est définie comme une combinaison de bien-être émotionnel (émotions positives, sentiment de bonheur, satisfaction dans la vie), de bien-être mental (fonctionnement psychologique, développement personnel, réalisation de son propre potentiel) et de bien-être social (bonnes relations avec les autres, la communauté et la société), ainsi que l'absence de maladie psychique (quadrant en haut à droite du modèle).

Santé mentale: le modèle à deux continuums

G1.1



Source: Représentation réalisée par nos soins sur la base de Keyes (2005, 2007) et Westerhof & Keyes (2010)

© Obsan 2025

² La «santé mentale positive» correspond aux caractéristiques positives de la santé en tant que concept général (voir section Définitions des notions utilisées dans ce rapport). En anglais, on utilise aussi souvent le terme de «well-being», c'est-à-dire «bien-être» (voir p. ex. Fusar-Poli et al., 2020).

Pour connaître l'état de santé mentale de la population, il faut disposer d'indicateurs qui rendent compte tant des maladies psychiques que de la santé mentale positive.

Bien qu'il soit difficile de distinguer santé et maladie, le classement dichotomique des personnes dans deux catégories opposées («en bonne santé» ou «malades») reste courant dans la pratique (notamment dans le cadre de prestations sociales ou de l'assurance-maladie). Les systèmes de classification et de diagnostic, comme la Classification internationale des maladies (CIM) de l'OMS (p. ex. CIM-10-GM; OFS, 2024) ou le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM) de l'Association américaine de psychiatrie (p. ex. DSM-5; APA, 2013), fournissent des critères contraignants qui servent à fixer la limite à partir de laquelle des problèmes d'ordre psychique doivent être perçus comme des troubles équivalant à une maladie. Ne sont considérés comme **pathologiques** que des symptômes clairement définis qui correspondent à des degrés précis de gravité, d'intensité, de fréquence et de durée, et qui entraînent des souffrances personnelles ou entravent la vie quotidienne (Scharfetter, 2002). Les **états subcliniques** désignent des symptômes ou des comportements qui ne répondent pas aux critères cliniques d'un trouble psychique (les symptômes étant p. ex. trop peu nombreux ou trop légers). De tels états peuvent néanmoins avoir un impact considérable sur le bien-être et les capacités d'une personne et annoncer la survenue de troubles mentaux à part entière (p. ex. dépression subclinique, Volz et al., 2023).

Contrairement à ce qui prévaut pour la santé physique, il n'existe pas de critères universellement applicables pour définir la santé mentale *positive* (voir section suivante). Des travaux ont toutefois permis d'identifier des facteurs pertinents (p. ex. Fusar-Poli et al., 2020). Les études menées jusqu'ici se distinguent cependant beaucoup par les éléments pris en compte. Pour évaluer la santé mentale positive d'une population, on considère par exemple les indicateurs suivants : santé mentale auto-évaluée, satisfaction dans la vie, qualité de vie, bien-être ou sentiment de bonheur (p. ex. Government of Canada, 2023).

Définitions des notions utilisées dans ce rapport

Selon les explications qui précèdent, le rapport national sur la santé utilise le terme générique de **santé mentale** (**santé psychique** étant un synonyme) qui englobe à la fois la dimension positive (bonne santé mentale) et la dimension négative (maladies mentales ou psychiques, symptômes psychiques). La «**santé mentale positive**» désigne les aspects positifs de cette santé tels que le bien-être, la satisfaction dans la vie ou la qualité de vie, le sentiment de bonheur, etc. Lorsqu'il traite des maladies psychiques, le présent rapport utilise le terme «**maladie**» associé aux adjectifs «**mental**» ou «**psychique**». L'expression

«**trouble psychique**» est utilisée pour parler de diagnostics (selon la CIM ou le DSM). Une distinction est par ailleurs faite entre une maladie et ses **symptômes**. Lorsque l'existence de problèmes a été établie au moyen d'instruments diagnostiques (entretiens cliniques structurés, etc.), nous employons les termes qui désignent la maladie, le diagnostic ou le «trouble» (maladies dépressives ou dépressions, p. ex.). Lorsque les problèmes sont recensés à l'aide d'outils de dépistage (questionnaires, échelles d'appréciation et évaluations subjectives, p. ex.), qui s'avèrent moins exhaustifs et ne respectent pas toutes les règles d'un diagnostic (voir encadré Typologie et méthodologie des études épidémiologiques), nous parlons de symptômes (p. ex. symptômes dépressifs ou anxieux). Dans le présent rapport, les expressions «problèmes psychiques» ou «**problèmes de santé mentale**» sont définies de manière plus large et désignent à la fois les états subcliniques, ne répondant pas aux critères diagnostiques d'une maladie psychique, et les maladies psychiques. Elles sont notamment utilisées en cas d'évaluations subjectives dans le cadre d'enquêtes.

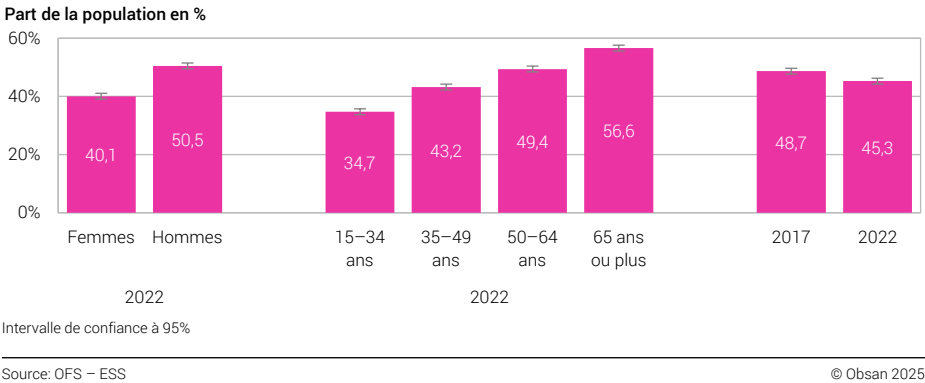
1.2 Santé mentale positive

Les études internationales portant sur la prévalence de la santé mentale positive au sens global, comme définie par Keyes (voir section Santé mentale et maladies psychiques), sont (encore) peu nombreuses. Ayant comparé le degré d'épanouissement, c'est-à-dire de pleine santé mentale (voir le modèle du double continuum, G1.1) dans différents pays européens, Huppert et So (2013) ont constaté de grandes différences. La part de personnes épanouies était de loin la plus élevée au Danemark (41%). Ce pays était suivi par la Suisse (30%) et l'Autriche (28%). L'Allemagne se situait dans la moyenne (20%), tandis que les pourcentages les plus faibles, légèrement inférieurs à 10%, ont été mesurés en Slovaquie, en Russie et au Portugal.

Actuellement, seuls quelques indicateurs permettent de mesurer la santé mentale de la population suisse. Une enquête menée par l'assurance CSS en 2024 a demandé aux personnes interrogées de répondre à la question «Comment vous sentez-vous sur le plan émotionnel et psychique?» 75% ont déclaré «toujours ou le plus souvent bien». Les années précédentes, ce pourcentage s'élevait à 68% (2023), 71% (2022) et 74% (2021; Brügger et al., 2024). L'enquête suisse sur la santé (ESS) 2022 a utilisé la qualité de vie ainsi que l'énergie et la vitalité comme indicateurs de la santé mentale positive. La grande majorité de la population (92%) estimait alors que sa qualité de vie était bonne ou très bonne. La part des hommes et celle des femmes à donner cette appréciation étaient similaires, et des proportions assez équilibrées se retrouvaient dans les différents groupes d'âge. Ces proportions sont par ailleurs restées relativement stables entre 2012 et 2022. Il en va tout autrement de l'indicateur «énergie et vitalité». D'une part, la proportion des personnes affichant un niveau élevé d'énergie et de vitalité a diminué entre 2017 et 2022; d'autre part, une nette différence est apparue entre les femmes et les hommes

et entre les groupes d'âge (G1.2). Dans l'ensemble et à travers tous les groupes d'âge, les femmes ont fait moins souvent état d'un niveau élevé d'énergie et de vitalité que les hommes (40% contre 51%). On a en outre constaté l'existence d'un fort gradient d'âge. En avançant dans l'âge, les personnes interrogées se sentaient plus souvent pleines d'énergie et de vitalité (femmes et hommes confondus).

Niveau élevé d'énergie et de vitalité G1.2



Plusieurs indicateurs de la santé mentale positive font état d'un meilleur état de santé chez les hommes et les personnes âgées. Les jeunes femmes âgées de 15 à 24 ans se distinguent par des résultats particulièrement défavorables.

L'enquête Omnibus sur la santé psychique, réalisée en 2022, a mesuré la valeur des indicateurs «sentiment de bonheur» (se sentir le plus souvent ou toujours heureux: 69,8%), «satisfaction dans la vie» (très élevée: 32,9%), «sens de la vie» (grand: 36,5%) et «sentiment d'efficacité personnelle» (élevé: 33,6%; Peter et al., 2023). Les résultats ont mis au jour une différence entre les sexes en ce qui concerne l'efficacité personnelle: la proportion des personnes éprouvant un fort sentiment d'auto-efficacité était plus élevée chez les hommes que chez les femmes (38,3% contre 29%). La répartition selon les groupes d'âge présentait aussi des particularités: des pourcentages plus élevés dans les groupes d'âge moyen et des pourcentages plus faibles dans les groupes d'âge plus jeunes et plus âgés. Il a surtout été frappant de constater à quel point le pourcentage de femmes âgées de 15 à 24 ans à éprouver un fort sentiment d'auto-efficacité était faible (16,9%). Un gradient d'âge est à nouveau apparu pour ce qui est de la grande satisfaction dans

la vie et d'un grand sens de la vie: la fréquence de ces indicateurs augmentait avec l'âge. Il en allait de même pour le bien-être mental. Là encore, le groupe des femmes de 15 à 24 ans s'est distingué: elles ont évalué leur bien-être psychique moins positivement que les autres groupes étudiés. Le sentiment de bonheur (se sentir le plus souvent ou toujours heureux) était réparti de manière similaire à travers les groupes d'âge. Cet indicateur est également mesuré dans l'enquête sur les revenus et les conditions de vie (SILC; voir encadré Principales données d'enquête suisses). En 2022, le pourcentage des personnes se sentant le plus souvent ou toujours heureuses était de 76,6%. Chez les personnes d'âge moyen (35 à 64 ans), il s'élevait à 74%, soit un niveau légèrement inférieur à celui mesuré chez les personnes tant plus jeunes que plus âgées (79%; Schuler et al., 2024).

Principales données d'enquête suisses (auto-évaluations)

De nombreux résultats présentés dans ce chapitre proviennent d'analyses de l'**enquête suisse sur la santé (ESS)** réalisée par l'Office fédéral de la statistique (OFS). Il s'agit d'une enquête menée à intervalles réguliers (tous les cinq ans) auprès de la population, par téléphone et via un questionnaire (pas d'entretien avec un spécialiste), dans laquelle les personnes interrogées (de 15 ans ou plus) auto-évaluent leur état de santé et leur comportement en matière de santé (ESS). Cette manière de procéder ne sert pas à diagnostiquer des maladies, mais à assurer par exemple un suivi continu de l'état de santé de la population. Cette remarque s'applique également à l'**enquête Omnibus sur la santé psychique** de l'Obsan, qui a été réalisée une seule fois en 2022 et dans laquelle des jeunes de 15 ans ou plus ont été interrogés au moyen d'un questionnaire en ligne (Peter et al., 2023). Par ailleurs, l'**enquête sur les revenus et les conditions de vie (SILC)** de l'OFS collecte chaque année les réponses à deux questions formulées de manière très générale sur le fait d'être heureux ou déprimé (voir Schuler et al., 2024). Le présent chapitre se réfère à plusieurs reprises aux indicateurs suivants, qui sont issus de l'ESS et de l'enquête Omnibus sur la santé psychique: symptômes dépressifs (évalués selon l'échelle PHQ-9) et symptômes d'anxiété généralisée (échelle GAD-7; les deux se rapportant aux deux dernières semaines), dépression et trouble anxieux autodéclarés (indicateur basé sur la question concernant l'existence auto-évaluée d'une dépression ou d'un trouble anxieux au cours des douze mois précédents). Pour de plus amples informations sur les instruments de mesure, voir par exemple Peter et al. (2023).

1.3 Symptômes et maladies psychiques

Prévalence des maladies psychiques

Une étude synoptique (méta-analyse) a compilé les enquêtes épidémiologiques menées sur les maladies mentales au sein de la population (en majorité auprès de personnes âgées de 16 à 65 ans) à travers le monde de 1980 à 2013. Ce travail a révélé qu'environ une personne sur cinq (17,6%) remplissait, sur une période de douze mois, les critères d'une des maladies mentales les plus fréquentes (Steel et al., 2014). Parmi celles-ci, l'étude a inclus les dépressions ou les troubles affectifs, les troubles anxieux ainsi que les troubles liés à l'alcool (également en association avec d'autres substances). Les troubles anxieux affichaient la prévalence sur douze mois la plus élevée (6,7%; voir encadré Typologie et méthodologie des études épidémiologiques). Venaient ensuite les troubles affectifs (5,4%) et les troubles liés à l'alcool (3,8%). En Europe, la prévalence sur douze mois de l'ensemble de ces troubles psychiques courants était estimée à 17,1%. La prévalence vie-entière (voir encadré Typologie et méthodologie des études épidémiologiques) a été estimée à 29,2% au niveau mondial et à 35,2% en Europe.

L'étude prospective de Zurich (voir encadré Grandes études ou programmes de recherche suisses sur la santé mentale) a débouché sur des chiffres plus élevés. Selon elle, près d'une personne sur deux (48,6%) a traversé au moins un épisode de trouble affectif (24%), de trouble anxieux (26%) ou de trouble lié à une substance (24%)³ au cours des vingt années étudiées (âge de la cohorte ou du groupe: 20 à 40 ans; Angst et al., 2005⁴). Par ailleurs, 29% des personnes considérées ont présenté des symptômes subcliniques à un moment donné ou à un autre. Relevons à ce propos que les prévalences vie-entière mesurées à titre prospectif sont toujours plus élevées que celles mesurées à titre rétrospectif, car les personnes interrogées ne se souviennent pas toujours des symptômes et des problèmes ressentis ou en donnent une autre interprétation a posteriori (voir encadré Typologie et méthodologie des études épidémiologiques).

Avant même la pandémie de COVID-19, les médias et une partie de l'opinion publique pressentaient déjà une hausse des maladies psychiques (Richter, 2020). Toutefois, les méta-analyses internationales n'ont pas montré d'augmentation globale des maladies psychiques au cours des deux décennies *avant* la pandémie, compte tenu du fait que la population avait également augmenté et vieilli pendant la période considérée (GBD 2017 DALYs and HALE Collaborators, 2018; Richter & Hoffmann, 2019). L'Allemagne n'a pas non plus enregistré d'accroissement de la prévalence sur douze mois avant la pandémie, ni plus particulièrement pour la dépression ni pour l'ensemble des maladies psychiques (Bretschneider et al., 2018; Jacobi et al., 2014). Des variations perceptibles ont néanmoins toujours été observées dans certaines parties de la population, telles une augmentation des maladies dans certains groupes d'âge et une diminution dans d'autres (Hapke, 2020).

³ sans la dépendance au tabac

⁴ prévalence sur douze mois cumulée au fil des six premières mesures de l'étude de Zurich (de 1979 à 1999)

Grandes études ou programmes de recherche suisses sur la santé mentale

Nombre des travaux cités dans le présent chapitre se réfèrent à des données tirées des grandes études suisses ci-après.

L'étude dite **de Zurich**, une étude de cohorte prospective (étude de groupe), a tout d'abord consisté à soumettre un échantillon représentatif de personnes vivant dans le canton de Zurich à un dépistage. Les personnes appartenant à un sous-échantillon stratifié (présentant une surreprésentation des cas à risque) ont ensuite été interrogées à sept reprises sur trente ans (de 1979 à 2008). Les participants étaient âgés de 19 à 20 ans au début de l'étude et avaient de 49 à 50 ans lors du septième entretien (Angst et al., 2016).

L'étude de cohorte **CoLaus/PsyCoLaus** porte sur un échantillon représentatif de la population lausannoise. Elle cherche à déterminer les facteurs de risque de maladies cardiovasculaires et de maladies psychiques ainsi que les liens entre elles. L'examen psychologique (entretiens et questionnaires psychiatriques) a été introduit en 2004. Environ 3700 personnes (âgées de 35 à 66 ans au début de l'étude) ont participé à l'examen physique et à au moins un examen psychologique. L'étude est en cours depuis 2003/2004, des enquêtes et des entretiens réguliers étant organisés tous les quatre ans environ. CoLaus (colaus-psycolaus.ch)

Le **programme zurichois d'impulsion pour le développement durable de la psychiatrie** (Zürcher Impulsprogramm zu nachhaltigen Entwicklung der Psychiatrie, ZInEP) était un programme de recherche financé par des fonds privés, piloté par la clinique psychiatrique universitaire de Zurich. Mené de 2009 à 2015, il s'est articulé autour de neuf sous-projets consacrés à différents domaines de la psychiatrie (Rössler, 2016). Bien qu'il se soit concentré sur les soins, le premier sous-projet s'est également penché sur l'épidémiologie des maladies psychiques au sein de la population générale.

Ces études suisses revêtent une grande importance, car elles fournissent des informations pertinentes pour le contexte suisse. Les échantillons sont représentatifs des populations régionales, les entretiens permettent d'obtenir des indications diagnostiques et les études de cohorte apportent une observation longitudinale et permettent de formuler des conclusions sur les causes et les effets. Les facteurs limitants sont le caractère régional, la petite taille de la cohorte (étude de Zurich) et les écarts dans les informations diagnostiques entre les séries d'entretiens (étude de Zurich) (p. ex. Angst et al., 2005; Angst et al., 2016).

Évolution pendant et après la pandémie

La pandémie de COVID-19 – les infections et les décès d’une part, les réactions des autorités ainsi que les mesures et les restrictions mises en place d’autre part – a exercé une grande influence sur la vie de la population suisse. Son impact a fait l’objet de plusieurs études en Suisse. Comme ces études s’avèrent hétérogènes et qu’il n’existe pas de données comparables datant d’avant la pandémie, il est difficile de chiffrer les conséquences de la pandémie sur la santé mentale. On perçoit néanmoins des évolutions générales (Jäggi et al., 2022; Stocker et al., 2021; voir aussi le rapport du CF en réponse à deux postulats, 2024). La majorité de la population a traversé la pandémie en bonne santé mentale, mais une partie des gens ont néanmoins vu leur état mental se dégrader (du moins temporairement; Jäggi et al., 2022). L’état mental a varié avec les vagues de la pandémie: il se détériorait avec la hausse du nombre de contaminations et le renforcement des mesures (Probst-Hensch et al., 2024; Richter, 2023); la population se montrait plus détendue lorsque le nombre de cas diminuait et que les mesures s’assouplissaient. Selon Jäggi et al. (2022), cette évolution parallèle correspond à une réaction psychique normale face à une crise. Le graphique G.1.3 illustre les parts de la population ayant présenté une détresse psychologique moyenne à sévère, selon les données recueillies grâce au Monitoring social du COVID-19 pendant la pandémie (<https://covid19.ctu.unibe.ch/>). Réalisé au printemps 2020, le premier relevé a révélé une proportion nettement plus élevée (27%) de personnes souffrant de détresse psychologique⁵ qu’en 2017, année de référence (ESS; G.1.3). Un deuxième pic (proportions très élevées de personnes en détresse psychologique) est perceptible au moment de la deuxième vague de la pandémie (fin 2020/début 2021). Les pourcentages sont ensuite restés supérieurs à la valeur de référence (2017) jusqu’au dernier relevé, réalisé en octobre 2022 (de 23 à 26%). La valeur mesurée par l’ESS de 2022 (17,9%) est d’ailleurs également supérieure à celle de 2017.

Même si la majorité de la population n’a pas été fortement affectée dans sa santé mentale, la pandémie a eu un impact particulièrement négatif sur les groupes de population déjà confrontés à des inégalités sociales et de santé avant la pandémie (personnes vivant seules, personnes en situation financière précaire, personnes souffrant de maladies psychiques ou physiques préexistantes, p. ex.), de même que sur les enfants, les adolescents et les jeunes adultes (Jäggi et al., 2022; Stocker et al., 2021; voir aussi le rapport du CF en réponse à deux postulats, 2024). Les différents travaux permettent de conclure que la pandémie a pesé relativement lourd sur la santé mentale de nombreux jeunes. Notons que divers signes relevés avant la pandémie indiquaient déjà une tendance à la hausse des problèmes psychiques chez les enfants, les adolescents et les jeunes adultes (Gondek et al., 2024; Schuler et al., 2022; Tuch & Schuler, 2020; voir chapitre 2 Enfants, adolescents et jeunes adultes).

⁵ Mental Health Inventory MHI-5, détresse psychologique moyenne à sévère: valeurs supérieures ou égales à 72.

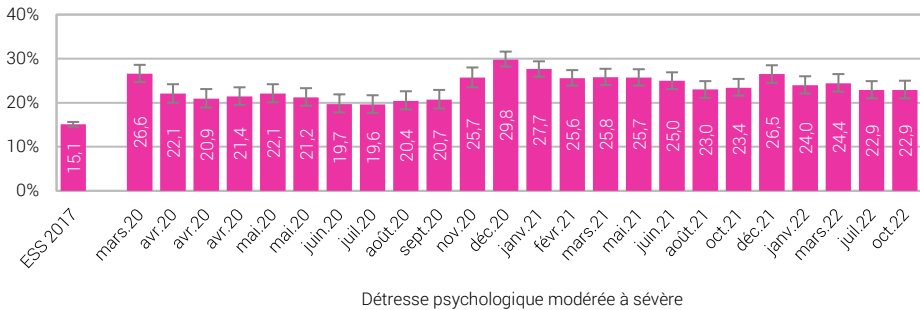
Les enquêtes menées en lien avec la pandémie de COVID-19 ont le plus souvent recensé des *symptômes* de troubles psychiques, c'est-à-dire des évaluations subjectives, au moyen de questionnaires. Il est impossible de comparer directement ces résultats aux valeurs de prévalence issues d'études épidémiologiques. Des études épidémiologiques récentes, c'est-à-dire des travaux décrivant la situation *après* la pandémie, font (encore) défaut (à l'exception de Brügger et al., 2024; section Santé mentale positive). Il est donc impossible actuellement de déterminer si *les maladies* psychiques ont globalement augmenté en Suisse en raison de la pandémie.

La majorité de la population a traversé la pandémie en bonne santé mentale. La pandémie a néanmoins eu un impact négatif, en particulier sur les enfants, les adolescents et les jeunes adultes, de même que sur les groupes de population confrontés déjà auparavant à des inégalités sociales et sanitaires.

Part de la population ayant présenté une détresse psychologique durant la pandémie de COVID-19

G1.3

Part de la population en %



Intervalle de confiance à 95%

Source: OFS – ESS; ZHAW – Monitoring social du COVID-19

© Obsan 2025

Typologie et méthodologie des études épidémiologiques

Pour classer et interpréter les résultats d'études épidémiologiques, il faut tenir compte aussi bien de leur contenu que de la méthodologie appliquée. De quelle manière les informations ont-elles été recueillies? Les personnes interrogées ont-elles rempli elles-mêmes un questionnaire ou celui-ci a-t-il été rempli par un spécialiste au cours d'un entretien? Les personnes ont-elles été interrogées une ou plusieurs fois? Qui, dans la population, a participé à l'étude et qui n'y a pas participé? Quels systèmes de classification a-t-on appliqués et ont-ils évolué au cours des dernières années?

Les études épidémiologiques sur les maladies psychiques tentent de déterminer **la prévalence** d'un trouble (son existence dans une période définie) ou son **incidence** (son apparition au cours d'une période définie). Elles visent souvent à déterminer la prévalence sur douze mois ou la prévalence vie-entière des maladies psychiques, à l'aide de diverses méthodes. Dans les études *rétrospectives*, les participants sont interrogés une fois et fournissent des informations sur leur état de santé mentale au cours des douze derniers mois ou durant leur existence jusqu'au moment de l'enquête. Cette manière de faire peut engendrer des erreurs et conduire à sous-estimer la prévalence, car les personnes interrogées peuvent avoir oublié des symptômes et des problèmes qu'elles ont éprouvés par le passé ou ne plus les interpréter comme tels a posteriori (Andrews et al., 2005; Wilson et al., 2009). Les études *prospectives* suivent quant à elles des groupes d'âge sur une longue période et interrogent les participants à plusieurs reprises. Elles fournissent ainsi des estimations plus précises, mais peuvent omettre des événements survenus entre les enquêtes. La littérature spécialisée montre que les prévalences vie-entière mesurées de manière prospective sont nettement plus élevées que les prévalences vie-entière mesurées de manière rétrospective (p. ex. Andrews et al., 2005; Lorenzo-Luaces, 2015; Takayanagi et al., 2014).

Les résultats issus d'un échantillon ne permettent de tirer des conclusions concernant la population de base que si l'échantillon est **représentatif** de cette population, c'est-à-dire qu'il en reflète dans l'idéal toutes les caractéristiques. À cet effet, la meilleure solution consiste à recourir à un échantillon aléatoire (chaque porteur de caractéristiques de la population a la même chance d'être inclus dans l'échantillon). Lorsqu'un tirage aléatoire s'avère impossible, on procède souvent à des contrôles statistiques afin d'obtenir un échantillon qui reflète toutes les caractéristiques *pertinentes* de la population de base. Il ne faut toutefois pas considérer la représentativité comme une dichotomie (existence ou absence d'une caractéristique), mais comme un continuum (Bortz, 1993; Planing, 2022). Les enquêtes nationales sur la santé (mentale) excluent en général certaines parties de la population, comme les personnes sans domicile fixe, les réfugiés, les personnes hospitalisées et celles vivant dans des établissements de soins ou des établissements pénitentiaires. L'exclusion de ces groupes de population restreint la généralisation des résultats de l'enquête (Wright et al., 2023).

Prévalence par type de troubles

Le présent chapitre réunit les valeurs de prévalence de différentes maladies psychiques ou groupes de troubles et de symptômes. Dans la mesure du possible, il se base sur des études suisses, mais tient aussi compte des résultats d'autres pays pour pouvoir classer les valeurs de prévalence ou lorsque des données font défaut pour la Suisse. Les études mentionnées ont été réalisées à des périodes et selon des méthodes différentes (voir encadré Typologie et méthodologie des études épidémiologiques). Il est dès lors difficile de procéder à une comparaison directe des résultats.

Troubles affectifs: dépressions, troubles bipolaires et leurs symptômes

Les troubles affectifs se caractérisent par une évolution, survenant par phases, de l'humeur vers un pôle dépressif ou maniaque, accompagnée d'une modification de l'élan vital. Il convient de distinguer les évolutions unipolaires (phases dépressives ou maniaques uniquement) des troubles affectifs bipolaires, qui se caractérisent aussi bien par des épisodes maniaques que dépressifs ou mixtes (Laux, 2003).

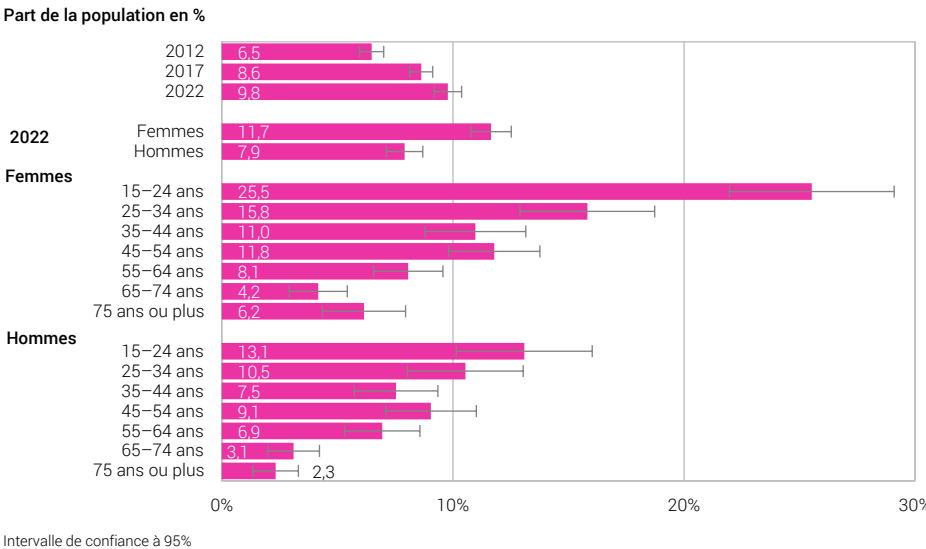
Dans leur méta-analyse, Steel et al. (2014) estiment la prévalence vie-entière globale des **troubles affectifs** à 9,6%. Selon Wittchen et al. (2011), la prévalence sur douze mois est de 7,8% en Europe. Les résultats de l'étude prospective de Zurich sont plus élevés: d'après les données recueillies, environ un quart (24%) des personnes (âgées de 20 à 40 ans) suivies pendant vingt ans ont connu au moins un épisode de troubles affectifs et environ un autre quart (24,6%) ont présenté des états subcliniques correspondants (Angst et al., 2005).

Les prévalences vie-entière de **la dépression** en Suisse sur une période de trente ans (groupe de personnes âgées de 20 à 50 ans) se situaient à 32% selon l'étude de Zurich (Angst et al., 2016), et à 43,6% selon l'étude PsyCoLaus (Preisig et al., 2020; Vandeleur et al., 2017). Le niveau des valeurs de l'étude lausannoise s'explique par des particularités méthodologiques et les différences cantonales ou régionales entre la Suisse romande et la Suisse alémanique (voir section Différences régionales). Aucune de ces deux études n'a déterminé la prévalence sur douze mois, de sorte qu'il est impossible de procéder à une comparaison avec les valeurs européennes (6,9%; Wittchen et al., 2011). Selon Angst et al. (2005), la prévalence vie-entière des états dépressifs subcliniques atteignait 10,3% à Zurich.

Il existe des données plus récentes sur les **symptômes dépressifs**, dont plus d'un tiers des personnes interrogées (35,5%) ont déclaré souffrir dans le cadre de l'ESS 2022 (la question portant sur les deux semaines précédant l'enquête). Dans 25,7% des cas, il s'agissait de symptômes *légers*, dans 9,8% des cas de symptômes *modérés à sévères* (G 1.4). Les femmes ont fait état de symptômes dépressifs plus souvent que les hommes et les jeunes plus souvent que les plus âgés. Parmi les femmes de 15 à 24 ans, un quart (25,5%) ont déclaré avoir présenté des symptômes modérés à sévères de dépression et un tiers (35,6%) des symptômes légers. La fréquence des symptômes dépressifs modérés à sévères a légèrement augmenté par rapport à 2017. Elle avait déjà connu une hausse entre 2012 et 2017.

Par rapport aux données sur la dépression et les symptômes dépressifs, celles concernant les **troubles bipolaires** sont rares. Les prévalences vie-entière se situent à 3,4% selon l'étude de Zurich (Angst et al., 2016) et à 1,8% selon l'étude PsyCoLaus (Glaus et al., 2014).

Symptômes dépressifs modérés à sévères G1.4



Troubles anxieux et leurs symptômes

Les troubles anxieux se caractérisent par une peur et une anxiété excessives. Les personnes qui en souffrent ressentent une peur prononcée (disproportionnée par rapport à la menace réelle) et des symptômes physiques d'anxiété, qui sont généralement si intenses qu'ils affectent leur vie quotidienne (Universitätsspital Zürich [USZ], 2024). Les troubles anxieux se présentent sous différentes formes.

Selon l'étude de Zurich, plus d'une personne sur quatre souffre d'un trouble anxieux au cours de sa vie (26,3%; Angst et al., 2005). Par ailleurs, environ 30% de la population connaissent des états subcliniques correspondants. D'après l'étude PsyCoLaus, la prévalence vie-entière d'un quelconque trouble anxieux était légèrement inférieure, à 17,9% (Glaus et al., 2014). Environ 14% des personnes vivant en Europe présentent *chaque année* des symptômes anxieux (Wittchen et al., 2011). Les femmes les éprouvent environ 1,8 fois plus souvent que les hommes.

Les **phobies** sont des troubles anxieux provoqués par des déclencheurs concrets. Dans le cas de la phobie sociale, par exemple, il s'agit de la peur de se ridiculiser ou d'apparaître désagréable en société, tandis que la peur de certains animaux est un exemple de phobie spécifique (Universitätsspital Zürich [USZ], 2024). L'étude de Zurich a révélé des prévalences vie-entière de 26,9% pour les phobies spécifiques (telle la peur des araignées), de 12,6% pour les phobies sociales et de 6,8% pour les agoraphobies (Angst et al., 2016). Les prévalences vie-entière de l'étude PsyCoLaus étaient similaires pour les phobies sociales (12%) et légèrement inférieures pour les agoraphobies (3,8%; Glaus et al., 2014). Les *symptômes* de diverses phobies ont été recensés dans le cadre de l'enquête Omnibus sur la santé psychique de 2022 (dernière semaine/dernière quinzaine). Les symptômes mentionnés le plus fréquemment ont été ceux de la phobie sociale (10%), plus rarement ceux de phobies spécifiques (3%) et de l'agoraphobie (2,5%). Quelle que soit la forme d'anxiété, les femmes étaient davantage touchées que les hommes (Peter et al., 2023).

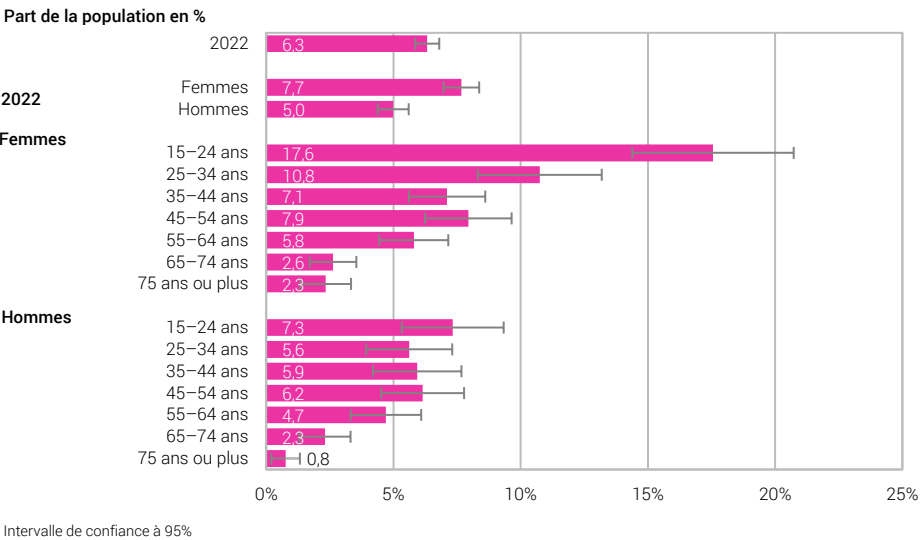
Les personnes souffrant d'un **trouble panique** traversent de manière récurrente de graves crises d'angoisse (panique) sans menace réelle identifiable. Les principaux symptômes de ces crises sont des palpitations, une douleur thoracique, une sensation d'étouffement et des étourdissements (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, BfArM). Selon l'étude de Zurich, la prévalence vie-entière est de 3,4% (Angst et al., 2005), résultat auquel est également parvenu l'étude PsyCoLaus (3,2%; Glaus et al., 2014). Dans l'enquête Omnibus sur la santé psychique 2022, 3,1% des personnes interrogées ont fait état de symptômes de trouble panique. Les femmes étaient deux fois plus touchées que les hommes (Peter et al., 2023).

Le **trouble anxieux généralisé** (TAG) se caractérise par une peur ou une inquiétude persistante et injustifiée, qui n'est pas causée par un déclencheur concret (Universitätsspital Zürich [USZ], 2024). L'étude de Zurich a estimé la prévalence vie-entière de ce trouble à 14,1% (Angst et al., 2005), tandis que l'étude PsyCoLaus a révélé un taux plus faible,

de 2,3% (Glaus et al., 2014). L'ESS 2022 comprenait une question sur l'existence de symptômes d'anxiété généralisée (au cours des deux semaines précédant l'enquête): 20,8% des personnes interrogées ont déclaré avoir ressenti des symptômes *légers* et 6,3% des symptômes *modérés à sévères* (G1.5). Là encore, les symptômes étaient plus fréquents chez les femmes que chez les hommes. Ils étaient également plus fréquents chez les personnes jeunes que chez les plus âgées. La forte proportion de personnes éprouvant des symptômes légers (32%) et modérés à sévères (17,6%) d'anxiété généralisée parmi les femmes les plus jeunes est particulièrement frappante.

Symptômes modérés à sévères de trouble anxieux généralisé

G1.5



Source: OFS – ESS

© Obsan 2025

Troubles liés à des substances, usage problématique de substances et comportements problématiques non liés à des substances

Les troubles liés à des substances et à leur usage problématique font souvent référence à la consommation d'alcool, de drogues ou de médicaments (infodrog, 2024). Les jeux d'argent et l'utilisation problématique d'Internet mentionnés à la fin de cette section sont des comportements problématiques non liés à des substances (Notari et al., 2022; voir le chapitre 7 Médias numériques). La terminologie relative aux troubles liés à des substances et à leur usage problématique n'est pas des plus simples et n'est pas utilisée

de manière uniforme. Afin de faciliter la lecture, nous parlerons ici de troubles liés à des substances lorsqu'il s'agit de troubles diagnostiqués et d'usage problématique lorsque les valeurs se réfèrent à des données autodéclarées.

Les maladies psychiques sont fréquentes.

En Suisse, environ 20 à 40% de la population remplissent une fois au cours de leur vie les critères correspondant à la dépression, une personne sur quatre remplit les critères du trouble anxieux et une sur six les critères du trouble lié à une substance.

Selon l'étude de Zurich, la prévalence vie-entière des troubles liés à des substances est de 18 à 21% pour l'alcool, de 9,5% pour les tranquillisants et de 9,3% pour le cannabis (Angst et al., 2016). L'étude PsyCoLaus a quant à elle fait état d'une prévalence vie-entière de 15,5% pour les troubles liés à des substances (alcool, cannabis, autres drogues illégales; Ajdacic-Gross, Aleksandrowicz et al., 2016), de 11,8% pour l'alcool et de 6,2% pour les drogues illégales (Glaus et al., 2014).

Le questionnaire de l'enquête Omnibus sur la santé psychique 2022 a demandé aux participants s'ils avaient été sujet à une addiction, c'est-à-dire à une dépendance, à une substance (alcool, tabac, cannabis, médicaments, cocaïne, etc.) au cours des douze derniers mois et, dans l'affirmative, si cette addiction avait été diagnostiquée par un professionnel. Près de 2% des personnes interrogées ont fait état d'un trouble diagnostiqué lié à une substance et 10% d'un usage problématique (non diagnostiqué; Peter et al., 2023). L'enquête Omnibus a par ailleurs permis de réunir des données plus détaillées sur la consommation d'alcool et de cannabis. Environ 10% des personnes interrogées remplissaient les conditions qui caractérisent une **consommation** problématique **d'alcool**. Selon les enquêtes du Monitoring suisse des addictions, la part de la population mentionnant une consommation problématique d'alcool avoisinait 12% en 2011 et 12,6% en 2015 (Marmet et al., 2015). Cette situation était plus fréquente chez les hommes que chez les femmes (13,8% contre 6,1%).

Selon l'enquête Omnibus sur la santé psychique de 2022, 2% de la population présentaient une **consommation** problématique **de cannabis**, les hommes étant plus nombreux que les femmes (2,9% contre 1,1%). En 2016, c'était le cas de 1,1% de la population dans son ensemble (2,0% pour les hommes et 0,3% pour les femmes) d'après le Monitoring suisse des addictions (Marmet & Gmel, 2017).

Selon l'ESS 2022, 4,3% de la population suisse affichaient un **comportement problématique en matière de jeux d'argent**, soit davantage qu'en 2017 (3,2%). Ce comportement était plus présent chez les hommes (5,8%) que chez les femmes (2,7%). Par ailleurs, 6,8% de la population faisaient montre en 2022 d'une **utilisation problématique d'Internet**, soit nettement plus qu'en 2017 (3,8%).

Troubles obsessionnels compulsifs et leurs symptômes

Un trouble obsessionnel compulsif (TOC) se caractérise pour l'essentiel par des pensées et des actes compulsifs récurrents, généralement perçus comme inutiles et inefficaces. Les pensées obsessionnelles sont des idées ou des réflexions qui préoccupent une personne de manière répétée. Les actes ou rituels compulsifs sont des gestes qu'une personne se sent obligée de répéter, comme se laver les mains ou compter les voitures qui passent (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte [BfArM], 2024).

Selon les données et les définitions retenues, la prévalence vie-entière des troubles obsessionnels compulsifs en Suisse se situe à un taux estimé entre 1,3% et 7,8% ou 9,2% (Angst et al., 2016; Fineberg et al., 2013; Rodgers et al., 2015). Par ailleurs, environ 10% de la population connaissent des états obsessionnels subcliniques (Fineberg et al., 2013). Dans l'étude de Zurich, les troubles obsessionnels compulsifs étaient plus fréquents chez les femmes (5,3% contre 1,7%), mais les états subcliniques et les symptômes de troubles obsessionnels compulsifs l'étaient davantage chez les hommes (resp. 10,1% contre 9,3% et 13,7% contre 8,8%; Fineberg et al., 2013).

Selon l'enquête Omnibus sur la santé psychique, 3,9% des personnes interrogées en automne 2022 ont déclaré avoir présenté des symptômes de TOC au cours des deux semaines précédentes. Ces symptômes étaient aussi fréquents chez les hommes que chez les femmes, mais nettement plus fréquents chez les jeunes que chez les personnes âgées (Peter et al., 2023).

Trouble de stress post-traumatique et ses symptômes

Un trouble de stress post-traumatique (TSPT) peut survenir à la suite d'un événement stressant de durée brève ou longue, qui représente une menace exceptionnelle ou s'avère d'une ampleur catastrophique (catastrophe naturelle, guerre, accident grave, etc.). Les caractéristiques types d'un TSPT sont le fait de revivre le traumatisme de manière répétée dans des souvenirs qui s'imposent à l'esprit (flashes-back), des rêves ou des cauchemars, ainsi qu'un sentiment persistant d'étourdissement et d'apathie émotionnelle (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte [BfArM], 2024).

Selon l'étude PsyCoLaus, la prévalence vie-entière d'un événement traumatique était de 21% et près d'un quart (23,7%) des personnes concernées ont développé un TSPT. La prévalence sur douze mois a été estimée à 1,1%. Bien que le risque de vivre un événement traumatique ne soit pas plus élevé chez les femmes que chez les hommes, la prévalence vie-entière du TSPT était deux fois plus élevée chez les premières (6,5%) que chez les seconds (3,2%; Perrin et al., 2014).

Selon l'enquête Omnibus sur la santé psychique, 4,3% des personnes interrogées à l'automne 2022 présentaient des symptômes de TSPT, les femmes plus souvent que les hommes (5,4% contre 3,3%). Chez les femmes comme chez les hommes, les symptômes

de TSPT étaient moins fréquents chez les personnes âgées de 65 ans ou plus (1,8%) que dans la population plus jeune. Aucun gradient d'âge n'a cependant pu être clairement identifié (Peter et al., 2023).

Trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité et ses symptômes

Le trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) est un trouble du développement neuronal et mental qui débute dans l'enfance et se manifeste le plus souvent durant cette période de l'existence, mais qui peut persister jusqu'à l'âge adulte. Il se caractérise par trois symptômes principaux: le déficit d'attention, l'impulsivité (actions irréfléchies) et l'hyperactivité. L'intensité de ces symptômes peut varier d'un cas à l'autre (Retz et al., 2013; Sulkes, 2024).

Pour de plus amples informations sur le TDAH chez l'enfant et l'adolescent, voir le chapitre 2. En ce qui concerne l'âge adulte, une étude suisse a estimé à 4% la prévalence sur douze mois du TDAH chez les jeunes hommes (âgés de 20 ans environ; Estévez et al., 2014). Une étude réalisée en Allemagne a rapporté une prévalence ponctuelle de 4,5% au sein de la population adulte (18 à 64 ans; de Zwaan et al., 2012). Selon cette étude allemande et d'autres études internationales, aucune différence dans la prévalence du TDAH n'a été observée entre les femmes et les hommes (Biedermann et al., 2004; Simon et al., 2009). Cette observation est surprenante dans la mesure où un écart considérable apparaît chez les enfants, les garçons étant deux à trois fois plus souvent atteints que les filles (de Zwaan et al., 2012; voir chapitre 2).

Dans l'enquête Omnibus sur la santé psychique de 2022, plus de 6% des personnes interrogées ont fait état de symptômes de TDAH (existants au moment de l'enquête), ces derniers étant un peu plus fréquents chez les femmes que chez les hommes (6,8% contre 5,5%; Peter et al., 2023).

Troubles du comportement alimentaire et leurs symptômes

Les troubles du comportement alimentaire exercent une influence sur la manière de s'alimenter et sur la perception de son propre corps. Les personnes qui en souffrent ont souvent un rapport perturbé à la nourriture, à leur propre image corporelle et au contrôle du poids. Les formes les plus courantes de ces troubles sont la boulimie, l'anorexie (comportement restrictif) et l'hyperphagie boulimique (consommation excessive de nourriture sans comportements compensatoires tels que vomissements; Luzerner Psychiatrie, 2024).

Une étude réalisée en 2010 à l'échelle de la Suisse a estimé la prévalence vie-entière des troubles alimentaires à 3,5% et leur prévalence sur douze mois à 1,1% (Mohler-Kuo et al., 2016). La boulimie affichait la prévalence vie-entière la plus élevée (1,7%); venaient ensuite l'hyperphagie boulimique (1,6%) et l'anorexie (0,7% à 1,1%). Pour ce qui est de l'hyperphagie

non diagnostiquée, la prévalence vie-entière a été estimée à 1,2%. Les taux de prévalence étaient environ trois à six fois plus élevés chez les femmes que chez les hommes (Mohler-Kuo et al., 2016). L'hyperphagie subclinique constituait toutefois une exception, les hommes présentaient des taux de prévalence plus élevés que les femmes (1,6% contre 0,9%).

En automne 2022, 13% de la population suisse (âgée de 15 ans ou plus) ont déclaré présenter des symptômes de troubles alimentaires. Les femmes en ont fait état plus souvent que les hommes (15,4% contre 10,5%) et les jeunes plus souvent que les personnes âgées (Peter et al., 2023).

Schizophrénie, symptômes psychotiques

La schizophrénie se caractérise par une désorganisation de la pensée et une perception perturbée de la réalité, ainsi que par des réactions inappropriées ou une émotivité réduite. Parmi les symptômes fréquents, mentionnons les hallucinations (souvent, le sujet entend des voix), les délires, les désordres de la pensée et les émotions atténuées ou «nivellement de l'affect» (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte [BfArM], 2024). Pour assurer le dépistage précoce des psychoses, l'étude suisse BEAR a recensé les prévalences de différents groupes de symptômes (Bern-Epidemiological-At-Risk: <https://data.snf.ch/grants/grant/135381>), mais aucun chiffre concret n'est disponible pour ce qui est de la prévalence vie-entière de la schizophrénie en Suisse. Selon les estimations internationales, elle est d'environ 0,4 à 0,7%, son niveau étant similaire chez les hommes et chez les femmes (Rössler et al., 2013; Rössler et al., 2005). Les symptômes psychotiques subcliniques sont nettement plus fréquents, leur prévalence avoisinant 5% (Rössler, 2011; van Os et al., 2009). Même si la schizophrénie n'est pas une maladie très fréquente, elle fait partie des maladies les plus lourdes et les plus coûteuses au monde (Rössler et al., 2005; voir chapitre 12 Coûts et financement).

Troubles de la personnalité

En présence d'un trouble de la personnalité, certains traits de caractère et comportements sont particulièrement prononcés, rigides ou inadaptés. Il existe différents troubles de la personnalité, classés selon certaines caractéristiques. Celles-ci comprennent par exemple la manière des personnes concernées de se percevoir elles-mêmes, de percevoir et d'interpréter les autres et les événements, leur capacité d'adapter leurs réactions émotionnelles ou la manière d'interagir avec autrui (PDAG, 2024).

Par rapport à d'autres troubles psychiques, les troubles de la personnalité ont jusqu'ici rarement fait l'objet d'études épidémiologiques et on ne dispose pas de chiffres spécifiques pour la Suisse. Une étude de synthèse basée sur la littérature internationale a estimé que la prévalence vie-entière d'un trouble de la personnalité se situe entre 5 et 10% (Samuels,

2011). Une méta-analyse sur la fréquence des troubles de la personnalité au sein de la population générale adulte des pays occidentaux a établi une prévalence vie-entière de 12% pour les troubles de la personnalité, quel que soit leur type (Volkert et al., 2018). Ces troubles de la personnalité comptent ainsi parmi les troubles psychiques les plus fréquents chez l'adulte.

Les prévalences des troubles psychotiques et des troubles de la personnalité en Suisse sont particulièrement mal connues.

Comorbidité de troubles psychiques

La comorbidité désigne l'existence simultanée chez une personne de plus d'un trouble spécifique, pouvant être diagnostiqué, au cours d'une période donnée (Burke et al., 1990). Les diagnostics doubles ou multiples sont particulièrement fréquents en cas de troubles psychiques. La concomitance de plusieurs troubles psychiques augmente le caractère chronique et la complexité de la maladie, diminue la réponse aux traitements médicamenteux ou psychothérapeutiques, aggrave les divers handicaps et détériore davantage la qualité de vie (Laux, 2017).

Dans le questionnaire sur la santé mentale qui complétait l'enquête «Gesundheit Erwachsener in Deutschland» (La santé des adultes en Allemagne; DEGS1-MH), 45% des participants souffrant de troubles psychiques remplissaient les critères de deux diagnostics au moins (Jacobi et al., 2017). Des études internationales ont par ailleurs révélé qu'environ la moitié à trois quarts des dépressions coïncidaient avec des troubles anxieux (Beekman et al., 2000). Un lien a maintes fois été prouvé entre les troubles de la dépendance, d'une part, et la dépression ou les troubles bipolaires, d'autre part (Lai et al., 2015). Deux études plus récentes ont montré que le diagnostic d'un trouble psychique augmentait le risque d'un diagnostic ultérieur d'un quelconque autre trouble psychique (McGrath et al., 2020; Plana-Ripoll et al., 2019).

Les analyses de l'ESS confirment elles aussi que la concomitance de deux maladies psychiques n'a rien d'exceptionnel. Parmi les personnes interrogées présentant des symptômes dépressifs modérés à sévères, 47% ont également fait état de symptômes anxieux (modérés) en 2022. À l'inverse, 72% des personnes présentant des symptômes anxieux (modérés) ont également signalé l'existence de symptômes dépressifs modérés à sévères.

*Les maladies psychiques apparaissent souvent ensemble.
La maladie s'avère dès lors plus complexe
et détériore davantage la qualité de vie.*

Automutilations, pensées suicidaires, tentatives de suicide, suicides

«Les pensées et les comportements suicidaires» et la «suicidalité» (tendance au suicide) sont des appellations génériques utilisées pour désigner toutes les manifestations psychiques négatives allant des pensées suicidaires jusqu'au suicide lui-même. Un «comportement auto-agressif» est défini comme suicidaire lorsque la volonté de mourir par l'acte commis est perceptible (Crosby et al., 2011; Glaesmer et al., 2022; Posner et al., 2007).

Selon l'enquête Omnibus sur la santé psychique de 2022, environ 2,4% de personnes vivant en Suisse se sont volontairement **automutilées** au cours des douze mois précédant l'enquête, par exemple en se coupant, se brûlant ou se scarifiant. L'enquête ne cherchait pas à déterminer si ces actes dénotaient une volonté de mourir (Peter et al., 2023). L'analyse de l'ESS 2022 a révélé que 8,4% de la population ont déclaré avoir pensé au cours des deux semaines précédant l'enquête «qu'il vaudrait mieux mourir ou se faire du mal d'une manière ou d'une autre». Ces deux indicateurs atteignaient une valeur élevée au sein de la population jeune, en particulier parmi les jeunes femmes. Par rapport à 2017, la fréquence des **pensées suicidaires** était stable chez les hommes, alors qu'elle enregistrait une forte hausse chez les femmes âgées de 15 à 19 ans (9,7% en 2017; 23,1% en 2022). Chez ces dernières, les hospitalisations pour tentative de suicide présumée ont également plus que doublé depuis 2017, le taux étant légèrement inférieur en 2023 qu'en 2022.

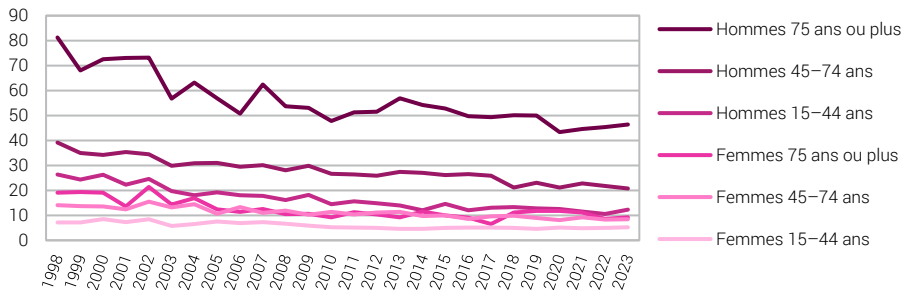
Selon l'ESS 2022, 0,3% des personnes interrogées ont «tenté de mettre fin à leurs jours» au cours des **douze derniers mois** et 3,9% ont fait une tentative de suicide **à un moment ou à un autre de leur vie**. Ces parts relatives n'ont pas changé depuis l'enquête de 2017. La prévalence vie-entière des tentatives de suicide est plus élevée chez les femmes que chez les hommes (4,5% contre 3,3%).

En 2023, 994 personnes **se sont suicidées** en Suisse, ce nombre correspondant à un taux de 11,2 suicides pour 100 000 habitants. Les hommes meurent environ trois fois plus souvent par suicide que les femmes. Dans l'ensemble, le taux de suicide suit une évolution à la baisse et s'est situé dans la moyenne européenne ces dix dernières années (Eurostat, 2024). Des mesures telles que la restriction de l'accès aux méthodes de suicide (p. ex., les armes à feu), une couverture médiatique adéquate, une restriction de l'accès à certains lieux ou des mesures de prévention dans les soins de santé ont contribué à réduire le taux de suicide (Stulz et al., 2022; OMS, 2021). Les hommes de 75 ans ou plus affichent le taux de suicide de loin le plus élevé (G1.6). Pour améliorer la vue d'ensemble, le graphique a réuni les groupes d'âge en fonction de leur taux de suicide (des indications plus détaillées figurent dans les chapitres 2 à 4). En 2023, les méthodes de suicide le plus souvent utilisées chez les hommes étaient la pendaison (36,8% des suicides) et les armes à feu (22,5%); chez les femmes, il s'agissait de la pendaison (26,7%), du saut dans le vide (21,6%) et de l'empoisonnement (19%). Le recours aux armes à feu pour se suicider avait diminué chez les hommes (passant de 40,4% en 1998 à 22,5%). Chez les femmes, la pendaison, l'empoisonnement et le saut dans le vide représentent depuis des années

Suicides (non assistés)

G1.6

Nombre de cas pour 100 000 habitants



Source: OFS – CoD

© Obsan 2025

entre 60 et 70% des méthodes de suicide. Pour plus de plus amples informations sur les pensées et les comportements suicidaires en Suisse, voir Peter et Tuch (2024).

L'**assistance au suicide** englobe «les actes accomplis dans l'intention de permettre à une personne capable de discernement de mettre fin à ses jours, soit notamment la prescription ou la délivrance de médicaments à des fins de suicide» (ASSM, 2021, p. 25). Des personnes ont recours au suicide assisté principalement lorsqu'elles souffrent d'une pathologie somatique chronique, comme le cancer ou une maladie neurodégénérative, lorsque le pronostic est sans espoir et que les symptômes sont insupportables (OFS, 2016). Le taux de suicides assistés s'élevait à 19,5 pour 100 000 habitants en 2023. Il était à peu près identique chez les femmes et les hommes et a suivi une forte hausse chez les personnes des deux sexes âgées de 65 à 79 ans (+132% durant la période 2013 – 2023), de même que chez celles de 80 ans ou plus (+186%; voir Observatoire suisse de la santé [Obsan], 2023).

1.4 Quelques facteurs et situations de vie et leur rapport avec la santé mentale

La population de la Suisse présente des caractéristiques très variées. Promouvoir l'égalité des chances en matière de santé, c'est-à-dire offrir si possible à toute personne les mêmes chances d'être en bonne santé et de développer son potentiel de santé, constitue donc un défi pour la société et les milieux politiques. Burla (sous presse) met en lumière des différences significatives en matière de santé entre différents groupes de population en Suisse, ces écarts étant liés à des inégalités sociodémographiques, socio-économiques et socioculturelles. Nous présentons ci-après quelques facteurs et situations de vie qui ont un rapport avec la santé mentale. Il convient également de se référer aux chapitres 2 à 4, qui traitent des situations de vie propres à certains groupes d'âge.

Sexe et âge

De nombreuses études ont démontré que la fréquence des maladies psychiques varie parfois beaucoup d'un sexe à l'autre. Les femmes présentent plus souvent des troubles psychiques internalisés (dépression, troubles alimentaires, troubles anxieux, TSPT, pensées suicidaires, p. ex.), tandis que les hommes sont plus souvent sujets aux troubles externalisés (troubles liés à des substances, troubles dissociatifs de l'identité, suicides, p. ex.; Asselmann et al., 2019; Rosenfield & Smith, 2009; Wittchen et al., 2011). Cela ressort également de la section consacrée aux prévalences de certains troubles spécifiques. On explique ces écarts par des différences propres aux sexes, c'est-à-dire biologiques (hormones) et sociales (stéréotypes sexuels, rôles de genre et différences de socialisation; Otten et al., 2024). Les études ont probablement porté le plus souvent sur les dépressions et les états dépressifs. Les différences sexospécifiques apparaissent dès le début de l'adolescence, s'atténuent quelque peu au début de l'âge adulte et restent stables par la suite (Salk et al., 2017). Elles persistent même lorsque l'on tient compte des variables démographiques et socio-économiques (Acciai & Hardy, 2017). Une question a malgré tout été soulevée à plusieurs reprises: celle de savoir si les hommes souffrent effectivement moins souvent de dépression ou si les dépressions ne sont que rarement diagnostiquées chez les hommes. Il a été établi que la différence des symptômes dépressifs entre les femmes et les hommes expliquent en partie les écarts entre les sexes. Comparés à des patientes dépressives, les patients dépressifs de sexe masculin présentaient ainsi plus souvent de la colère et de l'agressivité, de l'irritabilité et des réactions excessives (Möller-Leimkühler et al., 2007; Winkler et al., 2005). Depuis, on a par ailleurs mis au point des dépistages sexospécifiques de la dépression, dont la validation confirme le rôle de l'agressivité et du contrôle émotionnel comme composante importante d'un risque accru de dépression chez les hommes (Gender-Sensitive Depression Screening [GSDS-25]; Möller-Leimkühler, 2022). Ces résultats soulignent qu'il convient d'appliquer des approches sexospécifiques dans la recherche sur la santé mentale de même que dans la mise au point de mesures de prévention.

Les maladies psychiques surviennent souvent tôt au cours de la vie. Une méta-analyse internationale a conclu que le premier trouble psychique apparaît avant l'âge de 14 ans chez un tiers (34,6%) des personnes affectées, avant l'âge de 18 ans chez près de la moitié (48,4%) et avant l'âge de 25 ans chez environ 60% (Solmi et al., 2022). L'âge médian⁶ de l'apparition d'un trouble du développement se situait à 12 ans. Il était de 17, 18 et 19 ans pour les troubles anxieux, les troubles du comportement alimentaires et les troubles obsessionnels compulsifs, de 25 ans pour les troubles de la personnalité, les troubles schizophréniques et les addictions et de 30 et 31 ans pour les TSPT (troubles de stress post-traumatique) et les troubles affectifs. Les études ayant examiné les troubles ou symptômes psychiques et

⁶ La médiane est la valeur mesurée qui se situe à mi-chemin, c'est-à-dire que l'apparition de la moitié des troubles considérés est survenue à l'âge mentionné ou avant et l'autre moitié à l'âge mentionné ou plus tard.

la santé mentale positive tout au long de la vie ont montré que, si l'état psychopathologique s'est certes amélioré avec l'âge, la santé mentale positive globale n'était pas meilleure chez les personnes âgées que chez les plus jeunes (Lamers et al., 2013; Westerhof & Keyes, 2010). Le bien-être émotionnel (partie intégrante de la santé mentale positive, voir la section Santé mentale et maladies psychiques) était toutefois plus élevé chez les personnes âgées que chez les jeunes. Cette observation concorde avec les résultats de l'ESS (voir section Santé mentale positive) : les parts de la population faisant état d'un niveau élevé d'énergie et de vitalité ou d'une grande satisfaction dans la vie étaient plus grandes parmi les personnes âgées. Les analyses de l'ESS et de l'enquête Omnibus sur la santé psychique ont montré que l'intensité des symptômes de différents types de troubles s'avérait relativement forte chez les jeunes et plus faible à un âge avancé. À ce propos, une étude allemande récente a débouché sur des résultats fort intéressants. Sur la base d'échantillons tirés dans différents groupes, elle a pu démontrer que l'âge n'avait pas d'influence sur l'intensité des troubles ou des symptômes psychiques lorsque l'analyse tenait compte des effets du groupe et de la période ainsi que du sexe et de la région (Otten et al., 2024). Ces effets de groupe et de période signifient que l'intensité des troubles et des symptômes n'est pas seulement influencée par les caractéristiques individuelles de la personne affectée, mais aussi par des facteurs socio-structurels (tels les événements politiques, les grandes crises ou la socialisation liée au groupe). Pour des indications plus détaillées sur la santé mentale des enfants, des adolescents et des jeunes adultes, voir chapitre 2, sur celle des adultes d'âge intermédiaire, voir chapitre 3 et sur celle des personnes âgées, voir chapitre 4.

Des approches sexospécifiques s'imposent, tant dans la recherche que dans la conception des mesures de prévention.

Formation et revenus

Il existe à l'évidence une corrélation entre désavantages socio-économiques et maladies psychiques. Les résultats de nombreuses études décrivent en effet des gradients socio-économiques allant dans ce sens (Kirkbride et al., 2024; Lorant et al., 2003; Wang et al., 2010). Le statut socio-économique est un concept social qui compte plusieurs niveaux et qui peut être opérationnalisé de différentes manières, le niveau de formation ou le revenu servant souvent d'indicateurs. À l'instar des analyses précédentes (Peter et al., 2023; Schuler et al., 2020), les résultats de l'ESS 2022 ont fait apparaître un gradient de formation relativement constant en ce qui concerne la santé mentale : les personnes diplômées du degré tertiaire étaient en meilleure santé mentale, tandis que les personnes sans formation post-obligatoire étaient celles qui évaluaient le plus négativement leur santé mentale pour de nombreux indicateurs (symptômes dépressifs, symptômes d'une anxiété généralisée, qualité de vie, etc.). Une étude

allemande a montré qu'une grande partie de l'effet s'explique par les ressources psychosociales et les contraintes quotidiennes (Niemeyer et al., 2019). Cette étude a posé comme hypothèse que la formation va de pair avec le développement de ressources psychosociales et qu'un manque de ces ressources, associé à des problèmes quotidiens, accroît le risque de développer des symptômes dépressifs. L'étude a également établi qu'une charge élevée de problèmes ou un niveau élevé de stress au quotidien allaient de pair avec une moins bonne santé mentale, indépendamment du statut social. De plus amples informations à ce sujet figurent dans le chapitre 5, qui est consacré au contexte social.

Tout comme un faible niveau de formation, un faible revenu est associé à une moins bonne santé mentale (Shields-Zeeman & Smit, 2022). Certaines études ont toutefois montré que les difficultés financières autodéclarées sont davantage annonciatrices d'une maladie psychique que le revenu lui-même (Ahnquist & Wamala, 2011; Lahelma et al., 2006). L'ESS 2022 permet désormais d'illustrer les difficultés financières subjectives et les résultats obtenus montrent très clairement qu'elles sont associées à des symptômes de maladie psychique: lorsque la situation financière du ménage était jugée difficile⁷, les symptômes de dépression et d'anxiété généralisée étaient nettement plus fréquents que lorsque la situation financière était qualifiée de moins difficile ou d'aisée. Des différences très nettes sont également apparues en ce qui concerne la santé mentale positive: 76% des personnes en situation financière (très) difficile ont fait état d'une (très) bonne qualité de vie, contre 97% des personnes épargnées par les difficultés financières. La même observation a été faite dans le cas du niveau élevé d'énergie et de vitalité: 32% contre 54%. De plus amples informations à ce sujet figurent dans le chapitre 5, consacré au contexte social.

Nationalité et population issue de la migration

Le rapport sur la santé de la population migrante en Suisse (Guggisberg et al., 2020) a constaté que l'état de santé mentale de la population issue de la migration est moins bon que celui de la population non issue de la migration. Basés sur l'ESS 2017, les résultats ont par exemple montré que 13% des personnes migrantes de première génération originaires d'Europe du Sud-Ouest ont fait état de graves problèmes psychiques, alors que la proportion ne dépassait pas 4% au sein de la population générale. L'enquête Omnibus sur la santé psychique de 2022 a également révélé que les troubles psychiques étaient plus fréquents chez les personnes issues de la migration de la première génération en provenance d'Europe du Sud-Ouest, de l'Est ou du Sud-Est que parmi les personnes non issues de la migration (Peter et al., 2023). Ce constat valait en particulier pour les dépressions et les troubles anxieux. Les personnes issues de la migration venant d'Europe du Nord et de l'Ouest ne présentaient, quant à elles, guère de différences par rapport aux personnes non issues de la

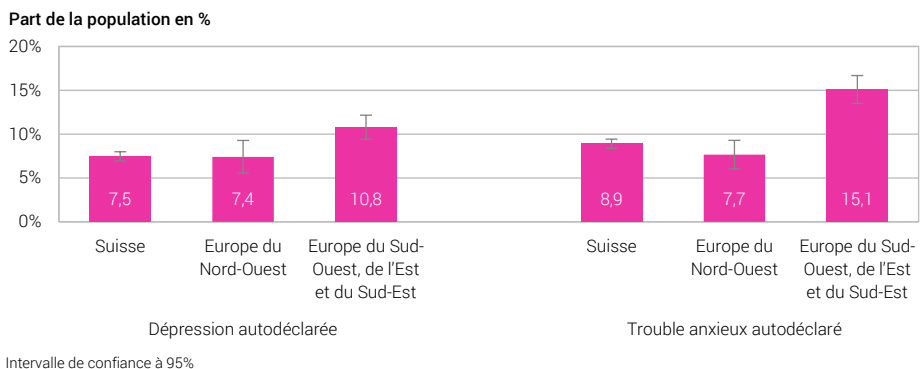
⁷ La question de l'ESS était la suivante: «En tenant compte de ce revenu global, dans quelle mesure votre ménage peut-il joindre les deux bouts?»; les réponses possibles s'échelonnant de «Très difficilement» à «Très facilement».

migration. Guggisberg et al. (2020) ont constaté qu'outre le statut socio-économique (niveau d'éducation et revenu), le soutien social disponible contribuait largement à expliquer les inégalités de santé compte tenu du contexte migratoire. Une étude allemande a également établi que le fait d'être victime de discrimination constitue un facteur pertinent (Bartig et al., 2023).

Pour des raisons méthodologiques⁸, les analyses ci-après de l'ESS 2022 n'ont pas été réalisées en fonction du contexte migratoire. La nationalité a été utilisée comme variable de substitution, bien que le fait d'être issu de la migration n'aille pas nécessairement de pair avec une nationalité étrangère. Selon l'ESS 2022, la part de personnes présentant des *symptômes* dépressifs et d'anxiété généralisée était plus élevée au sein de la population étrangère que dans la population de nationalité suisse (environ 12% contre 9% pour les deux types de symptômes). Lorsque la nationalité a de plus été ventilée par région d'origine, les *symptômes* d'anxiété généralisée affichaient un écart entre les personnes de nationalité suisse et celles originaires d'Europe du Sud-Ouest, de l'Est ou du Sud-Est (6% contre 9%). Le même schéma a été observé pour les personnes faisant état de dépression ou de troubles anxieux (au cours des douze derniers mois). La part de celles-ci s'avérait nettement plus grande parmi celles originaires d'Europe du Sud-Ouest, de l'Est ou du Sud-Est (G1.7). De manière cohérente, ces dernières comprenaient également la part la plus faible de personnes affichant une (très) bonne qualité de vie (87% contre 91 à 93%) et un niveau élevé d'énergie et de vitalité (39% contre 43 à 47%). Il convient de noter que les analyses de l'ESS ne permettent pas de tirer des conclusions sur les personnes relevant du domaine de l'asile et les réfugiés ou sur les sans-papiers, car celles-ci ne figurent que partiellement dans le registre d'échantillonnage (voir encadré Personnes réfugiées). De plus, comme l'ESS est réalisée exclusivement dans

Dépression et trouble anxieux autodéclarés (douze derniers mois), selon la nationalité, 2022

G1.7



Source: OFS – ESS

© Obsan 2025

⁸ Les personnes aux connaissances linguistiques insuffisantes n'ont pas besoin de répondre à une partie des questions permettant de déterminer leur origine migratoire. Cette «exemption» prive l'enquête d'une proportion substantielle de réponses pertinentes et pourrait dès lors engendrer des distorsions.

trois langues nationales (allemand, français et italien), les personnes migrantes qui ne comprennent ni ne parlent suffisamment bien aucune de ces trois langues sont de facto exclues de l'échantillon.

Personnes réfugiées

En raison de leur vécu et de leur situation, les personnes réfugiées sont exposées à des problèmes de santé particuliers. Elles sont souvent accablées, voire parfois traumatisées, par les expériences vécues avant ou pendant la fuite. Beaucoup ont subi de la violence (physique, psychique ou sexualisée), assisté à des actes de violence ou connu la faim et la destruction dans leur pays d'origine ou pendant la fuite. Durant leur périple, elles n'ont pas reçu de soins médicaux suffisants. Elles sont en outre confrontées à des facteurs de stress d'ordre général propres à la migration: elles évoluent dans une société dont elles ne connaissent ni la langue ni la culture, tout en étant privées de leur réseau social et de leur statut social. La procédure d'asile, parfois très longue, y ajoute encore des facteurs de stress post-migratoires: hébergement en centres d'asile, absence de structure quotidienne, impossibilité (légale) d'exercer une activité lucrative, moyens financiers limités, absence de contact avec la famille et le réseau social habituel, etc. Relevons que ces facteurs affectent tout spécialement les personnes réfugiées admis à titre provisoire, car leur statut légal les contraint en général à vivre pendant des années dans une situation précaire en permanence, pleine d'incertitude et dépourvue de perspective. La loi garantit certes aux personnes réfugiées l'accès aux services de santé, mais cet accès est entravé par de nombreux obstacles (barrière linguistique et culturelle, tant du côté des patients que des prestataires de soins, absence de traitement adapté aux personnes traumatisées, etc.) (Kiselev et al., 2020). En outre, les requérants d'asile mineurs non accompagnés (RMNA), les femmes, les personnes traumatisées ainsi que les personnes réfugiées handicapées présentent des besoins particuliers (Cignacco et al., 2017; Müller et al., 2018).

Réalisée en 2018 sur mandat de l'OFSP, une étude s'est basée sur des entretiens avec des experts pour évaluer la santé mentale des requérants d'asile traumatisés. Selon ses résultats, la part des personnes présentant des troubles post-traumatiques se situe entre 50 et 60% parmi les requérants d'asile. Le risque de chronicisation étant élevé, une intervention est indiquée dans les meilleurs délais. Les conséquences de tels troubles exercent par ailleurs une grande influence sur les capacités et les possibilités d'intégration sociale et professionnelle des personnes concernées (Müller et al., 2018).

Dans une étude plus ancienne sur les demandeurs d'asile en Suisse, les dépressions sévères (31%) et les troubles de stress post-traumatique (23%) étaient les plus fréquents. Le nombre d'événements traumatiques vécus était par ailleurs fortement corrélé à des troubles psychiques comorbides (Heeren et al., 2012).

Troubles somatiques

Les maladies psychiques sont non seulement souvent comorbides entre elles (voir section Comorbidité de troubles psychiques), mais souvent aussi associées à des troubles somatiques. Pour les prévenir et les traiter, il est crucial de savoir s'il existe des comorbidités, quel est leur type et où elles se situent. De même, il est essentiel de connaître les pathologies à ne pas considérer isolément. Comparées à des maladies uniques, les comorbidités ou les multimorbidités sont généralement associées à une variété de conséquences négatives, telles qu'une évolution plus grave de la ou des maladie(s), une moins bonne qualité de vie, une maladie plus longue, voire chronique, moins de succès dans le traitement, davantage de complications et une mortalité accrue (Baer & Cahn, 2009; Härter et al., 2007; Liu et al., 2017; Sartorius, 2013).

Selon Hewer and Schneider (2017), environ 30 à 50% des personnes présentant des troubles psychiques sévères souffrent également de graves maladies somatiques concomitantes. Une étude de l'OMS a examiné les corrélations entre troubles mentaux et maladies somatiques chroniques survenues par la suite (Scott et al., 2016): elle a établi des corrélations entre les troubles psychiques étudiés (troubles affectifs, anxieux et du contrôle des impulsions, troubles liés à des substances) et l'apparition ultérieure de maladies somatiques telles que l'arthrite, la douleur chronique, les maladies cardiaques, les accidents vasculaires cérébraux, l'hypertension artérielle, l'asthme bronchique, les maladies pulmonaires chroniques, l'ulcère peptique et le cancer. Momen et al. (2020) ont montré que, comme dans le cas de la comorbidité de troubles psychiques, le risque de développer ultérieurement une maladie somatique était le plus élevé au cours des six premiers mois suivant le diagnostic du trouble psychique initial et diminuait ensuite.

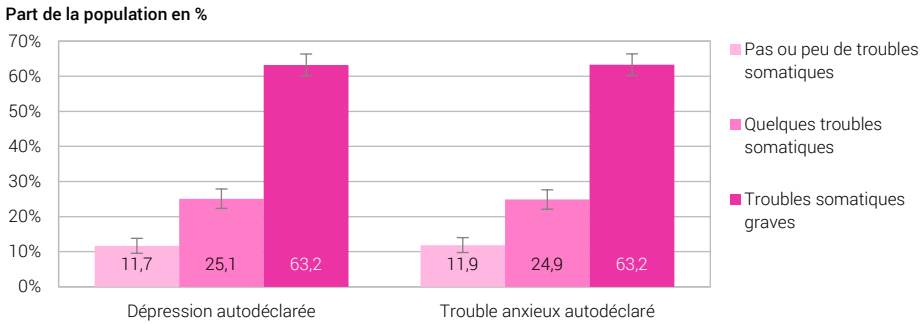
La corrélation inverse existe bien entendu également (Prince et al., 2007). Des patients souffrant par exemple d'un cancer, porteurs du VIH (ou atteints du sida), vivant avec le diabète ou ayant fait une crise cardiaque ou un accident vasculaire cérébral courent un risque accru de plonger dans une dépression (Anderson et al., 2001; OMS, 2003; OMS Europe, 2006). Des troubles psychiques peuvent donc précéder les premiers symptômes d'une maladie somatique et, inversement, une maladie somatique, voire son traitement, peut engendrer des problèmes psychiques.

Les maladies psychiques et somatiques vont souvent de pair.

Le graphique G1.8 présente la corrélation entre dépression ou troubles anxieux autodéclarés, d'une part, et troubles somatiques, d'autre part⁹. En présence d'un trouble anxieux autodéclaré, 63% des personnes interrogées ont également mentionné une pathologie somatique grave et seule une minorité d'entre elles (12%) n'ont indiqué aucun ou presque aucun problème somatique. Le même constat a été fait pour les dépressions autodéclarées (63% contre 12%). Les résultats sont similaires pour les indicateurs de la santé mentale positive: parmi les personnes ayant une (très) bonne qualité de vie, 22% présentaient des troubles somatiques graves et 43% pas ou peu de troubles. Chez les personnes ayant fait état d'un niveau élevé d'énergie et de vitalité, 9% ont déclaré souffrir de troubles somatiques graves, tandis que 60% n'avaient pas ou seulement peu de troubles.

Dépression et trouble anxieux autodéclarés (douze derniers mois), selon l'existence de troubles somatiques, 2022

G1.8



Source: OFS – ESS

© Obsan 2025

Différences régionales

Selon les analyses par région de domicile, les personnes vivant dans les régions francophones et italophones de Suisse présentent une moins bonne santé mentale que celles des régions germanophones. Ces résultats par région de domicile se sont avérés cohérents au fil des années tant dans l'ESS que dans l'enquête Omnibus sur la santé psychique. Des différences apparaissent cependant dans les analyses par région linguistique de même que par grande région¹⁰ et elles se maintiennent même après une standardisation selon le sexe et l'âge. En 2022, c'est la fréquence des troubles anxieux

⁹ Dans le cadre de l'ESS, les troubles somatiques sont représentés par un indice qui résulte des réponses aux questions posées sur les douleurs dorsales, la faiblesse et la fatigue, les douleurs abdominales, la diarrhée ou la constipation, les troubles du sommeil, les maux de tête, les problèmes cardiaques et les douleurs dans la poitrine.

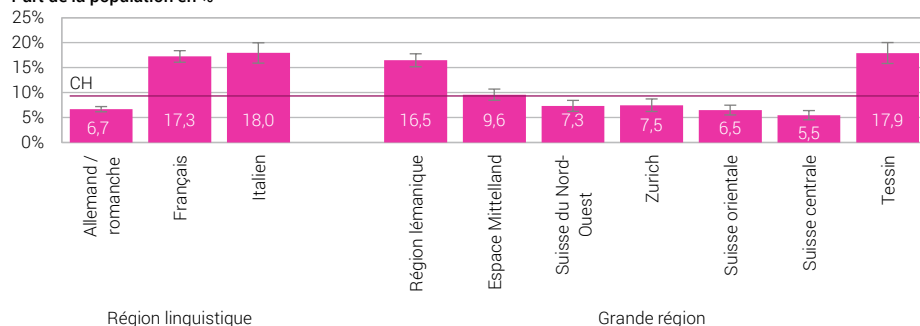
¹⁰ Région lémanique, Espace Mittelland, Suisse du Nord-Ouest, Zurich, Suisse orientale, Suisse centrale et Tessin.

autodéclarés (au cours des douze derniers mois) dans les régions italophones et franco-phones (18% et 17%) qui a été particulièrement frappante. Cette proportion est 2,5 fois supérieure à celle mesurée en Suisse alémanique (7%; G1.9). Au niveau des grandes régions, 18% des personnes interrogées au Tessin et 17% dans la région lémanique ont fait état d'un trouble anxieux au cours des douze derniers mois. La moyenne suisse se situe, quant à elle, à 10%. Cette particularité a également été observée dans l'enquête Omnibus sur la santé psychique (Peter et al., 2023) et correspond au schéma régional de remise de benzodiazépines (utilisées notamment pour le traitement de l'anxiété) par les prestataires de soins ambulatoires (Obsan, 2023a).

Trouble anxieux autodéclaré (douze derniers mois), selon la région, 2022

G1.9

Part de la population en %



Source: OFS – ESS

© Obsan 2025

La qualité de vie a été jugée (très) bonne plus souvent en Suisse alémanique que dans les régions francophones et italophones (93% contre resp. 88% et 87%). Ces résultats se retrouvent dans l'analyse par grandes régions, la région lémanique et le Tessin ayant été les seuls à afficher des valeurs inférieures à la moyenne suisse. En ce qui concerne l'énergie et la vitalité, le schéma par grandes régions diffère légèrement: les parts mesurées au Tessin (40%) et en Suisse du Nord-Ouest (42%) plaçaient ces deux régions au-dessous de la moyenne suisse (45%), tandis que la Suisse orientale (49%) et la Suisse centrale (51%) se situaient au-dessus.

Interpréter les différences entre grandes régions et régions linguistiques s'avère difficile pour diverses raisons : différences culturelles, variations dans la formulation des questionnaires dans les diverses langues ou encore différences dans les soins ou le soutien proposés.

Dans les analyses régionales, il est souvent intéressant d'examiner l'écart entre ville et campagne. Selon la littérature internationale, la santé mentale de la population urbaine est généralement moins bonne que celle de la population rurale. L'écart est mis sur le compte de facteurs environnementaux tels que le bruit ou la pollution, ainsi que de facteurs de risque sociaux tels qu'un statut socio-économique plus faible (Adli & Schondorf, 2020; Gruebner et al., 2017). Les analyses de l'ESS 2022 ont montré ce genre d'écart pour la dépression ou le trouble anxieux autodéclarés (au cours des douze derniers mois) : 9% de la population urbaine a fait état d'une dépression et 11% d'un trouble anxieux, contre respectivement 7% et 8% de la population rurale. Pour ce qui est des symptômes de dépression ou d'anxiété généralisée, on n'a pu identifier qu'une tendance vers davantage de symptômes chez les personnes vivant en ville et vers moins de symptômes chez celles vivant à la campagne (avec des intervalles de confiance qui se recoupent). De plus amples informations à ce sujet figurent dans le chapitre 8 Environnement bâti et naturel.

Personnes LGBT

À l'instar des études internationales, les études réalisées en Suisse révèlent que les personnes lesbiennes, gays, bisexuelles, transgenres et non binares présentent un moins bon état de santé mentale que le reste de la population (Hässler & Eisner, 2024; Krüger et al., 2022). Krüger et al. (2022) ont par exemple établi que la prévalence de la dépression, des pensées suicidaires et des tentatives de suicide était nettement plus élevée au sein de la population LGBT¹¹ que dans le reste de la population suisse. Les ressources psychologiques et sociales étudiées étaient par ailleurs plus limitées chez les personnes LGBT. Ni l'identité sexuelle individuelle ni l'orientation sexuelle ne sont à l'origine de ces différences en matière de santé mentale, qui sont plutôt dues à des facteurs externes (comme le harcèlement, les brimades ou le rejet) et au contexte social, qui jouent un rôle central. Il en va de même pour la phobie intériorisée des personnes LGBT envers elles-mêmes et les autres membres du même groupe (homo-, bi- ou transnégativité, Krüger et al., 2022; van Stein et al., 2023). Selon Pöge et al. (2020, p. 3), la marge de manœuvre dont bénéficient les personnes pour choisir et vivre librement leur genre, leur sexualité et leur mode de vie, et à quelles ressources sociales, chances de participation et discriminations, cette liberté est liée, déterminent leur situation personnelle et donc aussi leur état de santé.

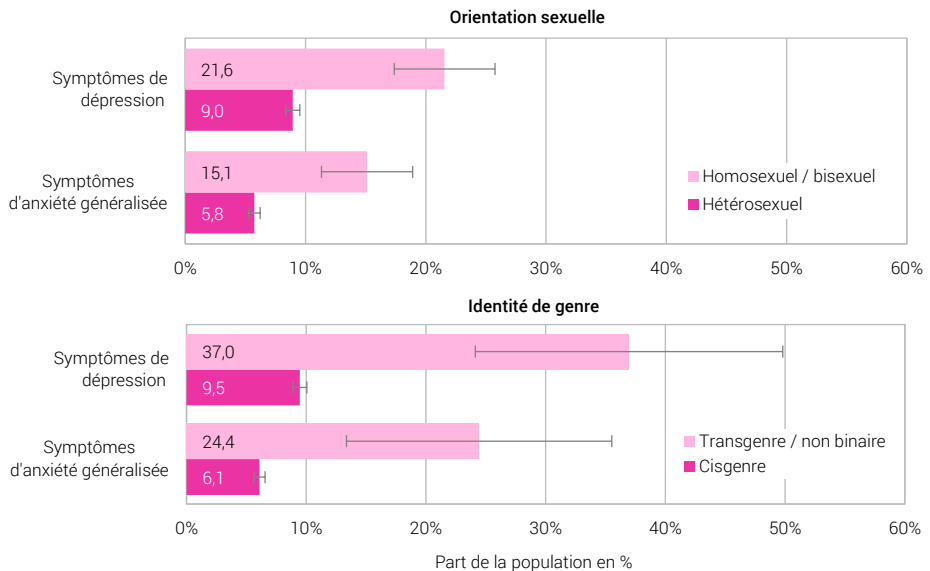
¹¹ L'abréviation LGBTIQ+ englobe en outre les personnes intersexuées (en référence aux caractéristiques sexuelles) et queer (terme générique désignant les orientations sexuelles et les identités de genre qui ne s'orientent pas vers une bisexualité hétérosexuelle). Ces groupes de personnes n'ont pas été étudiés dans les enquêtes mentionnées.

L'abréviation LGBT résume deux dimensions différentes d'une personne: son orientation sexuelle (LGB) et son identité de genre (T). Il s'agit d'un groupe hétérogène dont les membres appartiennent cependant tous à une minorité. Les données de l'ESS 2022 permettent de procéder à des analyses selon l'orientation sexuelle (homosexualité ou bisexualité par rapport à l'hétérosexualité) et l'identité de genre (transgenre ou non binaire par rapport à cisgenre). Les résultats concordent avec ceux de la littérature internationale et suisse mentionnée ci-dessus. Les personnes homosexuelles ou bisexuelles ont fait état de symptômes dépressifs ou d'anxiété généralisée plus de deux fois plus souvent que les personnes hétérosexuelles (G1.10). Les résultats étaient encore plus nets concernant les personnes déclarant avoir été atteint d'une dépression ou d'un trouble anxieux au cours des douze derniers mois. Les personnes transgenres ou non binaires y ont répondu par l'affirmative trois à cinq fois plus souvent que les personnes cisgenres. De nets écarts séparaient également les groupes pour ce qui est des pensées suicidaires (vgl. Peter & Tuch, 2024).

Comparées aux personnes de référence, les personnes homosexuelles et bisexuelles, et bien davantage encore les personnes transgenres et non binaires, étaient nettement plus souvent désavantagées dans leur qualité de vie et en termes d'énergie et de vitalité.

Symptômes modérés à sévères de dépression et d'anxiété généralisée, selon l'orientation sexuelle et l'identité de genre, 2022

G1.10



Source: OFS – ESS

© Obsan 2025

Proches aidants

Selon une étude menée à l'échelle nationale, la proportion de proches aidants au sein de la population âgée de 16 ans ou plus est estimée à 7,6%. Les 50 à 64 ans représentant la majeure partie d'entre eux (environ 40%) et les femmes un peu plus de la moitié (environ 54%; Otto et al., 2019). La thématique des jeunes proches aidants (*young carers* en anglais) est abordée dans le chapitre 2 Enfants, adolescents et jeunes adultes. Les proches aidants adultes avaient tendance à s'estimer en moins bonne santé que la moyenne de la population. Pour ce qui est de la souffrance subjective, près de 27% d'entre eux se sont dits confrontés à des problèmes de santé mentale. Outre les aspects négatifs, ils ont toutefois aussi mentionné des aspects positifs de la prise en charge (comme le fait d'avoir appris des choses utiles ou d'être fier de soi). Les effets négatifs sur la santé mentale des proches aidants ou soignants sont bien documentés dans la littérature internationale et comprennent par exemple la dépression, l'anxiété, l'insomnie et les déficits sociaux (Gerain & Zech, 2019; Otero et al., 2019). Il en va de même pour les effets positifs tels que la satisfaction et le développement personnels (Beach et al., 2000; Pristavec, 2019). Les proches aidants qui ont su trouver un côté positif à leur tâche ont fait moins souvent état de dépressions (Haley et al., 2003). Selon une enquête réalisée en 2023 en Suisse alémanique et en Suisse romande, 59% des personnes interrogées ont déjà joué le rôle de proche aidant auprès d'un membre de la famille souffrant de troubles psychiques ou apporté un soutien actif à une personne de leur entourage atteinte de troubles psychiques. Et 73% des personnes ayant déclaré avoir soutenu ou soutenir encore un membre de leur famille ont affirmé que ce soutien représentait une charge mentale pour eux (Sotomo, 2024).

Selon l'ESS 2022, 1,2% des personnes interrogées ont apporté une aide plusieurs fois par semaine pendant au moins douze mois à une personne souffrant de problèmes de santé¹². Parmi les proches aidants, 15% ont déclaré avoir souffert de dépression au cours des douze mois précédant l'enquête et 17% ont fait état d'un trouble anxieux. Parmi les personnes interrogées n'assumant pas de tâches de prise en charge de ce type, ces chiffres étaient respectivement de 8% et de 10%. Chez les personnes non aidantes, la part de celles jouissant d'une (très) bonne qualité de vie était de 92%, alors cette proportion était plus faible (83%) parmi les proches aidants.

¹² Personnes ayant apporté une aide à quelqu'un en raison de problèmes de santé (toutes prestations comprises, pas seulement les soins) plusieurs fois par semaine pendant au moins douze mois, cette tâche représentant au moins 11 heures par semaine.

1.5 Réflexions et conclusion

Comment la population suisse se sent-elle sur le plan psychique? La réponse à cette question est nuancée. En 2022, plus de 90% des personnes interrogées ont estimé que leur qualité de vie était (très) bonne. Beaucoup se disaient heureuses (environ 70%), très satisfaites de leur vie (33%) et voyaient un sens à leur vie (37%). En même temps, les maladies psychiques sont très répandues, apparaissent fréquemment ensemble et s'accompagnent souvent de troubles somatiques. Ce constat reflète probablement les deux dimensions de la santé mentale selon Keyes et plaide en faveur du recours à différents indicateurs pour rendre compte de l'état de santé mentale de la population. Les estimations de la prévalence de *maladies* psychiques se basent sur d'anciennes études ou sur des analyses régionales et les chiffres varient considérablement. Il est donc difficile de tirer une conclusion générale pour l'ensemble de la Suisse ou d'établir une comparaison internationale. On peut néanmoins supposer qu'environ 20 à 40% des personnes vivant en Suisse remplissent une fois au cours de leur vie les critères d'une dépression, une personne sur quatre les critères d'un trouble anxieux et une personne sur six les critères d'un trouble lié à une substance. Face à des chiffres aussi élevés, force est de s'interroger sur l'importance clinique de certains diagnostics. Dans le cas de la dépression en particulier, il semble possible que certains diagnostics ne soient pas à considérer comme une affection d'ordre médical, mais plutôt comme une réaction normale et passagère au stress (Parker, 2007). Cependant, même si un diagnostic ne signifie pas toujours qu'un traitement s'impose (Dowrick & Frances, 2013), un soutien ciblé peut, selon la souffrance de la personne concernée, s'avérer utile.

Des chiffres plus récents concernant l'état de santé mentale de la population suisse se basent presque exclusivement sur des enquêtes et des études individuelles reposant sur des auto-évaluations. Ils permettent de parvenir à des conclusions sur des *symptômes* ou des *maladies* autodéclarés, mais ne fournissent pas d'informations diagnostiques. Il est hélas impossible de procéder à une comparaison directe avec des résultats antérieurs. Les études montrent toutefois que les problèmes psychiques de la population générale se sont accrus avec la pandémie de COVID-19, mais qu'ils se sont largement résorbés après la pandémie. Néanmoins, il y avait de grandes différences entre les divers groupes de population. En 2022, de nombreuses femmes âgées de 15 à 24 ans faisaient par exemple encore état de symptômes modérés à sévère de dépression ou de symptômes d'anxiété généralisée (resp. 26% et 18%). Des chiffres de la même année révèlent que les facteurs socio-économiques, tels qu'une situation financière difficile ou un faible niveau de formation, étaient liés à une moins bonne santé mentale (voir aussi le chapitre 5 consacré au contexte social). Une situation similaire a été observée chez les personnes issues de la migration de la première génération originaire d'Europe du Sud-Ouest, de l'Est ou du Sud-Est ou encore chez les personnes lesbiennes, gays, bisexuelles, transgenres et non binaires ainsi que chez les proches aidants. De nombreuses personnes

sont par ailleurs touchées par une symptomatologie plus légère (p. ex. symptômes de dépression légère: 26%). Ces symptômes peuvent cependant s'installer et devenir chroniques, de sorte qu'il serait faux de les considérer ipso facto comme non problématiques (p. ex. Penttila et al., 2014). Par rapport aux autres groupes d'âge, la population âgée de Suisse affiche une santé mentale que l'on peut qualifier de plutôt positive. Rappelons néanmoins que de nombreuses enquêtes n'incluent pas les personnes âgées, surtout celles qui sont malades (et résident p. ex. dans un EMS ou dans une clinique). Le nombre de suicides assistés a fortement augmenté chez les personnes d'un âge avancé, et le taux de suicide le plus élevé en Suisse a été mesuré chez les hommes de 75 ans ou plus.

Il est impossible d'estimer l'évolution de la santé mentale de la population suisse depuis la fin de la pandémie, en 2022, car les données pour 2023 sont (encore) pratiquement inexistantes. Par ailleurs, les données sur le recours aux services de soins psychiatriques et psychologiques ne permettent pas de tirer des conclusions sur la prévalence de maladies psychiques (voir le chapitre 11 consacré à la prise en charge). La surveillance continue d'une série d'indicateurs clés, mesurés à l'aide d'instruments éprouvés et reconnus au niveau international, permettrait d'évaluer de manière fiable la situation actuelle. Le recours à une sélection des mêmes instruments dans d'autres enquêtes, non spécifiquement axées sur la santé mentale (dans l'esprit de l'approche intégrant la «santé dans toutes les politiques») permettrait de procéder à d'autres comparaisons des résultats. Des collectes de données plus régulières sont par ailleurs nécessaires pour connaître les effets d'une situation de crise. Un rythme quinquennal, tel celui de l'enquête suisse sur la santé (ESS), n'est en effet guère approprié à cette fin. L'Allemagne a adopté une approche adéquate en mettant en place, en 2019, une surveillance nationale de la santé mentale (<https://edoc.rki.de/handle/176904/9115>). Une partie des travaux s'est poursuivie jusqu'à la fin de 2024 dans le cadre de la mise en place d'une surveillance transversale des maladies non transmissibles (voir www.rki.de/mhs).

Dans l'ensemble, les résultats montrent qu'il convient de poursuivre les efforts pour promouvoir et renforcer la santé mentale. Cela vaut en particulier pour les groupes de population qui subissent une forte pression psychologique. Il s'agit d'une tâche qui incombe à l'ensemble de la société et qui concerne de nombreux secteurs, tels que le système de santé, le système éducatif et le monde du travail (voir p. ex. les chapitres 5 Contexte social et 9 Formation et travail).

1.6 Bibliographie

- Acciai, F., & Hardy, M. (2017). Depression in later life: A closer look at the gender gap. *Social Science Research*, 68, 163–175. <https://doi.org/10.1016/j.ssresearch.2017.08.003>
- Adli, M., & Schondorf, J. (2020). Macht uns die Stadt krank? Wirkung von Stadtstress auf Emotionen, Verhalten und psychische Gesundheit. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, 63(8), 979–986. <https://doi.org/10.1007/s00103-020-03185-w>
- Ahnquist, J., & Wamala, S. P. (2011). Economic hardships in adulthood and mental health in Sweden. The Swedish National Public Health Survey 2009. *BMC Public Health*, 11, 788. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-788>
- Ajdacic-Gross, V., Aleksandrowicz, A., Rodgers, S., Mutsch, M., Tesic, A., Muller, M., Kawohl, W., Rossler, W., Seifritz, E., Castelao, E., Strippoli, M. F., Vandeleur, C., von Kanel, R., Paolicelli, R., Landolt, M. A., Wittthauer, C., Lieb, R., & Preisig, M. (2016). Infectious, atopic and inflammatory diseases, childhood adversities and familial aggregation are independently associated with the risk for mental disorders: Results from a large Swiss epidemiological study. *World Journal of Psychiatry*, 6(4), 419–430. <https://doi.org/10.5498/wjp.v6.i4.419>
- Ajdacic-Gross, V., Rodgers, S., Müller, M., Hengartner, M. P., Aleksandrowicz, A., Kawohl, W., Heekeren, K., Rössler, W., Angst, J., Castelao, E., Vandeleur, C., & Preisig, M. (2016). Pure animal phobia is more specific than other specific phobias: Epidemiological evidence from the Zurich Study, the ZInEP and the PsyCoLaus. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 266(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.
- Andrews, G., Poulton, R., & Skoog, I. (2005). Lifetime risk of depression: restricted to a minority or waiting for most? *British Journal of Psychiatry*, 187, 495–496. <https://doi.org/10.1192/bjp.187.6.495>
- Angst, J., Gamma, A., Neuenschwander, M., Ajdacic-Gross, V., Eich, D., Rossler, W., & Merikangas, K. R. (2005). Prevalence of mental disorders in the Zurich Cohort Study: a twenty year prospective study. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 14(2), 68–76. <https://doi.org/10.1017/s1121189x00006278>
- Angst, J., Paksarian, D., Cui, L., Merikangas, K. R., Hengartner, M. P., Ajdacic-Gross, V., & Rossler, W. (2016). The epidemiology of common mental disorders from age 20 to 50: results from the prospective Zurich cohort Study. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 25(1), 24–32. <https://doi.org/10.1017/S204579601500027X>
- Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. DGVt-Verlag.
- APA (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Association.
- Asselmann, E., Beesdo-Baum, K., Hamm, A., Schmidt, C. O., Hertel, J., Grabe, H. J., & Pane-Farre, C. A. (2019). Lifetime and 12-month prevalence estimates for mental disorders in northeastern Germany: findings from the Study of Health in Pomerania. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 269(3), 341–350. <https://doi.org/10.1007/s00406-018-0911-5>
- ASSM (2021). *Directives médico-éthiques de l'ASSM: Attitude face à la fin de vie et à la mort*. Académie Suisse des Sciences Médicales. <https://www.samw.ch/fr/Publications/Directives.html>
- Baer, N., & Cahn, T. (2009). Troubles psychiques. In K. Meyer (Ed.), *La santé en Suisse. Rapport national sur la santé 2008* (pp. 181–198). Chêne-Bourg: Editions Médecine et Hygiène.
- Bartig, S., Bug, M., Koschollek, C., Kajikhina, K., Blume, M., Siegert, M., Heidemann, C., Walther, L., Neuhauser, H., & Hoven, C. (2023). Gesundheit von Menschen mit ausgewählten Staatsangehörigkeiten in Deutschland: Prävalenzen nichtübertragbarer Erkrankungen und damit assoziierte soziale sowie migrationsbezogene Faktoren. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, 66(10), 1071–1082. <https://doi.org/10.1007/s00103-023-03767-4>
- Beach, S. R., Schulz, R., Yee, J. L., & Jackson, S. (2000). Negative and positive health effects of caring for a disabled spouse: longitudinal findings from the caregiver health effects study. *Psychology and Aging*, 15(2), 259–271. <https://doi.org/10.1037//0882-7974.15.2.259>
- 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. *American Journal of Psychiatry*, 157(1), 89–95. <https://doi.org/10.1176/ajp.157.1.89>
- Bortz, J. (1993). *Statistik. Für Sozialwissenschaftler*. Springer-Verlag.
- Bretschneider, J., Janitz, S., Jacobi, F., Thom, J., Hapke, U., Kurth, T., & Maske, U. E. (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. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1973-7>

- Brügger, L., Hermann, M., & Wenger, V. (2024). *Wie geht es Ihnen? CSS Gesundheitsstudie 2024*.
- Burke, J. D., Wittchen, H. U., Regier, D. A., & Sartorius, N. (1990). Extracting Information From Diagnostic Interviews on Co-Occurrence of Symptoms of Anxiety and Depression. In J. D. Maser & C. R. Cloninger (Eds.), *Comorbidity of mood and anxiety disorders* (pp. 649–667). American Psychiatric Press.
- Burla, L. (in press). *Health Equity Report* (Sur mandat de l'Office fédéral de la santé publique).
- Cignacco, E., Berger, A., Sénac, C., Wyssmüller, D., Hurni, A., & zu Sayn-Wittgenstein, F. (2017). *Sexuelle und reproduktive Gesundheitsversorgung von Frauen und ihren Säuglingen in Asylunterkünften in der Schweiz (REFUGEE). Eine Situationsanalyse und Empfehlungen*. <https://www.aramis.admin.ch/Default?DocumentID=46834&Load=true>
- Crosby, A., Ortega, L., & Melanson, C. (2011). *Self-directed Violence Surveillance: Uniform Definitions and Recommended Data Elements, Version 1.0*. Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control. <https://doi.org/https://stacks.cdc.gov/view/cdc/11997>
- de Zwaan, M., Gruss, B., Müller, A., Graap, H., Martin, A., Glaesmer, H., Hilbert, A., & Philipsen, A. (2012). The estimated prevalence and correlates of adult ADHD in a German community sample. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 262(1), 79–86. <https://doi.org/10.1007/s00406-011-0211-9>
- Dowrick, C., & Frances, A. (2013). Medicalising unhappiness: new classification of depression risks more patients being put on drug treatment from which they will not benefit. *BMJ*, 347, f7140. <https://doi.org/10.1136/bmj.f7140>
- Estévez, N., Eich-Höchli, D., Dey, M., Gmel, G., Studer, J., & Mohler-Kuo, M. (2014). Prevalence of and associated factors for adult attention deficit hyperactivity disorder in young Swiss men. *PLoS ONE*, 9(2).
- Eurostat. (2024). *Décès dus au suicide, par sexe*. Retrieved 18.04.2024 from <https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/tps00122/default/table?ghsh=0&ghacc=0&ghpl=>
- Fineberg, N. A., Hengartner, M. P., Bergbaum, C., Gale, T., Rössler, W., & Angst, J. (2013). Lifetime comorbidity of obsessive-compulsive disorder and sub-threshold obsessive-compulsive symptomatology in the community: impact, prevalence, socio-demographic and clinical characteristics. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 17(3), 188–196. <https://doi.org/10.3109/13651501.2013.777745>
- Fusar-Poli, P., de Salazar, P. G., De Micheli, A., Nieman, D. H., Correll, C. U., Kessing, L. V., Pfennig, A., Bechdolf, A., Borgwardt, S., Arango, C., & van Amelsvoort, T. (2020). What is good mental health? A scoping review. *European Neuropsychopharmacology*, 31, 33–46. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2019.12.105>
- 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
- Gerain, P., & Zech, E. (2019). Informal Caregiver Burnout? Development of a Theoretical Framework to Understand the Impact of Caregiving. *Frontiers in Psychology*, 10, 1748. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01748>
- Glaesmer, H., Schönfelder, A., & Wagner, B. (2022). Suizidales Erleben und Verhalten im Kontext von Traumatisierungen und Posttraumatischen Belastungsstörungen – Theoretische Hintergründe und praktische Implikationen. *Trauma & Gewalt*, 2, 92–107.
- Glaus, J., Vandeuleur, C., Gholam-Rezaee, M., Castela, E., Perrin, M., Rothen, S., Bovet, P., Marques-Vidal, P., von Kanel, R., Merikangas, K., Mooser, V., Waterworth, D. M., Waeber, G., Vollenweider, P., & Preisig, M. (2013). Atypical depression and alcohol misuse are related to the cardiovascular risk in the general population. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 128(4), 282–293. <https://doi.org/10.1111/acps.12057>
- Gondek, D., Vandecasteele, L., Sanchez-Mira, N., Steinmetz, S., Mehmeti, T., & Voorpostel, M. (2024). The COVID-19 pandemic and wellbeing in Switzerland-worse for young people? *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 18(1), 67. <https://doi.org/10.1186/s13034-024-00760-w>
- Government of Canada. (2023). *Positive Mental Health Surveillance Indicator Framework*. Retrieved 22.10.2024 from <https://health-infobase.canada.ca/positive-mental-health/Index>
- Gruebner, O., Rapp, M. A., Adli, M., Kluge, U., Galea, S., & Heinz, A. (2017). Cities and Mental Health. *Deutsches Ärzteblatt International*, 114(8), 121–127. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2017.0121>
- Guggisberg, J., Bodory, H., Höglinger, D., Bischof, S., & Rudin, M. (2020). *Gesundheit der Migrationsbevölkerung – Ergebnisse der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2017*.
- Haley, W. E., LaMonde, L. A., Han, B., Burton, A. M., & Schonwetter, R. (2003). Predictors of depression and life satisfaction among spousal caregivers in hospice: application of a stress process model. *Journal of Palliative Medicine*, 6(2), 215–224. <https://doi.org/10.1089/109662103764978461>
- Hapke, U. (2020). Psychische Gesundheit in Deutschland. In V. Scherenberg & J. Pundt (Eds.), *Psychische Gesundheit wirksam stärken – aber wie?* (pp. 25–40). APOLLON University Press.

- Härter, M., Baumeister, H., Reuter, K., Jacobi, F., Höfler, M., Bengel, J., & Wittchen, H. U. (2007). Increased 12-month prevalence rates of mental disorders in patients with chronic somatic diseases. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 76, 354–360.
- Hässler, T., & Eisner, L. (2024). *Schweizer LGBTIQ+ Panel – 2023 Jahresbericht*. www.schweizer-lgbtqi-panel.ch
- Heeren, M., Mueller, J., Ehler, U., Schnyder, U., Copiery, N., & Maier, T. (2012). Mental health of asylum seekers: a cross-sectional study of psychiatric disorders. *BMC Psychiatry*, 12, 114. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-12-114>
- Hewer, W., & Schneider, F. (2017). Somatische Morbidität psychisch Kranker. In F. Schneider (Ed.), *Facharztwissen Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie*. 2. Auflage (pp. 571–582). Springer.
- Huppert, F. A., & So, T. T. (2013). Flourishing Across Europe: Application of a New Conceptual Framework for Defining Well-Being. *Social Indicators Research*, 110(3), 837–861. <https://doi.org/10.1007/s11205-011-9966-7>
- infodrog. (2024). *Addiction liée à l'usage d'une substance / sans substance*. Retrieved 10.10.2024 from <https://www.infodrog.ch/fr/ressources/lexique-de-la-prevention/addiction-liee-a-l-usage-d-une-substance-sans-substance.html>
- Jacobi, F., Becker, M., Mullender, S., Bretschneider, J., Thom, J., & Fichter, M. M. (2017). Epidemiologie psychischer Störungen. In H.-J. Möller, G. Laux, & H.-P. Kapfhammer (Eds.), *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., Busch, M. A., Maske, U., Hapke, U., & Gaebel, W. (2014). Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. *Der Nervenarzt*, 85(1), 77–87.
- Jäggi, J., Stocker, D., Liechti, L., Schläpfer, D., & Künzi, K. (2022). *Der Einfluss der COVID-19 Pandemie auf die psychische Gesundheit der Schweizer Bevölkerung. Aktualisierte Übersichtsstudie*.
- Keyes, C. L. (2002). The mental health continuum: from languishing to flourishing in life. *Journal of Health and Social Behavior*, 43(2), 207–222. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12096700>
- 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.
- Kirkbride, J. B., Anglin, D. M., Colman, I., Dykxhoorn, J., Jones, P. B., Patalay, P., Pitman, A., Soneson, E., Steare, T., Wright, T., & Griffiths, S. L. (2024). The social determinants of mental health and disorder: evidence, prevention and recommendations. *World Psychiatry*, 23(1), 58–90. <https://doi.org/10.1002/wps.21160>
- Kiselev, N., Morina, N., Schick, M., Watzke, B., Schnyder, U., & Pfaltz, M. C. (2020). Barriers to access to outpatient mental health care for refugees and asylum seekers in Switzerland: the therapist's view. *BMC Psychiatry*, 20(1), 378. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02783-x>
- Krüger, P., Pfister, A., Eder, M., & Mikolasek, M. (2022). *Gesundheit von LGBT Personen in der Schweiz: Schlussbericht*.
- Lahelma, E., Laaksonen, M., Martikainen, P., Rahkonen, O., & Sarlio-Lahteenkorva, S. (2006). Multiple measures of socioeconomic circumstances and common mental disorders. *Social Science & Medicine*, 63(5), 1383–1399. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2006.03.027>
- 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 and Alcohol Dependence*, 154, 1–13.
- Lamers, S. M. A., Westerhof, G. J., Bohlmeijer, E. T., & Keyes, C. L. M. (2013). Mental Health and Illness In Relation to Physical Health Across the Lifespan. In J. D. Sinnott (Ed.), *Positive Psychology. Advances in Understanding Adult Motivation*. Springer.
- Laux, G. (2003). Affektive Störungen: Einleitung und Übersicht. In H.-J. Möller, G. Laux, & H.-P. Kapfhammer (Eds.), *Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie*. Springer. https://doi.org/10.1007/3-540-27386-7_49
- Laux, G. (2017). Depressive Störungen. In H.-J. Möller, G. Laux, & H.-P. Kapfhammer (Eds.), *Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie: Band 1: Allgemeine Psychiatrie Band 2: Spezielle Psychiatrie*. 5. erweiterte und neu bearbeitete. Aufl., . Springer-Verlag.
- Lippke, S., & Renneberg, B. (2006). Konzepte von Gesundheit und Krankheit. In *Gesundheitspsychologie* (pp. 7–12). Springer.

- Liu, N. H., Daumit, G. L., Dua, T., Aquila, R., Charlson, F., Cuijpers, P., Druss, B., Dudek, K., Freeman, M., Fujii, C., Gaebel, W., Hegerl, U., Levav, I., Munk Laursen, T., Ma, H., Maj, M., Elena Medina-Mora, M., Nordentoft, M., Prabhakaran, D., . . . Saxena, S. (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. <https://doi.org/10.1002/wps.20384>
- Lorant, V., Deliege, D., Eaton, W., Robert, A., Philippot, P., & Ansseau, M. (2003). Socioeconomic inequalities in depression: a meta-analysis. *American Journal of Epidemiology*, 157(2), 98–112. <https://doi.org/10.1093/aje/kwf182>
- Lorenzo-Luaces, L. (2015). Heterogeneity in the prognosis of major depression: from the common cold to a highly debilitating and recurrent illness. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 24(6), 466–472. <https://doi.org/10.1017/S2045796015000542>
- Lund, C., Brooke-Sumner, C., Baingana, F., Baron, E. C., Breuer, E., Chandra, P., Haushofer, J., Herrman, H., Jordans, M., Kieling, C., Medina-Mora, M. E., Morgan, E., Omigbodun, O., Tol, W., Patel, V., & Saxena, S. (2018). Social determinants of mental disorders and the Sustainable Development Goals: a systematic review of reviews. *Lancet Psychiatry*, 5(4), 357–369. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(18\)30060-9](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30060-9)
- Luzerner Psychiatrie. (2024). *Essstörungen*. Retrieved 06.09.2024 from <https://www.lups.ch/homepage/krankheitsbilder/essstorungen/>
- Marmet, S., & Gmel, G. (2017). *Suchtmonitoring Schweiz – Themenheft zum problematischen Cannabiskonsum in der Schweiz im Jahr 2016*. Sucht Schweiz.
- Marmet, S., Notari, L., & Gmel, G. (2015). *Suchtmonitoring Schweiz – Screening für problematischen Alkoholkonsum im Jahre 2015*. Sucht Schweiz.
- McGrath, J. J., Lim, C. C. W., Plana-Ripoll, O., Holtz, Y., Agerbo, E., Momen, N. C., Mortensen, P. B., Pedersen, C. B., Abdulmalik, J., Aguilar-Gaxiola, S., Al-Hamzawi, A., Alonso, J., Bromet, E. J., Bruffaerts, R., Bunting, B., de Almeida, J. M. C., de Girolamo, G., De Vries, Y. A., Florescu, S., . . . al., e. (2020). Comorbidity within mental disorders: a comprehensive analysis based on 145 990 survey respondents from 27 countries. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 29, 1–9. <https://doi.org/https://doi.org/10.1017/S2045796020000633>
- Mohler-Kuo, M., Schnyder, U., Dermota, P., Wei, W., & Milos, G. (2016). The prevalence, correlates, and help-seeking of eating disorders in Switzerland. *Psychological Medicine*, 46(13).
- Möller-Leimkühler, A. M. (2022). Gender und psychische Störungen: Fokus Männer. In J. Siegrist, U. Stössel, & A. Trojan (Eds.), *Medizinische Soziologie in Deutschland*. Springer VS
- Gesundheit und Gesellschaft. <https://doi.org/https://doi.org/10.1007/978-3-658-37692-5>
- Möller-Leimkühler, A. M., Heller, J., & Paulus, N. C. (2007). Subjective well-being and 'male depression' in male adolescents. *Journal of Affective Disorders*, 98(1–2), 65–72. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2006.07.007>
- Momen, N. C., Plana-Ripoll, O., Agerbo, E., Benros, M. E., Borglum, A. D., Christensen, M. K., Dalsgaard, S., Degenhardt, L., de Jonge, P., Debois, J. P. G., Fenger-Gron, M., Gunn, J. M., Iburg, K. M., Kessing, L. V., Kessler, R. C., Laursen, T. M., Lim, C. C. W., Mors, O., Mortensen, P. B., . . . McGrath, J. J. (2020). Association between Mental Disorders and Subsequent Medical Conditions. *The New England Journal of Medicine*, 382(18), 1721–1731. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1915784>
- Müller, F., Roose, Z., Landis, F., & Gianola, G. (2018). Santé mentale des requérants d'asile traumatisés: état des lieux et recommandations (Rapport à l'intention de l'Office fédéral de la santé publique, section Égalité face à la santé).
- Niemeyer, H., Bieda, A., Michalak, J., Schneider, S., & Margraf, J. (2019). Education and mental health: Do psychosocial resources matter? *SSM – Population Health*, 7.
- Notari, L., Al Kurdi, C., Delgrande Jordan, M., & Sivanesan, N. (2022). *Glücks- und Geldspielnutzung, Videospiel, Sexualverhalten, Kaufverhalten, soziale Medien und Internet: Suchtverhalten ohne Substanz? Auslegeordnung zu wissenschaftlichen Evidenzen, Terminologie, Messskalen und Prävalenzen*.
- Observatoire suisse de la santé (Obsan) (2023). *Suizid und Suizidhilfe*. Retrieved 22.10.2024 from <https://ind.obsan.admin.ch/fr/indicator/obsan/suicide-et-suicide-assiste>
- OFS (2016). *Statistique des causes de décès 2014: Suicide assisté et suicide en Suisse*. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/actualites/quoi-de-neuf.assetdetail.3902306.html>
- OFS (2024). CIM-10-GM 2024. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/sante/nomenclatures/medkk/instruments-codage-medical.assetdetail.32686249.html>
- OMS (2001). *Rapport sur la santé dans le monde 2001 – La santé mentale: Nouvelle conception, nouveaux espoirs*. Genève: Organisation mondiale de la santé.
- OMS (2003). *Investir dans la santé mentale*. Genève: Organisation mondiale de la santé.

- OMS (2019, 28 November 2019). *Troubles mentaux*. OMS. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
- OMS (2021). *Live life: Guide pratique pour la prévention du suicide dans les pays*. Genève: Organisation mondiale de la santé.
- OMS Europe (2006). *Santé mentale: relever les défis, trouver des solutions*. Rapport de la Conférence ministérielle européenne de l'OMS. <https://iris.who.int/handle/10665/328062>
- OMS Europe (2019). *Santé mentale – Aide-mémoire*. <https://de.readkong.com/page/psychische-gesundheitsfaktenblatt-der-wert-der-8872508>
- Otero, P., Torres, A. J., Vazquez, F. L., Blanco, V., Ferraces, M. J., & Diaz, O. (2019). Does the Disease of the Person Receiving Care Affect the Emotional State of Non-professional Caregivers? *Frontiers in Psychology*, 10, 1144. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01144>
- Otten, D., Heller, A., Schmidt, P., Beutel, M. E., & Brahler, E. (2024). Gender differences in the prevalence of mental distress in East and West Germany over time: a hierarchical age-period-cohort analysis, 2006–2021. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 59(2), 315–328. <https://doi.org/10.1007/s00127-023-02479-z>
- Otto, U., Leu, A., Bischofberger, I., Gerlich, R., Riguzzi, M., Jans, C., & Golder, L. (2019). *Bedürfnisse und Bedarf von betreuenden Angehörigen nach Unterstützung und Entlastung – eine Bevölkerungsbefragung (Im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit)*.
- Parker, G. (2007). Is depression overdiagnosed? Yes. *BMJ*, 335(7615), 328. <https://doi.org/10.1136/bmj.39268.475799.AD>
- PDAG. (2024). *Persönlichkeitsstörungen*. Retrieved 06.09.2024 from <https://www.pdag.ch/fuer-patientinnen-patienten-und-angehoerige/krankheitsbilder/persoeneichkeitsstoerungen>
- Penttilä, M., Jaaskelainen, E., Hirvonen, N., Isohanni, M., & Miettinen, J. (2014). Duration of untreated psychosis as predictor of long-term outcome in schizophrenia: systematic review and meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 205(2), 88–94. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.113.127753>
- Perrin, M., Vandeleur, C. L., Castela, E., Rothen, S., Glaus, J., Vollenweider, P., & Preisig, M. (2014). Determinants of the development of post-traumatic stress disorder, in the general population. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 49, 447–457. <https://doi.org/10.1007/s00127-013-0762-3>
- Peter, C., & Tsch, A. (2024). *Pensées et comportements suicidaires – au sein de la population suisse en 2022* (Obsan Bulletin 8/2024).
- Peter, C., Tsch, A., & Schuler, D. (2023). *Psychische Gesundheit – Erhebung Herbst 2022. Wie geht es der Bevölkerung der Schweiz? Sucht sie sich bei psychischen Problemen Hilfe?* (Obsan Bericht 03/2023).
- Plana-Ripoll, O., Bøcker Pedersen, C., Holtz, Y., Benros, M. E., Dalsgaard, S., de Jonge, P., Fan, C. C., Degenhardt, L., Ganna, A., Neergaard Greve, A., Gunn, J., Moesgaard Iburg, K., Vedel Kessing, L., Lee, B. K., Lim, C. C. W., Mors, O., Nordentoft, M., Prior, A., Roest, A. M., . . . McGrath, J. J. (2019). Exploring Comorbidity Within Mental Disorders Among a Danish National Population. *JAMA Psychiatry*, 76(3), 259–270. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2018.3658>
- Planing, P. (2022). *Statistik Grundlagen*. Springer-Verlag. <https://statistikgrundlagen.de/ebook/>
- Pöge, K., Dennert, G., Koppe, U., Guldenring, A., Matthigack, E. B., & Rommel, A. (2020). Die gesundheitliche Lage von lesbischen, schwulen, bisexuellen sowie trans- und intergeschlechtlichen Menschen. *Journal of Health Monitoring*, 5(Suppl 1), 2–27. <https://doi.org/10.25646/6449>
- Posner, K., Oquendo, M. A., Gould, M., Stanley, B., & Davies, M. (2007). Columbia Classification Algorithm of Suicide Assessment (C-CASA): classification of suicidal events in the FDA's pediatric suicidal risk analysis of antidepressants. *American Journal of Psychiatry*, 164(7), 1035–1043. <https://doi.org/10.1176/ajp.2007.164.7.1035>
- Preisig, M., Strippoli, M. F., & Vandeleur, C. L. (2020). PsyCoLaus: une étude prospective des liens entre la santé mentale et les maladies cardiovasculaires. *Praxis (Bern 1994)*, 109(1), 9–12. <https://doi.org/10.1024/1661-8157/a003373> (PsyCoLaus: une étude prospective des liens entre la sante mentale et les maladies cardiovasculaires.)
- Prince, M., Patel, V., Saxena, S., Maj, M., Masello, J., Phillips, M. R., & Rahman, A. (2007). No health without mental health. *Lancet*, 370(9590), 859–877. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61238-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61238-0)
- Pristavec, T. (2019). The Burden and Benefits of Caregiving: A Latent Class Analysis. *Gerontologist*, 59(6), 1078–1091. <https://doi.org/10.1093/geront/gny022>
- Probst-Hensch, N., Imboden, M., Jeong, A., Keidel, D., Vermes, T., Witzig, M., Cullati, S., Tancredi, S., Noor, N., Rodondi, P. Y., Harju, E., Michel, G., Frank, I., Kahlert, C., Cusini, A., Rodondi, N., Chocano-Bedoya, P. O., Bardoczi, J. B., Stuber, M. J., . . . Corona Immunitas Research, G. (2024). Long-term trajectories of densely reported depressive symptoms during an extended period of the COVID-19 pandemic in Switzerland: Social worries matter. *Comprehensive Psychiatry*, 130, 152457. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2024.152457>

Rapport du CF en réponse à deux postulats (2024). *Quel est l'état de la santé psychique en Suisse et comment la renforcer pour surmonter les crises futures? Enseignements tirés de la pandémie de COVID-19* (Rapport du Conseil fédéral donnant suite aux postulats 21.3234 Hurni du 17 mars 2021 et 21.3457 CSEC-CN du 15 avril 2021) <https://www.parlament.ch/centers/eparl/curia/2021/20213234/Bericht%20BR%20F.pdf>

Retz, W., Retz-Junginger, P., Römer, K., & Rösler, M. (2013). [Standardised psychopathological rating scales for the diagnosis of ADHD in adults]. *Fortschr Neurol Psychiatr*, 81(7), 381–389. <https://doi.org/10.1055/s-0033-1335740> (Standardisierte Skalen zur strukturierten Diagnostik der ADHS im Erwachsenenalter.)

Richter, D. (2020). Die vermeintliche Zunahme psychischer Erkrankungen – Gesellschaftlicher Wandel und psychische Gesundheit. *Psychiat Prax*, 47, 349–351.

Richter, D. (2023). Psychische Gesundheit während und nach der COVID-19-Krise. Haben psychische Probleme tatsächlich zugenommen? *sozialpsychiatrische informationen*, 4/2023, 23–27.

Richter, D., & Hoffmann, H. (2019). Social exclusion of people with severe mental illness in Switzerland: results from the Swiss Health Survey. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 28(4), 427–435. <https://doi.org/10.1017/S2045796017000786>

Rodgers, S., Ajdacic-Gross, V., Kawohl, W., Müller, M., Rössler, W., Hengartner, M. P., Castelao, E., Vandeley, C., Angst, J., & Preisig, M. (2015). Comparing two basic subtypes in OCD across three large community samples: a pure compulsive versus a mixed obsessive-compulsive subtype. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 265(8), 719–734. <https://doi.org/10.1007/s00406-015-0594-0>

Rosenfield, S., & Smith, D. (2009). Gender and mental health: do men and women have different amounts or types of problems? In T. L. Scheid & T. N. Brown (Eds.), *A Handbook for the Study of Mental Health: Social Contexts, Theories, and Systems* (pp. 256–267). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511984945017>

Rössler, W. (2011). Epidemiologie der Schizophrenie. *Schweizerisches Medizin-Forum*, 11(48), 885–888.

Rössler, W. (2016). Einleitung – Zürcher Impulsprogramm zur nachhaltigen Entwicklung der Psychiatrie (ZIneP). In W. Rössler (Ed.), *Handlungsfelder der psychiatrischen Versorgung. Analysen, Konzepte, Erfahrungen aus dem Zürcher Impulsprogramm zur nachhaltigen Entwicklung der Psychiatrie (ZIneP)* (pp. 11–20). W. Kohlhammer.

Rössler, W., Hengartner, M. P., Ajdacic-Gross, V., Haker, H., & Angst, J. (2013). Lifetime and 12-month prevalence rates of sub-clinical psychosis symptoms in a community cohort of 50-year-old individuals. *European Psychiatry*, 28(5), 302–307. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2012.05.001>

Rössler, W., Salize, H. J., van Os, J., & Riecher-Rössler, A. (2005). Size of burden of schizophrenia and psychotic disorders. *European Neuropsychopharmacology*, 15(4), 399–409. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2005.04.009>

Salk, R. H., Hyde, J. S., & Abramson, L. Y. (2017). Gender differences in depression in representative national samples: Meta-analyses of diagnoses and symptoms. *Psychological Bulletin*, 143(8), 783–822. <https://doi.org/10.1037/bul0000102>

Samuels, J. (2011). Personality disorders: epidemiology and public health issues. *International Review of Psychiatry*, 23(3), 223–233. <https://doi.org/10.3109/09540261.2011.588200>

Sartorius, N. (2013). Comorbidity of mental and physical disorders: a main challenge to medicine in the 21st century. *Psychiatria Danubina*, 25 Suppl 1, 4–5. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23806962>

Scharfetter, C. (2002). *Allgemeine Psychopathologie*. Thieme.

Schuler, D., Tuch, A., & Peter, C. (2020). *La santé psychique en Suisse. Monitoring 2020* (Obsan Rapport 15/2020).

Schuler, D., Tuch, A., Sturny, I., & Peter, C. (2022). *Santé psychique. Chiffres clés et impact du Covid-19* (Obsan Bulletin 2/2022). Observatoire suisse de la santé. <https://www.obsan.admin.ch/fr/publications/2022-sante-psychique>

Schuler, D., Tuch, A., Sturny, I., & Peter, C. (2024). *Santé psychique. Chiffres clés 2022* (Obsan Bulletin 11/2024). Observatoire suisse de la santé. <https://www.obsan.admin.ch/fr/publications/2024-sante-psychique>

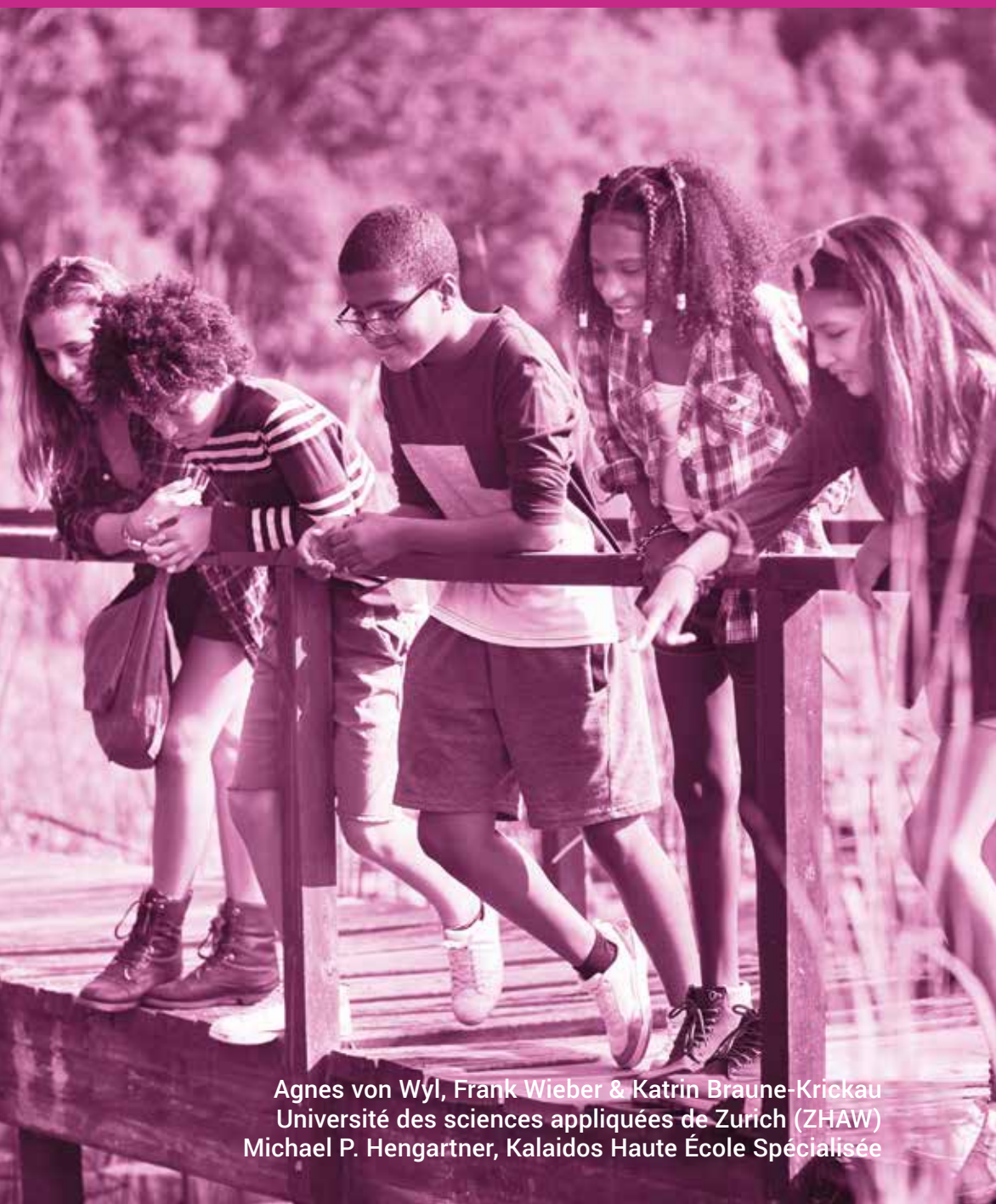
Scott, K. M., Lim, C., Al-Hamzawi, A., Alonso, J., Bruffaerts, R., Caldas-de-Almeida, J. M., Florescu, S., de Girolamo, G., Hu, C., de Jonge, P., Kawakami, N., Medina-Mora, M. E., Moskalewicz, J., Navarro-Mateu, F., O'Neill, S., Piazza, M., Posada-Villa, J., Torres, Y., & Kessler, R. C. (2016). Association of Mental Disorders With Subsequent Chronic Physical Conditions: World Mental Health Surveys From 17 Countries. *JAMA Psychiatry*, 73(2), 150–158. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2015.2688>

Shields-Zeeman, L., & Smit, F. (2022). The impact of income on mental health. *Lancet Public Health*, 7(6), e486–e487. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(22\)00094-9](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(22)00094-9)

Solmi, M., Radua, J., Olivola, M., Croce, E., Soardo, L., de Pablo, G. S., Shin, J., Kirkbride, J. B., Jones, P., Kim, J. H., Kim, J. Y., Carvalho, A. F., Seeman, M. V., Correll, C. U., & Fusar-Poli, P. (2022). Age at onset of mental disorders worldwide: large-scale meta analysis of 192 epidemiological studies. *Molecular Psychiatry*, 27, 281–295.

- Sotomo. (2024). *Stand by You Studie. Situation der Angehörigen und Vertrauten von Menschen mit psychischen Erkrankungen in der Schweiz.*
- Steel, Z., Marnane, C., Iranpour, C., Chey, T., Jackson, J. W., Patel, V., & Silove, D. (2014). The global prevalence of common mental disorders: a systematic review and meta-analysis 1980–2013. *International Journal of Epidemiology*, 43(2), 476–493. <https://doi.org/10.1093/ije/dyu038>
- Stocker, D., Jäggi, J., Liechti, L., Schläpfer, D., Németh, P., & Künzi, K. (2021). *Der Einfluss der COVID-19-Pandemie auf die psychische Gesundheit der Schweizer Bevölkerung und die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung in der Schweiz. Schlussbericht.*
- Streiner, D. L., Patten, S. B., Anthony, J. C., & Cairney, J. (2009). Has 'lifetime prevalence' reached the end of its life? An examination of the concept. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 18(4), 221–228. <https://doi.org/10.1002/mp.296>
- Stulz, N., Hepp, U., Kupferschmid, S., Raible-Destan, N., & Zwahlen, M. (2022). Trends in suicide methods in Switzerland from 1969 to 2018: an observational study. *Swiss Medical Weekly*, 152, 40007. <https://doi.org/10.57187/smw.2022.40007>
- Sulkes, S. B. (2024). *Aufmerksamkeitsstörung und Hyperaktivität (ADHD)*. Retrieved 12.09.2024 from <https://www.msd-manuals.com/de/profi/p%C3%A4diatrie/lern-und-entwicklungsst%C3%B6rungen/aufmerksamkeitsst%C3%B6rung-und-hyperaktivit%C3%A4t-add-adhd>
- Takayanagi, Y., Spira, A. P., Roth, K. B., Gallo, J. J., Eaton, W. W., & Mojtabai, R. (2014). Accuracy of reports of lifetime mental and physical disorders: results from the Baltimore Epidemiological Catchment Area study. *JAMA Psychiatry*, 71(3), 273–280. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.3579>
- Tuch, A., & Schuler, D. (2020). Santé psychique. In Observatoire suisse de la santé (Ed.), *La santé en Suisse – Enfants, adolescents et jeunes adultes. Rapport national sur la santé 2020*. Hogrefe Verlag. <https://www.gesundheitsbericht.ch/>
- Universitätsspital Zürich (USZ). (2024). *Angststörungen*. Retrieved 10.10.2024 from <https://www.usz.ch/krankheit/angststoerungen/>
- van Os, J., Linscott, R. J., Myin-Germeys, I., Delespaul, P., & Krabbendam, L. (2009). A systematic review and meta-analysis of the psychosis continuum: evidence for a psychosis proneness-persistence-impairment model of psychotic disorder. *Psychological Medicine*, 39(2), 179–195. <https://doi.org/10.1017/S0033291708003814>
- van Stein, K. R., Kleinn, N., Randall, A. K., Lannutti, P. J., Gandhi, Y., Martos, T., Meuwly, N., Rosta-Filep, O., Siegel, M., Ditzgen, B., & Fischer, M. S. (2023). Internalisierte Transnegativität, Resilienzfaktoren und psychische Gesundheit in einer Stichprobe geschlechtlicher Minderheiten in Deutschland und der Schweiz. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie: Forschung und Praxis*, 52(4).
- Vandeleur, C. L., Strippoli, M. F., Castela, E., Gholam-Rezaee, M., Ferrero, F., Marquet, P., Aubry, J. M., & Preisig, M. (2017). The Lausanne-Geneva cohort study of offspring of parents with mood disorders: methodology, findings, current sample characteristics, and perspectives. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 52(8), 1041–1058. <https://doi.org/10.1007/s00127-017-1382-0>
- Volkert, J., Gablonski, T. C., & Rabung, S. (2018). Prevalence of personality disorders in the general adult population in Western countries: systematic review and meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 213(6), 709–715. <https://doi.org/10.1192/bjp.2018.202>
- Volz, H. P., Stirnweiss, J., Kasper, S., Moller, H. J., & Seifritz, E. (2023). Subthreshold depression – concept, operationalisation and epidemiological data. A scoping review. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 27(1), 92–106. <https://doi.org/10.1080/13651501.2022.2087530>
- Wang, J. L., Schmitz, N., & Dewa, C. S. (2010). Socioeconomic status and the risk of major depression: the Canadian National Population Health Survey. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 64(5), 447–452. <https://doi.org/10.1136/jech.2009.090910>
- 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.
- Winkler, D., Pjrek, E., & Kasper, S. (2005). Anger attacks in depression—evidence for a male depressive syndrome. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 74(5), 303–307. <https://doi.org/10.1159/000086321>
- Wittchen, H. U., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Jönsson, B., Olesen, J., Allgulander, C., Alonso, J., Faravelli, C., Fratiglioni, L., Jennum, P., Lieb, R., Maercker, A., van Os, J., Preisig, M., Salvador-Carulla, L., Simon, R., & Steinhausen, H.-C. (2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology*, 21(9).
- Wright, E., Pagliaro, C., Page, I. S., & Diminic, S. (2023). A review of excluded groups and non-response in population-based mental health surveys from high-income countries. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 58(9), 1265–1292. <https://doi.org/10.1007/s00127-023-02488-y>

02 La santé mentale des enfants, des adolescents et des jeunes adultes



Agnes von Wyl, Frank Wieber & Katrin Braune-Krickau
Université des sciences appliquées de Zurich (ZHAW)
Michael P. Hengartner, Kalaidos Haute École Spécialisée

Messages clés

- En 2022, 67% des jeunes âgés de 11 à 15 ans interrogés en Suisse jugeaient leur bien-être psychique moyen à bon. Les valeurs sont plus basses chez les filles et diminuent plus fortement entre l'âge de 11 ans et de 15 ans que chez les garçons.
- Parallèlement, la part des 11 à 15 ans déclarant plusieurs problèmes psychoaffectifs récurrents ou chroniques (tels que tristesse, fatigue, anxiété, mauvaise humeur, nervosité, irritabilité, colère et difficultés d'endormissement) s'est accrue, passant à 47% entre 2018 et 2022, les filles de 13 à 15 ans étant les plus touchées.
- Parmi les 16 à 25 ans, neuf personnes sur dix sont satisfaites de leur vie. Un tiers des garçons et plus de la moitié des filles de cette tranche d'âge déclarent cependant avoir un faible sentiment de maîtrise de la vie ainsi que peu d'énergie et de vitalité.
- Un cinquième environ des 16 à 25 ans, en particulier les jeunes femmes, disent souffrir de symptômes dépressifs modérés à sévères. Les symptômes de dépression et d'anxiété généralisée sont en augmentation depuis 2017.
- La consommation abusive d'antidouleurs puissants et de psychotropes chez les 16 à 25 ans représente un grave problème, notamment lorsque ces substances sont prises en combinaison avec de l'alcool, un cocktail que 8,8% des filles de 15 ans disent avoir déjà essayé.
- La santé mentale de la population s'est dégradée dans tous les groupes d'âge juste avant et pendant la pandémie de COVID-19. Les problèmes psychiques ont augmenté, en particulier chez les femmes. Reste à savoir dans quelle mesure la pandémie a eu une influence sur cette évolution.
- Deux tiers des quelque 17 000 enfants et adolescents placés dans une institution socio-éducative souffrent de traumatismes liés à la violence domestique, à des mauvais traitements physiques ou à des abus sexuels. Les trois quarts présentent des maladies psychiques externalisées ou internalisées.
- On manque de données épidémiologiques transversales et longitudinales fiables sur les maladies psychiques des enfants, des adolescents et des jeunes adultes. Aucune donnée n'est disponible non plus sur la santé mentale des enfants âgés de 0 à 10 ans.

2.1 Introduction

Ce chapitre donne une vue d'ensemble de l'épidémiologie de la santé mentale des enfants, des adolescents et des jeunes adultes en Suisse. Il s'articule autour des sections «petite enfance», «âge scolaire» et «adolescence et début de l'âge adulte». La question de la santé mentale des enfants et des adolescents ne peut être abordée sans tenir compte des étapes de leur développement et des exigences qui y sont liées. C'est pourquoi chacune des sections commence par un résumé de ces étapes. La première section porte sur la petite enfance. La deuxième est consacrée à l'âge scolaire, soit aux 6 à 15 ans. Dans cette tranche d'âge, les données sont avant tout collectées à l'aide d'enquêtes menées dans les écoles. La section «adolescence et début de l'âge adulte» couvre la tranche d'âge des 16 à 25 ans, soit les jeunes (*youth* en anglais). Une section supplémentaire aborde des sujets particuliers qui concernent surtout les adolescents et les jeunes adultes, mais qui peuvent aussi toucher les plus jeunes.

Chaque section (de ce chapitre) évalue la santé mentale à partir des données disponibles en Suisse. La question centrale est la suivante: quel est l'état de santé mentale des enfants, des adolescents et des jeunes adultes en Suisse? Pour répondre à cette question, les auteurs ont mené une vaste recherche sur Internet et dans la littérature – en s'appuyant sur des travaux antérieurs tels que le dossier 62 de l'Obsan (von Wyl et al., 2017), le rapport national sur la santé (Tuch & Schuler, 2020) et l'enquête Omnibus 2022 (Peter et al., 2023) – en consultant aussi bien des bases de données spécialisées que des rapports de recherche et des études des pays limitrophes lorsque les données faisaient défaut en Suisse.

Depuis les derniers rapports de synthèse, la pandémie de COVID-19 a constitué une rupture radicale dans le quotidien des enfants, des adolescents et des jeunes adultes. De nombreuses enquêtes ont été menées sur le bien-être et la détresse psychologique des enfants et des adolescents pendant la pandémie. Le présent chapitre se base principalement sur de récentes études de parcours (portant sur une période plus longue) pour pouvoir déterminer si la détresse psychologique a augmenté dans la population considérée. On ne recourt qu'exceptionnellement à des études transversales (c'est-à-dire ponctuelles) antérieures à la pandémie de COVID-19 à des fins de comparaison. Les données manquantes sont également mentionnées.

2.2 Petite enfance

Étapes du développement pendant la petite enfance

Pendant les cinq premières années de sa vie, l'enfant passe du stade de nourrisson à celui de jeune enfant, avant d'atteindre l'âge de l'école maternelle. Pendant cette période, son développement, marqué par le contexte relationnel, prend la forme d'une maturation neurologique et d'une croissance physique. Ce processus est unique pour ce qui est de la vitesse à laquelle il se déroule, de sa complexité et de l'alternance entre progression et crises (Brazelton, 1998; Jenni, 2021). Certes, les étapes du développement sont généralement les mêmes et se suivent dans un ordre similaire pour tous les enfants. L'intensité des phénomènes et le rythme du développement peuvent toutefois varier grandement d'un individu à l'autre. De plus, toutes les étapes du développement d'un enfant n'ont pas forcément la même intensité ni la même durée (Benz & Scholtes, 2015; Jenni, 2021). Les principaux processus de développement concernent la motricité fine et globale, la cognition, la communication sociale et le langage, l'expression et la compréhension des émotions, le développement de la perception de soi et de l'empathie, ainsi que la capacité à nouer et à entretenir des liens sociaux. Le passage de la corégulation à l'autorégulation joue un rôle particulier en ce qui concerne les états physiques et affectifs (sommeil, prise de nourriture, élimination, apaisement; Kiel et al., 2024). La régulation des émotions représente un des aspects centraux de l'autorégulation. Elle devient de plus en plus spécifique et ciblée au cours des premières années de vie et soutient les processus d'adaptation de l'enfant (Holodynski, 2006; Silkenbeumer et al., 2016). Un lien d'attachement s'établit entre la personne de référence et le nourrisson au cours de la première année de vie. Le nourrisson développe des modèles d'attachement qui façonnent différents aspects de son développement psychique (Crittenden, 2016; Grossmann et al., 2006). Outre les processus fondamentaux décrits plus haut, le développement comprend des étapes complexes qui représentent souvent un défi de taille pour les jeunes enfants et leurs parents: le développement de l'autonomie, par exemple, celui de la propreté ainsi que les séparations d'avec les personnes de référence, l'acclimatation à des structures de prise en charge extrafamiliale et l'intégration dans des groupes d'enfants du même âge (Zumbach-Basu, 2023).

Santé mentale positive

La santé mentale dans la petite enfance peut être définie par un développement social et émotionnel réussi et une bonne adaptation aux exigences contextuelles liées à l'âge. Elle englobe la capacité des jeunes enfants à vivre, à exprimer et à réguler leurs émotions, à nouer des liens étroits et sûrs, mais aussi à explorer leur environnement et à apprendre

(Zeanah & Zeanah, 2001). D'autres domaines de développement, comme la motricité, peuvent également jouer un rôle dans la santé mentale. Les jeunes enfants ont ainsi un grand besoin de bouger, ce qui favorise l'exploration de leur environnement (Jenni, 2021). En Suisse, il n'existe pratiquement pas de données sur la santé mentale des enfants de 0 à 5 ans. Une situation qui s'explique entre autres par le fait qu'il n'est pas possible d'interroger les nourrissons et les jeunes enfants sur leur état psychique. Pour l'évaluer, il faut passer par les parents, des études du développement ou l'observation comportementale.

La manière dont l'enfant gère les transitions importantes, comme l'entrée à l'école maternelle, donne des indications indirectes sur sa santé mentale (O'Connor, 2017). Les trois quarts des enfants d'un échantillon de 255 enfants choisis au hasard dans plusieurs écoles maternelles du canton de Berne ont bien réussi à s'adapter à l'école maternelle, selon l'évaluation du corps enseignant (Carigiet et al., 2020).

Maladies psychiques et symptômes

En ce qui concerne la détresse psychologique et les symptômes généraux, l'étude susmentionnée sur l'entrée à l'école maternelle (Carigiet et al., 2020) a montré, sur la base d'une évaluation des parents, que près de 15% des enfants âgés de 4 à 5 ans présentent des symptômes (par exemple des problèmes émotionnels ou comportementaux) dans différents domaines. Selon l'échantillon de normalisation allemand (Woerner et al., 2002), ces symptômes se situent dans la zone élevée (7,6%) ou très marquée (7,2%) de détresse psychologique. Selon les déclarations des parents, ces symptômes existaient déjà avant l'entrée à l'école maternelle. Les parents ont également été interrogés dans le cadre de l'étude *SPLASHY* (Messerli-Bürgy et al., 2016, N = 555). La part des enfants âgés de 2 à 6 ans qui présentaient des problèmes de comportement cliniquement pertinents (score défini comme problématique en dessus du 90^e percentile de l'échantillon étudié) était de 6,9% au moment de l'enquête initiale, en 2014, et de 6,8% un an plus tard (Stülz et al., 2019). Ces problèmes ont persisté entre ces deux périodes d'enquête chez 3% des enfants de l'échantillon total, soit un peu moins de la moitié des enfants ayant des problèmes de comportement. Aucune enquête épidémiologique n'a été menée jusqu'ici en Suisse sur la détresse psychologique et les symptômes globaux d'enfants plus jeunes.

Il n'existe pas non plus de données sur la prévalence (fréquence) de troubles spécifiques apparaissant chez les nourrissons, les jeunes enfants et ceux allant à l'école maternelle, tels que l'anxiété de séparation, les troubles de l'attention et de l'hyperactivité ainsi que les troubles de l'élimination, de l'adaptation ou les troubles post-traumatiques. Les troubles de la régulation constituent un ensemble de symptômes particulièrement important dans les troubles spécifiques aux deux premières années de vie. Ils désignent les difficultés du nourrisson à réguler ses états physiques et affectifs et se manifestent par des troubles de l'endormissement ou du sommeil, de la prise de nourriture ou du cri

(Benz & Scholtes, 2015). L'étude SPLASHY a soumis à 452 parents un questionnaire rétrospectif sur les troubles de la régulation de leurs enfants en bas âge. Il en ressort qu'en tant que nourrissons, 18% des enfants présentaient des troubles de la régulation, dont une majorité des troubles du sommeil, suivis de troubles de la prise de nourriture et du cri (Messerli-Bürgy et al., étude Sinergia CRS113, non encore publiée). Une fréquence légèrement plus élevée a été observée dans l'étude KiD 0-3 réalisée en Allemagne en 2015. Dans cette étude, 6251 mères ont signalé au moins un signe de pleurs excessifs chez 9,1% des enfants (âge moyen = 14 mois), tandis que 2% des autres enfants présentaient un trouble du cri au sens strict et 10,7% un problème d'endormissement (Lux et al., 2023).

Instabilité psychique chez les enfants prématurés

Selon l'Office fédéral de la statistique (OFS, 2024), 6,2% des enfants sont nés prématurément (avant 37 semaines de gestation) en 2023. Il ressort de plusieurs études internationales que ces enfants et surtout ceux extrêmement prématurés (nés entre la 22^e et la 27^e semaine de grossesse) courent un risque accru de souffrir de problèmes de développement neurologique ainsi que de problèmes émotionnels ou comportementaux. Les symptômes de TDAH sont également associés à la prématurité (Delobel-Ayoub et al., 2009); Elgen et al., 2012; Woodward et al., 2009).

Le réseau *Swiss Neonatal Network* a mis en place un registre pour recenser les enfants nés prématurément dans plusieurs maternités. On dispose ainsi de données sur le développement de ces enfants pendant la petite enfance et à l'âge de l'école maternelle. Les parents de 339 enfants nés prématurément entre 2008 et 2011 ont été interrogés lorsque les enfants avaient 5 ans (Bartal et al., 2020). Comparés aux enfants nés à terme, ceux nés prématurément présentaient davantage de symptômes émotionnels tels que l'anxiété, l'angoisse, des symptômes dépressifs ou des problèmes somatiques (7,7% contre 12,7%). En revanche, il n'y avait pas de différence entre les deux groupes en ce qui concerne l'inattention ou l'hyperactivité, les problèmes de comportement et les difficultés à nouer et à entretenir des liens avec les enfants du même âge ou à adopter un comportement prosocial.

Les résultats font état d'une incidence plutôt élevée de troubles de la régulation chez les nourrissons (18%) et de l'apparition de symptômes cliniques divers chez 6,8% à 7,2% des 2 à 6 ans. Ces données reposent toutefois sur des enquêtes menées auprès des parents.

On ne dispose pas de données longitudinales et transversales actuelles sur les troubles psychiques diagnostiqués dans cette tranche d'âge ni chez les enfants de 6 à 10 ans.

2.3 Âge scolaire

Processus de développement à l'âge scolaire

Selon Jenni (2021), l'âge scolaire représente une phase de transition importante : c'est à cet âge que de nombreux processus de développement de la petite enfance se consolident et s'affinent. La capacité d'autorégulation joue également un rôle central à ce stade. Elle passe par le contrôle volontaire de l'action, à la base d'une meilleure autorégulation émotionnelle, et favorise les processus d'adaptation (Eisenberg et al., 2010). La capacité de penser de manière flexible et d'appliquer des schémas de pensée plus complexes ne cesse d'augmenter. Les capacités métacognitives se développent et les fonctions exécutives se renforcent (Jenni, 2021).

Pour les enfants scolarisés, les amitiés gagnent en importance. Ayant progressé en matière de développement socioémotionnel, ils sont en mesure de nouer des relations sociales avec d'autres enfants du même âge (Eschenbeck & Knauf, 2018; Havighurst, 1972). La compétition avec d'autres enfants joue également un rôle de plus en plus important. En commençant l'école, les enfants entrent par ailleurs en interaction avec un environnement socioculturel élargi qui les confronte à de nouvelles exigences : ils passent désormais une grande partie de la journée à l'école, où l'on attend d'eux qu'ils s'adaptent aux structures scolaires. En âge scolaire, les enfants acquièrent des compétences scolaires de base telles que la lecture, l'écriture et le calcul, pour la maîtrise desquelles ils sont également évalués. En plus de leurs ressources personnelles, le fait de bénéficier d'un soutien familial et social sensible à leurs progrès les aide à se développer de manière positive et à acquérir des stratégies d'adaptation favorables à leur santé (Bengel et al., 2009; Eschenbeck & Knauf, 2018).

Le début de la puberté (à partir de 11 ans environ chez les filles et à partir de 13 ans environ chez les garçons) marque le début d'une phase de changements qui interviennent à plusieurs niveaux. Cette phase se traduit tant par la croissance et la maturation physiques que par des processus de restructuration neurologique, notamment dans le système limbique et le cortex préfrontal. Elle peut s'accompagner de limitations temporaires dans le contrôle des actions et le traitement des émotions (Konrad & König, 2018). Malgré les progrès cognitifs au niveau de la pensée abstraite et logique, ces limitations peuvent conduire les jeunes de 13 à 15 ans en particulier à mal évaluer les risques, à se montrer très ouverts aux influences de leurs pairs et à agir souvent de manière impulsive. C'est aussi à cet âge que commence le processus de détachement de la famille. Les personnes qui ont des expériences similaires (les jeunes du même âge) occupent une place de plus en plus importante jusqu'à devenir centrale pour l'estime de soi (Eschenbeck & Lohaus, 2022).

Santé mentale positive

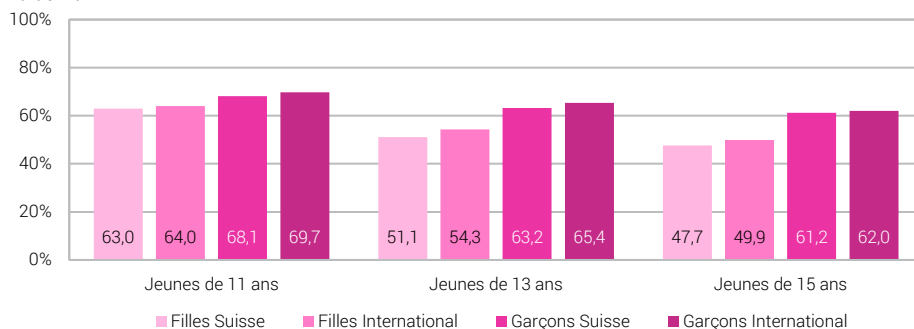
Il manque des données représentatives sur le bien-être des 6 à 10 ans. L'enquête sur la santé des élèves (HBSC pour *Health Behaviour in School-aged Children*), menée tous les quatre ans depuis 2002 dans toute la Suisse, fournit des données pour la tranche d'âge de 11 à 15 ans. Au total, 9345 élèves ont participé à l'étude HBSC 2022. L'enquête a porté pour la première fois également sur le bien-être émotionnel: 67% des 11 à 15 ans (environ 77% des garçons et 57% des filles) ont évalué leur bien-être émotionnel comme moyen à élevé et 33% comme faible (environ 23% des garçons et 43% des filles). Comparé à celles de 42 autres pays d'Europe, d'Asie centrale et du Canada (Cosma et al., 2023a), les valeurs obtenues en Suisse en 2022 pour le bien-être émotionnel se situaient dans la moyenne (graphique G2.1). Dans tous les pays, à quelques exceptions près, les valeurs témoignant du bien-être ont eu tendance à baisser avec l'âge entre 11 et 15 ans, tant chez les garçons que chez les filles, et les garçons ont été proportionnellement plus nombreux que les filles à évaluer leur bien-être de manière positive. La Suisse est l'un des huit pays où le bien-être ne dépend pas de la richesse de la famille.

Parmi les autres indicateurs de santé mentale positive, l'étude HBSC a collecté des données sur la satisfaction des élèves quant à leur vie et sur leur santé autoévaluée. Parmi les 11 à 15 ans interrogés, 55% ont déclaré être très satisfaits de leur vie, dont une part plus importante chez les garçons (~63%) que chez les filles (~47%). Ces valeurs étaient plus élevées en 2018: 62% de l'ensemble des élèves interrogés déclaraient être très satisfaits de leur vie, à savoir 66% des garçons et 57% des filles.

Bien-être émotionnel selon l'âge, le sexe et la nationalité, en 2022

G2.1

Part en %



Remarque: valeurs moyennes du bien-être émotionnel selon l'indice OMS 5
(0: faible niveau de bien-être; 100: niveau élevé de bien-être)

Source: Addiction Suisse – HBSC, Cosma et al. (2023a)

© Obsan 2025

Pour ce qui est de la santé subjective, 85% des élèves interrogés estimaient en 2022 que leur santé était bonne, voire excellente. Les pourcentages obtenus pour les garçons sont restés au même niveau pendant les deux dernières décennies (2002: 92,5%, 2014: 92,7%, 2018: 90,8%, 2022: 89%). Ceux des filles tendent cependant à baisser depuis 2014 (2002: 91,8%, 2014: 90%, 2018: 86,1%, 2022: 80%). La proportion d'élèves en Suisse qui estimaient en 2022 que leur santé était excellente se situe dans la moyenne européenne (Cosma et al., 2023a).

Problèmes psychiques/comorbidité psychosomatique (maladies concomitantes)

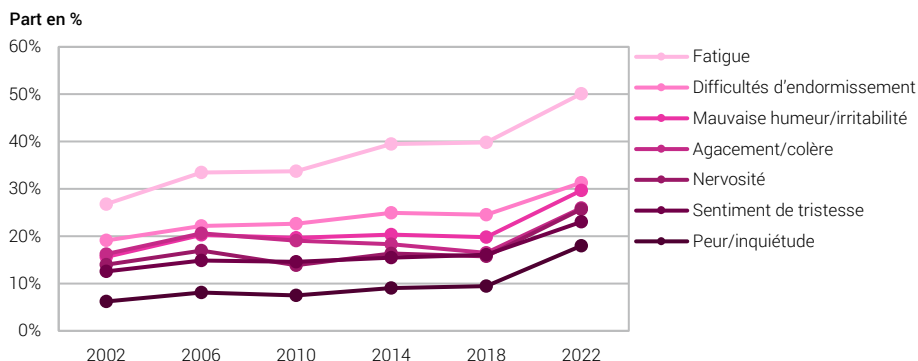
L'étude HBSC fournit également des données sur les problèmes psychiques et les comorbidités psychosomatiques. Les questions posées visent à définir la fréquence à laquelle certains troubles psychoaffectifs (tristesse, mauvaise humeur, nervosité, fatigue, contrariété, anxiété et difficulté à s'endormir) sont apparus chez les élèves au cours des six derniers mois. La part des personnes souffrant de troubles psychoaffectifs multiples est restée relativement stable de 2002 à 2014, mais elle a augmenté depuis 2018 (G 2.2). En 2018, 34% des élèves interrogés ont fait état d'au moins deux problèmes psychoaffectifs, contre près de la moitié des répondants (47%) en 2022 (Balsiger et al., 2023). Les résultats mettent en évidence des différences entre les sexes: les filles sont 58% à rapporter des problèmes psychoaffectifs, les garçons 35%. Cette différence s'observe dans tous les groupes d'âge. Elle est la plus marquée pour la tristesse (34% contre 11%). La prévalence des problèmes psychoaffectifs augmente avec l'âge. La hausse est la plus forte dans le groupe le plus âgé, notamment chez les filles âgées de 13 à 15 ans (Delgrande Jordan et al., 2023).

En 2022, l'enquête HBSC a porté pour la première fois sur le sentiment de stress psychique. Atteignant un score de 6,6 sur une échelle de 0 à 16, la valeur moyenne du stress psychique ressenti au cours du dernier mois se situait à un niveau modéré, affichant un score plus élevé chez les filles que chez les garçons (7,2 contre 5,9). Avec l'âge, le stress augmente chez les filles, mais pas chez les garçons (Delgrande Jordan et al., 2023).

Dans tous les pays européens également, l'auto-évaluation de la santé mentale se détériore de plus en plus chez les filles, ce qui n'est pas le cas chez les garçons. C'est ce que montrent notamment les résultats de l'enquête 2022 comparés à ceux de l'enquête 2018.

Problèmes psychoaffectifs chez les élèves

G2.2



Remarque: part (en %) des enfants et des adolescents ayant souffert de problèmes psychoaffectifs plusieurs fois par semaine ou par jour au cours des six derniers mois.

2002: N=9288, 2006: N=9502, 2010: N=9869, 2018: N=10 970, 2022: N=9046

Source: Addiction Suisse — HBSC

© Obsan 2025

Un nombre croissant d'enfants et d'adolescents peinent à bénéficier d'un sommeil suffisamment long et réparateur.

En 2022, la moitié des jeunes de 11 à 15 ans ont déclaré se sentir fatigués plusieurs fois par semaine ou chaque jour, soit 10% de plus qu'en 2018 et près de deux fois plus qu'en 2002.

La prévalence de tous les autres problèmes psychoaffectifs s'est par ailleurs accrue de 5 à 10% en l'espace de quatre ans, soit entre 2018 et 2022.

De 18 à 30% des enfants et des adolescents ont ainsi affirmé souffrir plusieurs fois par semaine ou chaque jour de troubles allant de l'anxiété et de l'inquiétude à la mauvaise humeur et à l'irritabilité.

Maladies psychiques et symptômes

En ce qui concerne la prévalence des maladies psychiques chez les enfants scolarisés en Suisse, il manque aujourd'hui toujours des chiffres récents et représentatifs tirés d'études épidémiologiques qui évaluent la présence de ces maladies à l'aide d'interviews diagnostiques (voir aussi von Wyl et al., 2017; Tuch & Schuler, 2020). La *Zurich Epidemiological Study of Child and Adolescent Psychopathology* (ZESCAP, p. ex. Steinhausen et al., 1998), qui a été réalisée en 1994, demeure en effet l'étude la plus récente à ce sujet. À l'échelle mondiale, le taux de prévalence des maladies psychiques chez les enfants scolarisés âgés de 6 à 11 ans est estimé à 12,4% (Polanczyk et al., 2015). Des données représentatives plus récentes sont toutefois disponibles dans ce domaine au niveau européen pour le groupe des 5 à 18 ans: Sacco et al. (2022) font état d'un taux de prévalence de 15,5%. Il s'agit dans ces deux publications de taux moyens calculés à partir de la prévalence ponctuelle et de la prévalence sur douze mois.

Quelques études portant sur la prévalence de symptômes psychiques (sur deux semaines) ont toutefois eu recours à des outils de dépistage (questionnaires). La ville de Zurich réalise tous les cinq ans depuis 2007 une enquête auprès des élèves des classes ordinaires du degré secondaire II pour connaître leur santé (étude de tendances). Les données les plus récentes datent de 2022 (*Stadt Zürich, Schulgesundheitsdienste*, 2023).

En 2022, 22% des élèves ont déclaré avoir des symptômes d'anxiété et 18% des symptômes de dépression. Ces symptômes semblent se manifester de plus en plus souvent ensemble: 12% des élèves présentaient des indices de ces deux maladies, alors que 10% ne mentionnaient que des symptômes de troubles anxieux et 5% que des symptômes de dépression. Ces deux types de symptômes étaient plus fréquents chez les filles que chez les garçons. Les écarts entre les sexes se sont creusés au cours des dix dernières années pour ce qui est de la dépression, mais ils n'ont pratiquement pas changé pour les troubles anxieux (G2.3).

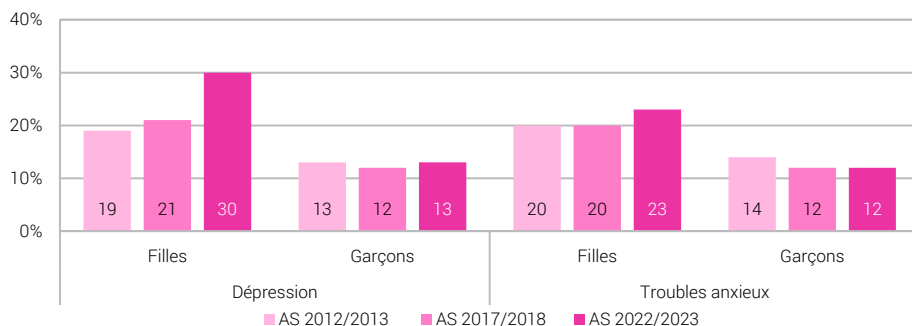
Une autre enquête représentative sur la santé mentale a été menée en Suisse auprès d'élèves âgés de 12 à 17 ans (âge moyen: 15 ans) pendant la pandémie de COVID-19 (en été 2020 et 2021; Foster et al., 2023a). Elle portait sur les symptômes de dépression, de troubles anxieux, de trouble oppositionnel avec provocation et de TDAH, qui ont été mis en évidence à l'aide d'instruments de dépistage (sur une période de deux semaines). Au cours des deux années considérées, un bon tiers des filles (38,5% en 2020 et en 2021) et des garçons (33,6% en 2020 et 29,9% en 2021) ont déclaré avoir des symptômes de maladies psychiques.

Les résultats de l'étude longitudinale *MEDIATICO*, qui a été menée pour la première fois en 2014 auprès d'un groupe (cohorte) d'élèves du canton du Tessin âgés de 9 à 10 ans, montrent également que les symptômes psychiques semblent s'accroître (Marciano, Schulz & Camerini, 2022a). Il ressort d'une comparaison avec les données de 2019 et 2020 que tous les symptômes psychiques pris en compte (dépression, troubles

Symptômes de dépression ou de troubles anxieux, selon le sexe

G2.3

Part en %



Remarque: proportions (en %) des élèves interrogés par la ville de Zurich ayant fait état de symptômes de troubles anxieux ou de dépression (AS = année scolaire)

Source: Gesundheitsbefragung der Stadt Zürich

© Obsan 2025

anxieux ou troubles obsessionnels compulsifs), de même que les problèmes psychiques dans leur ensemble, ont augmenté si l'on compare la période qui a précédé la pandémie et celle qui l'a suivie (Marciano, Viswanath et al., 2022b).

Les études menées au niveau européen ont également fait état d'une recrudescence des symptômes de détresse psychologique chez les élèves après la pandémie: une méta-analyse portant sur les chiffres relatifs aux symptômes de dépression (Ludwig-Walz et al., 2022) et de troubles anxieux (Ludwig-Walz et al., 2023) a inclus deux études menées en Suisse sur de plus petits échantillons (Borbás et al., 2021; Ertanir et al., 2021). Les auteurs ont constaté une augmentation des symptômes de dépression et de troubles anxieux dans tous les pays, et une hausse plus marquée des symptômes psychiques dans ceux où les restrictions étaient plus sévères.

Comment se portaient les enfants, les adolescents et les jeunes adultes en Suisse pendant la pandémie de COVID-19?

Plusieurs enquêtes transversales ont été menées sur la santé mentale des enfants et des adolescents pendant la pandémie de COVID-19. De nombreux rapports font état d'une détérioration de leur santé mentale et d'une augmentation des symptômes de détresse psychologique et des problèmes psychiques (voir Dratva et al., 2022, pour un aperçu de différentes études). Chez les enfants d'âge préscolaire, les parents interrogés ont observé davantage de comportements d'opposition depuis la pandémie (Schmidt et al., 2021). La détresse psychologique et les problèmes psychiques se sont également accrus chez les enfants en âge scolaire. Un cinquième environ des élèves âgés de 11 à 15 ans ont déclaré s'être sentis le plus souvent abattus ou désespérés et 15% s'être sentis très anxieux ou nerveux en raison de la pandémie (Delgrande Jordan et al., 2023).

L'étude de Barrense-Dias et al. (2021) conclut également à une dégradation de la santé mentale après la pandémie. Près de la moitié (41%) des 988 adolescents et jeunes adultes âgés de 14 à 19 ans interrogés en Suisse ont indiqué que leur santé mentale s'était détériorée à la suite de la pandémie. Un tiers environ des personnes interrogées ont indiqué avoir ressenti des symptômes de dépression ou d'anxiété. Peu d'entre elles ont recouru à une aide médicale pour y remédier. Un tiers des adolescents et des jeunes adultes interrogés ont déclaré ne s'adresser à personne lorsqu'ils ne se sentaient pas bien, et un autre tiers a indiqué se confier à des amis.

Certains résultats montrent toutefois que la pandémie a aussi eu des effets positifs, parfois du moins. En ville de Zurich, la majorité des élèves de deuxième année du degré secondaire I ont déclaré que la pandémie n'avait pas été si grave pour eux (39%) ou ne leur avait pas posé de problème (41%; *Stadt Zürich, Schulgesundheitsdienste*, 2023). D'autres études ont aussi mis en avant des effets positifs de la pandémie. Selon Delgrande Jordan et al. (2023), par exemple, un peu plus d'un tiers des élèves de 14 à 15 ans interrogés ont déclaré s'être découvert de nouveaux intérêts et hobbies grâce à la pandémie et près de la moitié ont indiqué être désormais mieux à même de gérer leurs émotions et d'appréhender les difficultés. Des effets positifs ont été enregistrés en particulier pendant la période de fermeture des écoles. Albrecht et al. (2022) supposent qu'ils pourraient notamment s'expliquer par une amélioration de la qualité du sommeil liée au fait que les cours commençaient plus tard pendant cette période.

2.4 Adolescence et début de l'âge adulte

Processus de développement à l'adolescence et au début de l'âge adulte

À l'adolescence, le processus de développement propre à la puberté (voir section 2.3 sur l'âge scolaire) se poursuit. Il s'accélère et se traduit avant tout par une plus forte croissance corporelle et la maturation sexuelle induites par les changements hormonaux. Cette plus forte croissance corporelle, qui débute entre 12 et 13 ans chez les filles et entre 14 et 15 ans chez les garçons, s'achève généralement entre 16 et 19 ans (Konrad & König, 2018). Le processus de restructuration neurologique dans le cerveau s'intensifie à l'adolescence et se poursuit jusqu'au début de l'âge adulte. Il concerne entre autres le cortex préfrontal, où l'élagage synaptique (l'élimination des synapses qui ne sont pas utilisées) contribue notamment à ce processus de maturation (Fleming & McDermott, 2024; Larsen & Luna, 2018). Au début de l'adolescence, on observe tout d'abord une impulsivité émotionnelle accrue et une forte orientation sur le système de récompense. Au fil du temps, la capacité de régulation émotionnelle s'améliore considérablement (Lohaus, 2018; Silvers, 2022; Young et al., 2019). Dans le domaine cognitif, les performances de la mémoire de travail ainsi que la vitesse de traitement des informations augmentent, la durée d'attention s'allonge, l'inhibition cognitive et les capacités métacognitives s'améliorent (Lohaus, 2018; Luna et al., 2015; Resch & Parzer, 2022). Sur le plan psychologique, les changements concernent surtout le monde relationnel. L'appartenance à un groupe de personnes ayant des expériences similaires (les pairs) gagne en importance, de même que les amitiés et les relations amoureuses. Elles jouent souvent un rôle déterminant dans l'estime de soi et les valeurs personnelles (Resch & Parzer, 2022). Pour bon nombre de jeunes, l'adolescence marque le début des négociations, souvent conflictuelles, avec leurs parents, qui serviront à établir un nouvel équilibre entre lien et autonomie. Dans la confrontation dynamique avec l'environnement social, la recherche de l'identité propre passe au premier plan dès l'adolescence et encore plus nettement au début de l'âge adulte, voire au-delà (Arnett, 2024; Marcia et al., 2012). Il en va de même pour celle de l'identité sexuelle. De plus, le passage à l'âge de jeune adulte coïncide avec le choix d'une formation ou, au terme de celle-ci, l'entrée dans la vie professionnelle, avec le développement de relations stables et le départ du foyer familial. Autant d'étapes qui peuvent être empreintes d'instabilité et d'hésitations (Arnett, 2024; Havighurst, 1972). Toutes ces étapes, qui vont de l'adolescence au début de l'âge adulte, s'accompagnent aujourd'hui d'une utilisation intensive des médias numériques, qui présente des aspects bénéfiques, mais aussi plus néfastes (Resch & Parzer, 2022). Elle peut par exemple poser problème si elle est excessive ou engendre du cyberharcèlement (voir chapitre 7 dédié aux médias numériques). Trouver comment gérer le recours aux médias sociaux et à d'autres produits de consommation représente aujourd'hui une des étapes que les adolescents et les jeunes adultes doivent

franchir dans leur développement (Eschenbeck & Knauf, 2018). Il en va de même des stratégies d'adaptation à développer pour trouver un bon équilibre entre consommation et régénération physique et psychique, telles que la relaxation (active), le sommeil ou l'activité physique (Hurrelmann & Quenzel, 2022).

Santé mentale positive

L'enquête Omnibus sur la santé psychique menée en automne 2022 et l'enquête suisse sur la santé (ESS) fournissent des données représentatives sur les indicateurs de santé mentale positive des jeunes de 15 à 24 ans. L'enquête Omnibus porte sur plusieurs aspects de cette santé chez les 15 à 24 ans (T 2.1). En comparaison avec celles des groupes plus âgés, les valeurs obtenues pour les adolescents et les jeunes adultes sont les plus basses ou les deuxièmes plus basses (optimisme) dans tous les domaines. En outre, les filles et les jeunes femmes sont moins nombreuses que les garçons et les jeunes hommes à se dire très satisfaites de leur vie, à trouver que leur vie a du sens, à avoir un fort sentiment d'auto-efficacité et à être heureuses la plupart du temps, voire tout le temps. Elles font également état d'une estime de soi plus faible, d'un optimisme moindre et d'un bien-être psychologique moins bon que les garçons et les jeunes hommes.

L'ESS ne mesure pas le bien-être psychique à l'aide d'une échelle spécifique, mais demande aux personnes interrogées d'évaluer des aspects importants de leur bien-être comme leur énergie et leur vitalité personnelles ainsi que le sentiment de maîtriser leur vie. En ce qui concerne leur énergie et leur vitalité (T 2.1), les jeunes de 15 à 24 ans présentent des valeurs aussi basses que celles du groupe des 25 à 34 ans et nettement inférieures à celles des personnes de 35 ans ou plus.

Près de la moitié des jeunes femmes et un tiers des jeunes hommes estiment avoir un faible sentiment de maîtrise de la vie (T 2.1). Les proportions correspondantes sont supérieures de respectivement 60 et 74% à celles observées en 2017 et les plus élevées depuis le début des mesures en 1992. Par rapport à l'ensemble de la population suisse, c'est aussi dans le groupe des 16 à 25 ans que les personnes interrogées ont répondu le moins souvent avoir le sentiment de maîtriser leur vie. Ces résultats de l'ESS sur le sentiment de maîtriser sa vie coïncident avec ceux sur l'auto-efficacité (une notion très proche) tirés de l'enquête Omnibus.

Plus de la moitié des jeunes femmes et près d'un tiers des jeunes hommes ont déclaré que leur niveau d'énergie et de vitalité était faible. Chez les jeunes femmes, cette proportion a augmenté et dépasse celle de tous les autres groupes d'âge. Les jeunes femmes situent même leur énergie et leur vitalité à un niveau plus bas que les femmes de 75 ans ou plus.

Santé mentale des personnes de 15 à 24 ans, selon le sexe

T2.1

Indicateur	Part des répondants en % (intervalle de confiance de 95%)			
	2017		2022	
	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes
Satisfaction dans la vie (très élevée)			15,5 (11,4–19,6)	25,1 (20,3–29,8)
Sentiment d'être heureux (la plupart du temps ou tout le temps)			60,1 (54,8–65,4)	68,2 (63,0–73,4)
Sens de la vie (élevé)			23,2 (18,5–27,9)	33,2 (27,9–38,4)
Auto-efficacité (élevée)			16,9 (12,7–21,1)	26,8 (21,9–31,7)
Estime de soi (forte)			3,3 (3,2–3,4)	3,7 (3,6–3,8)
Optimisme (élevé)			4,7 (4,6–4,9)	5,1 (5,0–5,2)
Bien-être psychique			22,6 (22,2–23,1)	24,2 (23,7–24,7)
Énergie et vitalité* (élevées) ¹	33,6 (3,5–36,7)	50,2 (46,6–53,8)	23,5 (20,2–26,8)	44,0 (39,6–48,4)
Énergie et vitalité* (moyennes) ¹	25,4 (22,6–28,2)	21,6 (18,8–24,4)	23,3 (20,0–26,6)	27,0 (23,0–31,0)
Énergie et vitalité* (faibles) ¹	41,0 (37,8–44,2)	28,2 (24,9–31,5)	53,2 (49,2–57,2)	29,0 (25,1–32,9)
Sentiment de maîtriser sa vie (fort) ¹	29,1 (26,1–32,1)	30,7 (27,5–33,9)	17,2 (14,2–20,2)	27,0 (23,2–30,8)
Sentiment de maîtriser sa vie (moyen) ¹	43,4 (40,2–46,6)	45,6 (42,0–49,2)	36,9 (33,1–40,7)	41,1 (36,7–45,5)
Sentiment de maîtriser sa vie (faible) ¹	27,5 (24,7–30,3)	23,7 (20,6–26,8)	45,9 (41,9–49,9)	31,9 (27,8–36,0)

* au cours des quatre dernières semaines

Source: OBSAN, OFS – Enquête Omnibus sur la santé psychique,¹ OFS – ESS

© Obsan 2025

Problèmes psychiques

Sur les quelque 2000 jeunes de 15 à 24 ans interrogés dans l'ESS 2022, la part des personnes ayant ressenti une détresse psychologique modérée à élevée au cours des quatre semaines ayant précédé l'enquête était de 22,5% (contre 17,8% pour l'ensemble de la population suisse). Elle a fortement augmenté depuis l'enquête de 2017 (T2.2). La hausse a été particulièrement marquée chez les jeunes femmes (de 19 à 28,9%), mais elle a également été présente chez les hommes (de 9,6 à 16,4%).

Problèmes psychiques des 15 à 24 ans, selon le sexe

T2.2

Indicateur	Part des répondants en % (intervalle de confiance de 95%)			
	2017		2022	
	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes
Détresse psychologique* (forte)	3,9 (2,8–5,0)	[1,2] (0,5–1,9)	8,7 (6,4–11,0)	2,6 (1,5–3,7)
Détresse psychologique* (moyenne)	15,1 (12,9–17,3)	8,4 (6,6–10,2)	20,2 (17,3–23,1)	13,8 (11,0–16,6)

* au cours des quatre dernières semaines
[] nombre insuffisant d'observations (< 30) induisant une représentativité statistique limitée ou un manque de pertinence statistique

Source: OFS – ESS © Obsan 2025

Maladies psychiques et leurs symptômes

Comme pour les enfants d'âge scolaire, il n'existe pas de données plus récentes sur la prévalence des maladies psychiques diagnostiquées chez les adolescents et les jeunes adultes que celles de la *Zurich Adolescent Psychology and Psychopathology Study (ZAPPS*, p. ex. Steinhausen & Winkler Metzke, 2007), réalisée dans le prolongement de l'étude ZESCAP.

Maladies psychiques et leurs symptômes chez les 15 à 24 ans, selon le sexe

T2.3

Indicateur	Part des répondants en % (intervalle de confiance de 95%)			
	2017		2022	
	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes
Symptômes de dépression* (sévéres/plutôt sévéres)	4,0 (2,7–5,3)	2,8 (1,6–4,0)	9,4 (6,8–12,0)	5,0 (3,2–6,8)
Symptômes de dépression* (modérés)	10,0 (8,1–11,9)	9,4 (7,2–11,6)	16,2 (13,3–19,1)	8,1 (5,7–10,5)
Symptômes de trouble anxieux généralisé* (sévéres)			5,8 (3,7–7,9)	[1,7] (0,8–2,6)
Symptômes de trouble anxieux généralisé* (modérés)			11,8 (9,2–14,4)	5,6 (3,8–7,4)

* au cours des deux dernières semaines
[] nombre insuffisant d'observations (< 30) induisant une représentativité statistique limitée ou un manque de pertinence statistique

Source: OFS – ESS © Obsan 2025

Grâce à l'ESS 2022, on dispose en revanche de données actuelles et représentatives sur les symptômes psychiques (mais pas sur les maladies psychiques). La part des adolescents et des jeunes présentant des symptômes dépressifs modérés à sévères a augmenté depuis la dernière enquête de 2017, passant de 13,1 à 19,1% (T 2.3). Tant la prévalence de ces symptômes que leur augmentation étaient nettement plus faibles dans la population dans son ensemble (hausse de 8,7 à 9,8%).

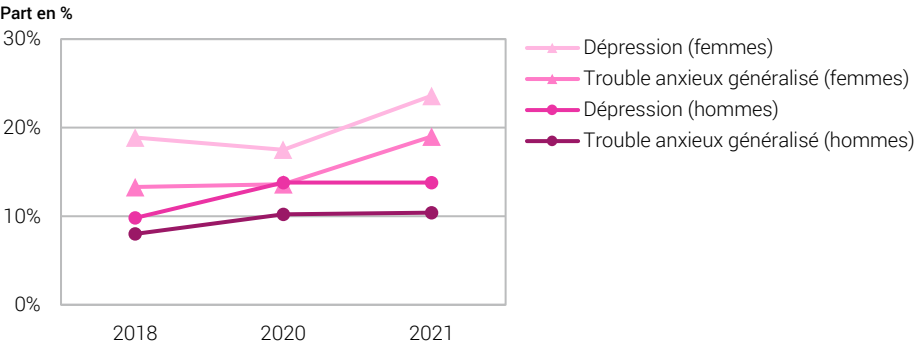
La situation est comparable pour ce qui est des symptômes de trouble anxieux généralisé. Sur l'ensemble des jeunes âgés de 15 à 24 ans interrogés, 12,3% ont déclaré avoir eu des symptômes modérés à graves (sur une période de deux semaines). C'est près de deux fois plus que dans l'ensemble de la population (6,3%). Comme pour les symptômes dépressifs, la part des personnes ayant eu des symptômes anxieux était plus grande chez les jeunes femmes que chez les jeunes hommes (17,6% contre 7,3%). L'écart entre les sexes était en revanche moins marqué dans l'ensemble de la population (5% contre 7,6%).

Un cinquième environ (19,1%) des adolescents et des jeunes adultes âgés de 15 à 24 ans ont fait état de symptômes dépressifs modérés à sévères (T 2.3). La proportion de jeunes femmes concernées (25,6%) était plus importante que celle des jeunes hommes (13,1%).

L'étude épidémiologique suisse sur la santé mentale des jeunes (*Swiss Youth Epidemiological Study on Mental Health, S-YESMH*) dresse également un tableau représentatif des symptômes de troubles psychiques chez les jeunes adultes. Une première enquête a eu lieu en 2018, dans le cadre de laquelle des personnes nées entre 1996 et 2000 et résidant en Suisse ont été interrogées sur leur santé mentale. Une enquête de suivi a ensuite été menée au cours des étés 2020 et 2021 sur la fréquence des symptômes dépressifs et des symptômes anxieux observés pendant les années de pandémie de COVID-19. Le nombre de personnes ayant déclaré avoir des symptômes dépressifs modérés à sévères et des symptômes sévères à modérés de trouble anxieux généralisé (sur deux semaines) est resté en grande partie inchangé entre 2018 et 2020 (G 2.4). Les symptômes dépressifs ont augmenté chez les hommes en 2020 comme en 2021 par rapport à 2018. Chez les femmes, les symptômes dépressifs et anxieux cliniquement pertinents ont également gagné en importance entre 2018 et 2021 (Foster et al., 2023b). Le nombre de jeunes adultes présentant des symptômes cliniques importants de TDAH n'a cessé de croître de 2018 à 2021, passant de 8,5% à 12,2% (Foster et al., 2023b).

Prévalence de symptômes de dépression et de trouble anxieux généralisé, selon le sexe

G2.4



Étude de cohorte longitudinale, âge moyen en 2018: 19,6 ans (+/- 1,4 an)

Source: Foster et al., (2023b)

© Obsan 2025

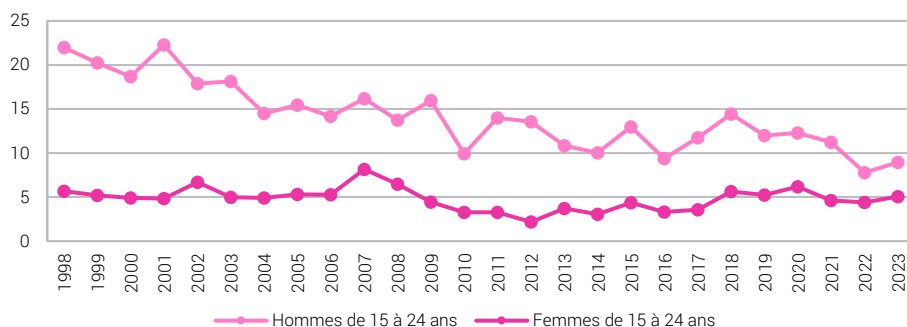
2.5 Thématiques centrales

Suicide et automutilation

Suicide et automutilation

Comme dans les autres groupes d'âge, le taux de suicide est en baisse chez les 15 à 24 ans depuis 1998, et il est plus élevé chez les hommes que chez les femmes (Peter & Tuch, 2024). Il est resté plus ou moins stable chez les femmes de 15 à 24 ans durant la période sous revue, alors qu'il a diminué chez les hommes du même âge, pour se rapprocher de celui des femmes (G2.5).

Contrairement aux suicides, les tentatives de suicide sont plus fréquentes chez les femmes: selon l'ESS (2022), 4,7% des 1745 jeunes de 15 à 24 ans interrogés ont affirmé avoir déjà fait une tentative de suicide. Ces tentatives sont au moins deux fois plus fréquentes chez les jeunes femmes (6,5%) que chez les jeunes hommes (3,0%). Lors d'une enquête menée en 2021 auprès de jeunes âgés de 14 à 19 ans (Barrense-Dias et al., 2021), 8,7% ont fait état d'au moins une tentative de suicide à ce jour. Parmi eux, près de 64% en avaient fait au moins deux. L'enquête en question n'étant pas représentative, il faut faire preuve de prudence en interprétant ces valeurs élevées.

Taux de suicide chez les 15 à 24 ans pour 100 000 habitants, selon le sexe**G2.5**

Source: OFS – CoD

© Obsan 2025

Pensées suicidaires et comportement d'automutilation

Bon nombre des personnes ayant des pensées suicidaires et un comportement d'automutilation n'ont pas l'intention de se suicider. La probabilité qu'elles passent à l'acte est cependant nettement plus élevée que chez les autres (Liu et al., 2022). L'enquête Omnibus sur la santé psychique a été réalisée auprès d'un échantillon représentatif de la population résidente suisse composé entre autres de 700 personnes âgées de 15 à 24 ans (Peter et al., 2023). Les pensées suicidaires étaient plus fréquentes dans le groupe des 15 à 24 ans que chez les 25 ans ou plus: dans le premier groupe, 19,2% des jeunes femmes et 11,8% des jeunes hommes ont indiqué avoir envisagé sérieusement ou brièvement de mettre fin à leurs jours au cours des douze mois ayant précédé l'enquête, ce qui a été le cas de 8,3% des personnes interrogées âgées de 25 ans ou plus. Les résultats ont été comparables pour les comportements d'automutilation: les jeunes de 15 à 24 ans ont été proportionnellement les plus nombreux (8%) à se sentir concernés (Peter et al., 2023), les jeunes femmes avant tout (11% contre 5,2% des jeunes hommes).

Dans son enquête de 2022 sur la santé mentale (*Stadt Zürich, Schulgesundheitsdienste, 2023*), la ville de Zurich a demandé à des jeunes du degré secondaire II (âge moyen: 14,1 ans) s'ils avaient des pensées suicidaires ou des comportements d'automutilation. Un jeune sur six environ a déclaré s'être déjà blessé volontairement (16%) ou avoir eu des pensées suicidaires (17%).

Dans le cadre de l'étude longitudinale z-proso (le projet zurichois sur le développement social de l'enfance jusqu'à l'âge adulte), les mêmes personnes ont été interrogées à quatre reprises sur les comportements d'automutilation, à l'adolescence et en tant que jeunes adultes (à l'âge de 13, 15, 17 et 20 ans). On leur a demandé combien de fois elles s'étaient volontairement automutilées au cours du mois précédent, qu'elles aient

eu l'intention de se suicider ou non. Le taux de prévalence cumulé pour l'automutilation à l'âge de 13 et de 20 ans (N = 1482) a été estimé à 27%, la prévalence ponctuelle étant la plus élevée à l'âge de 13 ans (13%) et diminuant ensuite. Des écarts ont été observés entre les sexes quant à l'évolution en fonction de l'âge. La prévalence ponctuelle était la plus élevée à l'âge de 13 ans chez les garçons (12%) et à l'âge de 15 ans chez les filles (16%; Steinhoff et al., 2021).

Consommation de substances, notamment consommation abusive de médicaments

Il ressort de l'ESS 2022 que parmi les 15 à 24 ans, 30,4% des femmes et 38,3% des hommes ont consommé de l'alcool au moins une à deux fois par semaine. Dans cette même tranche d'âge, 3,7% des femmes et 9,3% des hommes en ont consommé trois à six fois par semaine. La prévalence sur douze mois d'une consommation problématique d'alcool était de 5,1% chez les femmes et de 4,3% chez les hommes.

Dans l'étude HBSC 2022, près d'une personne sur cinq âgée de 14 à 15 ans a rapporté avoir été ivre au moins une fois et avoir fumé des cigarettes électroniques au cours du mois précédant l'enquête (Delgrande Jordan et al., 2023). En proportion, les jeunes ont donc pour la première fois été plus nombreux à consommer des e-cigarettes que des cigarettes (12,5%). Alors que la consommation de cannabis est restée stable au cours des quatre années précédant l'enquête (14,5% en ayant consommé une fois, 7,5% en ayant consommé au moins une fois au cours des 30 derniers jours), la consommation de snus a augmenté (garçons: 9,8%; filles: 4,9%). La part des jeunes ayant déclaré avoir déjà consommé d'autres substances, comme la cocaïne, l'ecstasy/MDMA et le LSD, était inférieure à 2%.

Depuis une dizaine d'années, l'usage non médical des médicaments psychoactifs fait de plus en plus l'objet de recherches et de discussions (Baggio et al., 2014; Rougemont-Bücking et al., 2018). Cet usage consiste à prendre des médicaments non pas dans le cadre d'un traitement médical (en cas de maladies), mais à d'autres fins, notamment pour s'enivrer (p. ex. lors de fêtes ou lorsqu'on s'ennuie), pour se détendre (p. ex. en cas de chagrin ou de soucis), pour dormir (p. ex. en cas de fortes tensions le soir ou de stress) ou pour améliorer les performances (p. ex. en période d'examens ou de charge de travail élevée). Dans ce dernier cas, on parle souvent de *neuroenhancement* (amélioration des capacités cognitives; Maier et al., 2013). Par souci de simplification, il est question ci-après «d'abus de médicaments» pour désigner la consommation de médicaments psychoactifs en dehors de toute indication médicale. À noter que l'abus de médicaments s'observe chez des personnes qui disposent d'une ordonnance médicale comme chez des personnes qui n'en ont pas (p. ex. en cas de TDAH: prise de méthylphénidate à haute dose en plus de la dose journalière prescrite afin d'avoir plus d'énergie lors de sorties en soirée).

En Suisse, le taux de prévalence sur la vie entière de l'abus de médicaments est resté le même chez les filles de 15 ans entre 1998 et 2022 (4,8%), mais il a augmenté chez les garçons du même âge, passant de 1,9% à 4,3% (Delgrande Jordan et al., 2023). Le taux relativement élevé de consommation mixte d'alcool et de médicaments (polyconsommation) chez les filles de 15 ans (8,8%) est également préoccupant. Le taux correspondant est de 5,1% chez les garçons.

Parmi les jeunes de 14 à 15 ans interrogés, respectivement près de 20%, 12,5% et 7,5% ont déclaré être ponctuellement ivres, consommer des produits du tabac ou nicotiniques ou du cannabis au moins une fois par mois. Parmi les tendances préoccupantes, citons la consommation accrue de cigarettes électroniques (12,5%) et de snus (8,6%) et la polyconsommation d'alcool et de médicaments, que 5,2% des personnes interrogées ont indiqué avoir pratiquée au moins une fois.

Chez les jeunes de 14 ans, les valeurs concernant la polyconsommation d'alcool et de médicaments se situent à 4,7% chez les filles et à 3,2% chez les garçons, mais l'écart entre ces pourcentages n'est pas statistiquement significatif (Delgrande Jordan et al., 2023). En 2022, seul l'abus de sirop contre la toux contenant de la codéine et du dextrométhorphan a fait l'objet d'une enquête séparée, révélant une prévalence vie-entière de 1,8% chez les filles de 15 ans et, bien plus élevée, de 6,0%, chez les garçons. Les taux étaient un peu plus bas chez les jeunes de 14 ans, mais la différence entre celui des filles (1,2%) et celui des garçons (2,8%) n'était pas significative. Chez les jeunes de 15 ans, les filles (4,9%) ont par ailleurs plus souvent déclaré abuser de tranquillisants ou d'analgésiques puissants que les garçons (2,3%). Les taux correspondants étaient plus faibles chez les jeunes de 14 ans, tant pour les filles (3,4%) que pour les garçons (1,6%; Delgrande Jordan et al., 2023).

L'étude de cohorte sur les facteurs de risque liés à la consommation de substances (*Cohort Study on Substance Use Risk Factors, C-SURF*) fournit d'autres données représentatives obtenues auprès de 6000 jeunes hommes suisses âgés d'environ 20 ans, ayant passé le recrutement militaire entre 2010 et 2011. Il en ressort les taux suivants de prévalence sur douze mois de l'usage non médical de médicaments soumis à ordonnance: 6,8% pour les analgésiques puissants (notamment les opiacés), 3,0% pour les somnifères (notamment les médicaments Z), 2,6% pour les tranquillisants (notamment les benzodiazépines), 1,9% pour les psychostimulants (médicaments contre le TDAH comme le méthylphénidate) et 0,9% pour les antidépresseurs (Baggio et al., 2014). En comparaison, la prévalence sur douze mois pour le cannabis était de 30,5%, celle pour les stimulants

(MDMA, amphétamines et cocaïne) de 5,6% et celle pour les hallucinogènes (notamment le LSD et la psilocybine) de 5,0% (Baggio et al., 2014).

Une étude longitudinale de 2018 basée sur les données d'hommes et de femmes de 20 ans, sélectionnés à l'origine dans des écoles primaires zurichoises, a montré que 16,4% des personnes interrogées avaient déjà pris, de manière abusive en dehors d'un traitement médical, au moins une fois de la codéine, 6,1% des analgésiques contenant des opiacés (hommes: 19,1%; femmes: 13,9%) et 5,3% de la benzodiazépine (prévalences vie-entière), la première prise remontant à l'âge de 17 à 18 ans en moyenne (Quednow et al., 2022). À titre de comparaison, l'étude a mis en évidence les prévalences suivantes de la consommation de substances illégales sur toute la vie: 68,4% pour le cannabis, 15,4% pour l'ecstasy, 12,4% pour la cocaïne et 8,8% pour le LSD/la psilocybine. Ces deux dernières études sont présentées ici, bien que leurs données soient aujourd'hui quelque peu obsolètes. Aucune étude n'a été menée récemment en Suisse qui permettrait de comparer les taux de prévalence de l'abus de médicaments et de la consommation de substances. Outre la nécessité de renforcer la recherche épidémiologique dans ce domaine, il serait utile de disposer de définitions uniformes des notions et des systèmes de mesure.

Jeunes en situation difficile

Requérants d'asile mineurs non accompagnés (RMNA)

À la mi-2023, au moins 110 millions de personnes à travers le monde étaient en fuite et donc contraintes de quitter leur pays. Parmi elles, 36,4 millions étaient de réfugiés, dont près de la moitié avaient moins de 18 ans (*United Nations Refugee Agency*, 2024). En 2023, 30 223 personnes ont déposé une demande d'asile en Suisse, dont 3271 (10,8%) étaient des requérants d'asile mineurs non accompagnés (RMNA; Secrétariat d'État aux migrations, 2024). Bon nombre de ces jeunes ont vécu des choses terribles avant et pendant leur fuite, dont la violence, la famine et la misère. Ils constituent un groupe de personnes particulièrement vulnérables, en raison de leur jeune âge et de leur stade de développement. La vie dans les centres d'accueil pour demandeurs d'asile représente par ailleurs un défi particulier pour les enfants et les jeunes, car les conditions de logement ne répondent souvent pas à leurs besoins (Asefaw et al., 2018).

En Suisse, il n'existe presque pas de données sur la santé de ce groupe à haut risque, à l'exception de celles issues d'une étude menée dans le canton de Vaud, qui a consigné pendant plus d'un an l'état de santé de 109 RMNA, pour la plupart originaires d'Érythrée et d'Afghanistan (Genton et al., 2022). Durant la période étudiée, 39,4% de ces personnes ont reçu un diagnostic de maladie psychique dans le cadre d'un examen médical. Les diagnostics les plus fréquents sont la dépression (17,4%), les réactions à un stress prononcé et les troubles de l'adaptation (13,8%) ainsi que les troubles somatoformes douloureux

(c'est-à-dire les troubles physiques qui ne peuvent pas ou pas clairement être attribués à une maladie organique, 12,8%) et les troubles du sommeil non organiques (12,8% également). Ces résultats correspondent à ceux d'études réalisées en Allemagne (Gavranidou et al., 2008; Höhne et al., 2023; Rücker et al., 2017; Walg et al., 2017) et en Europe (Daniel-Calveras et al., 2022), selon lesquelles il est probable que la majorité des RMNA soient en proie à une forte détresse psychologique. En raison de la non-représentativité des échantillons et de l'utilisation de procédures de dépistage par auto-évaluation plutôt que d'entretiens cliniques, la généralisation et la pertinence de ces données sont toutefois limitées.

Les mineurs étrangers non accompagnés présentent un risque élevé de souffrir de maladies psychiques. En l'espace d'une année, une étude non représentative a fait état de diagnostics de maladies psychiques chez près de 40% de ces enfants et adolescents.

Enfants et adolescents placés

En Suisse, comme dans les autres pays industrialisés occidentaux, 1% environ des enfants et des jeunes ne peuvent pas, pour diverses raisons, grandir auprès de leurs parents (Thoburn, 2007). La Suisse ne possède toujours pas de statistique fiable sur l'aide à la jeunesse à l'échelle nationale. Selon des extrapolations, 18 900 jeunes environ bénéficiaient d'une telle aide en 2016 (Seiterle, 2018). Le placement d'un enfant peut être décidé si son entourage ne peut plus lui offrir les conditions requises pour son développement ou que son bien-être est menacé à long terme ou de manière aiguë.

Les données collectées dans le cadre du projet pilote *Modellversuch Abklärung und Zielerreichung in stationären Massnahmen* sur les mesures de placement (MAZ, Schmid et al., 2013) ont mis en lumière, dans le cadre d'une étude longitudinale, les fortes contraintes psychiques et psychosociales associées à un placement. Des entretiens cliniques visant à diagnostiquer d'éventuels troubles psychiques ont été menés auprès de 483 jeunes âgés de 6 à 25 ans placés en institution socio-éducative en Suisse (Dölitzsch et al., 2014). La prévalence sur trois mois de troubles psychiques était de 74%, 44% des jeunes remplissant les critères diagnostiques de plusieurs troubles. La moitié environ des personnes interrogées souffraient de troubles du comportement (49,4%, N = 480), 24,1% de troubles de la personnalité (N = 439), 14,6% de troubles anxieux et de stress, tandis que 14,8% présentaient des troubles mentaux et comportementaux liés à la consommation de substances psychotropes. Dans un sous-échantillon de 397 jeunes, 18,4% ont fait état d'un comportement d'automutilation répété, 19,4% avaient déjà eu des pensées suicidaires et 8,9% ont déclaré avoir fait une tentative de suicide. Les comportements d'automutilation, les pensées suicidaires et les tentatives de suicide étaient plus fréquents chez les femmes (Lüdtke et al., 2018).

La prévalence des troubles liés à la consommation de substances est également élevée parmi ces jeunes, et elle a tendance à augmenter après la sortie de l'institution (Kind et al., 2023). Kind et al. (2023) ont utilisé un design longitudinal pour étudier l'évolution de la consommation de substances chez 182 des jeunes adultes (âge moyen = 26,7 ans) placés naguère dans des institutions en Suisse et interrogés dans le cadre de l'étude MAZ, après leur sortie de l'institution. Alors que 41,2% des jeunes faisaient état d'une consommation de substances à risque lors de la première enquête, les taux de prévalence sur trois mois s'élevaient à 46,2% au moment de la deuxième enquête (dix ans plus tard). Les résultats de l'étude longitudinale MAZ montrent que les troubles psychiques chez les enfants et les adolescents placés sont plutôt la règle que l'exception et qu'ils apparaissent souvent sous forme de comorbidité.

Les enfants et les jeunes placés dans des institutions socio-éducatives sont très exposés: selon une étude représentative, 74% d'entre eux souffraient de troubles psychiques et 44% remplissaient les critères diagnostiques de plusieurs maladies psychiques.

2.6 Conclusion

Il ressort de ce rapport, comme de ceux de 2017 (von Wyl et al., 2017) et de 2020 (Tuch & Schuler, 2020), que les collectes de données systématiques sur la santé mentale des enfants et des adolescents sont rares en Suisse. Les études longitudinales, en particulier, font totalement défaut. De même, les données sur l'épidémiologie des maladies psychiques, collectées à l'aide d'entretiens cliniques, sont pratiquement inexistantes. Il est urgent de disposer de données fiables pour pouvoir prévoir des offres de prévention et de traitement adaptées aux enfants, aux adolescents et à leurs familles.

La situation en matière de données est particulièrement lacunaire pour la petite enfance et l'âge préscolaire: en dehors du registre du *Swiss Neonatal Network* sur les prématurés, il n'existe pas de relevés systématiques pour cette tranche d'âge. On ne dispose par ailleurs d'aucune donnée concernant la phase allant de l'école maternelle à la quatrième année scolaire (de 6 à 10 ans). Cela pose problème, car la santé mentale peut déjà représenter bien des défis à cet âge. C'est là en effet qu'apparaissent le plus souvent pour la première fois les troubles du développement neuronal (le TDAH, p. ex.) et les troubles psychiques liés à l'anxiété ou à la peur (p. ex. phobies spécifiques, anxiété de séparation; Solmi et al., 2022). Pour la période allant de la cinquième à la neuvième année scolaire (de 11 à 15 ans), l'enquête HBSC porte tous les quatre ans depuis 2002 sur la santé mentale d'un échantillon représentatif d'enfants et d'adolescents de toute la Suisse. Cette enquête étant menée également dans la plupart des pays d'Europe et d'Amérique du Nord, elle fournit

des résultats qui permettent d'établir des comparaisons internationales. Pour ce qui est de l'adolescence et du début de l'âge adulte, l'ESS constitue la principale source de données. Quant à l'étude S-YESMH, elle recueille sur une longue période des données concernant des adolescents et des jeunes adultes nés entre 1996 et 2000.

Que déduire des rares données disponibles sur la santé mentale des enfants, des adolescents et des jeunes adultes? Les données de l'enquête HBSC montrent que le niveau de bien-être est faible pour un tiers des enfants et des adolescents et que la détresse psychologique a augmenté au fil du temps, en particulier entre 2018 et 2022. Ces observations sont plus marquées pour les filles que pour les garçons. De plus, l'évolution correspond à celle observée dans la plupart des 43 pays de l'enquête HBSC, ce qui indique que des changements fondamentaux sont à l'œuvre (Cosma et al., 2023b). De plus, les résultats de l'évaluation que font les jeunes de leur santé mentale sont comparables en Suisse à ceux obtenus en Allemagne et en Autriche.

Les données de l'ESS 2022 et de l'enquête Omnibus 2022 montrent que neuf jeunes de 16 à 25 ans sur dix sont satisfaits de leur vie. La part des personnes qui font état d'un manque d'énergie et de vitalité ainsi que d'un faible sentiment de maîtrise est toutefois plus élevée dans cette tranche d'âge que dans la population plus âgée. Quant aux symptômes de dépression et d'anxiété, ils ont augmenté entre 2017 et 2022, tout comme les pensées suicidaires. C'est particulièrement vrai chez les jeunes femmes, dont la polyconsommation d'alcool et de médicaments est par ailleurs élevée, en réponse peut-être à ces troubles.

Globalement, les valeurs les plus récentes sur la détresse psychologique, datant de 2022, sont nettement plus élevées qu'avant la pandémie et nettement plus prononcées chez les filles et les jeunes femmes que chez les garçons et les jeunes hommes. Il est possible que les mesures prises lors de la pandémie de COVID-19 aient renforcé une tendance à la dégradation de la santé mentale observée depuis un certain temps. L'augmentation des cas de détresse psychologique s'inscrit également dans le contexte actuel de crises multiples ou polycrise (p. ex. Lawrence et al., 2024). On entend par là les différentes crises actuelles — pandémie, guerres en Ukraine et au Proche-Orient, changement climatique, situation économique incertaine, etc. Selon les experts, la pression de la performance et le stress, les rôles traditionnellement attribués aux sexes et aux genres ainsi que les médias sociaux sont trois facteurs centraux qui pèsent sur la santé mentale des jeunes femmes (Bigler et al., 2024). Les médias sociaux non réglementés et l'intelligence artificielle sont également cités comme des facteurs négatifs par la Lancet Psychiatry Commission, qui parle d'une crise mondiale de la santé mentale des jeunes en raison de l'ampleur du phénomène de détresse psychologique (McGorry et al., 2024). Même si l'on ne comprend pas totalement les causes de ce phénomène, les résultats sont inquiétants et des mesures concrètes s'imposent. Pour ce faire, Bigler et al. (2024) ont collaboré avec des spécialistes pour élaborer des propositions, qui comprennent des interventions, des changements de politique, des activités de mise en réseau et des travaux de relations publiques ainsi que la promotion de la recherche et des évaluations.

Disposer de meilleures données permet de mieux comprendre les causes et donc d'intervenir plus tôt et de manière plus appropriée dans la prévention et le traitement. Il s'agit désormais de mettre en œuvre des mesures tant comportementales que situationnelles, en faisant appel à tous les acteurs qui gravitent autour des lieux de vie des enfants, des adolescents et des jeunes adultes.

Les RMNA de même que les enfants et adolescents placés en institution socio-éducative constituent des groupes spécifiques dont la situation de vie difficile les expose à un risque fortement accru de souffrir de maladies psychiques. Alors que l'on ne dispose guère de données sur les RMNA, des données fiables sont disponibles sur la prévalence des troubles psychiques chez les enfants et les jeunes placés en institution. Il en ressort que le taux de prévalence sur trois mois des troubles psychiques atteignant près de 75%, ceux-ci sont la règle plutôt que l'exception dans ce groupe, où ils ont souvent un caractère comorbide. Les données mettent en outre en évidence une hausse de la consommation de substances à risque, de même qu'une recrudescence des comportements d'automutilation, des pensées suicidaires et des tentatives de suicide, en particulier chez les filles et les adolescentes (Lüdtke et al., 2018). Deux tiers d'entre elles souffrent de traumatismes dus à la violence domestique, à des mauvais traitements physiques ou à des abus sexuels. La société doit chercher des solutions mieux adaptées pour que ce groupe d'enfants et d'adolescents ait de meilleures chances de vivre en bonne santé mentale.

En résumé, les données mettent en évidence une forte augmentation depuis 2018 de la détresse psychologique chez les filles, les adolescentes et les jeunes femmes, à partir de l'âge de 11 ans. Ces personnes manquent d'énergie, ont le sentiment d'avoir peu d'emprise sur leur vie et se sentent souvent seules. La santé mentale des garçons, des adolescents et des jeunes hommes est meilleure. Reste à savoir dans quelle mesure la détresse psychologique est effectivement moins marquée dans ce groupe ou si elle s'y manifeste différemment et n'y est pas observée, par manque de sensibilité aux questions de genre, en raison d'une participation plus faible aux études ou d'un recours moins marqué à l'aide proposée.

Si l'on dispose certes d'indices sur les causes possibles de ce haut niveau de détresse psychologique, on n'en saisit pas encore suffisamment la complexité. Plus d'un tiers des futurs adultes étant en proie à une détresse psychologique, il ne suffit pas de développer les soins de santé, mais il faut aborder le problème selon une perspective globale, en invitant tous les acteurs de la société à agir de manière préventive. La détérioration de la santé mentale des enfants, des adolescents et des jeunes adultes s'observe également au niveau international. En plus des initiatives nationales (p. ex. recommandations en matière de santé mentale, prise de position de la Commission fédérale pour l'enfance et la jeunesse [CFEJ] sur la promotion de la santé mentale des enfants et des adolescents sur le long terme), il est donc judicieux de collaborer étroitement au niveau international et de mettre en œuvre des programmes internationaux qui ont fait leurs preuves (p. ex. initiative de l'OMS pour la santé mentale des jeunes; initiative HAT de l'UNICEF-OMS [*Helping Adolescents Thrive*]).

2.7 Bibliographie

- Albrecht, J. N., Werner, H., Rieger, N., Jenni, O. G., & Huber, R. (2022). Sleep and health-related characteristics among adolescents during COVID-19: An update. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(9). <https://doi.org/10.3390/ijerph19095078>
- Arnett, J. J. (2024). *Emerging adulthood: The winding road from the late teens through the twenties* (Third edition). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oso/9780197695937.001.0001>
- Asefaw, F., Bombach, C., & Wöckel, L. (2018). In der Schweiz lebende Minderjährige mit Fluchterfahrungen. *Swiss Archives of Neurology, Psychiatry and Psychotherapy*. <https://doi.org/10.4414/sanp.2018.00605>
- Baggio, S., Studer, J., Mohler-Kuo, M., Daepfen, J.-B., & Gmel, G. (2014). Non-medical prescription drug and illicit street drug use among young Swiss men and associated mental health issues. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 26(4), 525–530. <https://doi.org/10.1515/ijamh-2013-0330>
- Balsiger, N., Delgrande Jordan, M., & Schmidhauser, V. (2023). *Gesundheit und Wohlbefinden bei Jugendlichen (Fact Sheet)*. Sucht Schweiz.
- Barrense-Dias, Y., Chok, L., & Suris, J.-C. (2021). *A picture of mental health of adolescents in Switzerland and Liechtenstein*. Lausanne, Université – Centre universitaire de médecine générale et santé publique, 2021 (Raisons de santé 323). <https://doi.org/10.16908/issn.1660-7104/323>
- Bartal, T., Adams, M., Natalucci, G., Borradori-Tolsa, C., & Latal, B. (2020). Behavioral problems in very preterm children at five years of age using the Strengths and Difficulties Questionnaire: A multicenter cohort study. *Early Human Development*, 151, 105200.
- Bengel, J., Meinders-Lücking, F., & Rottmann, N. (2009). *Schutzfaktoren bei Kindern und Jugendlichen Stand der Forschung zu psychosozialen Schutzfaktoren für Gesundheit*. Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung, BZgA.
- Benz, M., & Scholtes, K. (2015). Von der normalen Entwicklung zur Entwicklungskrise und zur Regulationsstörung. In M. Cierpka (Hrsg.), *Regulationsstörungen: Beratung und Psychotherapie für Eltern mit kleinen Kindern* (S. 1–14). Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-642-40742-0_1
- Bigler, C., Pita, Y., & Amacker, M. (2024). *Psychische Gesundheit von jungen Frauen. Bericht im Auftrag von Gesundheitsförderung Schweiz*. Interdisziplinäres Zentrum für Geschlechterforschung, Universität Bern.
- Borbás, R., Fehlbaum, L. V., Dimanova, P., Negri, A., Arudchelvam, J., Schnider, C. B., & Raschle, N. M. (2021). Mental well-being during the first months of Covid-19 in adults and children: Behavioral evidence and neural precursors. *Scientific Reports*, 11(1), 17595. <https://doi.org/10.1038/s41598-021-96852-0>
- Brazelton, T. B. (1998). How to help parents of young children: The Touchpoints model. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 3(3), 481–483.
- Carigiet, T., Troesch, L. M., & Schaller, P. (2020). Gelingt der Übergang in den Kindergarten? Erkenntnisse aus einer Befragung von Kindergartenlehrpersonen und Eltern. *Schweizerische Zeitschrift für Bildungswissenschaften*, 42(1), 187–209.
- Cosma, A., Abdrakhmanova, S., Taut, D., Schrijvers, K., Catunda, C., & Schnohr, C. (2023a). *A focus on adolescent mental health and wellbeing in Europe, central Asia and Canada. Health Behaviour in School-aged Children international report from the 2021/2022 survey. Volume 1*. World Health Organization. Regional Office for Europe; WHO IRIS. <https://iris.who.int/handle/10665/373201>
- Cosma, M. Bersia, S. Abdrakhmanova, P. Badura & I. Gobina. (2023b). *Coping through crisis: COVID-19 pandemic experiences and adolescent mental health and well-being in the WHO European Region: impact of the COVID-19 pandemic on young people's health and well-being from the findings of the HBSC survey round 2021/2022*. World Health Organization. Regional Office for Europe. <https://iris.who.int/handle/10665/369474>
- Crittenden, P. M. (2016). *Raising Parents. Attachment, representation, and treatment* (second edition). Routledge.
- Daniel-Calveras, A., Baldaquí, N., & Baeza, I. (2022). Mental health of unaccompanied refugee minors in Europe: A systematic review. *Child Abuse & Neglect*, 133, 105865. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2022.105865>
- Delgrande Jordan, M., Balsiger, N., & Schmidhauser, V. (2023). *La consommation de substances psychoactives des 11 à 15 ans en Suisse – Situation en 2022 et évolution dans le temps – Résultats de l'étude Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) (rapport de recherche No 149)*. Addiction Suisse. <https://doi.org/10.58758/rech149>

- Delobel-Ayoub, M., Arnaud, C., White-Koning, M., Casper, C., Pierrat, V., Garell, M., Burguet, A., Roze, J. C., Matis, J., Picaud, J. C., Kaminski, M., Larroque, B., & EPIPAGE Study Group (2009). Behavioral problems and cognitive performance at 5 years of age after very preterm birth: the EPIPAGE Study. *Pediatrics*, 123(6), 1485–1492. <https://doi.org/10.1542/peds.2008-1216>
- Dölitzsch, C., Fegert, J. M., Künster, A., Kölch, M., Schmeck, K., & Schmid, M. (2014). Mehrfachdiagnosen bei schweizer heimgänglichen. [Multiple diagnoses in Swiss youths in residential care.]. *Kindheit und Entwicklung: Zeitschrift für Klinische Kinderpsychologie*, 23(3), 140–150. <https://doi.org/10.1026/0942-5403/a000140>
- Dratva, J., Wieber, F., Marti, S., & Klein Swormink, A. M. (2022). Secondary impact of COVID-19 containment measures in children, adolescents, and young adults: Mental health and recommendations. <https://digitalcollection.zhaw.ch/handle/11475/25710>
- Eisenberg, N., Spinrad, T. L., & Eggum, N. D. (2010). Emotion-related self-regulation and its relation to children's maladjustment. In *Annual Review of Clinical Psychology*, 6 (6 495–525). <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.121208.131208>
- Elgen, S.K., Leversen, K.T., Grundt, J.H. et al. (2012). Mental health at 5 years among children born extremely preterm: a national population-based study. *European Journal of Child and Adolescent Psychiatry* 21, 583–589. <https://doi.org/10.1007/s00787-012-0298-1>
- Ertanir, B., Kassis, W., & Garrote, A. (2021). Longitudinal changes in Swiss adolescent's mental health outcomes from before and during the COVID-19 pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(23). <https://doi.org/10.3390/ijerph182312734>
- Eschenbeck, H., & Knauf, R.-K. (2018). Entwicklungsaufgaben und ihre Bewältigung. In A. Lohaus (Hrsg.), *Entwicklungspsychologie des Jugendalters* (S. 23–50). Springer. https://doi.org/10.1007/978-3-662-55792-1_2
- Eschenbeck, H., & Lohaus, A. (2022). Bedeutung von Peerbeziehungen im Zusammenhang mit der Entwicklung von Gesundheit und Wohlbefinden von Jugendlichen. In A. Heinen, R. Samuel, C. Vögele, & H. Willems (Hrsg.), *Wohlbefinden und Gesundheit im Jugendalter: Theoretische Perspektiven, empirische Befunde und Praxisansätze* (S. 101–128). Springer Fachmedien Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-658-35744-3_6
- Fleming, L. L., & McDermott, T. J. (2024). Cognitive control and neural activity during human development: Evidence for synaptic pruning. *The Journal of Neuroscience*, 44(26), e0373242024. <https://doi.org/10.1523/JNEUROSCI.0373-24.2024>
- Foster, S., Estevez-Lamorte, N., Walitza, S., Dzemaili, S., & Mohler-Kuo, M. (2023a). Perceived stress, coping strategies, and mental health status among adolescents during the COVID-19 pandemic in Switzerland: A longitudinal study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 32(6), 937–949. <https://doi.org/10.1007/s00787-022-02119-y>
- Foster, S., Estevez-Lamorte, N., Walitza, S., & Mohler-Kuo, M. (2023b). The impact of the COVID-19 pandemic on young adults' mental health in Switzerland: A longitudinal cohort study from 2018 to 2021. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(3). <https://doi.org/10.3390/ijerph20032598>
- Gavranidou, M., Niemiec, B., Magg, B., & Rosner, R. (2008). Traumatische Erfahrungen, aktuelle Lebensbedingungen im Exil und psychische Belastung junger Flüchtlinge. *Kindheit und Entwicklung*, 17(4), 224–231. <https://doi.org/10.1026/0942-5403.17.4.224>
- Genton, P. C., Wang, J., Bodenmann, P., & Ambresin, A.-E. (2022). Clinical profile and care pathways among unaccompanied minor asylum seekers in Vaud, Switzerland. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 34(3), 20190140. <https://doi.org/10.1515/ijamh-2019-0140>
- Grossmann, K. E., Grossmann, K., & Waters, E. (2006). *Attachment from infancy to adulthood: The major longitudinal studies*. Guilford Press.
- Havighurst, R. J. (1972). *Developmental tasks and education*. Longmans Green.
- Höhne, E., Banaschewski, T., Bajbouj, M., Böge, K., Sukale, T., & Kamp-Becker, I. (2023). Prevalences of mental distress and its associated factors in unaccompanied refugee minors in Germany. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 32(7), 1211–1217. <https://doi.org/10.1007/s00787-021-01926-z>
- Holodynski, M. (2006). *Emotionen-Entwicklung und Regulation*. Springer-Verlag.
- Hurrelmann, K., & Quenzel, G. (2022). *Lebensphase Jugend: Eine Einführung in die sozialwissenschaftliche Jugendforschung*. Beltz Juventa.
- Jenni, O. (2021). *Die kindliche Entwicklung verstehen: Praxiswissen über Phasen und Störungen*. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-62448-7>
- Kiel, N., Samdan, G., Wienke, A. S., Reinelt, T., Pauen, S., Mathes, B., & Herzmann, C. (2024). From co-regulation to self-regulation: Maternal soothing strategies and self-efficacy in relation to maternal reports of infant regulation at 3 and 7 months. *Infant Mental Health Journal: Infancy and Early Childhood*, 45(2), 135–152. <https://doi.org/10.1002/imhj.22098>

- Konrad, K., & König, J. (2018). Biopsychologische Veränderungen. In A. Lohaus (Hrsg.). *Entwicklungspsychologie des Jugendalters* (S. 1–21). Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-662-55792-1_1
- Larsen, B., & Luna, B. (2018). Adolescence as a neurobiological critical period for the development of higher-order cognition. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 94, 179–195. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2018.09.005>
- Lawrence, M., Homer-Dixon, T., Janzwood, S., Rockstöm, J., Renn, O., & Donges, J. F. (2024). Global polycrisis: The causal mechanisms of crisis entanglement. *Global Sustainability*, 7, e6. Cambridge Core. <https://doi.org/10.1017/sus.2024.1>
- Liu, R. T., Walsh, R. F. L., Sheehan, A. E., Cheek, S. M., & Sanzari, C. M. (2022). Prevalence and Correlates of Suicide and Nonsuicidal Self-Injury in Children: A Systematic Review and Meta-Analysis. *JAMA Psychiatry*, 79(7), 718–726. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2022.1256>
- Lohaus, A. (2018). *Entwicklungspsychologie des Jugendalters*. Springer.
- Lütke, J., In-Albon, T., Schmeck, K., Plener, P. L., Fegert, J. M., & Schmid, M. (2018). Nonsuicidal Self-Injury in Adolescents Placed in Youth Welfare and Juvenile Justice Group Homes: Associations with Mental Disorders and Suicidality. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 46(2), 343–354. <https://doi.org/10.1007/s10802-017-0291-8>
- Ludwig-Walz, H., Dannheim, I., Pfadenhauer, L. M., Fegert, J. M., & Bujard, M. (2022). Increase of depression among children and adolescents after the onset of the COVID-19 pandemic in Europe: a systematic review and meta-analysis. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 16(1), 109.
- Ludwig-Walz, H., Dannheim, I., Pfadenhauer, L. M., Fegert, J. M., & Bujard, M. (2023). Anxiety increased among children and adolescents during pandemic-related school closures in Europe: a systematic review and meta-analysis. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 17(1), 74.
- Luna, B., Marek, S., Larsen, B., Tervo-Clemmens, B., & Chahal, R. (2015). An integrative model of the maturation of cognitive control. *Annual Review of Neuroscience*, 38(1), 151–170.
- Lux, U., Müller, M., Reck, C., Liel, C., & Walper, S. (2023). Linking maternal psychopathology to children's excessive crying and sleeping problems in a large representative German sample—The mediating role of social isolation and bonding difficulties. *Infancy*, 28(2), 435–453. <https://doi.org/10.1111/inf.12514>
- Maier, L. J., Liechti, M. E., Herzig, F., & Schaub, M. P. (2013). To dope or not to dope: Neuroenhancement with prescription drugs and drugs of abuse among Swiss university students. *PLoS ONE*, 8(11), e77967. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0077967>
- Marcia, J. E., Waterman, A. S., Matteson, D. R., Archer, S. L., & Orlofsky, J. L. (2012). *Ego identity: A handbook for psychosocial research*. Springer Science & Business Media.
- Marciano, L., Schulz, P. J., & Camerini, A. (2022a). How do depression, duration of internet use and social connection in adolescence influence each other over time? An extension of the RI-CLPM including contextual factors. *Computers in Human Behavior*, 136, 107390. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2022.107390>
- Marciano, L., Viswanath, K., Morese, R., & Camerini, A. (2022b). Screen time and adolescents' mental health before and after the COVID-19 lockdown in Switzerland: A natural experiment. *Frontiers in Psychiatry*, 13. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2022.981881>
- McGorry, P. D., Mei, C., Dalal, N., Alvarez-Jimenez, M., Blakemore, S. J., Browne, V., Dooley, B., Hickie, I., Jones, P., McDaid, D., Mihalopoulos, C., Wood, S. J., El Azzouzi, F., Fazio, J., Gow, E., Hanjabam, S., Heyes, A., Morris, A., Pang, E., ... & Killackey, E. (2024). The Lancet Psychiatry Commission on youth mental health. *The Lancet Psychiatry*, 11(9), 731–774.
- Messerli-Bürgy, N., Kakebeeke, T. H., Arhab, A., Stülz, K., Zysset, A. E., Leeger-Aschmann, C. S., Schmutz, E. A., Fares, F., Meyer, A. H., Munsch, S., Kriemler, S., Jenni, O. G., & Puder, J. J. (2016). The Swiss Preschoolers' health study (SPLASHY): Objectives and design of a prospective multi-site cohort study assessing psychological and physiological health in young children. *BMC Pediatrics*, 16(1), 85. <https://doi.org/10.1186/s12887-016-0617-7>
- Messerli-Bürgy, N., Meyer, A. H., Kakebeeke, T. H., Stülz, K., Arhab, A., Zysset, A., Leeger-Aschmann, C. S., Schmutz, E. A., Schneider, S., Kriemler, S., Jenni, O. G., Puder, J. J., & Munsch, S. (in preparation). *Do infant regulatory problems mediate the relation between early life stress and preschoolers' behavioral problems?* University of Luzern.
- O'Connor, A. (2017). *Understanding transitions in the early years: Supporting change through attachment and resilience*. Routledge.
- Office fédéral de la Statistique OFS (2024). *Mortalité infantile et santé des nouveau-nés en 2023*, <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/gesundheit.gnpdetail.2024-0120.html>
- Peter, C. & Tuch, A. (2024). *Suizidales Erleben und Verhalten – In der Bevölkerung der Schweiz 2022* (Obsan Bulletin 08/2024). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

Peter, C., Tuch, A. & Schuler, D. (2023). *Psychische Gesundheit – Erhebung Herbst 2022. Wie geht es der Bevölkerung in der Schweiz? Sucht sie sich bei psychischen Problemen Hilfe?* (Obsan Bericht 03/2023). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

Polanczyk, G. V., Salum, G. A., Sugaya, L. S., Caye, A., & Rohde, L. A. (2015). Annual research review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 56(3), 345–365. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12381>

Quednow, B., Steinhoff, A., Bechtiger, L., Ribeaud, D., Eisner, M., & Shanahan, L. (2022). High Prevalence and Early Onsets: Legal and Illegal Substance Use in an Urban Cohort of Young Adults in Switzerland. *European Addiction Research*, 28(3), 186–198. <https://doi.org/10.1159/000520178>

Resch, F., & Parzer, P. (2022). Adoleszenz. In F. Resch & P. Parzer (Hrsg.), *Risikoverhalten und Selbstregulation bei Jugendlichen: Eine kybernetische Sichtweise* (S. 1–14). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-031-15455-3_1

Rougemont-Bücking, A., Grazioli, V. S., Marmet, S., Daeppen, J.-B., Lemoine, M., Gmel, G., & Studer, J. (2018). Non-medical use of prescription drugs by young men: Impact of potentially traumatic events and of social-environmental stressors. *European Journal of Psychotraumatology*, 9(1), 1468706. <https://doi.org/10.1080/20008198.2018.1468706>

Rücker, S., Büttner, P., Lambert, B., Karpinski, N., & Petermann, F. (2017). Resilient oder Risikogruppe? *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 66(4), 242–258. <https://doi.org/10.13109/prkk.2017.66.4.242>

Sacco, R., Camilleri, N., Eberhardt, J., Umla-Runge, K., & Newbury-Birch, D. (2024) A systematic review and meta-analysis on the prevalence of mental disorders among children and adolescents in Europe. *European Child Adolescent Psychiatry* 33, 2877–2894. <https://doi.org/10.1007/s00787-022-02131-2>

Schmidt, S. J., Barblan, L. P., Lory, I., & Landolt, M. A. (2021). Age-related effects of the COVID-19 pandemic on mental health of children and adolescents. *European Journal of Psychotraumatology*, 12(1), 1901407. <https://doi.org/10.1080/20008198.2021.1901407>

Schmid, M., Köchl, M., Fegert, J. M., Schmeck, K., & MAZ-Team. (2013). *Abschlussbericht Modellversuch Abklärung und Zielerreichung in stationären Massnahmen*. Zugriff unter: <https://www.bj.admin.ch/dam/data/bj/sicherheit/smv/modellversuche/evaluationsberichte/maz-schlussbericht-d.pdf>

Seiterle, N. (2018). *Ergebnisbericht Bestandesaufnahme Pflegekinder Schweiz 2016*. Zürich: PACH Pflege- und Adptiv-kinder Schweiz.

Silkenbeumer, J., Schiller, E.-M., Holodynski, M., & Kärtner, J. (2016). The role of co-regulation for the development of social-emotional competence. *Journal of Self-regulation and Regulation*, 2, 17–32.

Silvers, J. A. (2022). Adolescence as a pivotal period for emotion regulation development. *Current Opinion in Psychology*, 44, 258–263. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2021.09.023>

Solmi, M., Radua, J., Olivola, M., Croce, E., Soardo, L., Salazar de Pablo, G., Il Shin, J., Kirkbride, J. B., Jones, P., Kim, J. H., Kim, J. Y., Carvalho, A. F., Seeman, M. V., Correll, C. U., & Fusar-Poli, P. (2022). Age at onset of mental disorders worldwide: Large-scale meta-analysis of 192 epidemiological studies. *Molecular Psychiatry*, 27(1), 281–295. <https://doi.org/10.1038/s41380-021-01161-7>

Staatssekretariat für Migration. (2024). *Statistik UMA*. Schweizerische Eidgenossenschaft. https://www.sem.admin.ch/sem/de/home/publiservice/statistik/asylstatistik/statistik_uma.html

Stadt Zürich Schulgesundheitsdienste. (2023). *Gesundheit von Schüler*innen der Stadt Zürich. Resultate der Befragung Schuljahr 2022/23*. https://www.stadt-zuerich.ch/ssd/de/index/gesundheit_und_praevention/publikationen-broschueren/resultate-gesundheitsbefragung-jugendliche-stadt-zuerich.html

Steinhausen, H. C., Metzke, C. W., Meier, M., & Kannenberg, R. (1998). Prevalence of child and adolescent psychiatric disorders: The Zürich Epidemiological Study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 98(4), 262–271. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1998.tb10082.x>

Steinhausen, H.C., & Winkler Metzke, C. (2007). Continuity of functional-somatic symptoms from late childhood to young adulthood in a community sample. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 48(5), 508–513. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2006.01721.x>

Steinhoff, A., Ribeaud, D., Kupferschmid, S., Raible-Destan, N., Quednow, B. B., Hepp, U., Eisner, M., & Shanahan, L. (2021). Self-injury from early adolescence to early adulthood: Age-related course, recurrence, and services use in males and females from the community. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 30(6), 937–951. <https://doi.org/10.1007/s00787-020-01573-w>

- Stülb, K., Messerli-Bürgy, N., Kakebeeke, T. H., Arhab, A., Zysset, A. E., Leeger-Aschmann, C. S., Schmutz, E. A., Meyer, A. H., Kriemler, S., Jenni, O. G., Puder, J. J., & Munsch, S. (2019). Prevalence and Predictors of Behavioral Problems in Healthy Swiss Preschool Children Over a One Year Period. *Child Psychiatry & Human Development*, 50(3), 439–448. <https://doi.org/10.1007/s10578-018-0849-x>
- Thoburn, J. (2007). *Globalisation and child welfare: some lessons from a cross-national study of children in out-of-home care*. Norwich: School of Social Work and Psychosocial Sciences.
- Tuch, A., & Schuler, D. (2020). *Psychische Gesundheit*. In *Gesundheit in der Schweiz – Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene*. Nationaler Gesundheitsbericht 2020. Hogrefe Verlag.
- United Nations Refugee Agency. (2024). *Zahlen im Überblick*. United Nations. <https://www.unhcr.org/dach/ch-de/ueber-uns/zahlen-im-ueberblick>
- von Wyl, A., Chew Howard, E., Bohleber, L., & Haemmerle, P. (2017). *Psychische Gesundheit und Krankheit von Kindern und Jugendlichen in der Schweiz: Versorgung und Epidemiologie. Eine systematische Zusammenstellung empirischer Berichte von 2006 bis 2016*. (Obsan Dossier 62). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Walg, M., Fink, E., Großmeier, M., Temprano, M., & Hapfelmeier, G. (2017). Häufigkeit psychischer Störungen bei unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen in Deutschland. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 45(1), 58–68. <https://doi.org/10.1024/1422-4917/a000459>
- Woerner, W., Becker, A., Friedrich, C., Klasen, H., Goodman, R., & Rothenberger, A. (2002). Normierung und Evaluation der deutschen Elternversion des Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ): Ergebnisse einer repräsentativen Felderhebung. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 30(2), 105–112.
- Woodward, L. J., Moor, S., Hood, K. M., Champion, P. R., Foster-Cohen, S., Inder, T. E., & Austin, N. C. (2009). Very preterm children show impairments across multiple neurodevelopmental domains by age 4 years. *Archives of disease in childhood. Fetal and neonatal edition*, 94(5), F339–F344. <https://doi.org/10.1136/adc.2008.146282>
- Young, K. S., Sandman, C. F., & Craske, M. G. (2019). Positive and negative emotion regulation in adolescence: Links to anxiety and depression. *Brain Sciences*, 9(4). <https://doi.org/10.3390/brainsci9040076>
- Zeanah, C., & Zeanah, P. (2001). Towards a definition of infant mental health. *Zero to Three*, 22(1), 13–20.
- Zumbach-Basu, J. (2023). Bereiche und Phasen der kindlichen Entwicklung. In J. M. Fegert, T. Meysen, H. Kindler, K. Chauviré-Geib, U. Hoffmann, & E. Schumann (Hrsg.), *Gute Kinderschutzverfahren: Tatsachenwissenschaftliche Grundlagen, rechtlicher Rahmen und Kooperation im familiengerichtlichen Verfahren* (S. 137–159). Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-662-66900-6_9

03 La santé mentale des adultes



Manon Duay, Laurence Seematter-Bagnoud & Mauricio Avendano-Pabon
Unisanté

Messages clés

- En Suisse, en 2022, neuf personnes adultes (25 à 64 ans) sur dix estiment avoir une bonne ou très bonne qualité de vie, et les deux tiers rapportent un niveau d'énergie et de vitalité moyen ou élevé. Le pourcentage d'adultes en Suisse qui se déclarent très énergiques et pleins de vitalité augmente fortement avec l'âge. Cependant, les adultes se sentent moins souvent heureux que les jeunes (moins de 25 ans) et les seniors (65 ans et plus).
- Malgré la prévalence élevée des indicateurs de santé mentale positive, les symptômes de dépression ou d'anxiété sont fréquents chez les adultes. En 2022, environ un tiers des adultes ont présenté de symptômes dépressifs au cours des deux dernières semaines, avec des symptômes sévères ou modérés chez 11,7% des femmes et 8,5% des hommes.
- Les informations sur la prévalence des diagnostics de troubles psychiques proviennent d'études réalisées sur de petits échantillons régionaux, sans données représentatives pour l'ensemble de la Suisse. Ces études mettent néanmoins en évidence que les troubles psychiques sont plus fréquents chez les femmes et que les diagnostics les plus représentés sont la dépression, l'anxiété et les phobies spécifiques ainsi que les troubles du comportement alimentaire. Chez les hommes, les troubles les plus répandus sont ceux liés à l'utilisation de substances.
- Deux adultes sur cinq ont eu des pensées suicidaires au moins une fois dans leur vie, avec des écarts minimes entre les hommes et les femmes. Cependant, le nombre de suicides est plus élevé chez les hommes, tandis que les tentatives de suicide sont plus fréquentes chez les femmes. Depuis les années 1980, les taux de suicide chez les adultes en Suisse sont en baisse.
- L'Organisation mondiale de la santé identifie trois types de facteurs de risque: les facteurs individuels, les facteurs familiaux ou communautaires et les facteurs structurels. Les troubles du sommeil sont présentés dans la littérature suisse comme un facteur individuel important pour les adultes. La littérature met en exergue les défis liés à la transition vers la parentalité, les conflits entre travail et vie de famille et le rôle de proche aidant comme facteurs familiaux ou communautaires. Enfin, la pandémie de COVID-19 est un facteur structurel qui a affecté la santé mentale de la population ces dernières années.
- Il est essentiel d'améliorer la collecte et la disponibilité des données sur l'incidence des problèmes de santé mentale à l'échelle nationale, mais aussi au niveau cantonal ou régional en y incluant des informations sur le contexte socio-économique, professionnel et familial. Il est par ailleurs important de disposer de données sur la consommation de substances et les problématiques liées aux addictions.

3.1 Introduction

La santé mentale évolue tout au long du parcours de vie, avec des facteurs de risque et de protection qui interviennent à différents niveaux (voir chapitres 1–9). La période entre 25 et 64 ans est marquée par plusieurs transitions majeures au cours desquelles les adultes doivent faire face à des défis importants comme le maintien d'un équilibre entre vie professionnelle et vie privée, la progression de leur carrière, le début de la parentalité et les responsabilités croissantes au sein de la famille (Kirkbride et al., 2024). Vers la fin de la cinquantaine, la majorité des adultes en Suisse se préparent à la transition vers la retraite, une étape associée, selon la littérature, à des changements dans la santé mentale (Li et al., 2021).

Plusieurs grandes tendances sociétales récentes ont aussi pu influencer la santé mentale des adultes (Moen, 2022). Parmi celles-ci figurent la diminution de la sécurité économique, particulièrement marquée chez les jeunes adultes (Guan et al., 2022), l'intensification du conflit entre les contraintes professionnelles et les exigences de la vie familiale (Hämmig & Bauer, 2009) et le vieillissement démographique qui accroît la demande de soins informels (Rocard & Llena-Nozal, 2022), avec des conséquences importantes pour la santé mentale des proches aidants (Lacey et al., 2019). De même, la pandémie de COVID-19 a exercé un impact significatif sur les transitions clés de la vie adulte et les sources de stress liées à la santé mentale des adultes en Suisse (Foster et al., 2023).

L'objectif de ce chapitre est de présenter une vue d'ensemble de la santé mentale des adultes âgés de 25 à 64 ans en Suisse. Le chapitre explore les questions suivantes : Quel est l'état de la santé mentale des adultes de 25 à 64 ans en Suisse, tant en termes de troubles ou maladies psychiques que de santé mentale positive ? Comment la santé mentale a-t-elle évolué au cours des deux dernières décennies ? Le chapitre analyse également les facteurs de risque et de protection identifiés dans la littérature suisse. Enfin, il propose des pistes pour approfondir les connaissances sur la santé mentale des adultes. Ce chapitre s'appuie sur une méthodologie de recherche et présente une revue rapide des articles scientifiques pertinents concernant la Suisse. Lorsque des informations supplémentaires étaient nécessaires, des études européennes ont été incluses. De plus, les données de l'Enquête suisse sur la santé (ESS) ont été analysées pour plusieurs indicateurs.

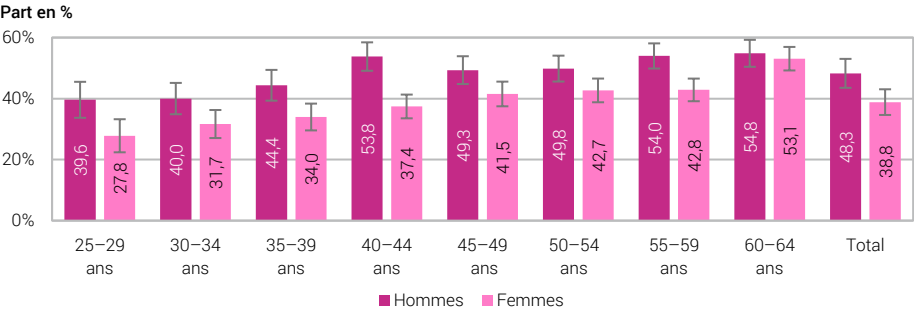
3.2 Vue d'ensemble de la santé mentale des adultes

Santé mentale positive

La santé mentale ne doit pas être considérée comme l'absence de problèmes psychiques, mais comme un état de bien-être incluant l'équilibre affectif et les compétences psychosociales (Shankland, 2019). Cette section se concentre sur des indicateurs clés de la santé mentale positive en Suisse et en Europe, notamment la qualité de vie, le sentiment de bonheur et le sentiment de maîtrise de la vie.

Le graphique G3.1 présente les résultats 2022 de l'ESS concernant le pourcentage de la population adulte déclarant avoir eu un niveau d'énergie élevé ou moyen au cours des 4 dernières semaines. Il ressort de ces données que le niveau d'énergie et de vitalité est plus élevé chez les hommes que chez les femmes (48,2% contre 38,8%). De même, il est plus important chez les 60 à 64 ans (53,1% chez les hommes, 54,8% chez les femmes) que chez les 25 à 29 ans (27,8% chez les hommes, 39,6% chez les femmes). Les données du baromètre européen permettent des comparaisons avec d'autres pays européens. En 2023, les participants à cette enquête ont été invités à choisir la réponse qui décrivait le mieux la manière dont ils se sentaient dans leur vie quotidienne. Les résultats suggèrent que la proportion d'adultes déclarant s'être sentis pleins d'énergie au cours des quatre dernières semaines ne varie pas avec l'âge dans les autres pays européens (European Commission, 2023). En revanche, la proportion d'adultes déclarant s'être sentis calmes et paisibles passe de 20% chez les 25 à 39 ans à 25% chez les 40 à 54 ans et à 38% chez les plus de 55 ans.

Niveau d'énergie et de vitalité élevé ou moyen, 2022 G3.1



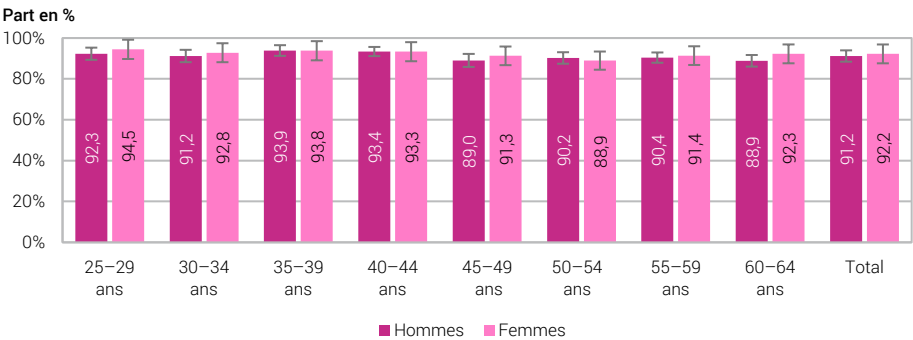
Intervalle de confiance à 95%

Source: OFS – ESS

© Obsan 2025

Le graphique G3.2 présente des données sur la qualité de vie en Suisse sur la base de l'ESS 2022. Le pourcentage d'adultes déclarant jouir d'une bonne ou très bonne qualité de vie est très élevé, atteignant 91,2% chez les hommes et 92,2% chez les femmes. Cette proportion ne change pas avec l'âge puisqu'elle est de 93,3% chez les 25 à 29 ans et de 90,6% chez les 60 à 64 ans.

Qualité de vie bonne ou très bonne, 2022 G3.2



Intervalle de confiance à 95%

Source: OFS – ESS

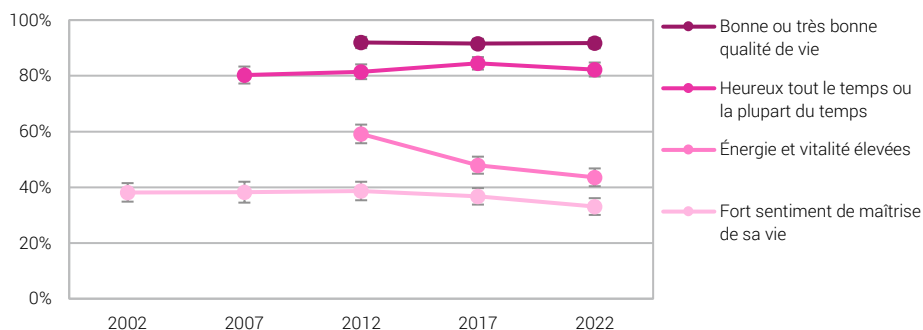
© Obsan 2025

Le graphique G3.3 présente l'évolution dans le temps pour les indicateurs de santé positive de l'ESS. La qualité de vie élevée s'est maintenue tout au long de la dernière décennie, atteignant 92,0% en 2012, 91,0% en 2017 et 91,7% en 2022, tendance également observée pour d'autres indicateurs de santé mentale positive dans l'Enquête sur les revenus et les conditions de vie (SILC) (Schuler, 2023). Le sentiment de maîtrise de la vie est resté stable entre 2002 et 2017, mais a légèrement diminué en 2022. On constate une tendance à la baisse du niveau d'énergie et de vitalité, en particulier entre 2012 et 2017: la proportion d'adultes en Suisse ayant un niveau d'énergie et de vitalité élevé a diminué, passant de 59,1% en 2012 à 47,9% en 2017 et à 43,6% en 2022. Cependant, la proportion d'adultes déclarant se sentir heureux tout le temps ou la plupart du temps (une dimension évaluée dans le cadre de l'instrument MHI-5 issu de l'étude MOS SF-36) (Veit & Ware, 1983) est restée constante et supérieure à 80%. Ces résultats suggèrent qu'il y a eu peu de changement dans les indicateurs positifs de santé mentale au cours des 20 dernières années.

Indicateurs de santé mentale positive chez les 25 à 64 ans

G3.3

Part en %



Intervalle de confiance à 95%

Source: OFS – ESS

© Obsan 2025

Un gradient social se manifeste également dans les indicateurs de santé positive. Par exemple, 32,1% des personnes ayant suivi la scolarité obligatoire ont le sentiment de maîtriser leur vie, contre 38,1% chez celles ayant un niveau de formation tertiaire. Par ailleurs, 82,9% des adultes ayant suivi uniquement la scolarité obligatoire déclarent avoir une qualité de vie élevée, tandis que ce chiffre atteint 95,0% chez les adultes disposant d'un niveau de formation tertiaire.

En Suisse, le niveau de la qualité de vie au sein de la population adulte est élevé. Globalement, les indicateurs de santé psychique positive sont stables dans le temps. Concernant le taux d'énergie et de vitalité, la proportion d'adultes ayant une énergie et une vitalité élevées a légèrement diminué, passant de 59,1% en 2012; à 47,9% en 2017; à 43,6% en 2022.

Prévalence des problèmes et troubles psychiques

Dans ce chapitre, nous examinons la prévalence de la détresse psychologique, de la dépression, de l'anxiété, des troubles liés aux substances ainsi que des troubles bipolaires et psychotiques. Nous mettons l'accent sur ces troubles psychiques car ils constituent les affections psychiques les plus fréquentes chez la population adulte, avec des conséquences importantes pour la santé publique. Cependant, nous rapportons également des données sur la prévalence de troubles psychiques moins courants, généralement rapportés dans des échantillons localisés plutôt qu'au niveau de la Suisse dans son ensemble.

Le graphique G3.4 présente l'incidence cumulée à l'âge de 50 ans pour divers troubles psychiques sur la base d'une étude prospective menée à Zurich (Angst et al., 2016). Cette étude a porté sur plusieurs centaines de personnes recrutées en 1978 à l'âge de 19 à 20 ans et suivies jusqu'en 2008 (voir encadré «Étude prospective de la cohorte de Zurich»). L'incidence cumulée permet de quantifier la probabilité d'apparition de nouveaux cas de maladie dans une population à risque définie.

Sur la base de l'étude prospective de Zürich, on peut estimer que l'incidence cumulée de la survenue d'un trouble psychique jusqu'à 50 ans atteint 73,9% (Angst et al., 2016). Cette même étude montre que les femmes sont plus susceptibles d'avoir un diagnostic de trouble psychique que les hommes et qu'il existe des différences entre les hommes et les femmes au niveau du type de diagnostic (Papanikola et al., 2015). Chez les femmes, les diagnostics les plus fréquents sont les troubles dépressifs majeurs (incidence cumulée: 39,3%), les phobies spécifiques (35,1%), les troubles anxieux généralisés (23,9%) et l'anorexie-boulimie (16,9%). Chez les hommes, on relève en première position les troubles liés à la consommation d'alcool (44,3%), puis les troubles dépressifs majeurs (25,2%), les troubles liés à la consommation de drogues (20,5%), les phobies spécifiques (17,8%) et les troubles anxieux généralisés (17,5%) (Amendola et al., 2022; Angst et al., 2016).

Étude prospective de la cohorte de Zurich

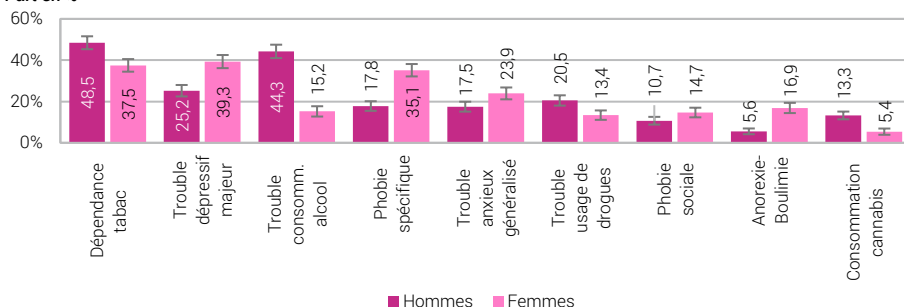
L'étude de Zurich est une cohorte de 4547 sujets représentatifs du canton de Zurich évalués en 1978 à l'âge de 19 à 20 ans (Angst et al., 2005). Cette étude prospective, menée sur une période de 20 ans, visait à estimer la prévalence et l'incidence cumulative des troubles psychiques chez les jeunes de Zurich.

Afin d'augmenter la probabilité de détecter des troubles psychiatriques, un sous-échantillon stratifié de 591 participants (292 hommes et 299 femmes) a été sélectionné pour des entretiens, incluant des sujets ayant obtenu des scores élevés à l'échelle Symptom Checklist 90 R. Ces participants ont été évalués à sept reprises entre 1979 et 2008. L'étude longitudinale de Zurich s'est concentrée sur les diagnostics de dépression, d'anxiété (selon les critères du DSM-III) et de troubles liés à l'usage de substances (selon les critères du DSM-IV) (Amendola et al., 2022).

Incidence cumulée de survenue d'un trouble psychique jusqu'à l'âge de 50 ans

G3.4

Part en %



Intervalle de confiance à 95%

Source: Angst et al. (2016)

© Obsan 2025

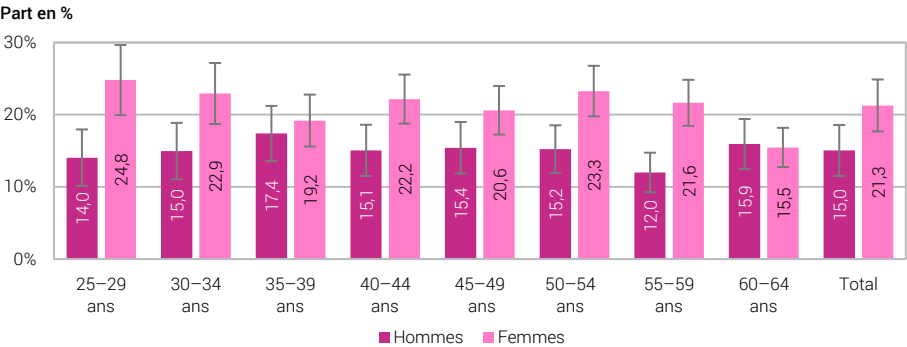
Détresse psychologique, dépression et anxiété

L'enquête ESS évalue la détresse psychologique à partir du MHI-5 issu de l'instrument MOS SF-36 (Veit & Ware, 1983). L'instrument MHI-5 mesure la détresse psychologique en évaluant des symptômes tels que la nervosité, la tristesse, le désespoir, la perte d'intérêt et la difficulté à faire face aux problèmes. Selon les données de l'ESS 2022 (G3.5), la prévalence de la détresse psychologique est plus élevée chez les femmes que chez les hommes, surtout parmi les jeunes adultes (24,8% chez les femmes de 25 à 29 ans contre 14,0% chez les hommes du même groupe d'âge). Chez les femmes, on observe une diminution de la détresse psychologique avec l'âge, atteignant 15,5% chez les 60 à 64 ans. La prévalence de la détresse psychologique chez les adultes de 25 à 64 ans est restée relativement stable au cours de la dernière décennie (17,2% en 2007 et 18,1% en 2022).

Les symptômes dépressifs ont été évalués dans l'ESS 2022 par l'outil Patient Health Questionnaire (PHQ-9) portant sur les deux dernières semaines. Environ un tiers des adultes présentaient des symptômes dépressifs (légers, modérés ou sévères). Le graphique G3.6 illustre la prévalence de symptômes de dépression modérés à sévères rapportés par 11,7% des femmes et 8,5% des hommes entre 25 et 64 ans. Les personnes de 65 ans et plus sont moins affectées par les symptômes dépressifs que les adultes de 25 à 64 ans, tandis que les jeunes de 15 à 24 ans sont les plus touchés (cf. chapitres 2 Enfants, adolescents et jeunes adultes et 4 Seniors).

Détresse psychologique chez les 25 à 64 ans, 2022

G3.5



Intervalle de confiance à 95%

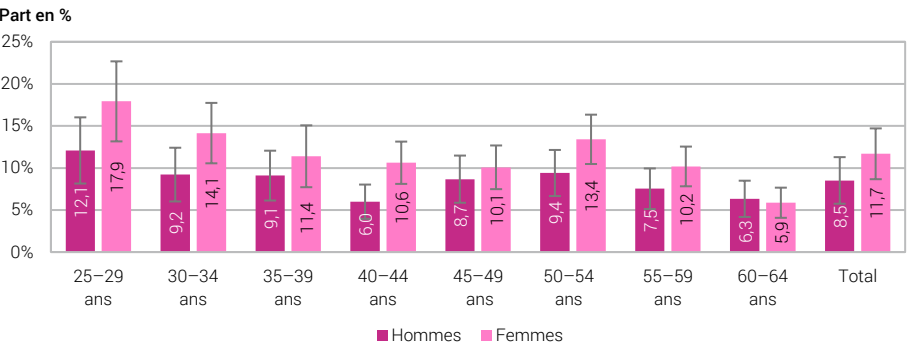
Source: OFS – ESS

© Obsan 2025

L'ESS évalue la présence de symptômes d'anxiété généralisée au moyen du questionnaire GAD-7 (Generalized Anxiety Disorder-7), qui comporte sept questions sur l'observation de symptômes d'anxiété au cours des deux dernières semaines. Selon les données de l'ESS 2022, des symptômes d'anxiété généralisée (sévères, plutôt sévères ou modérés) sont observés chez 7,9% des femmes et 5,6% des hommes. La proportion d'adultes présentant des symptômes d'anxiété ne varie pas entre 25 et 59 ans, oscillant de 8,4% (95%CI: 6,1%–10,6%) chez les 25 à 29 ans à 6,5% (95%CI: 4,9%–8,0%) chez les 55 à 59 ans. Une diminution est observée seulement à l'âge de 60 à 64 ans (4,0%, 95%CI: 2,9%–5,1%). Aucune donnée n'étant disponible dans l'ESS avant 2022, il est impossible d'effectuer une comparaison dans le temps.

Prévalence des symptômes dépressifs modérés à sévères, 2022

G3.6



Intervalle de confiance à 95%

Source: OFS – ESS

© Obsan 2025

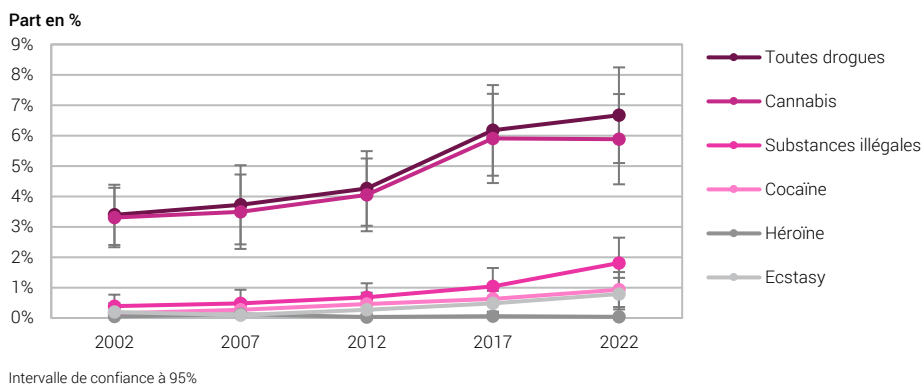
Troubles liés à la consommation de substances

L'étude de Zurich a aussi évalué l'évolution des troubles liés à la consommation de substances. Chez les participants âgés de 19 à 50 ans, la prévalence des troubles liés à l'usage de drogues ou d'alcool (définis selon le DSM-III et IV) au cours des 12 derniers mois a augmenté, passant de 20,3% en 1993 à 25,7% en 2008 pour les hommes et de 8,4% à 16,8% pour les femmes (Amendola et al., 2022).

Selon les données de l'ESS, la consommation de substances (incluant le cannabis, l'héroïne, la cocaïne, l'ecstasy et excluant l'alcool) au cours des 12 derniers mois est en augmentation, passant de 3,4% en 2002 à 6,7% en 2022 (voir G3.7), et reflète une augmentation similaire de la consommation de cannabis. En revanche, moins de 2,0% des adultes âgés de 25 à 64 ans déclarent avoir consommé des substances illégales (cocaïne, héroïne, ecstasy) au cours des 12 derniers mois.

Consommation de substances au cours des 12 derniers mois

G3.7



Source: OFS – ESS

© Obsan 2025

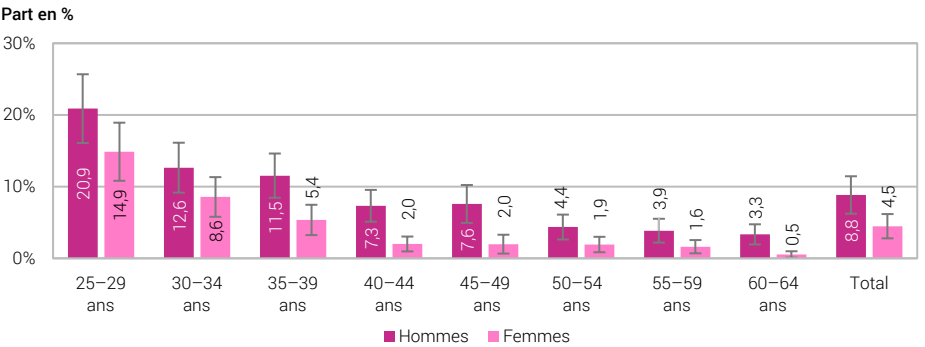
Les femmes sont plus susceptibles d'avoir un diagnostic de trouble psychique que les hommes. La fréquence des différents troubles psychiques varie aussi selon le sexe. Les hommes sont plus touchés par les troubles liés à la consommation de substances (drogues et alcool), tandis que les femmes sont plus affectées par les troubles anxieux et dépressifs.

Chez les hommes, la consommation de substances (incluant le cannabis, l'héroïne, la cocaïne, l'ecstasy et excluant l'alcool) au cours des 30 derniers jours est plus élevée que chez les femmes (8,8% contre 4,5%). On constate également une diminution de la consommation avec l'âge, comme le montre le graphique G3.8. En 2022, la prévalence de la consommation de toute substance chez les 25 à 29 ans était de 20,9% chez les hommes et de 14,9% chez les femmes, contre 7,3% chez les hommes et 1,0% chez les femmes dans la tranche d'âge de 40 à 44 ans.

En 2022, on constate une consommation plus élevée chez les hommes que chez les femmes pour le cannabis (7,8% contre 3,9%), la cocaïne (8,9% contre 4,3%) et l'héroïne (1,5% contre 0,4%). De plus, il est intéressant de noter que la consommation de substances ne varie pas en fonction du niveau de formation.

En 2022, la proportion de personnes présentant un risque moyen ou élevé de consommation d'alcool était similaire chez les hommes et les femmes (4,1% vs 3,0%). Les hommes étaient cependant plus susceptibles que les femmes de déclarer une alcoolisation ponctuelle importante chaque mois ou une fois ou plus par semaine (18,5% pour les hommes contre 11,0% pour les femmes).

Consommation de toute substance au cours des 12 derniers mois, 2022 G3.8



Note : Toute substance incluant le cannabis, l'héroïne, la cocaïne, l'ecstasy et excluant l'alcool.
Intervalle de confiance à 95%

Troubles bipolaires

Les troubles bipolaires sont des troubles de l'humeur caractérisés par des variations extrêmes entre des épisodes maniaques et des périodes de dépression (Fortinash, 2023). Il n'existe aucune étude représentative pour toute la Suisse sur les troubles bipolaires.

Cependant, l'étude PsyColaUS menée auprès de plus de 3000 adultes âgés de 35 à 75 ans et habitant à Lausanne (voir description au chapitre 1 Population en général) a permis de mesurer la prévalence des troubles bipolaires selon le DSM-5 (à l'exception du trouble cyclothymique). En considérant les 12 derniers mois, la prévalence des troubles bipolaires et des troubles apparentés était de 3,1% chez les hommes et de 4,5% chez les femmes. L'étude a aussi évalué la prévalence au cours de la vie des troubles bipolaires et troubles apparentés, estimée à 6,0% pour les hommes et à 5,7% pour les femmes (Fassassi et al., 2014). Plus précisément, 1,0% des participants remplissaient les critères diagnostiques à vie pour le trouble bipolaire de type I et 0,8% pour le trouble bipolaire de type II. Par ailleurs, 1,0% ont rapporté des épisodes hypomaniaques et 3,0% remplissaient les critères diagnostiques pour une personnalité hyperthymique.

Troubles psychotiques

Les troubles psychotiques sont caractérisés par la survenue de symptômes comme des idées délirantes ou de persécution, des hallucinations, mais aussi une pensée ou un discours désorganisé. Ils apparaissent surtout à l'adolescence ou chez les jeunes adultes, un peu plus souvent chez les hommes que chez les femmes. Selon une étude menée à Berne auprès de 2682 personnes de 16 à 40 ans et recrutées entre 2011 et 2014, une personne sur cinq (21,1%) a ressenti au moins un symptôme potentiel de psychose au cours de sa vie et une personne sur dix (13,8%) ressentait un tel symptôme au moment de l'étude (Schultze-Lutter et al., 2018). Toutefois, seulement 1,5% des sujets présentaient des symptômes correspondant à un diagnostic de trouble psychotique. Seulement la moitié d'entre eux avaient été diagnostiqués préalablement à leur participation à l'étude, ce qui illustre l'ampleur du sous-diagnostic ou du retard de diagnostic (Michel et al., 2018).

Évolution de la santé mentale avec l'âge

Certaines études indiquent une prévalence croissante des symptômes dépressifs avec l'âge (Arthur et al., 2019; Fiske et al., 2009; Thielke et al., 2010), tandis que d'autres mettent en évidence une diminution de la fréquence de la dépression et de l'anxiété avec l'âge (Scott et al., 2008; Wild et al., 2012). Les résultats varient selon l'utilisation d'un diagnostic clinique, de listes de symptômes ou de mesures du bien-être psychologique (Carstensen, 2006; Carstensen et al., 2011; Fiske et al., 2009; Mackenzie et al., 2018; Steptoe et al., 2015). Les données de l'ESS 2022 soutiennent l'hypothèse d'un état de santé mentale positive s'améliorant avec l'âge. Le sentiment de maîtrise de la vie et le niveau d'énergie et de vitalité augmentent par exemple avec l'âge, tandis que les symptômes dépressifs et d'anxiété diminuent. Les données montrent que ces indicateurs sont généralement plus favorables chez les personnes âgées de 65 à 74 ans (avec des indicateurs positifs plus élevés et des indicateurs négatifs plus faibles). Cependant, la santé mentale semble se détériorer légèrement chez les personnes très âgées (voir chapitre 4 Seniors).

Pensées suicidaires, tentatives de suicide, taux de suicide, suicides assistés

Taux de suicide en Suisse

Le suicide fait partie des vingt premières causes de décès en Suisse (Office fédéral de la statistique, 2023). Au cours de l'année 2023, 596 cas de suicide (sans les suicides assistés) ont été enregistrés dans la population de 25 à 64 ans en Suisse. Chez les 15 à 44 ans, le taux de suicide en 2023 était de 12,3 pour 100 000 hommes contre 5,2 pour 100 000 femmes, tandis que le taux de suicide chez les 45 à 64 ans était de 20,6 pour les hommes contre 8,7 pour les femmes. Le taux de suicide a chuté depuis les années 1980 dans toutes les catégories d'âge, et cette tendance à la baisse s'est poursuivie au cours des 20 dernières années (Obsan, 2024; Stulz et al., 2022). Le taux de suicide est par ailleurs plus élevé chez les personnes de nationalité suisse (Stulz et al., 2022).

Tentatives de suicide en Suisse

Contrairement aux décès par suicide, les tentatives de suicide concernent plus souvent les femmes que les hommes: 8,1% vs 5,1% dans l'étude zurichoise menée auprès d'adultes de 19 à 50 ans (Angst et al., 2014). L'ESS 2022 observe également cette différence pour le groupe d'âge des 25 à 64 ans (4,8% de femmes et 3,6% d'hommes entre 25 et 64 ans rapportent avoir déjà fait une tentative de suicide).

Pensées suicidaires

40,5% des personnes entre 19 et 50 ans ont eu des pensées suicidaires au moins une fois dans leur vie, sans grande différence entre hommes et femmes (38,8% vs 42,2%) (Angst et al., 2014). L'ESS 2022 interroge les participants sur leurs pensées suicidaires au cours des deux semaines précédant l'enquête, rapportées par 8,3% des hommes et 7,8% des femmes. Cette prévalence est restée stable au cours des dernières années (6,4% selon l'ESS 2012, 8,1% selon l'ESS 2022).

Suicides assistés

Une minorité des cas de suicide assisté concerne les personnes âgées de moins de 65 ans, soit environ 15% au cours des dernières années (Office fédéral de la statistique, 2023; Steck et al., 2018). Dans ces tranches d'âge, il s'agit principalement de personnes ayant un cancer ou une maladie du système nerveux, et pour 5,8% d'entre elles des troubles du comportement ou de santé mentale (Steck et al., 2018). Le nombre de suicides assistés a augmenté de manière importante au cours de la dernière décennie, en particulier chez les personnes de plus de 65 ans (Office fédéral de la statistique, 2023).

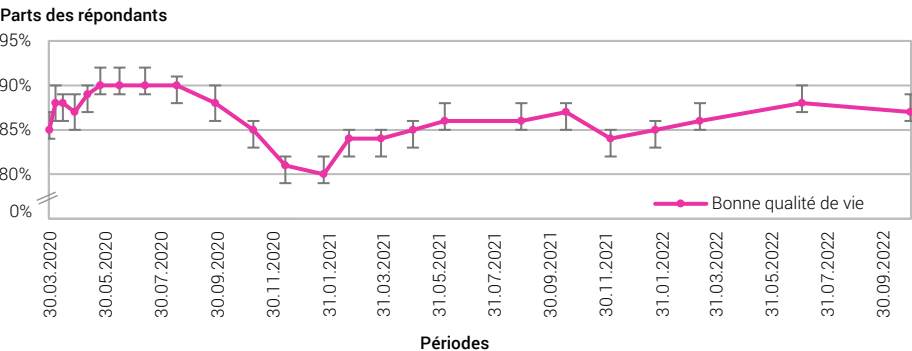
Pandémie de COVID-19 et évolution dans le temps

Entre mars et avril 2020, dans le cadre du COVID-19 Social Monitor, 1022 adultes âgés de 18 à 78 ans ont répondu à une enquête en ligne au niveau national. Un tiers (34%) des participants ont rapporté que la pandémie avait altéré leur bien-être psychique. Plus de la moitié des répondants (56%) présentaient un ou plusieurs des symptômes suivants: se sentir anxieux ou inquiet (29%); se sentir seul (24%); se sentir abattu ou déprimé (28%); avoir moins d'intérêt ou de plaisir à faire des choses (29%) (Diaz Hernandez et al., 2021). Durant cette période, 8% des participants à l'enquête ont contacté un psychologue ou un spécialiste de la santé mentale pour des problèmes psychiques. Une étude tessinoise menée auprès de personnes âgées de 20 à 64 ans a révélé que la prévalence des symptômes de dépression, d'anxiété et de stress modéré et sévère (DASS-21) a presque doublé pendant la première vague de COVID-19 en 2020 (Piumatti et al., 2022). Cette région de la Suisse a été particulièrement affectée par la crise. Ainsi, l'anxiété a augmenté de 4,8% à 8,1% et le stress de 5,5% à 8,8%. Les hommes ont été moins affectés par l'anxiété et le stress que les femmes pendant cette période (Piumatti et al., 2022).

La proportion de personnes estimant avoir une bonne qualité de vie a diminué entre juin 2020 et janvier 2021, passant de 90% à 80%, avant de remonter après cette période (G3.9) (Moser et al., 2020; Université de Berne, 2020). Concernant l'indicateur «se sentir souvent ou très souvent stressé au cours des sept derniers jours», deux pics peuvent être observés: le premier en mars 2020 à 14,1% et le second en décembre 2020 à 15,6%, avant une diminution par la suite. En ce qui concerne la détresse psychologique au cours des sept derniers jours, les chiffres sont élevés en mars 2020 (7,7%), avec une augmentation marquée en décembre 2020 (10,4%), juste après le renforcement des mesures restrictives. Par la suite, la détresse psychologique a diminué pour atteindre 6,6% début 2023. Quant aux symptômes d'anxiété, ils sont restés stables entre fin 2020 et fin 2022, passant de 2,6% à 2,0% (Université de Berne, 2020). Dans l'ensemble, ces résultats révèlent que plusieurs indicateurs de santé mentale et de bien-être psychologique ont fluctué de manière significative tout au long de la pandémie, avec des périodes d'amélioration et de déclin.

Proportion des répondants chez les 18 à 79 ans ayant une bonne qualité de vie

G3.9



Intervalle de confiance à 95%

Source: Moniteur social COVID-19

© Obsan 2025

3.3 Facteurs de risque

Les facteurs de risque, mieux étudiés que les facteurs protecteurs en Suisse, orientent les interventions pour prévenir les problèmes de santé mentale. L'OMS a identifié trois grandes catégories de facteurs de risque pour la santé mentale: les facteurs individuels, les facteurs familiaux ou communautaires, les facteurs structurels (OMS, 2022). Beaucoup de ces facteurs sont abordés dans d'autres chapitres du rapport. Cette section se concentre sur les facteurs de risque identifiés dans la revue de la littérature suisse concernant la population adulte, notamment sur les risques individuels (tels que les troubles du sommeil), les facteurs familiaux ou communautaires liés aux transitions clés de la vie adulte, ainsi que le COVID-19 en tant que facteur structurel.

En Suisse, il existe encore peu d'études sur les facteurs de risque et de protection. Il est essentiel de mener davantage d'études longitudinales pour mieux comprendre les facteurs de risque et de protection des troubles de santé psychique.

Troubles du sommeil

Bien que les troubles du sommeil soient un symptôme de troubles psychiques, ils constituent également un facteur de risque individuel pour la dépression, le suicide et l'aggravation ou la récurrence des symptômes dépressifs (Fang et al., 2019). Une enquête épidémiologique menée auprès de 1274 résidents du canton de Zurich a identifié la fréquence de quatre catégories distinctes de troubles du sommeil: absence de troubles (72,6%), difficultés d'endormissement et de maintien du sommeil (15,8%), retard de sommeil (5,3%) et troubles graves (6,4%) (Rössler et al., 2017). Les résultats mettent en évidence que les troubles du sommeil, en particulier les formes graves, sont non seulement plus fréquents chez les femmes, mais aussi fortement associés à des troubles psychiques comme l'anxiété généralisée et la dépression. Les individus souffrant de difficultés d'endormissement ou de troubles graves affichent des niveaux plus élevés de psychopathologies, d'épuisement professionnel et de névroses, indiquant que les troubles du sommeil représentent un facteur de risque important pour ces affections. En revanche, aucune corrélation n'a été établie avec la consommation abusive d'alcool (Rössler et al., 2017). Par ailleurs, l'étude prospective de Zurich a examiné la relation entre les troubles du sommeil et le comportement suicidaire sur une période de 30 ans (Rössler et al., 2018). Elle montre que les personnes souffrant de troubles du sommeil, qu'ils soient légers, modérés ou graves présentent un risque accru de suicide (Odds Ratios, OR, allant de 1,9 à 3,3) (Rössler et al., 2018).

Aide informelle aux proches

En Suisse, les proches aidants jouent un rôle essentiel dans le système de santé, les personnes de 50 à 64 ans représentant le groupe le plus important. Un tiers (30%) des proches aidants adultes jugent leur état de santé moyen à très mauvais (Ricka, 2020). Les données sur leur santé mentale restent encore très restreintes, ce qui nous conduit à nous appuyer sur des études internationales. Une revue systématique menée par l'OCDE a identifié 13 études longitudinales sur ce sujet publiées entre 2000 et 2022. Les résultats ont mis en évidence une association négative entre les soins non rémunérés aux proches et la santé mentale chez les adultes en âge de travailler, avec un impact négatif systématique chez les femmes. Concernant les hommes, les résultats ne sont pas cohérents, certaines études mettant en évidence des associations négatives, tandis que d'autres ne trouvent aucune association (Ervin et al., 2022). Une étude européenne longitudinale a mis en évidence une association négative, bien que modeste, particulièrement chez les femmes qui apportent des soins substantiels à leurs parents, en ce qui concerne les symptômes dépressifs sévères mesurés par l'échelle EURO-D (Heger, 2017).

Une étude de cohorte menée aux Pays-Bas en 2015 et 2017 sur plus de 12 000 travailleurs âgés de 45 ans et plus a montré que les employés qui assumaient un rôle de proche-aidant étaient plus susceptibles de développer des symptômes dépressifs que ceux qui ne fournissaient pas une telle aide (Bijnsdorp et al., 2022).

L'échelle EURO-D évalue les symptômes de dépression à l'aide de 12 items, mesurant divers aspects de la dépression tels que la tristesse, la perte d'intérêt et les problèmes de sommeil. Chacun des items est noté de 0 à 3 pour évaluer la gravité de la dépression.

Conflit entre exigences professionnelles et demandes familiales

Selon le Panel Suisse des Ménages, en 2000, 14% des travailleurs de 20 à 64 ans rapportaient rencontrer des conflits entre leur travail et leur vie personnelle (en réponse à une question binaire sur ce sujet). Les taux de prévalence chez les personnes sans qualification professionnelle variaient entre 6% chez les hommes et 30% chez les femmes. Certains groupes étaient plus touchés, comme les personnes de 30 à 40 ans avec un niveau de formation élevé et les travailleurs avec un emploi à plein temps, avec des heures supplémentaires et des horaires flexibles. Le fait d'effectuer de longs trajets entre le domicile et le travail, de s'occuper d'enfants en bas-âge à la maison et d'avoir un partenaire ne vivant pas dans le même ménage sont d'autres facteurs de risque (Hämmig & Bauer, 2009). Les employés

ayant rapporté un conflit entre leur travail et leur vie privée ont plus de risques d'avoir des symptômes de dépression, une faible énergie et un faible optimisme, de la fatigue et des troubles du sommeil (Hämmig & Bauer, 2009). En résumé, les analyses montrent que les problèmes de santé mentale sont plus fréquents chez les employés confrontés à un déséquilibre entre leur travail et leur vie personnelle, tout particulièrement chez les femmes (voir également chapitre 9 Formation et travail).

Transition vers la parentalité

En général, la naissance d'un enfant est un événement heureux. Cependant, certaines circonstances peuvent rendre cet événement plus «critique», par exemple si la future mère souffrait préalablement de troubles psychiques, si elle a déjà vécu un accouchement jugé traumatisant ou si les parents ont déjà vécu la perte d'un enfant à la naissance (Schobinger et al., 2020). Une étude réalisée entre 2013 et 2019 auprès de 647 participants recrutés dans une unité d'obstétrique et de gynécologie au Centre Hospitalier Universitaire Vaudois (CHUV) a révélé qu'un cinquième des femmes et un dixième des hommes présentaient des symptômes de stress post-traumatique un mois après la naissance (Schobinger et al., 2020). En 2007, une autre étude menée en Suisse a examiné les facteurs associés à des symptômes de dépression ou de détresse psychique dans les dix jours après l'accouchement; sur un total de 34 295 mères, 944 cas de détresse psychique ont été recensés, soit 2,8% des participantes (Staehelin et al., 2013). Les deux facteurs principaux identifiés au moyen de modèles de régression logistique étaient les pleurs excessifs du nouveau-né et l'absence de cohabitation avec le partenaire. D'autres facteurs significatifs ont également été identifiés, notamment un âge plus avancé, un faible niveau de formation, des difficultés d'allaitement, des inquiétudes concernant le poids de l'enfant et les pathologies néonatales. En revanche, plusieurs facteurs ont pu être associés à une diminution du risque de détresse psychique, notamment le fait d'avoir déjà un ou plusieurs enfants, d'être de nationalité non suisse, d'avoir occupé un emploi à plein temps avant la naissance et d'avoir l'intention de reprendre le travail (Staehelin et al., 2013).

3.4 Conclusion

L'objectif de ce chapitre est de présenter un aperçu de l'état de santé mentale des adultes en Suisse et de son évolution au cours des deux dernières décennies et d'examiner la relation entre la santé mentale et ses principaux déterminants ou facteurs de risque. Les problèmes de santé mentale concernent une proportion significative de la population suisse, l'étude de Zurich indiquant que près des trois quarts des adultes déclarent avoir rencontré au moins un problème de santé mentale avant l'âge de 50 ans. De plus, le fardeau des troubles psychiques varie considérablement selon l'âge, le sexe et le statut socioéconomique (les chapitres 1 Population en général et 5 Contexte social approfondissent davantage ces thématiques).

Les femmes adultes sont plus susceptibles que les hommes de recevoir un diagnostic de trouble psychique. Elles sont plus susceptibles de souffrir de détresse psychologique, de symptômes dépressifs et d'anxiété, particulièrement au début de l'âge adulte, mais ces différences tendent à diminuer à l'approche de la retraite. En revanche, les hommes présentent une prévalence plus élevée de consommation problématique d'alcool et de drogues ainsi qu'un risque de suicide plus élevé que les femmes. Ces différences soulignent la nécessité d'adopter des approches de soins de santé mentale et de prévention sensibles au genre. Les études montrent que les hommes sollicitent moins souvent de l'aide pour des problèmes de santé mentale comme la dépression en raison de la stigmatisation et des normes masculines; cela entraîne des taux de diagnostic plus faibles (Addis & Mahalik, 2003; Oliver et al., 2005). Pour les femmes, il est crucial de prendre en compte les périodes de transition importantes telles que la grossesse et l'accouchement, qui peuvent accroître le risque de troubles psychiques (Staehelin et al., 2013). Pour les hommes, il est essentiel d'aborder les facteurs de risque associés au suicide, comme l'accès aux moyens létaux, et de prévoir des interventions pour réduire la stigmatisation et promouvoir une meilleure sensibilisation aux problèmes de santé mentale. Accroître la volonté de rechercher de l'aide et améliorer l'accès à des services de soutien appropriés sont des éléments clés pour répondre efficacement aux besoins (Andrade et al., 2014).

Dans l'ensemble, les données révèlent une prévalence plus élevée de problèmes de santé mentale courants chez les jeunes adultes, tandis que les adultes plus âgés rapportent un niveau plus élevé de bien-être psychologique. On observe également une diminution du risque de troubles psychiques avant la retraite. Ces résultats sont en accord avec des études internationales qui montrent que le vieillissement est souvent associé à une amélioration du bien-être hédonique, englobant les états affectifs positifs et l'expérience du bonheur tout en réduisant les émotions négatives comme la colère et le stress, à l'exception de la tristesse (Springer et al., 2011; Stone et al., 2010).

La prévalence élevée des problèmes de santé mentale au début de l'âge adulte peut être attribuée à des transitions de vie significatives qui engendrent du stress et de l'anxiété, telles que l'entrée en formation supérieure, le début de la vie professionnelle, l'établissement de relations de couple et l'acquisition de l'indépendance financière (Lee & Gramotnev, 2007; Praharso et al., 2017). Il est crucial de mettre en place des stratégies de prévention visant à atténuer les risques de troubles psychiques et à limiter les impacts négatifs sur la vie éducative, sociale et professionnelle des jeunes afin de prévenir l'apparition de problèmes chroniques de santé mentale.

Nous identifions plusieurs facteurs probablement importants pour améliorer la santé mentale des adultes suisses. Les recherches indiquent que les troubles du sommeil ne sont pas seulement un symptôme, mais aussi un facteur de risque pour les problèmes de santé mentale, suggérant que de futures études devraient évaluer si les interventions visant à promouvoir l'hygiène du sommeil, les stratégies de gestion du stress et les campagnes de sensibilisation sur l'importance du sommeil améliorent la santé mentale. De plus, les individus qui combinent des rôles professionnels et familiaux, notamment ceux qui prodiguent des soins à des parents âgés, présentent un risque accru de troubles de santé mentale. Les études européennes montrent que le rôle non rémunéré et souvent méconnu des aidants peut entraîner des symptômes ou des troubles de l'anxiété et de la dépression (Ervin et al., 2022). Les interventions telles que l'accompagnement psychologique, le soutien par les pairs et les services de répit peuvent offrir aux aidants des outils pour améliorer leur bien-être mental, mais des recherches supplémentaires sont nécessaires pour évaluer l'efficacité de ces interventions dans le contexte suisse.

En Suisse, il est également nécessaire de collecter davantage de données sur le lien entre les conflits travail-famille et les problèmes de santé mentale chez les jeunes adultes. Bien que la littérature indique une association entre les conflits travail-famille et les symptômes de dépression et d'anxiété, les déséquilibres spécifiques entre travail et vie personnelle qui pourraient expliquer cette relation restent mal compris, tout comme les interventions susceptibles de réduire le stress lié à ces conflits dans le contexte suisse. La littérature suggère que des changements structurels, tels que la flexibilité du travail, pourraient atténuer le stress professionnel et familial (Berkman et al., 2023). Toutefois, des études supplémentaires sont nécessaires pour évaluer l'impact de ces politiques. Les preuves d'un risque accru de dépression et de détresse psychologique après la naissance du premier enfant (Schobinger et al., 2020) soulignent également la nécessité de développer des interventions pour prévenir les troubles psychiques chez les jeunes parents, afin de soutenir leur capacité à prendre soin de leurs enfants, ce qui est essentiel pour le développement de l'enfant.

Enfin, les résultats du présent chapitre suggèrent que la santé mentale peut être profondément affectée par des changements sociétaux majeurs. La pandémie de COVID-19 en est une illustration claire, plus d'un tiers des adultes suisses rapportant un impact négatif sur leur bien-être psychologique pendant la pandémie (Diaz Hernandez et al., 2021). La mise en place de nouvelles stratégies est essentielle pour répondre aux impacts de ces changements sur la santé (Damiano et al., 2021). Ces résultats mettent en avant l'importance d'inclure la santé mentale dans des stratégies de santé publique afin de renforcer la résilience des adultes en Suisse face aux crises futures (OMS Bureau régional pour l'Europe, 2022).

3.5 Bibliographie

- Addis, M. E., & Mahalik, J. R. (2003). Men, masculinity, and the contexts of help seeking. *American Psychologist*, 58(1), 5–14. <https://doi.org/10.1037/0003-066x.58.1.5>
- Amendola, S., Hengartner, M. P., Ajdacic-Gross, V., Angst, J., & Rössler, W. (2022). Longitudinal reciprocal associations between depression, anxiety, and substance use disorders over three decades of life. *Journal of Affective Disorders*, 302, 315–323. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.01.101>
- Andrade, L. H., Alonso, J., Mneimneh, Z., Wells, J. E., Al-Hamzawi, A., Borges, G., Bromet, E., Bruffaerts, R., de Girolamo, G., de Graaf, R., Florescu, S., Gureje, O., Hinkov, H. R., Hu, C., Huang, Y., Hwang, I., Jin, R., Karam, E. G., Kovess-Masfety, V., . . . Kessler, R. C. (2014). Barriers to mental health treatment: results from the WHO World Mental Health surveys. *Psychological Medicine*, 44(6), 1303–1317. <https://doi.org/10.1017/s0033291713001943>
- Angst, J., Gamma, A., Neuenschwander, M., Ajdacic-Gross, V., Eich, D., Rössler, W., & Merikangas, K. R. (2005). Prevalence of mental disorders in the Zurich Cohort Study: a twenty year prospective study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 14(2), 68–76. <https://doi.org/10.1017/s1121189x00006278>
- Angst, J., Hengartner, M. P., Rogers, J., Schnyder, U., Steinhausen, H. C., Ajdacic-Gross, V., & Rössler, W. (2014). Suicidality in the prospective Zurich study: prevalence, risk factors and gender. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 264(7), 557–565. <https://doi.org/10.1007/s00406-014-0500-1>
- Angst, J., Paksarian, D., Cui, L., Merikangas, K. R., Hengartner, M. P., Ajdacic-Gross, V., & Rössler, W. (2016). The epidemiology of common mental disorders from age 20 to 50: results from the prospective Zurich cohort Study. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 25(1), 24–32. <https://doi.org/10.1017/s204579601500027x>
- Arthur, A., Savva, G. M., Barnes, L. E., Borjian-Borojeny, A., Denning, T., Jagger, C., Matthews, F. E., Robinson, L., Brayne, C., Cognitive, F., & Ageing Studies, C. (2019). Changing prevalence and treatment of depression among older people over two decades. *The British Journal of Psychiatry*, 1–6. <https://doi.org/10.1192/bjp.2019.193>
- Berkman, L. F., Kelly, E. L., Hammer, L. B., Mierzwa, F., Bodner, T., McNamara, T., Koga, H. K., Lee, S., Marino, M., Klein, L. C., McDade, T. W., Hanson, G., Moen, P., & Buxton, O. M. (2023). Employee Cardiometabolic Risk Following a Cluster-Randomized Workplace Intervention From the Work, Family and Health Network, 2009–2013. *The American Journal of Public Health*, 113(12), 1322–1331. <https://doi.org/10.2105/ajph.2023.307413>
- Bijnsdorp, F. M., van der Beek, A. J., Broese van Groenou, M. I., Proper, K. I., van den Heuvel, S. G., & Boot, C. R. (2022). Associations of combining paid work and family care with gender-specific differences in depressive symptoms among older workers and the role of work characteristics. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 48(3), 190–199. <https://doi.org/10.5271/sjweh.4014>
- Carstensen, L. L. (2006). The influence of a sense of time on human development. *Science*, 312(5782), 1913–1915. <https://doi.org/10.1126/science.1127488>
- Carstensen, L. L., Turan, B., Scheibe, S., Ram, N., Ersner-Hershfield, H., Samanez-Larkin, G. R., Brooks, K. P., & Nesselroade, J. R. (2011). Emotional experience improves with age: evidence based on over 10 years of experience sampling. *Psychology and Aging*, 26(1), 21–33. <https://doi.org/10.1037/a0021285>
- Damiano, R. F., Di Santi, T., Beach, S., Pan, P. M., Lucchetti, A. L., Smith, F. A., Forlenza, O. V., Fricchione, G. L., Miguel, E. C., & Lucchetti, G. (2021). Mental health interventions following COVID-19 and other coronavirus infections: a systematic review of current recommendations and meta-analysis of randomized controlled trials. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 43(6), 665–678. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2020-1582>
- Diaz Hernandez, L., Giezendanner, S., Fischer, R., & Zeller, A. (2021). The effect of COVID-19 on mental well-being in Switzerland: a cross-sectional survey of the adult Swiss general population. *BMC Family Practice*, 22(1), 181. <https://doi.org/10.1186/s12875-021-01532-7>
- Ervin, J., Taouk, Y., Fleitas Alfonso, L., Peasgood, T., & King, T. (2022). Longitudinal association between informal unpaid caregiving and mental health amongst working age adults in high-income OECD countries: A systematic review. *EClinicalMedicine*, 53, 101711. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2022.101711>
- European Commission. (2023). *Flash Eurobarometer 530: Mental Health Report* <https://europa.eu/eurobarometer/surveys/detail/3032>
- Fang, H., Tu, S., Sheng, J., & Shao, A. (2019). Depression in sleep disturbance: A review on a bidirectional relationship, mechanisms and treatment. *Journal of Cellular and Molecular Medicine*, 23(4), 2324–2332. <https://doi.org/10.1111/jcmm.14170>

- Fassassi, S., Vandeleur, C., Aubry, J. M., Castela, E., & Preisig, M. (2014). Prevalence and correlates of DSM-5 bipolar and related disorders and hyperthymic personality in the community. *Journal of Affective Disorders*, 167, 198–205. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.06.004>
- Fiske, A., Wetherell, J. L., & Gatz, M. (2009). Depression in older adults. *Annual Review of Clinical Psychology*, 5, 363–389. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.032408.153621>
- Fortinash, K. H. W., Patricia. (Ed.). (2023). *Santé mentale et psychiatrie* (3^e édition ed.). Chenelière Education
- Foster, S., Estévez-Lamorte, N., Walitza, S., & Mohler-Kuo, M. (2023). The Impact of the COVID-19 Pandemic on Young Adults' Mental Health in Switzerland: A Longitudinal Cohort Study from 2018 to 2021. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(3). <https://doi.org/10.3390/ijerph20032598>
- Guan, N., Guariglia, A., Moore, P., Xu, F., & Al-Janabi, H. (2022). Financial stress and depression in adults: A systematic review. *PLoS One*, 17(2), e0264041. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0264041>
- Hämmig, O., & Bauer, G. (2009). Work-life imbalance and mental health among male and female employees in Switzerland. *International Journal of Public Health*, 54(2), 88–95. <https://doi.org/10.1007/s00038-009-8031-7>
- Heger, D. (2017). The Mental Health of Children Providing Care to their Elderly Parent. *Health Economics*, 26(12), 1617–1629. <https://doi.org/10.1002/hec.3457>
- Kirkbride, J. B., Anglin, D. M., Colman, I., Dykxhoorn, J., Jones, P. B., Patalay, P., Pitman, A., Sonesson, E., Steare, T., Wright, T., & Griffiths, S. L. (2024). The social determinants of mental health and disorder: evidence, prevention and recommendations. *World Psychiatry*, 23(1), 58–90. <https://doi.org/10.1002/wps.21160>
- Lacey, R. E., McMunn, A., & Webb, E. (2019). Informal caregiving patterns and trajectories of psychological distress in the UK Household Longitudinal Study. *Psychological Medicine*, 49(10), 1652–1660. <https://doi.org/10.1017/S0033291718002222>
- Lee, C., & Gramotnev, H. (2007). Life transitions and mental health in a national cohort of young Australian women. *Developmental Psychology*, 43(4), 877–888. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.43.4.877>
- Li, W., Ye, X., Zhu, D., & He, P. (2021). The Longitudinal Association Between Retirement and Depression: A Systematic Review and Meta-Analysis. *American Journal of Epidemiology*, 190(10), 2220–2230. <https://doi.org/10.1093/aje/kwab125>
- Mackenzie, C. S., Karaoylas, E. C., & Starzyk, K. B. (2018). Lifespan Differences in a Self Determination Theory Model of Eudaimonia: A Cross-Sectional Survey of Younger, Middle-Aged, and Older Adults. *Journal of Happiness Studies*, 19(8), 2465–2487. <https://doi.org/10.1007/s10902-017-9932-4>
- Michel, C., Schimmelmann, B. G., & Schultze-Lutter, F. (2018). Demographic and clinical characteristics of diagnosed and non-diagnosed psychotic disorders in the community. *Early Intervention in Psychiatry*, 12(1), 87–90. <https://doi.org/10.1111/eip.12360>
- Moen, P. (2022). The Uneven Stress of Social Change: Disruptions, Disparities, and Mental Health. *Society and Mental Health*, 12(2), 85–98. <https://doi.org/10.1177/21568693221100171>
- Moser, A., Carlander, M., Wieser, S., Hämmig, O., Puhon, M., & Höglinger, M. (2020). The COVID-19 Social Monitor longitudinal online panel: Real-time monitoring of social and public health consequences of the COVID-19 emergency in Switzerland. *PLoS One*, 15, e0242129. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0242129>
- Obsan (2024). *Suicide et suicide assisté*. Observatoire suisse de la santé. <https://ind.obsan.admin.ch/fr/indicateur/obsan/suicide-et-suicide-assiste>
- Office fédéral de la statistique OFS (2023). *Causes spécifiques de décès, 2022*. Retrieved 28 October 2024 from <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/sante/etat-sante/mortalite-causes-deces/specifiques.html>
- Oliver, M. I., Pearson, N., Coe, N., & Gunnell, D. (2005). Help-seeking behaviour in men and women with common mental health problems: cross-sectional study. *British Journal of Psychiatry*, 186, 297–301. <https://doi.org/10.1192/bjp.186.4.297>
- Organisation mondiale de la Santé OMS, Bureau régional pour l'Europe (2022). *WHO European framework for action on mental health 2021–2025*. Organisation mondiale de la Santé
- Organisation mondiale de la Santé OMS (2022). *World mental health report: transforming mental health for all*. Organisation mondiale de la Santé. <https://iris.who.int/handle/10665/356119?locale-attribute=fr&>
- Papanikola, G., Borcan, D., Sanida, E., & Escard, E. (2015). Santé mentale au féminin: entre vulnérabilité intrinsèque et impacts des facteurs psychosociaux. *Revue médicale suisse*, 11, 1750–1754. <https://doi.org/10.53738/REV-MED.2015.11.487.1750>
- Piumatti, G., Levati, S., Amati, R., Crivelli, L., & Albanese, E. (2022). Trajectories of depression, anxiety and stress among adults during the COVID-19 pandemic in Southern Switzerland: the Corona Immunitas Ticino cohort study. *Public Health*, 206, 63–69. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2022.02.005>

- Praharso, N. F., Tear, M. J., & Cruwys, T. (2017). Stressful life transitions and wellbeing: A comparison of the stress buffering hypothesis and the social identity model of identity change. *Psychiatry Research*, 247, 265–275. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.11.039>
- Ricka, R., von Wartburg, L., Marta Gamez, F, von Greyerz, S. (2020). Rapport de synthèse du programme de promotion «Offres visant à décharger les proches aidants 2017–2020».
- Rocard, E., & Llana-Nozal, A. (2022). Supporting informal carers of older people: Policies to leave no carer behind, OECD Health Working Papers, No. 140, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/0f0c0d52-en>
- Rössler, W., Ajdacic-Gross, V., Glozier, N., Rodgers, S., Haker, H., & Müller, M. (2017). Sleep disturbances in young and middle-aged adults – Empirical patterns and related factors from an epidemiological survey. *Comprehensive Psychiatry*, 78, 83–90. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2017.07.009>
- Rössler, W., Angst, J., Ajdacic-Gross, V., Haker, H., Berrouguet, S., Ujeyl, M., Glozier, N., & Hengartner, M. P. (2018). Sleep Disturbances and Suicidality-A Longitudinal Analysis From a Representative Community Study Over 30 Years. *Frontiers in Psychiatry*, 9, 320. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00320>
- Schobinger, E., Stuijzand, S., & Horsch, A. (2020). Acute and Post-traumatic Stress Disorder Symptoms in Mothers and Fathers Following Childbirth: A Prospective Cohort Study. *Frontiers in Psychiatry*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.562054>
- Schuler, D., Tuch, A., Sturny, I. et Peter, C. (2023). *Santé mentale. Chiffres clés 2021* (Obsan Bulletin 01/2023).
- Schultze-Lutter, F., Michel, C., Ruhrmann, S., & Schimmelmann, B. G. (2018). Prevalence and clinical relevance of interview-assessed psychosis-risk symptoms in the young adult community. *Psychological Medicine*, 48(7), 1167–1178. <https://doi.org/10.1017/s0033291717002586>
- Scott, K. M., Von Korff, M., Alonso, J., Angermeyer, M., Bromet, E. J., Bruffaerts, R., de Girolamo, G., de Graaf, R., Fernandez, A., Gureje, O., He, Y., Kessler, R. C., Kovess, V., Levinson, D., Medina-Mora, M. E., Mneimneh, Z., Oakley Browne, M. A., Posada-Villa, J., Tachimori, H., & Williams, D. (2008). Age patterns in the prevalence of DSM-IV depressive/anxiety disorders with and without physical co-morbidity. *Psychological Medicine*, 38(11), 1659–1669. <https://doi.org/10.1017/S0033291708003413>
- Shankland, R. (2019). *La psychologie positive*. Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.shank.2019.01>
- Springer, K. W., Pudrovskaya, T., & Hauser, R. M. (2011). Does psychological well-being change with age? Longitudinal tests of age variations and further exploration of the multidimensionality of Ryff's model of psychological well-being. *Social Science Research*, 40(1), 392–398. <https://doi.org/10.1016/j.ssresearch.2010.05.008>
- Staelin, K., Kurth, E., Schindler, C., Schmid, M., & Zemp Stutz, E. (2013). Predictors of early postpartum mental distress in mothers with midwifery home care-results from a nested case-control study. *Swiss Medical Weekly*, 143, w13862. <https://doi.org/10.4414/smw.2013.13862>
- 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. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-020992>
- Steptoe, A., Deaton, A., & Stone, A. A. (2015). Subjective wellbeing, health, and ageing. *Lancet*, 385(9968), 640–648. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61489-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61489-0)
- Stone, A. A., Schwartz, J. E., Broderick, J. E., & Deaton, A. (2010). A snapshot of the age distribution of psychological well-being in the United States. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 107(22), 9985–9990. <https://doi.org/10.1073/pnas.1003744107>
- Stulz, N., Hepp, U., Kupferschmid, S., Raible-Destan, N., & Zwahlen, M. (2022). Trends in suicide methods in Switzerland from 1969 to 2018: an observational study. *Swiss Medical Weekly*, 152, 40007. <https://doi.org/10.57187/smw.2022.40007>
- Thielke, S. M., Diehr, P., & Unutzer, J. (2010). Prevalence, incidence, and persistence of major depressive symptoms in the Cardiovascular Health Study. *Aging & Mental Health*, 14(2), 168–176. <https://doi.org/10.1080/13607860903046537>
- Université de Berne. (2020). *COVID-19 Research in Switzerland*. <https://covid19.ctu.unibe.ch/>
- Veit, C. T., & Ware, J. E., Jr. (1983). The structure of psychological distress and well-being in general populations. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(5), 730–742. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.51.5.730>
- Wild, B., Herzog, W., Schellberg, D., Lechner, S., Niehoff, D., Brenner, H., Rothenbacher, D., Stegmaier, C., & Raum, E. (2012). Association between the prevalence of depression and age in a large representative German sample of people aged 53 to 80 years. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 27(4), 375–381. <https://doi.org/10.1002/gps.2728>

04 La santé mentale des seniors



Océane Pittet, Giulia Belloni, Mauricio Avendano-Pabon,
Manon Duay & Laurence Seematter-Bagnoud
Unisanté

Messages clés

- En Suisse, la grande majorité des seniors jouissent d'une bonne qualité de vie, et plus de la moitié ressentent un niveau d'énergie et de vitalité élevé. Cependant, on dispose d'assez peu d'informations sur les aspects positifs de la santé mentale des personnes âgées, plus souvent étudiées sous l'angle de leurs problèmes psychiques.
- Les symptômes dépressifs, la détresse psychologique et les symptômes d'anxiété sont moins fréquents chez les adultes âgés que chez les jeunes adultes. Certaines études rapportent néanmoins que les symptômes dépressifs et les dépressions redeviennent plus fréquents après l'âge de 80 à 85 ans et affectent environ un tiers des personnes de cette tranche d'âge.
- Les suicides assistés constituent désormais plus de la moitié des décès par suicide chez les personnes âgées. Leur fréquence a fortement augmenté, tandis que celle des suicides non assistés a diminué.
- Globalement, les indicateurs positifs et négatifs de la santé mentale affichent une certaine stabilité dans la population âgée au cours des dernières années. Durant la pandémie de COVID-19, la santé mentale des seniors a été moins affectée que celle des plus jeunes. Néanmoins, les seniors en moins bonne santé physique et/ou psychique, socialement isolés ou financièrement défavorisés étaient plus susceptibles de ressentir un impact psychique durant cette période.
- La démence augmente fortement avec l'âge: très rare à l'âge de 65 à 69 ans (moins de 3 personnes sur 100), elle touche environ un tiers des personnes après 90 ans, et même la moitié des résidents en EMS. L'incidence de la démence par classe d'âge semble avoir diminué dans plusieurs pays, mais l'évolution future d'une telle tendance est incertaine. Les données disponibles pour la Suisse ne suffisent pas à estimer la proportion et le nombre de personnes atteintes, ce qui limite la capacité à planifier les ressources pour leur prise en charge.
- Un bon niveau d'éducation et des contacts sociaux peuvent être considérés comme des ressources favorisant un bon état de santé mental et cognitif à un âge avancé. Ces éléments devraient être pris en considération dans le cadre des interventions à l'intention de la population âgée afin de favoriser un vieillissement en bonne santé mentale.

4.1 Introduction

La santé mentale des seniors (désignant ici l'ensemble des personnes âgées de 65 ans et plus) a gagné en visibilité au cours des dernières décennies et constitue une thématique importante au vu du nombre croissant de personnes âgées dans la population.

La santé mentale est étroitement liée au parcours de vie, lui-même marqué par des expériences variées. Les événements défavorables comme les maladies ou les deuils surviennent plus fréquemment chez les seniors que dans le reste de la population et s'accompagnent d'un risque de difficultés psychiques, surtout lorsqu'ils s'accumulent (Pocnet et al., 2016). Par ailleurs, le risque de démence concerne plus particulièrement la population très âgée, au-delà de 80 à 90 ans.

Sur la base d'une recherche de littérature détaillée dans l'encadré bleu ci-dessous, le présent chapitre dresse un état des connaissances et des lacunes d'informations sur l'état de santé mental des seniors en Suisse. Plus spécifiquement, les informations recueillies visent à apporter des éléments de réponse aux questions suivantes:

- Quel est l'état de santé mental des seniors en Suisse, considérant à la fois les aspects positifs comme le niveau d'énergie ou la qualité de vie perçue, et les aspects négatifs comme les troubles dépressifs, la détresse psychologique ou l'anxiété?
- Comment ces indicateurs ont-ils évolué au cours des dix dernières années, y compris durant la période de pandémie de COVID-19?
- Quelle part de la population âgée est atteinte de troubles cognitifs ou de démence?
- Quelles sont les lacunes actuelles des connaissances disponibles?

Il est essentiel de disposer d'informations valides et actuelles sur ces indicateurs de santé mentale pour envisager des interventions. Face au vieillissement démographique, les politiques publiques ont un rôle à jouer dans la promotion du vieillissement en bonne santé mentale, c'est-à-dire dans un état de bien-être permettant de réaliser les tâches ou activités importantes pour soi-même et de faire face aux difficultés normales de la vie.

Source des informations présentées

Les enquêtes menées en Suisse au cours des 20 dernières années, si possible au niveau national, ont été considérées comme source prioritaire de données. Certaines études mentionnées plusieurs fois sont résumées dans un encadré. Des études européennes ont été recherchées pour combler les lacunes d'informations sur la prévalence des troubles psychiques. Finalement, des données provenant de revues systématiques et de méta-analyses récentes (compilant les données de plusieurs études similaires) ont permis d'étayer les sections sur l'évolution temporelle ou les facteurs de risque et de protection.

4.2 État de santé mental des seniors

Aspects positifs de la santé mentale

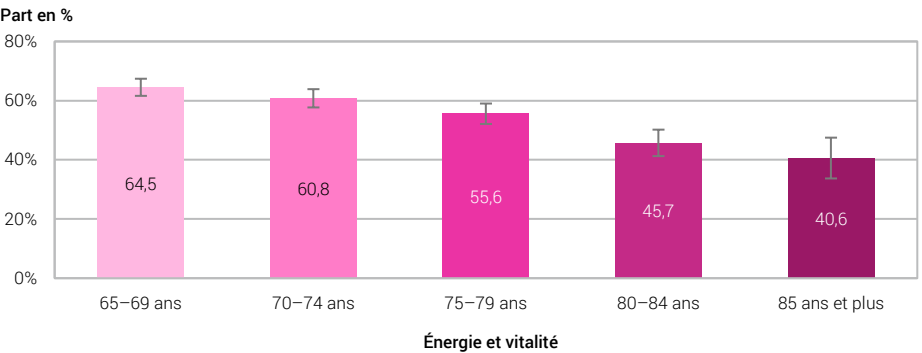
Une santé mentale positive peut être évaluée au moyen d'indicateurs comme le sentiment d'être heureux, le niveau d'énergie ou encore la qualité de vie, ainsi que par des éléments moins directs comme le sentiment de maîtrise de la vie (voir chapitre 1 Population en général pour les définitions). Les aspects de santé mentale positive restent assez peu étudiés dans la population âgée, plus souvent examinée sous l'angle des problèmes et maladies psychiques.

Globalement, la santé mentale des seniors vivant à domicile est plutôt bonne, en particulier chez les sexagénaires et septuagénaires. Selon l'enquête sur les revenus et les conditions de vie (SILC décrite au chapitre 1 Population en général) menée en 2022 dans toute la Suisse, par exemple, 79% des répondants âgés de 65 ans et plus déclaraient **se sentir heureux** tout le temps ou la plupart du temps. Cette proportion est légèrement supérieure à celle observée chez les adultes plus jeunes (71%) (Schuler et al., 2022).

L'enquête suisse sur la santé (ESS décrite au chapitre 1 Population en général) évalue quant à elle **le niveau d'énergie et la qualité de vie**. Les jeunes seniors (65 à 69 ans) sont le groupe d'âge dans lequel la proportion de personnes se disant pleines d'énergie et de vitalité est la plus élevée, atteignant 65% en 2022. Cette proportion est supérieure à celle observée chez les adultes plus jeunes (voir chapitre 3 Adultes) (Figure G.4.1). Elle diminue toutefois avec l'âge, n'étant plus que de 46% chez les personnes de 80 à 84 ans et de 41% chez celles âgées de 85 ans et plus. Les hommes présentent un niveau d'énergie et de vitalité d'environ 10% plus élevé que les femmes dans tous les groupes d'âge.

Proportion des personnes âgées rapportant un niveau élevé d'énergie et vitalité, 2022

G4.1



Intervalle de confiance à 95%

Source: OFS – ESS

© Obsan 2025

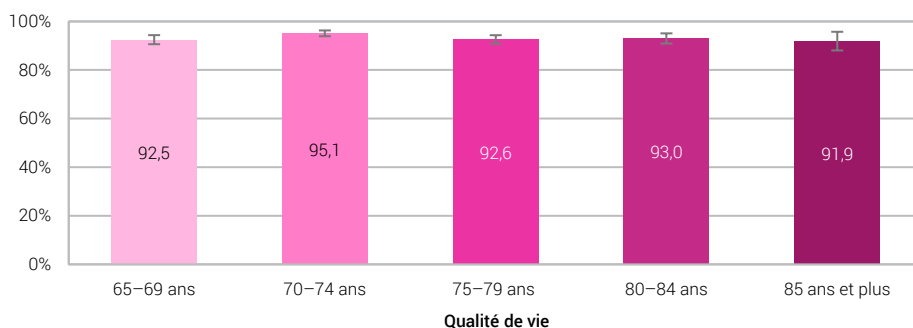
L'indicateur de **qualité de vie** met en évidence une satisfaction très élevée: en 2022, plus de 90% des participants âgés de 65 ans et plus considéraient leur qualité de vie globale comme bonne ou très bonne, sans différence entre les hommes et les femmes et sans diminution observée avec l'âge (Figure G4.2). Une seule étude menée entre 2011 et 2012 complète ces résultats, examinant spécifiquement la qualité de vie des personnes âgées et très âgées en Suisse au sein d'un échantillon représentatif de plus de 3000 seniors. Cette enquête indique que la qualité de vie est préservée chez les adultes très âgés (nonagénaires et centenaires) en comparaison aux personnes âgées de 65 à 79 ans, malgré une péjoration dans plusieurs dimensions importantes pour la qualité de vie des aînés telles que la mobilité ou l'autonomie dans les activités courantes (Luthy et al., 2015).

Deux-tiers des jeunes retraités (65 à 69 ans) se disent pleins d'énergie, contre moins de la moitié des personnes âgées de 80 ans et plus. Malgré cette diminution du niveau d'énergie avec l'avancée en âge, plus de 90% des personnes âgées de 80 ans et plus considèrent leur qualité de vie globale comme bonne ou très bonne.

Proportion des personnes âgées jugeant leur qualité de vie bonne ou très bonne, 2022

G4.2

Part en %



Intervalle de confiance à 95%

Source: OFS – ESS

© Obsan 2025

Le **sentiment de maîtrise de la vie** est un indicateur indirect de la santé mentale qui est plutôt considéré comme une ressource. Dans l'ESS, le niveau de sentiment de maîtrise de la vie est évalué au moyen de quatre items mesurant l'impression de contrôle sur les problèmes et sur la vie en général. En 2022, un sentiment moyen ou fort de maîtrise de la vie était rapporté par environ 80% des personnes âgées (82,3% chez les personnes âgées de 65 à 74 ans et 78% chez celles de 75 ans et plus). Les hommes font un peu plus souvent que les femmes état d'un sentiment élevé de maîtrise de leur vie, en particulier chez les 65 à 74 ans (différence de 8%).

Troubles psychiques fréquents

Le rapport se concentre sur les troubles psychiques les mieux documentés en raison de la disponibilité limitée de données épidémiologiques pour les personnes âgées de 65 ans et plus. Mettre en avant les chiffres des pathologies les mieux étudiées permet d'obtenir une vision plus précise des problématiques les plus significatives pour cette tranche d'âge. Néanmoins, les recherches documentaires aboutissent au constat que certains troubles psychiques sont très peu documentés. Les rares études sont plutôt menées en milieu clinique sur de petits collectifs de patients, ce qui ne permet pas une extrapolation à la population âgée.

Dépressions et symptômes dépressifs

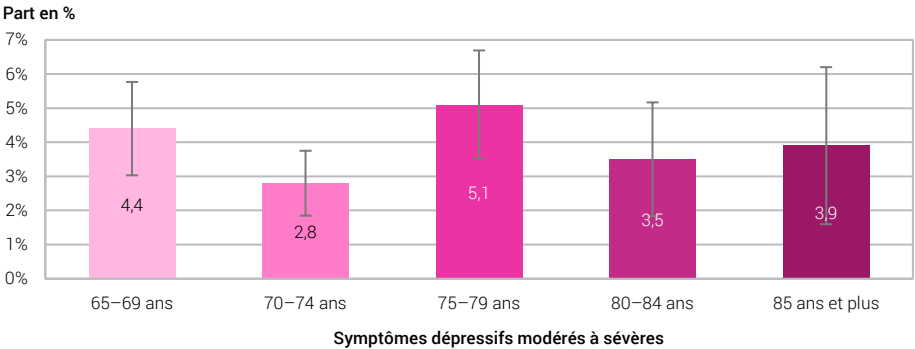
Les symptômes dépressifs et les dépressions (c'est-à-dire les troubles correspondant à des critères diagnostiques de dépression) peuvent limiter considérablement le fonctionnement au quotidien des personnes âgées qui en souffrent. En Suisse, plusieurs enquêtes et études permettent d'évaluer l'ampleur de ces problèmes.

L'ESS estime la sévérité des **symptômes dépressifs** au moyen de neuf questions (échelle PHQ 9) portant sur les deux semaines précédant l'enquête. En 2022, environ 4% des répondants âgés de 65 ans et plus présentaient des symptômes dépressifs considérés comme modérés ou sévères, sans tendance notable au sein des différents groupes d'âge (Figure G 4.3). Par ailleurs, des symptômes dépressifs légers étaient rapportés par près de 20% des répondants (entre 17% et 22% selon les groupes d'âge). Les symptômes dépressifs, indépendamment de leur sévérité, sont plus rares chez les seniors que chez les adultes plus jeunes (voir chapitre 3 Adultes pour comparaison).

En général, les femmes sont plus touchées que les hommes par des symptômes dépressifs légers, avec une différence particulièrement marquée au sein du groupe d'âge 65 à 74 ans: 21,2% des femmes vs 13,5% des hommes (données 2022).

Proportion des personnes âgées présentant des symptômes dépressifs, 2022

G4.3



Intervalle de confiance à 95%

Source: OFS – ESS

© Obsan 2025

Enquête SHARE

L'enquête Survey on Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) explore la santé, le statut socio-économique ainsi que les réseaux sociaux et familiaux des personnes âgées de 50 ans et plus en Europe. Les participants, dont certains résident dans des ménages privés et d'autres dans des institutions comme des EMS, font l'objet d'un suivi continu dans le temps. La collecte de données s'effectue principalement via des entretiens téléphoniques réalisés environ tous les deux ans depuis la première enquête effectuée en 2004. L'échantillon pour la Suisse comprend environ 4000 personnes.

L'enquête SHARE (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe, voir encadré) examine également la fréquence de **symptômes dépressifs** sur la base d'une échelle différente de celle de l'ESS (échelle EURO-D analysant la présence de 12 symptômes au cours du dernier mois ou au moment de l'enquête, un score égal ou supérieur à 4/12 suggérant une dépression) (Höglinger et al., 2019). Les données SHARE 2014 pour la Suisse, qui portent sur plus de 1500 personnes âgées de 65 ans et plus, ont fait l'objet d'une analyse sur cette thématique : chez les 69 à 82 ans, environ une femme sur cinq (22% pour les 69 à 75 ans et 24% pour les 76 à 82 ans) et un homme sur dix (9% et 12% selon le groupe d'âge) présentaient des symptômes dépressifs, révélant une différence notable entre les sexes. Les prévalences augmentaient dans la classe d'âge des 83 à 89 ans (38% chez les femmes et 19% chez les hommes). Néanmoins, les estimations pour cette classe d'âge manquent de précision en raison du nombre limité de participants très âgés, de sorte que la différence n'est pas significative chez les hommes. L'étude SHARE observe plus de différences entre les hommes et les femmes que l'ESS, ce qui est possiblement attribuable à l'utilisation d'un questionnaire différent de dépistage des symptômes dépressifs. En raison de ce recours à un instrument différent, la prévalence des symptômes dépressifs est difficilement comparable à celle provenant de l'ESS. L'enquête SHARE permet cependant une comparaison à l'échelle européenne : en Suisse, le taux de symptômes dépressifs chez les 65 ans et plus est relativement faible et comparable à celui des pays scandinaves (17%), tandis que les pays d'Europe du Sud affichent des taux deux fois plus élevés (35%, Horackova et al., 2019).

En comparaison européenne, la Suisse compte parmi les pays dans lesquels le taux de symptômes dépressifs chez les 65 ans et plus est relativement faible.

D'autres études se basent sur un diagnostic de dépression établi lors d'un entretien psychiatrique plutôt que sur la déclaration des répondants concernant leurs symptômes dépressifs. L'étude MentDis_ICF65+ (voir encadré ci-dessous), en particulier, a permis de diagnostiquer un épisode dépressif majeur au moment de l'enquête ou durant les 12 mois précédant l'enquête chez 23% des répondants âgés de 65 à 84 ans, sans toutefois préciser la prévalence selon les groupes d'âge ou le sexe (Andreas et al., 2017). Il convient de relever que les personnes âgées souffrant de dépression sont susceptibles d'être exposées à un risque de sous-diagnostic car elles ont tendance à présenter des symptômes moins caractéristiques que les adultes plus jeunes, avec moins de plaintes psychiques et plus de répercussions sur les plans physique ou cognitif. Une personne âgée souffrant de dépression pourra par exemple présenter plus de problèmes de mémoire et moins d'idées suicidaires que les sujets plus jeunes (Lleshi et al., 2009).

Étude MentDis_ICF65+

Cette étude épidémiologique a été menée en 2011 dans plusieurs villes européennes, dont Genève, et en Israël. L'étude a inclus une large population de personnes âgées vivant à domicile. La collecte des données a été réalisée via des entretiens individuels à domicile et a permis de poser des diagnostics de troubles mentaux selon les critères du Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM).

L'étude MentDis_ICF65+ a également recensé les nouveaux cas de dépression survenus au cours des 12 mois suivants (incidence). Ceci a permis d'estimer la survenue d'épisodes dépressifs majeurs chez une personne pour 100 habitants de Genève âgés de 65 ans ou plus (840/100 000). Cette incidence est plus faible que celle observée dans les autres villes participant à l'étude MentDis_ICF65+ (Andreas et al., 2022). En extrapolant l'incidence mesurée à Genève au niveau de toute la Suisse, on peut estimer que chaque année, environ 70 000 personnes âgées de 65 ans et plus développent une dépression pour la première fois de leur vie ou rechutent après un épisode antérieur.

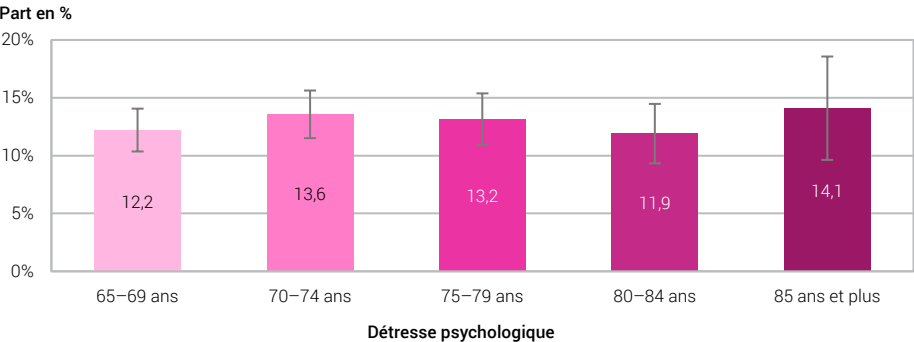
Détresse psychologique et anxiété

La **détresse psychologique** est un état de mal-être psychique avec des émotions négatives qui peut survenir suite au cumul de difficultés ou d'événements stressants. L'ESS mesure cet indicateur au moyen de cinq questions en lien avec la nervosité, le découragement ou encore l'absence de sérénité. En 2022, environ 13% des participants de plus de 65 ans (sans différence entre les classes d'âge) rapportaient des symptômes de détresse psychologique moyenne ou élevée au cours des 4 dernières semaines (Figure G 4.4). Cette proportion est inférieure à celle observée chez les adultes plus jeunes (19 à 20% chez les 25 à 54 ans, voir chapitre 3). Les femmes sont plus susceptibles de présenter un état de détresse psychologique (16% des femmes contre 10% des hommes chez les personnes de plus de 65 ans).

L'étude PsychoLaus, menée à Lausanne entre 2003 et 2006 sur une cohorte de 5667 adultes, aboutit à des observations similaires à l'ESS, l'indicateur de détresse psychologique faisant état de valeurs stables depuis le début de sa collecte en 2007. Au moment de l'enquête, un participant sur 10 âgé de 65 à 75 ans souffrait de détresse psychologique, et cette proportion était presque deux fois plus faible que dans le groupe d'âge des 35 à 44 ans (Schrempft et al., 2023).

Proportion des personnes âgées présentant une détresse psychologique, 2022

G4.4



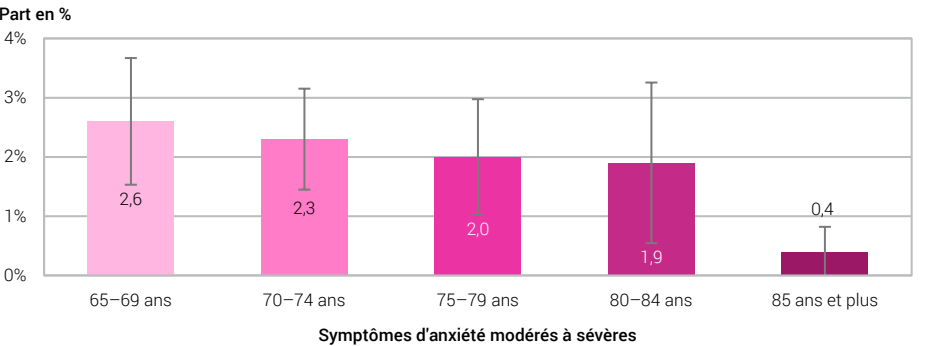
Intervalle de confiance à 95%

Source: OFS – ESS

© Obsan 2025

Les **troubles anxieux** sont également une problématique psychique répandue. L'ESS évalue la présence des symptômes d'un «trouble d'anxiété généralisée» au moyen du questionnaire GAD-7. Les personnes âgées de 65 ans et plus présentent un pourcentage très bas de symptômes d'anxiété modérés à sévères, sans différence entre hommes et femmes (moins de 3%, Figure G4.5). Ces valeurs sont plus basses que chez les adultes plus jeunes (entre 7% et 8% selon l'âge).

Proportion des personnes âgées présentant des symptômes d'anxiété généralisée, 2022 G4.5



Intervalle de confiance à 95%

Source: OFS – ESS © Obsan 2025

Dans l'étude MentDis_ICF65+ réalisée en 2011 (voir encadré ci-dessus), un **diagnostic de trouble anxieux** actuel ou durant les derniers 12 mois était posé chez 14% des participants âgés de 65 à 84 ans (Andreas et al., 2017). Outre des différences dans la méthode de mesure de l'anxiété et dans la période de collecte des données, le fait que cette étude examine uniquement un échantillon romand explique possiblement la prévalence un peu plus élevée des troubles anxieux en comparaison avec l'ESS. L'étude MentDis_ICF65+ a également recensé la survenue de nouveaux troubles anxieux (y compris phobies et troubles paniques) durant les 12 mois suivants, observés chez environ 5 personnes sur 100, un taux comparable à ceux mesurés dans les autres villes participant à l'étude (Andreas et al., 2022).

Autres troubles psychiques

On dispose de très peu d'informations sur la fréquence des troubles psychiques autres que les troubles anxio-dépressifs (comme le syndrome de stress post-traumatique, la schizophrénie, etc.) dans la population âgée en Suisse. Par exemple, selon l'enquête en ligne Omnibus sur la santé psychique, réalisée en Suisse en 2022, moins d'une personne âgée sur 100 présentait des symptômes compatibles avec un syndrome de stress post-traumatique (Peter et al, 2023). Ces données sont aussi rares au niveau européen, comme le souligne une recherche systématique de la littérature publiée en 2013 (Volkert et al., 2013). Une méta-analyse réalisée peu après, en 2016, a pu inclure 10 études européennes ainsi qu'une étude australienne et estimer l'incidence de psychose schizophrénique à 7,5 cas pour 100 000 habitants âgés de 65 ans et plus pour une année. Pour comparaison, ce taux est environ 100 fois plus faible que le taux d'incidence des épisodes de dépression majeure (Stafford et al., 2018). Ce nombre très bas de nouveaux cas s'explique aussi par le fait que ces maladies, déjà très rares, se déclarent majoritairement chez les jeunes adultes (voir chapitre 2 Enfants, adolescents et jeunes adultes). S'agissant souvent de maladies chroniques, les personnes vieillissent avec ces pathologies, de sorte que l'incidence reflète mal le nombre de personnes atteintes de ces troubles.

Un trouble psychique un peu plus étudié est celui de la consommation d'alcool. Le besoin de consommer de plus en plus d'alcool, une obsession par rapport à l'alcool et la survenue d'un syndrome de sevrage à l'arrêt de la consommation constituent les critères du trouble de consommation d'alcool selon le DSM. Dans l'étude MentDis_ICF65+ menée en 2011 (voir encadré ci-dessus), les entretiens cliniques ont mis en évidence une dépendance ou un abus d'alcool chez 9 seniors sur 100, plus souvent des hommes que des femmes (Munoz et al., 2018). Ces prévalences diminuent avec l'avancée en âge, quel que soit le sexe.

Santé mentale des personnes âgées en institution

Les indicateurs présentés dans les sections précédentes révèlent que l'état de santé mental des seniors vivant à leur domicile est relativement bon pour la plupart d'entre eux. La population des personnes vivant en établissement médico-social (EMS) se distingue de la population vivant à domicile par un mauvais état de santé, en raison de maladies physiques et/ou psychiques (comme les démences), avec une altération de l'indépendance dans les activités de la vie quotidienne. Dans ce contexte, il est plus difficile de faire participer les résidents d'EMS à des enquêtes, et les données collectées ciblent plus souvent les problèmes que les aspects positifs de la santé mentale. Seule une enquête menée en 2020 auprès d'un petit collectif de résidents d'EMS vaudois fournit des

informations indirectes sur ce sujet, en indiquant que la majorité d'entre eux souhaitent continuer à profiter de la vie, ce qui témoigne d'une certaine préservation de leur qualité de vie (Bornet et al., 2021).

L'enquête nationale menée en 2008 à 2009 sur la santé des personnes âgées vivant dans les institutions (ESS/ESAI, voir encadré ci-dessous) s'est intéressée aux problèmes de santé mentale des résidents d'EMS (Kaeser, 2012). La dépression et l'anxiété, diagnostiquées chez respectivement 28% et 13% des résidents, étaient plus fréquentes que dans la population âgée interrogée à domicile par l'ESS. Les psychoses touchaient 7% des résidents; ces derniers étaient en moyenne plus jeunes que ceux qui n'en étaient pas atteints. En comparaison avec la population générale des 65 ans et plus en Suisse, la prévalence des psychoses est près de deux fois plus élevée chez les résidents en EMS.

Enquête suisse sur la santé dans les institutions (ESS/ESAI)

Cette enquête a été menée en 2008/2009 auprès d'un échantillon représentatif de résidents en EMS en Suisse. Elle visait à évaluer l'état de santé des personnes âgées en institution par des entretiens avec les résidents, des questionnaires remplis par les soignants et via l'examen des dossiers médicaux. Les diagnostics de dépression, de troubles anxieux, de psychose et de démence ont été répertoriés, entre autres.

Une autre étude nationale portait spécifiquement sur les troubles psychiques des centenaires en Suisse. Près de la moitié des 169 participants présentaient des symptômes dépressifs (44,5%) et/ou de l'anxiété (42,2%). Les centenaires résidant en EMS (soit environ les deux-tiers des participants) avaient deux fois plus de risque de présenter des symptômes dépressifs que les centenaires vivant à domicile, même en tenant compte d'autres caractéristiques comme le sexe ou les problèmes cognitifs (Uittenhove et al., 2024).

Les personnes âgées vivant en EMS sont en moins bonne santé mentale que celles vivant à leur domicile, elles sont notamment plus susceptibles de présenter des symptômes de dépression ou d'anxiété.

Suicide et suicide assisté

Entre 2008 et 2019, environ 20 personnes âgées de 65 ans et plus sur 100 000 se sont donné la mort chaque année (suicides assistés exclus), ce qui représente près du double de l'incidence observée chez les adultes plus jeunes (30 à 64 ans) (Stulz et al., 2022). Ceci

s'explique notamment par le fait que la proportion de tentatives de suicide aboutissant au décès est bien plus élevée chez les personnes âgées que chez les plus jeunes, en particulier chez les hommes (Peter & Tuch, 2024). L'incidence du suicide est deux fois plus élevée chez les hommes âgés que chez les femmes. En conséquence, le taux de suicides non assistés est le plus élevé chez les hommes de 80 ans et plus, atteignant 54 suicides pour 100 000 habitants en 2023. En 2003, les taux de suicide étaient de 32 pour les personnes âgées de 80 ans et plus et de 24 pour les personnes âgées de 65 à 79 ans. En 2023, ils sont respectivement de 26 et 17 suicides pour 100 000 habitants (OFS, 2024). Cette diminution au cours des 20 dernières années poursuit la tendance à la baisse observée avant les années 2000.

Concernant les tentatives de suicide, ce sont respectivement 3,1% des 65 à 74 ans et 2,2% des 75 ans et plus qui ont répondu dans le cadre de l'ESS 2022 avoir déjà tenté de se suicider, sans différence entre les sexes. Ces prévalences portant sur la vie entière sont paradoxalement un peu plus basses chez les seniors que chez les plus jeunes (entre 3,9% et 4,7% pour les tranches d'âge situées entre 15 et 64 ans). L'ESS inclut cette question depuis 2017, faisant état pour la population des personnes âgées de 65 ans et plus de taux similaires en 2017 et 2022.

De plus, 1571 cas de suicide assisté ont été recensés en Suisse chez des personnes âgées de 65 ans et plus en 2023. Le taux de suicide assisté a triplé au cours de la période de 2005 à 2014 (2005: 13/100 000 habitants âgés; 2014: 43/100 000). Il a continué à augmenter par la suite, atteignant 47 suicides assistés pour 100 000 personnes âgées de 65 à 79 ans et 201 pour 100 000 personnes âgées de 80 ans et plus en 2023. L'évolution de l'attitude de la société face à l'auto-détermination en fin de vie et au suicide assisté semble être le facteur principal de cette augmentation (Steck et al, 2018). Ainsi, les suicides assistés sont devenus plus fréquents que les suicides non-assistés au sein de la population âgée (Stulz et al., 2022). Ce sont surtout les personnes atteintes de maladies incurables qui ont recours au suicide assisté, qui est par ailleurs plus fréquent chez les femmes, les personnes sans enfants et les personnes vivant seules, notamment après un veuvage ou un divorce (Steck et al., 2018, Mazzocato & Benaroyo, 2009). Malgré cela, une très faible minorité des patients en soins palliatifs meurent par suicide assisté (0,5% des décès survenus entre 1990 et 2000; Mazzocato & Benaroyo, 2009).

Le taux de suicide des personnes âgées est en baisse depuis plusieurs décennies. Toutefois, les tentatives de suicide aboutissent bien plus souvent au décès chez les seniors comparativement aux plus jeunes adultes. Par ailleurs, le taux de suicide assisté a beaucoup augmenté au cours des dix dernières années.

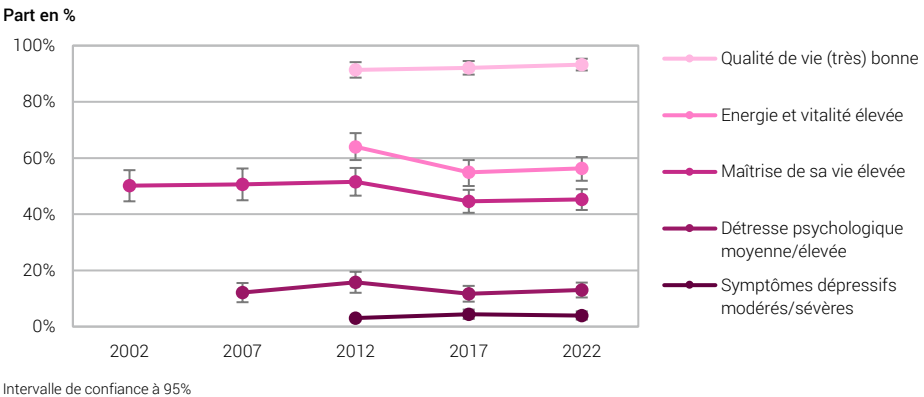
Évolution temporelle de la santé mentale des personnes âgées

L'ESS, réalisée tous les cinq ans, a collecté des informations répétées sur plusieurs indicateurs de santé mentale. Ces données sont synthétisées dans le graphique G 4.6 ci-dessous. La comparaison des données entre 2012 et 2022 indique une stabilité de la proportion des individus déclarant un niveau élevé d'énergie et de vitalité. C'est aussi le cas de l'indicateur de bonne qualité de vie, la très légère augmentation de la proportion de personnes jugeant leur qualité de vie comme bonne ou très bonne étant comprise dans les marges d'erreur des mesures. Quant à l'indicateur de sentiment de maîtrise de la vie élevé, il affiche une baisse lors des deux dernières vagues de l'enquête chez les répondants âgés de 75 ans et plus, passant de 51 à 52% lors des enquêtes menées en 2002, 2007 et 2012 à 42,4% en 2022 (données non illustrées sur le graphique).

Les indicateurs de difficultés psychiques mettent en évidence une stabilité du pourcentage de personnes âgées de 65 ans et plus présentant des symptômes dépressifs sévères à modérés ou une détresse psychologique. Concernant l'anxiété, il n'est pas possible d'évaluer l'évolution de cet indicateur, qui a été intégré à l'ESS en 2022 seulement. Ces dimensions ont cependant été étudiées de manière plus suivie durant la pandémie de COVID-19, comme décrit dans le paragraphe ci-après.

Évolution des indicateurs de santé mentale

G4.6



Source: OFS – ESS

© Obsan 2025

La santé mentale lors de la pandémie de COVID-19

Plusieurs études se sont penchées sur la santé mentale de la population suisse durant la période de COVID-19. Elles ont fait l'objet d'un rapport de synthèse dans le cadre du monitoring réalisé par l'OFSP sur cette thématique (Jäggi et al., 2022). Globalement, ces études mettent en évidence un niveau de résilience plus élevé chez les seniors par rapport aux jeunes générations lors de la pandémie de COVID-19. Les personnes de 65 ans et plus rapportaient des niveaux de stress plus faibles et moins de symptômes dépressifs que les adolescents et les jeunes adultes, ainsi qu'un sentiment d'efficacité personnelle plus élevé. Un sondage national réalisé en mars-avril 2020 a par exemple invité 4110 personnes à répondre à un questionnaire en ligne sur leur santé mentale. Cette étude a documenté que 29% des personnes âgées entre 60 et 79 ans ont ressenti une altération de leur bien-être psychique en raison de la pandémie, une proportion inférieure à celle de 45% observée chez les jeunes entre 18 et 29 ans (Diaz Hernandez et al., 2021). Les personnes impactées sur le plan psychologique ont notamment exprimé qu'elles s'étaient senties anxieuses, seules, déprimées ou déclaré avoir perdu l'intérêt ou le plaisir de faire leurs activités. L'étude ne montre toutefois pas l'impact auprès des populations les plus âgées, au-delà de 80 ans.

Une autre étude a pu suivre pendant plusieurs mois en 2021 la prévalence de la détresse psychologique chez un échantillon aléatoire de la population genevoise. Chez les 65 ans et plus, près d'une personne sur dix a exprimé une détresse psychologique, ce qui constitue la proportion la plus basse comparativement aux adultes plus jeunes (jusqu'à 23% chez les 35 à 44 ans) (Schrempft et al., 2023). À titre de comparaison, les auteurs ont utilisé les données récoltées entre 2003 et 2006 dans la cohorte lausannoise Psycolaus dans des groupes d'âge semblables. La prévalence similaire de la détresse psychologique à cette période (10,4%) tend à confirmer l'impact limité de la période de COVID-19 sur la santé mentale des seniors (Schrempft et al., 2023), également observée dans d'autres études européennes comme l'étude SHARE (Wester et al., 2022, Shahaj et al., 2023). Néanmoins, les personnes âgées ayant un moins bon état de santé, souffrant de solitude ou d'isolement social, ou ayant récemment vécu des événements de vie défavorables constituaient des groupes plus à risque de détresse psychologique (Diaz Hernandez et al., 2021; Schrempft et al., 2023). De plus, les personnes âgées les plus vulnérables, notamment les résidents en EMS, sont exclus de la plupart des enquêtes réalisées auprès de la population générale, et l'impact sur ces populations reste mal connu (Jäggi et al., 2022).

Les indicateurs de l'état de santé mental des seniors rapportent une stabilité au cours des dix dernières années. L'impact de la période de pandémie de COVID-19 a notamment été moindre chez les seniors que chez les adultes plus jeunes.

Influence des déterminants sociaux et des problèmes de santé

En vieillissant, les seniors rencontrent divers événements, dont certains peuvent exercer une influence positive sur leur santé mentale, comme le fait de devenir grands-parents, tandis que d'autres, tels que le fait de devenir proche aidant, la perte de proches ou l'apparition de problèmes de santé physiques, peuvent accroître le risque de troubles psychiques, notamment lorsqu'ils s'accumulent (Pocnet et al., 2016). Le risque de développer une maladie psychique, par exemple, est près de quatre fois plus élevé chez les personnes devenues veuves (Andreas et al., 2022).

Le passage à la retraite constitue également une étape potentiellement sensible, notamment en raison des changements liés au statut social et aux relations sociales. Pour de nombreux aînés, le rôle d'aidant devient de plus en plus important, souvent pour soutenir des conjoints ou des membres de la famille en perte d'autonomie. En outre, le vieillissement s'accompagne de modifications physiques et cognitives pouvant entraîner des limitations fonctionnelles.

Globalement, le réseau social tend à se réduire avec l'avancée en âge, de sorte que les personnes âgées sont particulièrement vulnérables au risque d'isolement social, avec des répercussions potentielles sur leur santé mentale, raison pour laquelle ce thème est abordé ici en complément du chapitre 5 Contexte social). En effet, l'isolement social, mesuré dans le cadre de l'ESS comme un réseau de soutien social faible, touche environ 10% des personnes âgées de 65 à 74 ans et 16% de celles âgées de 75 ans et plus, une proportion supérieure à celle mesurée chez les adultes plus jeunes (6% à 10% chez les 25 à 64 ans, voir chapitre 3 Adultes). Or, les personnes âgées socialement isolées ont un risque accru de souffrir de symptômes dépressifs et de dépression, certaines études suggérant que l'isolement social doublerait le risque de dépression (Hajek et al., 2024; Martín-María et al., 2021).

Les autres principaux facteurs de risque et de protection, communs à plusieurs troubles psychiques, sont similaires chez les personnes âgées et chez les plus jeunes. La relation entre la santé mentale et le niveau d'éducation, le niveau socio-économique ou encore l'origine migratoire est abordée au chapitre 1 Population en général, de même que les différences régionales en Suisse.

4.3 Trouble cognitif léger et démence

La démence consiste en un déclin progressif des capacités cognitives qui se manifeste par des problèmes de mémoire, d'orientation, de prise de décision ou encore de langage non explicables par une autre maladie. On parle de démence lorsque les problèmes sont suffisamment graves pour interférer avec la vie quotidienne (American Psychiatric Association, 2022). Le type de démence le plus répandu est la maladie d'Alzheimer, suivi des

démences vasculaires (atteinte des vaisseaux sanguins du cerveau) et de formes mixtes (OMS, 2024). Le trouble cognitif léger (souvent désigné sous son appellation anglaise «Mild Cognitive Impairment» ou MCI) est un trouble intermédiaire entre les changements cognitifs liés à l'âge et les démences, en particulier la maladie d'Alzheimer, vers lesquelles il peut évoluer. Il s'agit d'une diminution des capacités dans plusieurs dimensions (mémoire, jugement, résolution de problèmes, etc.), sans répercussions sur la capacité à effectuer les tâches quotidiennes habituelles (American Psychiatric Association, 2022).

Globalement, les troubles cognitifs sont peu reconnus, seulement la moitié des cas de démence seraient diagnostiqués dans la population âgée (Association Alzheimer Suisse, 2023; Iliffe et al., 2009). Plusieurs facteurs contribuent à ce sous-diagnostic, notamment la tendance à considérer les problèmes cognitifs comme faisant partie d'un vieillissement normal, la peur de la stigmatisation ainsi que la peur de la maladie face à l'absence de traitement curatif (Iliffe et al., 2009). Dans les études épidémiologiques, l'identification des cas de démence dépend de la méthode utilisée (voir encadré).

En conclusion, il convient de souligner qu'il est difficile d'estimer la prévalence des démences au sein de la population âgée car les études incluant à la fois les personnes vivant à leur domicile et celles vivant en EMS font défaut. Or, les enquêtes populationnelles menées auprès de personnes âgées vivant à leur domicile et aptes à participer tendent à sous-estimer la prévalence de la démence. En revanche, les études menées auprès des clients de soins à domicile ou de résidents d'EMS aboutissent à des prévalences élevées car les cas de démence sont fréquents dans ces sous-groupes de personnes âgées.

Critères de diagnostic des démences et des troubles cognitifs légers

La démence doit être diagnostiquée dans le cadre d'une évaluation approfondie. Les critères diagnostiqués internationalement reconnus (DSM) ne sont pas applicables dans les grandes études populationnelles en raison du temps et des ressources humaines qualifiées nécessaires. Certaines études se basent sur des tests de dépistage des troubles cognitifs, comme le Mini-Mental State Examination (MMSE) ou encore l'échelle de performance cognitive (CPS), dont le résultat est cependant moins précis.

Concernant les troubles cognitifs légers (MCI), il n'existe pas de critères internationalement reconnus, de sorte que la méthodologie des études et les résultats qui en découlent sont très hétérogènes.

Prévalence et incidence au sein de la population âgée

En Suisse, on ne dispose pas d'études récentes sur la fréquence des troubles cognitifs légers et des démences à l'échelle nationale. Les **études populationnelles** les plus récentes estimant la **prévalence des démences** selon les critères diagnostiques reconnus (DSM-III-R) remontent à plus de vingt ans, et ont été menées à Zurich en 2002 (Gostynski et al., 2002) et à Genève en 1996 (Herrmann, 1998). Ces deux études aboutissaient à des estimations comparables, avec une prévalence quantifiée à moins de 3% dans le groupe d'âge des 65 à 69 ans et augmentant exponentiellement pour atteindre presque 25% chez les personnes de 90 ans et plus. Une seule étude conduite plus récemment (2013) dans le canton de Genève portait sur la démence à corps de Lewy, un type de démence très rare (prévalence: 19 cas sur 100 000 habitants) qui renseigne peu sur le nombre total de personnes atteintes de démence en Suisse (Fleury et al., 2018).

À défaut de données, les estimations actuelles du nombre de personnes atteintes de démence en Suisse, publiées par l'association Alzheimer Suisse, s'appuient sur les résultats d'une méta-analyse d'études européennes (BASS, 2021). Les taux de prévalence estimés sont les suivants: 1% chez les 60 à 69 ans, 5% chez les 70 à 79 ans, 16% chez les 80 à 89 ans et 40% chez les personnes âgées de 90 ans et plus. L'estimation chez les nonagénaires est plus élevée que dans les études populationnelles menées auprès des personnes vivant à leur domicile car elle tient compte des personnes vivant en EMS, plus souvent atteintes de démence.

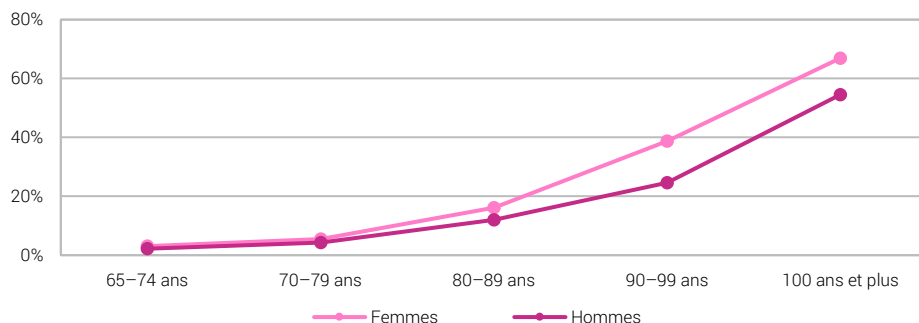
En synthèse, les estimations de prévalence diffèrent selon les méthodes utilisées, d'où la difficulté à apprécier si les résultats des enquêtes populationnelles menées en 1996 et 2002 en Suisse sont très différents de ceux que l'on obtiendrait en reconduisant ces enquêtes aujourd'hui. Globalement, les prévalences sont très basses avant l'âge de 70 ans et augmentent de manière exponentielle avec l'âge, comme l'illustre la figure ci-après issue d'une récente méta-analyse de 47 études (Cao et al., 2020) (Figure G.4.7). La prévalence est plus élevée chez les femmes que chez les hommes, avec un écart plus marqué chez les personnes âgées de 80 ans et plus.

Concernant **les troubles cognitifs légers (MCI)**, notre recherche n'a trouvé aucune étude mesurant la prévalence de ces troubles en Suisse. Seule une analyse des données de l'étude CoLaus/PsyCoLaus, menée auprès de la population lausannoise, apporte quelques informations. Les participants âgés ont réalisé des tests cognitifs et presque un participant sur deux était susceptible d'avoir des MCI (score Clinical Dementia Rating $\geq 0,5$) (Moyano et al., 2023). Cette prévalence paraît élevée par rapport aux estimations internationales situées aux alentours de 2 à 10% à l'âge de 65 ans et de 5 à 25% à l'âge de 85 ans (Ward et al 2012). Les raisons de cette prévalence élevée ne sont pas claires, mais pourraient être liées à une sélection particulière des participants ayant effectué les tests cognitifs et à l'outil utilisé pour le diagnostic.

Proportion des personnes âgées présentant une démence

G4.7

Prévalence en %



Note: le chevauchement des deux premiers groupes d'âge (65 à 74 ans et 70 à 79 ans) s'explique par le fait que les données sont issues de plusieurs études.

Source: adapté de Cao et al. (2020)

© Obsan 2025

Évolution temporelle des démences

Un potentiel changement de l'incidence des démences au cours du temps est une question essentielle face au vieillissement de la population. L'absence d'études régulières en Suisse ne permet pas d'estimer l'évolution temporelle des démences dans notre pays, mais plusieurs études et méta-analyses ont exploré ce sujet. Les dernières méta-analyses, qui couvrent plusieurs dizaines d'études réalisées au cours des 30 dernières années, indiquent que les résultats présentent de légères variations selon les régions et les périodes. La plupart des études menées aux États-Unis et en Europe montrent une diminution de l'incidence des démences entre la fin des années 1990 et 2015 (Bohlken et al., 2021; Mukadam et al., 2024; Roehr et al., 2018; Wolters et al., 2020). Une méta-analyse de 7 études a chiffré cette diminution à 13% par décennie, avec une réduction plus marquée chez les hommes (-24%) que chez les femmes (-8%) (Wolters et al., 2020).

Prévalence des démences chez les clients de soins à domicile et en EMS

Concernant **les personnes recevant de l'aide et des soins à domicile**, une estimation du nombre de personnes atteintes de démence peut être réalisée sur la base des données recueillies lors de l'évaluation des besoins de ces personnes en soins. Cette évaluation effectuée à chaque début de prise en charge inclut un dépistage cognitif au moyen de l'échelle Cognitive Performance Scale (CPS). Il ne s'agit donc pas d'un diagnostic avéré

mais d'une suspicion plus ou moins forte. Ces données étant disponibles pour l'ensemble des cantons, c'est a priori la meilleure source pour évaluer la prévalence des démences à l'échelle suisse. Malheureusement, peu de cantons alimentent la base de données nationale Home Care Data, qui ne peut pas être considérée comme représentative au niveau suisse. Une exploitation des données 2019 du Home Care Data a montré que 9% des participants de 65 ans et plus avaient une suspicion de démence (score CPS ≥ 3) (BASS, 2021). Chez les personnes de 95 ans ou plus, cette proportion était de 12% (BASS, 2021). En 2004 (avant l'introduction de cet outil d'évaluation unique en Suisse), un sondage national mené auprès de 324 organisations d'aide et soins à domicile relevait que 13% des clients étaient potentiellement atteints de démence (5% d'entre eux avaient un diagnostic de démence dans leur dossier et 8% supplémentaires présentaient des symptômes de démence selon les soignants) (Ecoplan, 2013; Longchamp et al., 2004). Il est difficile de comparer ces deux études en raison des différentes méthodologies appliquées, mais les résultats s'accordent sur le fait qu'environ un client de soins à domicile sur dix est atteint de démence avérée ou suspectée. L'absence de données de prévalence par classe d'âge empêche d'estimer le nombre de personnes concernées.

En Europe, deux études rapportent la prévalence du diagnostic de démence dans les dossiers médicaux des personnes recevant des soins à domicile, estimée à 9% en Suède et à 26% en Espagne (Ponjoan et al., 2019; Schmidt-Mende et al., 2024). La prévalence plus élevée en Espagne est probablement en lien avec les efforts des auteurs de l'étude pour identifier les cas en exploitant plusieurs sources de données et en contactant les médecins traitants, mais elle pourrait aussi être le reflet d'une politique différente de prise en charge des personnes atteintes de démence, qui resteraient en plus grand nombre à leur domicile qu'en Suisse. De ce fait, il est difficile de comparer ces chiffres à ceux estimés en Suisse.

Les résidents en EMS sont également soumis à une évaluation de leurs besoins en soins incluant une évaluation cognitive. Plusieurs travaux ont exploité ces données, mais couvrent rarement l'ensemble du territoire national car trois outils d'évaluation différents sont utilisés en Suisse selon les régions. D'autres indicateurs sont la présence d'un diagnostic de démence dans le dossier du résident, ou l'appréciation des soignants quant à la présence de symptômes compatibles avec une démence.

Le tableau T4.1 ci-dessous résume les études menées en Suisse. Tout récemment, l'OBSAN a exploité les données des évaluations effectuées dans les EMS suisses en 2022. Près de 60% des résidents avaient une suspicion de démence (évaluation PLAISIR ou RAI-NH (score de performance cognitive (CPS)) compatibles avec une démence). La prévalence est un peu plus élevée en Suisse romande qu'en Suisse alémanique et au Tessin. Cependant, l'outil d'évaluation variant d'une étude à l'autre (PLAISIR en Suisse romande et RAI-NH en Suisse alémanique et au Tessin), cette différence est difficile à apprécier. Deux études menées une dizaine d'années auparavant sur la base de données similaires aboutissaient à des estimations assez proches, la proportion de résidents

avec suspicion de démence s'élevant à 66% dans les cantons romands et à 54% pour en Suisse alémanique et au Tessin (Bartelt, 2012; Ecoplan, 2013) (Association Alzheimer Suisse, 2014b; Ecoplan, 2013). La proportion de résidents ayant un diagnostic de démence inscrit dans leur dossier est systématiquement inférieure, se situant entre 21% et 47%.

Les estimations des études reposant sur l'appréciation des soignants concernant la présence d'une démence (problèmes de mémoire, d'orientation, de prise de décision, de langage) (Kaeser, 2012) sont proches de celles basées sur l'outil d'évaluation des besoins des résidents en soins. Dans une étude nationale menée en 2013 auprès d'EMS des trois régions linguistiques suisses, 60% des résidents étaient considérés comme atteints de démence selon les soignants, et la moitié d'entre eux (33%) avaient un diagnostic de démence cognitive (Zúñiga et al., 2013; Zúñiga et al., 2021). Cette enquête indique aussi que la proportion de résidents présentant des symptômes de démence est plus élevée en Suisse romande (68%) et au Tessin (72%) qu'en Suisse alémanique (55%). Dans l'enquête suisse sur la santé des personnes vivant en institution menée en 2008/2009 (ESAI, voir encadré Santé mentale des personnes âgées en institution), 59% des résidents en EMS présentaient des symptômes de démence (Ecoplan, 2013; Kaeser, 2012).

Estimation de la prévalence des démences en EMS selon divers indicateurs

T4.1

Année de l'étude	Région de l'étude	Résidents avec un diagnostic de démence	Résidents avec une suspicion de démence (CPS ou PLAISIR)	Résidents avec des symptômes de démence (avis des soignants)	Référence
2022	Suisse alémanique/ Tessin Suisse romande	46% 21%	58% 63%	–	OBSAN, 2024
2013	Toute la Suisse Suisse alémanique Suisse romande Tessin	33%	–	60% 55% 68% 72%	Zúñiga, 2013
2012	Suisse romande	41%	66%	–	Ecoplan, 2013
2010	Suisse alémanique + Tessin	47%	54%	–	Bartelt, 2012
2008	Toute la Suisse	39%	–	59%	ESS/ESAI 2008/2009

En l'absence de données actuelles sur la prévalence de la démence en Suisse, les estimations reposent sur des données internationales. La démence augmente fortement avec l'âge: très rare chez les personnes âgées de 65 à 69 ans (moins de 3 personnes sur 100), elle touche environ un tiers des personnes après 90 ans, et même la moitié des résidents en EMS.

Facteurs de risque et ressources

L'**âge** constitue le principal facteur de risque de démence (OMS, 2023), tandis que l'association avec le sexe est bien plus modeste. Les femmes sont sur-représentées parmi les cas de démence (Association Alzheimer Suisse, 2023), mais ceci est principalement lié à leur longévité supérieure à celle des hommes. Au sein d'une même classe d'âge, la prévalence de la démence n'est que très légèrement supérieure chez les femmes, ce qui peut être lié à des facteurs hormonaux, génétiques ou sociaux comme le niveau d'éducation (Au et al., 2017; Huque et al., 2023; O'Neal, 2024).

L'association entre le **niveau d'éducation** et les démences est bien documentée, même s'il reste un débat sur la nature causale ou non de cette association (Stephan et al., 2024). Deux méta-analyses ont établi que les personnes ayant un faible niveau d'éducation ont un risque de démence plus élevé de 45% à 60% que celles ayant un niveau d'éducation élevé (Livingston et al., 2020; Maccora et al., 2020). De plus, chaque année d'éducation supplémentaire réduirait le risque de démence d'environ 7% (Maccora et al., 2020). L'apprentissage pendant l'enfance et tout au long de la vie favoriserait une meilleure réserve cognitive et est associé à des modes de vie plus sains susceptibles de maintenir les vaisseaux sanguins cérébraux en meilleur état (Liang et al., 2020; Livingston et al., 2020; Stephan et al., 2024). Des modèles estiment qu'un faible niveau d'éducation serait responsable de près de 20% des cas de démence, en partie à cause de sa forte corrélation avec d'autres facteurs de risque de démence comme le tabagisme, l'hypertension, le diabète, les symptômes dépressifs et l'isolement social (Livingston et al., 2020; Stephan et al., 2024). En Suisse, des tests cognitifs réalisés auprès de 2000 personnes âgées de 65 ans et plus ont mis en évidence que des conditions socio-économiques défavorables au cours de la vie (niveau d'éducation et professionnel des participants et de leurs parents, revenus) étaient associées à de moins bonnes performances de mémoire, de vocabulaire ou encore de vitesse d'exécution des tâches intellectuelles (Schrempft et al., 2023).

Un autre facteur bien étudié est l'**isolement social**, associé à un risque de démence de 22% à 60% plus élevé selon les dernières méta-analyses (Jones et al., 2024; Livingston et al., 2020). Les contacts sociaux et l'engagement social sont désormais identifiés comme facteurs de protection qui renforceraient les réserves cognitives et encourageraient les

comportements bénéfiques (Livingston et al., 2020; Pennikilampi et al., 2018; Sommerlad et al., 2019). Dans une étude japonaise menée auprès de plus de 13 000 personnes âgées dont la majorité avait au moins 80 ans, un score de contacts sociaux élevé (basé sur le statut marital, les échanges avec les amis et la famille, la participation sociale et professionnelle) était associé à une réduction du risque de démence de près de 50% au cours des 10 années de suivi (Saito et al., 2018). Une telle association peut s'expliquer par l'incidence particulièrement élevée de la démence après 80 ans. Des résultats analogues ont été trouvés dans une analyse de 13 études, indiquant que les personnes ayant des contacts sociaux fréquents avaient un moindre risque de MCI et de démence (Mahalingam et al., 2023). Comme pour l'éducation, il est difficile d'établir la nature causale de cette association car de nombreux facteurs entrent en jeu. De plus, il y a un risque de causalité inverse: des problèmes cognitifs précoces, encore non détectés, sont probablement liés à une diminution des contacts sociaux, et pourraient aussi expliquer cette association.

Finalement, plusieurs études ont montré que les personnes présentant des troubles psychiques ont un risque accru de développer une démence, surtout lorsque ces troubles sont sévères ou d'apparition tardive (Stafford et al., 2018). Les recherches ne permettent cependant pas d'affirmer qu'il s'agit d'un lien de cause à effet, car certaines affections psychiques, telles que la dépression, peuvent indiquer une démence naissante.

Impact sociétal

Les démences ne concernent pas seulement les personnes qui en sont atteintes. Les proches aidants supportent une lourde charge émotionnelle, physique et financière. Ce fardeau est particulièrement lourd pour les femmes: les conjointes, filles et autres proches fourniraient près des trois quarts des heures de soins aux personnes atteintes de démence (Association Alzheimer Suisse, 2014a). Aux soins s'ajoutent le stress, l'inquiétude et les contraintes liées à cette prise en charge, ce qui représente un fardeau considérable entraînant un risque d'épuisement. De plus, les prestations de soutien sont largement à la charge des malades et de leurs proches, ce qui constitue une barrière à l'accès aux offres de répit. Pour les personnes qui travaillent, concilier la vie professionnelle, la vie de famille et l'aide et les soins au proche atteint de démence constitue également un défi (Association Alzheimer Suisse, 2021; Association Alzheimer Suisse, 2014a).

Dans les EMS et les organisations d'aide et soins à domicile, la forte proportion de personnes âgées atteintes de démence implique que ces institutions doivent disposer de professionnels de la santé et du secteur social compétents pour offrir une prise en charge adaptée.

4.4 Conclusion

En Suisse, plusieurs constats relatifs à la santé mentale des seniors sont encourageants. La majorité des personnes âgées jouissent d'une bonne qualité de vie et d'un niveau d'énergie élevé. Les symptômes dépressifs, la détresse psychologique et les symptômes d'anxiété sont moins fréquents chez les adultes âgés que chez les jeunes adultes, et la Suisse se distingue par une prévalence relativement basse de ces troubles par rapport à la moyenne européenne. Cependant, près d'un tiers des personnes âgées de 80 à 85 ans et plus pourraient présenter des symptômes dépressifs ou une dépression. Les données sur d'autres troubles psychiques restent rares, les études se focalisant plutôt sur des collectifs de patients. Un autre constat est la stabilité des indicateurs de santé psychique positive et négative au cours des dernières années. La pandémie de COVID-19 semble en effet avoir eu un impact moindre sur la santé mentale des seniors que sur celle des jeunes.

Quant aux démences, elles sont très rares chez les 65 à 69 ans, mais affecteraient au moins une personne sur trois chez les nonagénaires et les centenaires. Cependant, l'absence de données récentes à l'échelle nationale oblige à s'appuyer sur des données européennes pour estimer la proportion et le nombre de personnes concernées en Suisse. Plus globalement, cette recherche met en évidence que les informations sur la santé psychique et cognitive de personnes âgées restent lacunaires. Il manque en particulier des données sur les personnes vivant en EMS, mais aussi sur les personnes vivant à leur domicile et dont l'état de santé dégradé ne leur permet pas de participer à une enquête sans assistance. On dispose également de très peu d'informations sur l'évolution de la prévalence et de l'incidence des démences dans la population suisse. De nouvelles études devraient se concentrer sur la collecte de données comparables dans le temps et couvrant l'ensemble de la population des personnes âgées. Seule une telle démarche permettra de dresser un tableau plus complet de l'état de santé mental des seniors en Suisse, mais aussi de planifier les ressources nécessaires à leur prise en charge par exemple.

Les résultats confirment que plusieurs facteurs socio-économiques comme le niveau d'éducation et la participation sociale sont susceptibles d'influencer la survenue des troubles dépressifs et cognitifs. C'est pourquoi il est essentiel que les politiques publiques favorisent l'amélioration de l'éducation des jeunes et l'apprentissage tout au long de la vie, ainsi que le soutien social apporté aux personnes âgées. Face au nombre croissant de personnes âgées dans la population, il est non seulement important de promouvoir un bon état de santé mental des seniors, mais aussi d'adapter au mieux les pratiques pour prendre en charge leurs problèmes psychiques.

4.5 Bibliographie

- American Psychiatric Association. (2022). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed., text rev.). <https://doi/book/10.1176/appi.books.9780890425787>
- Andreas, S., Schulz, H., Volkert, J., et al. (2017). Prevalence of mental disorders in elderly people: the European MentDis_ICF65+ study. *British Journal of Psychiatry*, 210(2), 125–131. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.115.180463>
- Andreas, S., Schulz, H., Volkert, J., et al. (2022). Incidence and risk factors of mental disorders in the elderly: The European MentDis_ICF65+ study. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 56(5), 551–559. <https://doi.org/10.1177/00048674211025711>
- Association Alzheimer Suisse (2014a). L'avis des proches des personnes atteintes de démence.
- Association Alzheimer Suisse (2014b). Personnes atteintes de démence dans les EMS suisses: des défis multiples.
- Association Alzheimer Suisse (2021). Travailler et aider un proche.
- Association Alzheimer Suisse (2023). Faits et chiffres 2023. Alzheimer et maladies apparentées.
- Au, B., Dale-McGrath, S., & Tierney, M. C. (2017). Sex differences in the prevalence and incidence of mild cognitive impairment: A meta-analysis. *Ageing Research Reviews*, 35, 176–199. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.arr.2016.09.005>
- Bartelt, G. (2012). Auswertung von RAI-Daten im Auftrag der Schweizerischen Alzheimervereinigung. Technischer Bericht.
- BASS (2021). «Démence: monitoring de la prise en charge»: indicateurs Soins à domicile: estimation du nombre de personnes atteintes. Berne: Bureau d'études de politique du travail et de politique sociale; 2021.
- Bohlken, J., Riedel-Heller, S., Steininger, G., Kostev, K., & Michalowsky, B. (2021). Trends in Dementia and Mild Cognitive Impairment Prevalence and Incidence in German General and Specialist Practices Between 2015 and 2019. *Journal of Alzheimer's Disease*, 79(4), 1683–1690. <https://doi.org/10.3233/jad-201385>
- Bornet, M. A., Rubli Truchard, E., Bernard, M., Pasquier, J., Borasio, G. D., & Jox, R. J. (2021). Will to Live in Older Nursing Home Residents: A Cross-Sectional Study in Switzerland. *Journal of Pain and Symptom Management*, 62(5), 902–909. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2021.05.006>
- Cao, Q., Tan, C. C., Xu, W., et al. (2020). The Prevalence of Dementia: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Alzheimer's Disease*, 73(3), 1157–1166. <https://doi.org/10.3233/jad-191092>
- Diaz Hernandez, L., Giezendanner, S., Fischer, R., & Zeller, A. (2021). The effect of COVID-19 on mental well-being in Switzerland: a cross-sectional survey of the adult Swiss general population. *BMC Primary Care*, 22(1), 181. <https://doi.org/10.1186/s12875-021-01532-7>
- Ecoplan. (2013). Principes sous-tendant l'élaboration d'une stratégie nationale en matière de démence. La démence en Suisse: bilan de la situation actuelle.
- Fleury, V., Brindel, P., Nicastro, N., & Burkhard, P. R. (2018). Descriptive epidemiology of parkinsonism in the Canton of Geneva, Switzerland. *Parkinsonism & Related Disorders*, 54, 30–39. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.parkrel-dis.2018.03.030>
- Gostynski, M., Ajdacic-Gross, V., Gutzwiller, F., Michel, J.-P., & Herrmann, F. (2002). Prävalenz der Demenz in der Stadt Zürich. *Sozial- und Präventivmedizin*, 47(5), 330–335. <https://doi.org/10.1007/PL00012643>
- Hajek, A., Sutin, A. R., Posi, G., et al. (2024). Chronic loneliness and chronic social isolation among older adults. A systematic review, meta-analysis and meta-regression. *Ageing & Mental Health*, 1–16. <https://doi.org/10.1080/13607863.2024.2385448>
- Herrmann, F. (1998). Démences neurodégénératives: nouvelles données épidémiologiques (Cahiers psychiatriques Genève, Issue.
- Höglinger, M., Francisca, E., & Maurer, J. (2019). Gesundheit der älteren Bevölkerung in der Schweiz: eine Studie basierend auf Daten der Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE) im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit. <https://digitalcollection.zhaw.ch/handle/11475/17131>
- Horackova, K., Kopecek, M., Machů, V., Kagstrom, A., Aarsland, D., Motlova, L. B., & Cermakova, P. (2019). Prevalence of late-life depression and gap in mental health service use across European regions. *European Psychiatry*, 57, 19–25. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2018.12.002>
- Huque, H., Eramudugolla, R., Chidiac, B., et al. (2023). Could Country-Level Factors Explain Sex Differences in Dementia Incidence and Prevalence? A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Alzheimer's Disease*, 91(4), 1231–1241. <https://doi.org/10.3233/jad-220724>
- Iliffe S, Robinson L, Brayne C, et al. (2009). Primary care and dementia: 1. diagnosis, screening and disclosure. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 24(9), 895–901. <https://doi.org/10.1002/gps.2204>

- Jäggi, J., Liechti, L., Künzi, K., & BASS, B. (2022). Der Einfluss der COVID-19-Pandemie auf die psychische Gesundheit in der Schweiz. BÜRO FÜR ARBEITS- UND SOZIALPOLITISCHE STUDIEN BASS AG
- Jones, A., Ali, M. U., Kenny, M., et al. (2024). Potentially Modifiable Risk Factors for Dementia and Mild Cognitive Impairment: An Umbrella Review and Meta-Analysis. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 53(2), 91–106. <https://doi.org/10.1159/000536643>
- Kaeser, M. (2012). Santé des personnes âgées vivant en établissement médico-social. Enquête sur la santé des personnes âgées dans les institutions 2008/09.
- Liang, J. H., et al. (2020). Contributions of Modifiable Risk Factors to Dementia Incidence: A Bayesian Network Analysis. *Journal of the American Medical Directors Association*, 21(11), 1592–1599
- Livingston, G., Huntley, J., Sommerlad, A., et al. (2020). Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission. *Lancet*, 396(10248), 413–446. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(20\)30367-6](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(20)30367-6)
- Lleshi, V., & Bizzozzero, T. (2009). La dépression du sujet âgé. *Revue Médicale Suisse*, 5, 1785-9.
- Longchamp, C., Aebersold, M., Ratelband-Pally, S.-M., Rousselot, B., & gfs.bern. (2004). Studie «Verbreitung und versorgung demenzkranker in der Schweiz» Kurzbericht für die Schweiz. Alzheimervereinigung, Yverdon.
- Luthy, C., Cedraschi, C., Allaz, A. F., Herrmann, F. R., & Ludwig, C. (2015). Health status and quality of life: results from a national survey in a community-dwelling sample of elderly people. *Quality of Life Research*, 24(7), 1687–1696. <https://doi.org/10.1007/s11136-014-0894-2>
- Maccora, J., Peters, R., & Anstey, K. J. (2020). What does (low) education mean in terms of dementia risk? A systematic review and meta-analysis highlighting inconsistency in measuring and operationalising education. *SSM Population Health*, 12, 100654. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2020.100654>
- Mahalingam, G., Samtani, S., Lam, B. C. P., et al. (2023). Social connections and risk of incident mild cognitive impairment, dementia, and mortality in 13 longitudinal cohort studies of ageing. *Alzheimer's & Dementia*, 19(11), 51145128. <https://doi.org/10.1002/alz.13072>
- Martín-María N, Caballero FF, Lara E, et al. (2021). Effects of transient and chronic loneliness on major depression in older adults: A longitudinal study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 36, 76–85. <https://doi.org/10.1002/gps.5397>
- Mazzocato, C., & Benaroyo, L. (2009). [Desire to die, desire to live at the end of life]. *Revue Médicale Suisse*, 5(203), 10761079. (Désir de mort, désir de vie et fin de vie.)
- Moyano, B. P., Strippoli, M.-P. F., Ranjbar, S., Vandeleur, C. L., Vaucher, J., Preisig, M., & von Gunten, A. (2023). Stability of the Subtypes of Major Depressive Disorder in Older Adults and the Influence of Mild Cognitive Impairment on the Stability. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 31(7), 503–513. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jagp.2023.02.041>
- Mukadam, N., Wolters, F. J., Walsh, S., et al. (2024). Changes in prevalence and incidence of dementia and risk factors for dementia: an analysis from cohort studies. *Lancet Public Health*, 9(7), e443-e460. [https://doi.org/10.1016/s2468-2667\(24\)00120-8](https://doi.org/10.1016/s2468-2667(24)00120-8)
- Muñoz, M., Ausín, B., Santos-Olmo, A. B., et al. (2018). Alcohol use, abuse and dependence in an older European population: Results from the MentDis_ICF65+ study. *PLoS One*, 13(4), e0196574. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0196574>
- O'Neal, M. A. (2024). Women and the risk of Alzheimer's disease [Mini Review]. *Frontiers in Global Women's Health*, 4. <https://doi.org/10.3389/fgwh.2023.1324522>
- Obsan (2023, 11 décembre). *Suicide et suicide assisté*. <https://ind.obsan.admin.ch/fr/indicator/obsan/suicide-et-suicide-assiste>
- OFS (2022). Enquête suisse sur la santé. OFS: Neuchâtel.
- OFS (2024). Statistique des causes de décès et des mortinaissances. OFS: Neuchâtel.
- Organisation mondiale de la Santé OMS (2024). Principaux repères de l'OMS sur la démence. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia>. (consulté le 07 septembre 2024).
- Pennikilampi, R., Casey, A.-N., Singh, M. F., & Brodaty, H. (2018). The Association between Social Engagement, Loneliness, and Risk of Dementia: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Alzheimer's Disease*, 66, 1619–1633. <https://doi.org/10.3233/JAD-180439>
- Peter, C. & Tuch, A. (2024). Pensées et comportements suicidaires – au sein de la population suisse en 2022 (Obsan Bulletin 08/2024). Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.
- Peter, C., Tuch, A. & Schuler, D. (2023). Psychische Gesundheit – Erhebung Herbst 2022. Wie geht es der Bevölkerung in der Schweiz? Sucht sie sich bei psychischen Problemen Hilfe? (Obsan Bericht 03/2023). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Pocnet, C., Antonietti, J. P., Strippoli, M. F., Glaus, J., Preisig, M., & Rossier, J. (2016). Individuals' quality of life linked to major life events, perceived social support, and personality traits. *Quality of Life Research*, 25(11), 2897–2908. <https://doi.org/10.1007/s11136-016-1296-4>

- Ponjoan, A., Garre-Olmo, J., Blanch, J., et al. (2019). Epidemiology of dementia: prevalence and incidence estimates using validated electronic health records from primary care. *Journal of Clinical Epidemiology*, 11, 217–228. <https://doi.org/10.2147/clep.S186590>
- Roehr, S., Pabst, A., Luck, T., & Riedel-Heller, S. G. (2018). Is dementia incidence declining in high-income countries? A systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Epidemiology*, 10, 1233–1247. <https://doi.org/10.2147/clep.S163649>
- Saito, T., Murata, C., Saito, M., Takeda, T., & Kondo, K. (2018). Influence of social relationship domains and their combinations on incident dementia: a prospective cohort study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 72(1), 7–12. <https://doi.org/10.1136/jech-2017-209811>
- Schmidt-Mende, K., Arvinge, C., Cioffi, G., Gustafsson, L. L., Modig, K., & Meyer, A. C. (2024). Profiling chronic diseases and hospitalizations in older home care recipients: a nationwide cohort study in Sweden. *BMC Geriatrics*, 24(1), 312. <https://doi.org/10.1186/s12877-024-04796-7>
- Schrepft, S., Pullen, N., Baysson, H., et al. (2023). Prevalence and predictors of psychological distress before, during, and after a COVID-19 pandemic wave in Switzerland, 2021. *Journal of Psychiatric Research*, 158, 192–201. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2022.12.042>
- Schuler, D., Tuch, A., Sturny, I. & Peter, C. (2022). Santé psychique. Chiffres clés et impact du COVID-19 (Obsan Bulletin 02/2022). Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.
- Schuler, D., Tuch, A., Sturny, I. & Peter, C. (2023). Santé psychique. Chiffres clés 2021 (Obsan Bulletin 01/2023). Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.
- Shahaj, O., Ksinan Jiskrova, G., Bobák, M., Pikhart, H., & Ksinan, A. J. (2023). Psychological Distress Among Older Adults During the First Wave of SARS-CoV-2 Pandemic: Survey of Health, Ageing, and Retirement in Europe. *International Journal of Public Health*, 68, 1604372. <https://doi.org/10.3389/ijph.2023.1604372>
- Sommerlad, A., Ruegger, J., Singh-Manoux, A., Lewis, G., Livingston, G. (2018). Marriage and risk of dementia: systematic review and meta-analysis of observational studies. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 89(3), 231–238. <https://doi.org/10.1136/jnnp-2017-316274>
- Stafford, J., Howard, R., & Kirkbride, J. B. (2018). The incidence of very late-onset psychotic disorders: a systematic review and meta-analysis, 1960–2016. *Psychological Medicine*, 48(11), 1775–1786. <https://doi.org/10.1017/s0033291717003452>
- 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. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-020992>
- Stephan, B. C. M., Cochrane, L., Kafadar, A. H., et al. (2024). Population attributable fractions of modifiable risk factors for dementia: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Healthy Longevity*, 5(6), e406–e421. [https://doi.org/10.1016/s2666-7568\(24\)00061-8](https://doi.org/10.1016/s2666-7568(24)00061-8)
- Stulz, N., Hepp, U., Kupferschmid, S., Raible-Destan, N., & Zwahlen, M. (2022). Trends in suicide methods in Switzerland from 1969 to 2018: an observational study. *Swiss Medical Weekly*, 152, 40007. <https://doi.org/10.57187/smw.2022.40007>
- Uittenhove, K., Rohner, S. L., Falcioni, J., et al. (2024). Mental health among centenarians living in Switzerland. *Psychogeriatrics*, 24(4), 887–896. <https://doi.org/10.1111/psyg.13137>
- Volkert, J., Schulz, H., Härter, M., Włodarczyk, O., & Andreas, S. (2013). The prevalence of mental disorders in older people in Western countries – a meta-analysis. *Ageing Research Reviews*, 12(1), 339–353. <https://doi.org/10.1016/j.arr.2012.09.004>
- Ward, A., et al. (2012). Mild cognitive impairment: disparity of incidence and prevalence estimates. *Alzheimer's & dementia*, 8(1), 14–21.
- Wester, C. T., Bovil, T., Scheel-Hincke, L. L., Ahrenfeldt, L. J., Möller, S., Andersen-Ranberg, K. (2022). Longitudinal changes in mental health following the COVID-19 lockdown: Results from the Survey of Health, Ageing, and Retirement in Europe. *Annals of Epidemiology*, 74, 21–30. <https://doi.org/10.1016/j.annepidem.2022.05.010>
- Wolters, F. J., Chibnik, L. B., Waziry, R., et al. (2020). Twenty-seven-year time trends in dementia incidence in Europe and the United States: The Alzheimer Cohorts Consortium. *Neurology*, 95(5), e519–e531. <https://doi.org/10.1212/wnl.0000000000010022>
- Zúñiga, F., D. A., C. Serdaly et al. (2013). Étude SHURP 2018 – Rapport final de l'enquête relative au personnel de soins et d'accompagnement dans les établissements-médico-sociaux en Suisse. Université de Bâle. <https://shurp.unibas.ch/fr/shurp-2018-publications/>
- Zúñiga, F., Favez, L., Baumann, S., et al. (2021). Étude SHURP 2018 – Rapport final. Personnel et qualité des soins dans les établissements médico-sociaux en Suisse alémanique et en Suisse romande. Université de Bâle. <https://shurp.unibas.ch/fr/shurp-2018-publications/>

05 La santé mentale dans le contexte social



Jolanda Jäggi & Dominic Höglinger
Bureau d'études de politique du travail et de politique sociale BASS
David Lätsch & Andreas Jud
Université des sciences appliquées de Zurich (ZHAW)

Messages clés

- Le risque de souffrir de problèmes psychiques est plus élevé chez les personnes qui ont un faible niveau de formation, un bas revenu ou qui sont issues de la migration.
- Les conditions de vie et de travail précaires ou les expériences de discrimination constituent des facteurs de risque pour la santé mentale. Inversement, les maladies psychiques peuvent avoir un impact négatif sur les conditions de vie matérielles et les relations sociales.
- Des différences sociales s'observent également dans la fréquence et le type de traitement en cas de problèmes psychiques: bien que les groupes socialement défavorisés soient plus souvent affectés, ils ne bénéficient pas plus fréquemment d'un traitement que les classes sociales plus avantagées. De plus, ils sont plutôt pris en charge par les médecins de famille, traités avec des médicaments ou en milieu stationnaire, et profitent plus rarement des offres ambulatoires spécialisées.
- Le soutien social est un facteur de protection important de la santé mentale, tandis que la solitude représente un facteur de risque considérable. Or, environ 10% des personnes vivant en Suisse ne disposent guère de soutien social et 6% se sentent (très) souvent seules.
- Les personnes atteintes de maladies psychiques sévères (addictions, psychoses et troubles bipolaires en particulier) sont bien plus souvent confrontées à l'exclusion sociale que les personnes souffrant de maladies physiques graves.
- La maltraitance des enfants et les violences dans le couple sont largement répandues dans notre société. Le taux de personnes affectées atteint des pourcentages à deux chiffres pour différentes formes de violence.
- La maltraitance des personnes âgées (*elder abuse*, en anglais) comprend tous les préjudices, intentionnels ou sciemment tolérés, causés à des personnes âgées dans le cadre de relations de dépendance, qu'elles soient privées ou institutionnelles. En Suisse, cette forme de maltraitance n'a été que peu étudiée. Si l'on s'appuie sur des valeurs internationales comparables et sur quelques études suisses, 15% des personnes âgées pourraient être concernées.
- La violence subie a des conséquences considérables sur la santé mentale, tant à court qu'à long terme. Il conviendra d'approfondir encore la recherche pour déterminer les liens entre les conditions où la violence est exercée et les différentes formes de maladies psychiques.
- La violence et ses graves conséquences psychiques sont largement répandues dans toutes les classes d'âge, et leur fréquence souligne la nécessité de renforcer la prévention. À l'avenir, les progrès de la recherche sur les facteurs de risque devraient par ailleurs ouvrir la voie à une prévention plus ciblée à l'avenir, spécialement auprès des groupes particulièrement vulnérables.

5.1 Introduction

Quel est le rôle de l'environnement social dans le bien-être psychique et dans l'apparition de maladies psychiques? Quelles sont les conséquences de ces maladies sur le statut social, sur les relations sociales et sur la participation à la société? Telles sont les questions traitées dans le présent chapitre.

En interaction avec les caractères biologiques (sexe, âge, disposition génétique) et les facteurs individuels (comportement en matière de santé, capacité à gérer le stress, conscience de soi), les conditions dans lesquelles une personne grandit, travaille et vit façonnent sa santé (voir également le chapitre 8 Environnement bâti et naturel). Les facteurs sociaux (également appelés «déterminants sociaux de la santé» dans la littérature spécialisée) peuvent être répartis entre différents niveaux. Il est ainsi courant de distinguer entre les facteurs liés à *l'environnement social immédiat* (liens et soutien social au sein de la famille et du cercle d'amis, inclusion sociale), à *l'environnement matériel* (situation socio-économique, conditions de travail et de vie) et au *contexte social et politique* d'ordre supérieur (notamment, politique sociale et de la santé, normes et valeurs socioculturelles)¹.

La littérature spécialisée atteste largement l'existence de rapports entre statut social et santé, y compris en Suisse. Plus une personne est socialement défavorisée, plus elle est susceptible de souffrir de problèmes psychiques (Eaton & Muntaner, 2017; Spini et al., 2016). Il est difficile de déterminer la cause et l'effet, car il existe généralement des interactions complexes entre le contexte social et la santé mentale (voir p. ex. Weber, 2020). L'approche explicative de la *causalité sociale* souligne que les personnes socialement défavorisées sont plus souvent touchées par des facteurs de stress (chronique) tels que le chômage, les conditions de travail précaires, la pauvreté, les situations de logement pénibles, la discrimination ou la violence. En outre, elles disposent de moins de ressources sociales et individuelles pour surmonter ces difficultés. L'approche explicative inverse, que les spécialistes appellent «hypothèse de sélection» ou «dérive sociale», part du principe que les problèmes psychiques impactent négativement le statut social et peuvent conduire à l'exclusion sociale. Cette évolution défavorable est associée au fait que les personnes affectées ne parviennent pas à se maintenir dans la vie active ou que leur capacité relationnelle est entravée par la maladie (RKI, 2021; Scheid & Wright, 2017). Ces deux approches ne s'excluent pas l'une l'autre. Il est plus correct de supposer que le statut social et la santé mentale s'influencent réciproquement, dans le sens d'une spirale positive ou négative (Brown & Ciciurkaite, 2017).

¹ Les concepts correspondants se basent souvent sur la subdivision de l'environnement matériel et social établie par Urie Bronfenbrenner (1979) et/ou sur le modèle des déterminants de Dahlgren et Whitehead (1992). La présente analyse s'appuie notamment sur Meyer (2009), Wettstein (2019), Weber (2020), Compton et Shim (2015) et Lund et al. (2018).

Le présent chapitre s'appuie sur une recherche bibliographique concernant l'état de la recherche en Suisse et les résultats actuels sur le plan international. Il inclut également les conclusions sur le rapport entre statut social et santé mentale tirées des données issues de l'enquête suisse sur la santé (ESS).

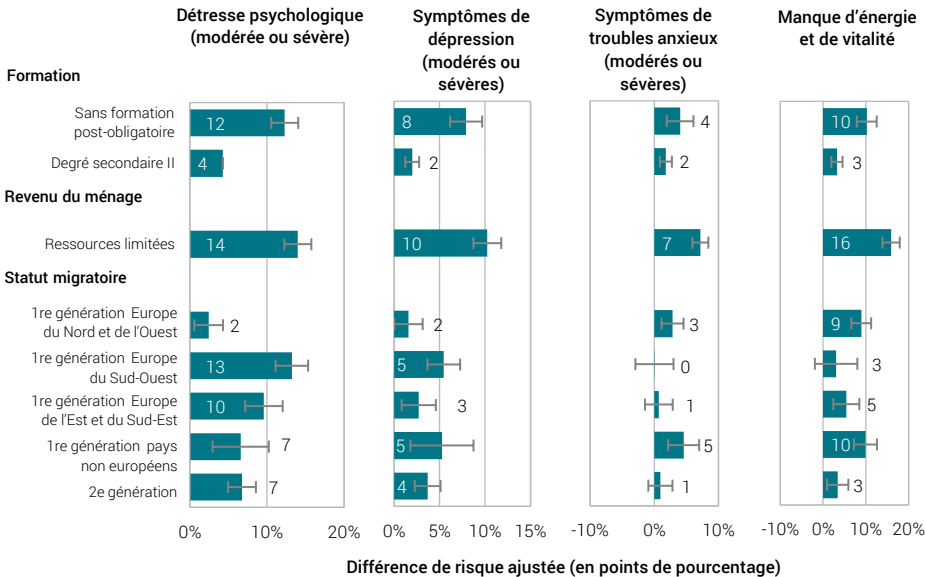
5.2 Statut social

Les études relatives aux facteurs sociaux influant sur la santé s'appuient souvent sur le statut socio-économique, qui est décrit à l'aide de caractères tels que le niveau de formation, le revenu ou la fortune. La littérature parle en l'occurrence de caractères «verticaux», car ils se mesurent sur une échelle présentant un «haut» et un «bas» (p. ex. niveau de formation bas par opposition à niveau de formation élevé). Les inégalités sociales – c'est-à-dire la répartition inégale des ressources financières ou du pouvoir et du prestige – dépendent cependant aussi de caractères «horizontaux», qu'il n'est pas possible de hiérarchiser : sexe, statut migratoire, appartenance ethnique, orientation sexuelle ou identité de genre (Hoebel et al., 2015; Burla, 2023; Weber, 2020).

Formation, revenu et statut migratoire

Que l'on considère les indicateurs de la santé mentale positive ou les observations concernant des problèmes psychiques, l'état de santé mentale de la population varie selon l'âge, le sexe et les caractères socio-économiques (voir chapitre 1 Population en général). Les différences de risque (G5.1) permettent de démontrer statistiquement les corrélations entre les problèmes psychiques et les caractères socio-structurels tels que le niveau de formation, la situation financière ou le statut migratoire. Elles indiquent l'augmentation ou la diminution moyenne du risque – en l'occurrence de connaître des problèmes psychiques, de présenter des symptômes d'une maladie psychique ou d'avoir un faible niveau d'énergie et de vitalité – chez les personnes présentant le caractère considéré, par rapport aux personnes ne présentant pas ce caractère (groupe de référence).

Différences de risque de problèmes psychiques selon les caractères sociaux G5.1



Exemple d'interprétation: le risque des personnes sans formation post-obligatoire de souffrir de symptômes dépressifs modérés à sévères est en moyenne supérieur de 8 points de pourcentage à celui des personnes au bénéfice d'une formation du degré tertiaire (groupe de référence).

Groupes de référence: formation du degré tertiaire; revenu du ménage suffisant; personnes non issues de la migration.

Les différences de risque sont ajustées en fonction de l'âge et du sexe afin de tenir compte de la composition sociodémographique différente de chaque groupe.

Données: ESS 2017 et 2022 (regroupées, N = 44 000).

Intervalle de confiance à 95%

Source: OFS - ESS

© Obsan 2025

Niveau de formation

Les données de l'ESS corroborent les résultats aussi bien nationaux qu'internationaux, à savoir l'existence d'un net gradient de la formation pour la santé mentale (G5.1): plus le niveau de formation est bas, plus le risque de problèmes psychiques est élevé. Les personnes sans formation post-obligatoire (environ 14% de la population active suisse, OFS, 2023) font beaucoup plus souvent état de symptômes de troubles psychiques que les personnes ayant un diplôme du degré tertiaire (45% de la population). Cette affirmation ne vaut pas uniquement pour les symptômes de dépression et de troubles anxieux (G5.1), mais aussi pour d'autres tableaux cliniques tels que le trouble panique, le trouble obsessionnel-compulsif, le trouble de stress post-traumatique ainsi que pour les dépendances auto-déclarées et diagnostiquées à des substances psychoactives (Peter et al., 2023).

Les différences liées au niveau de formation pourraient s'expliquer aussi bien par le risque accru de maladie chez les personnes ayant un niveau de formation bas (lié au statut professionnel, au comportement individuel en matière de santé, aux ressources psychosociales pour faire face à la situation) que par les répercussions négatives des maladies psychiques sur la réussite scolaire et la formation (Bayer-Oglesby et al., 2023).

Plus le niveau de formation est bas, plus le risque de mauvaise santé mentale est élevé.

Niveau de revenu

L'enquête sur les revenus et les conditions de vie (SILC) examine la situation financière des ménages (revenus, fortune, endettement, etc.) de manière plus détaillée que l'ESS. Lors de l'enquête 2022, les personnes appartenant au niveau de revenu le plus bas («quintile inférieur») ont fait état d'un sentiment de découragement et d'une humeur déprimée deux fois plus souvent environ que la moyenne, tandis que les personnes disposant de revenus élevés sont nettement moins restreintes dans leur bien-être psychologique (OFS, 2024b).

Statut social et suicidalité

Les suicides et les tentatives de suicide sont l'expression d'une profonde détresse psychologique, qui peut résulter d'une combinaison de facteurs tels que les maladies psychiques, l'isolement, les soucis financiers, les crises existentielles, les douleurs chroniques, etc. (Schuler et al., 2020). Si les facteurs tels que le niveau de formation ou le statut d'activité jouent un rôle assez marginal dans les comportements auto-mutilants et les pensées suicidaires (Peter et al., 2023), on reconnaît clairement une corrélation entre statut social et suicides accomplis : chez les hommes (mais pas chez les femmes), le taux de suicide baisse avec l'augmentation du niveau de formation (Lorant et al., 2018). Par ailleurs, les données de la *Swiss National Cohort* indiquent un risque de suicide plus élevé chez les personnes au chômage. Au-delà du statut d'activité, la situation dans la profession ou les contraintes spécifiques de la profession et du secteur d'activité présentent également une corrélation avec le risque de suicide (Guseva Canu et al., 2019).

Pauvreté et santé mentale

En Suisse, près de 16% de la population sont menacés de pauvreté, c'est-à-dire que ces personnes disposent d'un revenu nettement inférieur à celui de l'ensemble de la population. Un peu plus de 8% de la population résidente vivent dans la pauvreté, signifiant que ces personnes ont un revenu inférieur au minimum vital social (OFS – SILC 2022). La corrélation entre pauvreté et santé mentale est réciproque: la pauvreté et le risque de pauvreté augmentent la probabilité d'une maladie psychique, et les personnes souffrant de troubles psychiques courent un risque accru de pauvreté (Lund et al., 2018; Bösing & Schädle, 2017).

En Suisse, les personnes qui manquent de ressources dans plusieurs domaines de la vie quotidienne (privations d'ordre matériel et social) pour des raisons financières sont presque six fois plus susceptibles d'éprouver un sentiment de découragement et d'être d'humeur déprimée que les personnes qui n'ont pas à subir de telles privations (OFS, 2023). Comparant les personnes souffrant d'un problème de santé mentale chronique à la population moyenne, des évaluations de l'ESS établissent que ces personnes courent un risque accru de 16 points de pourcentage (soit presque doublé) de ne s'en sortir que difficilement avec les moyens financiers à disposition.

La pauvreté est synonyme de stress chronique et peut favoriser l'apparition de maladies psychiques (Scheid & Wright, 2017). Par rapport aux personnes financièrement bien placées, les personnes pauvres sont en outre plus souvent exposées à des conditions de vie et de travail défavorables, elles ont moins de possibilités de formation, elles affichent plus souvent un comportement néfaste pour leur santé (consommation de stupéfiants, p. ex.) et elles souffrent plus souvent d'isolement social, notamment en raison de la stigmatisation. Dépendre des prestations sociales (assurances chômage et invalidité, aide sociale) peut, en raison des conditions et des exigences d'octroi, amener les personnes concernées à se sentir soumises à un contrôle externe et à ne plus croire en leur capacité d'organiser leur propre existence («sentiment de maîtriser sa vie»). Ces conditions annihilent un important facteur de protection de la santé mentale (Kessler et al., 2021; Lätsch et al., 2011; Schuwey & Knöpfel, 2014).

La plongée dans la pauvreté en raison d'une maladie psychique passe souvent par des phases de chômage et des interruptions de l'activité professionnelle (Baer, 2014). Lorsque la maladie commence à un jeune âge, elle peut avoir un impact négatif sur la formation et l'entrée dans la vie professionnelle (décrochages scolaires, emplois précaires). Une maladie psychique grave peut également entraîner une perte de l'emploi, ce qui peut déboucher sur un parcours professionnel chaotique, jalonné d'épisodes de chômage, avec des conséquences sur le revenu (Nordt et al., 2007; Baer, 2014). Près d'une personne sur deux touchant une rente AI pour cause de maladie psychique est menacée de pauvreté, soit nettement plus que les bénéficiaires de l'AI souffrant d'un handicap physique (Baer, 2014).

En Suisse, en moyenne près de 3% de la population perçoivent chaque année une aide sociale économique. Les bénéficiaires de cette aide sont, dans une proportion supérieure à la moyenne, des personnes sans formation professionnelle, des enfants, des étrangers et des personnes divorcées (OFS – statistique des bénéficiaires de l'aide sociale 2022). Kessler et al. (2021) ont analysé un ensemble de données appariées issues de la statistique des bénéficiaires de l'aide sociale, des comptes individuels de l'AVS et du registre des rentes AI ainsi que de l'ESS et d'autres enquêtes représentatives au niveau national. Ils ont constaté que les personnes tributaires de l'aide sociale souffrent environ deux fois plus souvent d'une maladie chronique (physique ou psychique) que celles présentant un niveau de revenu moyen ou élevé. Comparés aux personnes financièrement plus aisées, les bénéficiaires de l'aide sociale font plus souvent état de dépressions (25% contre 5%) et d'un niveau de stress psychologique élevé (18% contre 3%). Ils vont aussi moins bien que les personnes en situation financière précaire qui ne touchent pas d'aide sociale (les taux de prévalence sont de 7% supérieurs pour la dépression et pour la détresse psychologique sévère).

Statut migratoire

Environ 40% de la population est issue de la migration ; 32% des migrants appartiennent à la première génération et 8% à la deuxième (c'est-à-dire qu'ils sont nés en Suisse) (OFS, 2024a). Comme le montrent les résultats illustrés dans le graphique G5.1, les personnes issues de la migration présentent globalement un risque accru de problèmes psychiques. Il existe cependant des différences selon la génération migratoire et le pays d'origine. On note ainsi un accroissement de la détresse psychologique spécialement chez les migrants de première génération venant de l'Europe du Sud-Ouest (Italie, Espagne, Portugal), alors qu'aucune différence notable ne sépare les personnes originaires de l'Europe du Nord et de l'Ouest et les personnes non issues de la migration. Quant aux personnes originaires de pays non européens, elles constituent un groupe très hétérogène, comprenant de nombreux pays d'origine (Érythrée, Brésil et États-Unis, p. ex.), ce qui complique l'interprétation des résultats (voir également Peter et al., 2023).

Dans l'ensemble, la population migrante présente un risque plus élevé de troubles psychiques. Il existe toutefois des différences selon la génération de migrants, le pays d'origine et le tableau clinique.

Le risque accru de maladie chez les personnes issues de la migration ne concerne pas toutes les maladies psychiques. Pour ce qui est des dépressions, des troubles anxieux généralisés et des troubles paniques, l'enquête représentative Omnibus de l'automne 2022 conclut certes aussi à une plus grande prévalence de symptômes chez les migrants de première génération originaires de l'Europe du Sud-Ouest, parfois aussi de l'Europe de l'Est et du Sud-Est. On n'observe toutefois aucune différence entre les personnes issues de la migration et celles qui ne le sont pas en ce qui concerne la prévalence de symptômes d'autres maladies comme la phobie sociale, les troubles obsessionnels compulsifs, les troubles alimentaires ou les troubles de stress post-traumatique (PTSD; Peter et al., 2023)².

La littérature spécialisée explique souvent la corrélation entre statut migratoire et santé mentale par le fait que nombre des personnes concernées appartiennent à des couches socio-économiques inférieures et sont davantage confrontées à des conditions de vie et de travail précaires ou au chômage. De plus, la disponibilité réduite de ressources sociales (soutien social, capital social) joue également un rôle important (Guggisberg et al., 2020; Tegegne & Glanville, 2019). S'y ajoutent encore des facteurs de stress inhérents à la migration, comme l'anxiété (traumatisante) propre à la fuite, la séparation d'avec l'environnement social et culturel, le déclassement social par rapport au pays d'origine ainsi que la xénophobie et la discrimination basées sur l'origine (Lamprecht, 2006; Levecque & Van Rossem, 2015). En Suisse aussi, des indices suggèrent que les migrants ayant subi des discriminations courent un risque accru d'être limités dans leur vie quotidienne en raison d'un problème de santé (psychique ou physique; Guggisberg et al., 2011). La littérature spécialisée internationale classe la discrimination parmi les déterminants sociaux pertinents de la santé (p. ex. Scheid & Wright, 2017; Compton & Shim, 2015; Emmer et al., 2024). La discrimination ne vise pas toujours exclusivement des personnes issues de la migration, mais peut toucher les minorités sociales et les groupes socialement marginalisés (p. ex. les minorités ethniques, sexuelles ou de genre, les personnes touchées par la pauvreté, les personnes handicapées, etc.; voir aussi le chapitre 1 Population en général et le chapitre 6 Compétences en santé mentale).

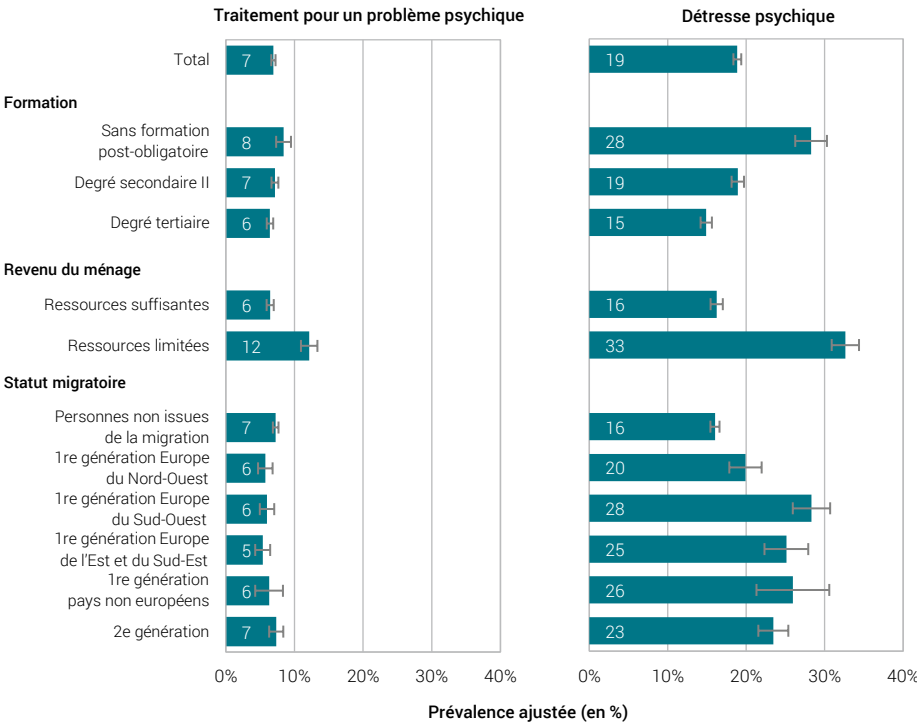
² Ce constat est probablement en partie lié au fait que l'enquête n'a pas pu atteindre facilement les personnes ne possédant que des connaissances limitées d'une langue nationale et qu'elle n'a en outre pas interrogé de sans-papiers ni de personnes en procédure d'asile. Les professionnels soupçonnent ainsi que les troubles consécutifs à un traumatisme sont très répandus chez les personnes en procédure d'asile (Müller et al., 2018).

Recours à l'assistance et au traitement

Les inégalités en matière de santé peuvent également être dues à la répartition socialement inégale de l'accès aux services de santé. La comparaison de la prévalence (donc de la fréquence) des troubles psychiques (détresse psychologique et/ou symptômes dépressifs modérés à sévères) et du recours aux traitements en cas de problèmes psychiques (G5.2) suggère l'existence d'une «double inégalité»: les personnes sans formation post-obligatoire et les personnes issues de la migration souffrent bien plus souvent de troubles psychiques, mais elles ne sont pas (ou à peine) plus souvent en traitement pour ce type de problème. C'est là un signe de sous-utilisation des soins, car les taux de prévalence plus élevés devraient correspondre à un recours plus fréquent aux traitements. Les données de l'enquête Omnibus de 2022 montrent qu'il est relativement fréquent que les troubles anxieux et dépressifs ne soient pas diagnostiqués chez les personnes appartenant à la deuxième génération issue de la migration. Il s'agit d'un indice supplémentaire tendant à prouver que ces personnes sont moins souvent en traitement lorsqu'elles connaissent des difficultés d'ordre psychique (Peter et al., 2023).

Outre les différences dans la fréquence des traitements, les résultats de la recherche en Suisse font également ressortir des différences sociales concernant le type de traitement. En cas de problèmes psychiques, les personnes ayant un faible revenu sont plus souvent suivies par un médecin de famille et traitées avec des psychotropes que les personnes à revenu plus élevé (Ulshöfer et al., 2023). Les personnes ayant un faible niveau de formation ont un risque jusqu'à trois fois plus élevé d'être hospitalisées en raison d'une maladie psychique que les personnes au bénéfice d'une formation du degré tertiaire (Bayer-Oglesby et al., 2023). Ces observations sont associées à des différences sociales dans la possibilité et la volonté de recourir à des services ambulatoires spécialisés à un stade précoce de la maladie. Une prise en charge ambulatoire adéquate peut en effet prévenir une aggravation des symptômes et éviter ainsi des séjours hospitaliers (Bayer-Oglesby et al, 2023). Il serait par conséquent important de faciliter l'accès des personnes socialement défavorisées aux offres de soins ambulatoires (spécialisés) ou de les encourager à y recourir en temps utile. Il serait judicieux de mener des études approfondies à ce sujet, afin d'identifier les raisons exactes qui empêchent d'une manière générale ces personnes de recourir à des traitements en cas de problèmes psychiques et plus spécifiquement à des traitements ambulatoires, qu'ils soient psychothérapeutiques ou psychiatriques.

Problèmes psychiques: traitement et prévalences selon les caractères sociaux G5.2



Exemple d'interprétation: au total, 19% des personnes interrogées souffrent de détresse psychique et 7% ont suivi un traitement pour un problème psychique au cours des douze derniers mois. Parmi les personnes sans formation post-obligatoire, la proportion de personnes souffrant de troubles psychiques dépasse nettement la moyenne (28%), ce qui n'est pas le cas de la proportion de personnes en traitement (8%).

Les taux de prévalence sont ajustés en fonction de l'âge et du sexe afin de tenir compte de la composition sociodémographique différente de chaque groupe.

Données: ESS 2017 et 2022 (regroupées, N = 44 000).

Détresse psychique: indicateur combiné, comprend les personnes présentant une détresse psychologique modérée à sévère (fréquence des états émotionnels négatifs ou positifs au cours des quatre dernières semaines selon le Mental Health Inventory MHI-5) et/ou des symptômes de dépression modérés à sévères.

Intervalle de confiance à 95%

Enfants et adolescents: l'importance du contexte familial

Les facteurs du contexte familial dont on considère qu'ils influent, potentiellement à long terme, sur la santé mentale des enfants et des adolescents sont le statut socio-économique des parents, le climat familial (cohésion au sein de la famille, style d'éducation) ainsi que les expériences négatives vécues pendant l'enfance. Ces *expériences négatives de l'enfance* (*adverse childhood experiences*, ACE) sont réparties en deux catégories: l'exposition à la violence (voir section 5.4) et les problèmes au sein du foyer parental, dont séparation/divorce des parents, maladie psychique de l'un des parents, alcoolisme ou toxicomanie dans la famille ou séjour en prison d'un membre de la famille (Felitti et al., 1998). Des données plus récentes indiquent que des déménagements fréquents pendant l'enfance et l'adolescence constituent également un facteur de risque pour la santé mentale (Sabel et al., 2024).

La Suisse manque largement de données permettant d'étudier les corrélations entre contexte familial et santé mentale. Des études longitudinales internationales (c'est-à-dire portant sur de longues périodes) fournissent toutefois des données et des analyses qui pourraient également s'appliquer à la Suisse.

- **Statut socio-économique des parents:** les résultats de la recherche indiquent que les enfants et les adolescents issus de milieux à faible niveau de formation et de revenu courent globalement un risque accru de souffrir de troubles psychiques et que leur bien-être psychique est moindre. Ces observations sont tout particulièrement vraies pour les enfants et les adolescents qui vivent dans la pauvreté (voir p. ex. Maurer et al., 2023; Lampert et al., 2019; Laubstein et al., 2016; Volf et al., 2019). Les études n'aboutissent en revanche pas toutes aux mêmes conclusions lorsqu'il s'agit d'évaluer l'impact à long terme sur la santé mentale du fait de grandir dans les couches sociales inférieures. Un statut socio-économique élevé des parents tendrait certes à garantir une protection contre les problèmes récurrents ou chroniques de santé mentale (Schaefer et al., 2017). Il semblerait cependant que la santé mentale à l'âge adulte dépende moins du statut socio-économique des parents que des ressources individuelles et sociales (efficacité personnelle, soutien social, climat familial positif) et de la fragilité psychologique durant l'enfance (Maurer et al., 2023; RKI, 2020; Kaman et al., 2021).
- **Climat familial:** des études longitudinales menées en Allemagne et en Nouvelle-Zélande montrent qu'un climat familial positif (p. ex. bien s'entendre, être attentif aux soucis et aux besoins des autres) pendant l'enfance et l'adolescence a un effet protecteur sur la santé mentale à l'âge adulte (Maurer et al., 2023; Schmidtke et al., 2021; Klasen et al., 2015; Schaefer et al., 2017; Greiner et al., 2019). Les conflits familiaux dans l'enfance sont associés à un risque accru de conséquences négatives pour la santé mentale et à une diminution des ressources sociales (solitude, isolement social, manque de confiance dans les autres; voir Santini et al., 2021).

En Suisse, les données font largement défaut pour analyser les effets (à long terme) de l'environnement familial sur la santé mentale des enfants et des adolescents.

- **Expériences négatives de l'enfance (ACE)**: la littérature spécialisée ne classe pas les ACE dans des catégories uniformes (y incluant parfois des facteurs tels que la pauvreté, le harcèlement, le placement dans des familles d'accueil ou la discrimination). Les études internationales et nationales confirment toutefois toutes que les expériences négatives vécues dans l'enfance augmentent nettement le risque de conséquences délétères pour la santé (psychique ou physique) au cours de l'existence (notamment Barrense-Dias et al., 2021; RKI, 2020; Schenk et al., 2021). Les effets sont cumulatifs, c'est-à-dire que plus les expériences négatives sont nombreuses, plus le risque de maladie psychique est élevé (Hughes et al., 2017). Comme nous l'avons mentionné plus haut, les maladies psychiques et les problèmes d'addiction des parents sont également classés dans les ACE. Lorsqu'un parent souffre d'une maladie psychique, la probabilité pour les enfants de développer un trouble psychique est multipliée par un facteur de 3 à 7 selon le type de maladie (Albermann & Müller, 2021). La maladie psychique ou le problème d'addiction s'accompagne souvent d'autres facteurs de stress (séparation des parents, violence domestique, chômage, etc.) qui peuvent aggraver l'isolement social de la famille. Si l'on considère de plus la tabouisation des maladies psychiques et des addictions, les enfants et les adolescents ont en fin de compte moins de possibilités de recourir à un soutien social extrafamilial. Il leur manque par conséquent des ressources essentielles pour faire face à des difficultés accrues (Lenz & Wiegand-Grefe, 2017).

5.3 Relations sociales et participation à la société

Les personnes qui disposent d'un bon réseau social et se sentent intégrées, qui peuvent compter sur le soutien de leur entourage et sont rarement seules, sont en meilleure santé physique et psychique et ont une espérance de vie plus longue que les personnes peu intégrées socialement ou souffrant d'isolement social (Bachmann, 2019). Il est possible de décrire les ressources sociales en recourant à diverses dimensions, par exemple la taille, la densité et d'autres caractéristiques du réseau social, le capital social (confiance dans les autres, intégration dans des réseaux informels et formels) ou le soutien social (Bachmann, 2014b).

Le **soutien social** peut prendre différentes formes et englobe l'entraide pratique (pour les déplacements et la garde des enfants, p. ex.), des informations (concernant l'instance à laquelle s'adresser pour résoudre certains problèmes, p. ex), un soutien psychologique (réconfort ou estime, p. ex.) ou une appréciation externe (avis sur le comportement; voir Bachmann, 2019). L'importance du soutien social pour la santé a fait l'objet de nombreuses études. On part du principe que ce soutien exerce une influence directe sur la santé par le biais de processus émotionnels et biologiques d'une part (en régulant p. ex. le taux d'adrénaline). D'autre part, le soutien social agit indirectement en atténuant les difficultés et le stress (Bachmann, 2014a; Schuler et al., 2020). Les personnes qui peuvent compter sur un soutien social fort présentent moins de troubles psychiques que celles qui ne bénéficient pas de ce facteur de protection (voir en particulier Wickramaratne et al. 2022).

Un manque constant de ressources sociales est souvent synonyme de solitude chronique. Dans le cas de la **solitude**, ce ne sont pas tant les interactions sociales effectives et le réseau social qui sont au premier plan, mais plutôt la perception subjective d'une implication sociale insuffisante et le besoin d'affection non satisfait dans les relations avec autrui (Schuler et al., 2020). La solitude est un facteur de risque majeur pour la santé en ce qui concerne les troubles psychiques, mais aussi pour ce qui est des maladies physiques non transmissibles (Holt-Lunstad et al., 2015; Schenk et al., 2021).

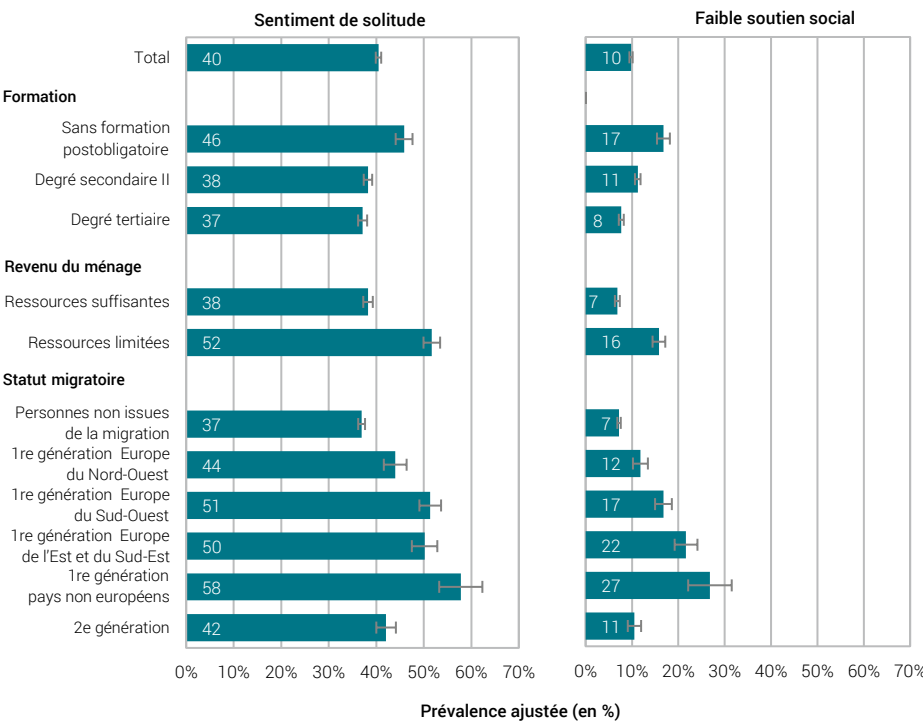
La notion de **participation à la société** est définie de diverses manières (Husi, 2020), et il existe nombre de désignations et de concepts apparentés qu'il s'avère impossible de distinguer clairement (p. ex. intégration sociale, inclusion, participation; voir Richter, 2023a). À l'opposée à la notion de participation à la société, il y a l'**exclusion sociale**, à savoir l'absence de participation à la vie sociale, culturelle, économique et politique de la (majeure partie de la) société (Boardman et al., 2022; Jäggi et al., 2007; Richter, 2023b).

Ressources sociales et facteurs de risque

Au sein de la population suisse, environ 6% des personnes se sentent assez ou très souvent seules, près de 35% parfois seules (soit au total 40%; ESS, 2017/2022). Au total, 10% de toutes les personnes interrogées ne bénéficient de pratiquement aucun soutien social (G5.3). Les personnes sans formation post-obligatoire ou disposant de moyens financiers limités sont davantage confrontées à la solitude que la moyenne de la population (resp. 46% et 52%) et peuvent compter nettement moins sur un soutien social (resp. 17% et 16%). Ces facteurs de risque affectent aussi davantage les personnes issues de la migration que la moyenne de la population. Cet impact se fait surtout sentir au sein de la première génération de migrants venus d'Europe du Sud et de l'Est ainsi que de pays non européens.

Le manque de soutien social et la solitude sont des facteurs de risque importants pour la santé mentale. Répartis inégalement dans la société, ces risques pèsent plus particulièrement sur les personnes ayant un faible niveau de formation et de revenu ainsi que sur les personnes immigrées de la première génération.

Sentiment de solitude et soutien social selon les caractères sociaux G5.3



Exemple d'interprétation: au total, 10% des personnes interrogées disposent d'un faible soutien social, cette part étant plus de deux fois plus élevée (22%) chez les personnes immigrées (de la première génération) venues d'Europe de l'Est ou du Sud-Est.

Les taux de prévalence sont ajustés selon l'âge et le sexe afin de tenir compte de la composition socio-démographique de chaque groupe.

Données: ESS 2017 et 2022 (regroupées, N = 44 000).

Sentiment de solitude: personnes qui se sentent parfois, assez souvent ou très souvent seules.

Intervalle de confiance à 95%

Au sein de la population, la proportion de personnes vivant seules a globalement augmenté durant ces dernières années, plus spécialement dans les groupes d'âge les plus jeunes (15 à 34 ans; Peter et al., 2023). En ce qui concerne le soutien social, les comparaisons ne sont possibles que par rapport à 2017. Durant la période considérée, la proportion de personnes ne bénéficiant que d'un faible soutien social est restée inchangée.

Soutien social

La proportion de personnes disposant d'un faible soutien social augmente avec l'âge, passant de 5% (personnes âgées de 15 à 25 ans) à 17% (personnes âgées de 75 ans ou plus; voir ESS 2017/22). Les pourcentages observés ne révèlent pas de différences significatives entre les sexes. Dans l'ensemble, la littérature montre toutefois que l'appartenance à un réseau social dense exerce un effet protecteur plus marqué sur la santé mentale des filles et des femmes et que les personnes ayant des expériences similaires («pairs») et d'autres personnes extérieures au cercle familial proche semblent jouer un rôle plus important au titre de soutien social que chez les garçons et les hommes (RKI, 2021; Peter et al., 2023; Monnerat et al., 2021; Schmidtke et al., 2021). Les modèles d'étude pouvant varier, les résultats des travaux de recherche ne sont cependant pas toujours directement comparables et sont le plus souvent hétérogènes.

À l'adolescence, l'intégration dans le groupe de pairs tend à prendre le pas sur le soutien familial. Durant cette étape de la vie, le sentiment de bénéficier du soutien de ses amis est lié à un bien-être plus élevé et à un risque de dépression plus faible jusqu'à l'âge adulte (Jakobsen et al., 2023; Roerecke et al., 2023). Il semblerait qu'une mauvaise intégration dans le groupe de pairs soit plus difficile à compenser que d'autres facteurs de stress: les adolescents concernés présentent une santé mentale moins bonne, tant à court qu'à long terme (Sandmeier Rupena, 2010).

De bonnes relations sociales au sein de la famille et parmi les pairs aident les enfants et les adolescents à atténuer le stress et réduisent le risque de maladies psychiques, même à long terme.

L'effet protecteur du soutien social ne se manifeste pas seulement au niveau des symptômes dépressifs (objet d'études fréquentes) ou des indicateurs de bonne santé mentale (bien-être, optimisme, satisfaction dans la vie, etc.; voir Jakobsen et al., 2023). En cas de troubles de stress post-traumatique (TSPT), le soutien social est un facteur de protection important, qui permet d'atténuer les conséquences négatives à long terme (Wang et al., 2021).

Sentiment de solitude

Dans tous les groupes d'âge, la solitude est plus fréquente chez les femmes que chez les hommes. Cette différence est perceptible déjà chez les jeunes de 11 à 15 ans. Dans l'enquête sur la santé des élèves en Suisse (Health Behaviour in School-aged Children, HBSC) de 2022, en moyenne 9% des garçons et 21% des filles ont déclaré se sentir seuls la plupart du temps ou tout le temps. Cette moyenne augmente avec l'âge. L'augmentation n'est toutefois significative que chez les filles (le taux passant de 12% à 11 ans à 27% à 15 ans; voir Delgrande Jordan et al., 2023). Ce sont les adolescents et les jeunes adultes qui sont le plus affectés par le sentiment de solitude. Selon l'ESS 2022, 12% des femmes de 15 à 24 ans se sentent souvent ou très souvent seules (8% pour les hommes du même âge). La proportion des personnes éprouvant un sentiment de solitude suit une baisse continue avec l'âge pour augmenter à nouveau légèrement à partir de 75 ans.

Selon une étude internationale, les personnes très isolées courent davantage de risques pour leur santé mentale: leur probabilité de souffrir de troubles dépressifs («dépression majeure») est quatre fois supérieure et celle de souffrir d'un trouble anxieux généralisé est cinq à six fois plus grande (Matthews et al., 2022). On observe des corrélations similaires en Suisse: selon le groupe d'âge, entre 55% et 75% des personnes qui se sentent assez ou très souvent seules présentent des troubles psychiques. Chez les personnes qui ne se sentent pas seules, la proportion se situe entre 11% et 18% (Schuler et al., 2020). Chez les enfants d'âge scolaire, les données HBSC ont également révélé des corrélations manifestes entre, d'une part, des sentiments de solitude plus fréquents et, d'autre part, un bien-être psychologique moindre ainsi que de fréquents symptômes psychoaffectifs chroniques tels que la tristesse, l'irritabilité ou des troubles du sommeil (Delgrande Jordan et al., 2023).

Issus d'enquêtes transversales, ces résultats ont été confirmés par des études menées sur le long terme: les effets négatifs de la solitude sur la santé mentale peuvent aussi se faire sentir à plus long terme, accroissant avec l'âge le risque de dépression, de troubles anxieux et de démence (Wickramaratne et al. 2022; Wang et al., 2023) Dans le même temps, il convient de garder à l'esprit que les troubles psychiques peuvent également conduire au repli sur soi et à la solitude, notamment parce que la maladie induit une perception négative de l'environnement social (RKI, 2021; Müller, 2008).

Exclusion sociale

Il est possible de représenter la (non-)participation à la vie sociale, culturelle, économique et politique de la société au moyen de différents indicateurs. Au niveau des **relations sociales**, l'exclusion se manifeste par la solitude, le manque de soutien social et une implication moindre dans les relations de couple. Elle peut aussi transparaître dans les conditions de logement (vivre seul ou dans une institution, être sans logement ou sans abri; voir encadré). En moyenne, les personnes qui souffrent de troubles psychiques sont moins nombreuses à avoir des relations de couple et à être mariées. Les troubles psychiques sont par ailleurs associés à un risque accru de divorce: d'une part, ces maladies pèsent lourd sur les relations de couple; d'autre part, les conflits au sein du couple et les séparations constituent des situations éprouvantes qui peuvent déclencher ou aggraver des troubles psychiques (Richter, 2023a).

En ce qui concerne la participation à la **vie économique**, des études menées en Allemagne et en Suisse montrent que les maladies psychiques sont associées à un taux d'activité professionnelle inférieur à la moyenne et à un risque plus élevé de perte d'emploi, en particulier lorsque la maladie est chronique ou grave (Richter, 2023a; Monnerat et al., 2021; Bösing & Schädle, 2017). Les personnes souffrant de ce genre de troubles tendent à accumuler les arrêts maladie au cours de leur vie professionnelle et occupent des emplois précaires plus souvent que la moyenne des personnes actives (Müller, 2008; Richter et al., 2006; Baer, 2014). Enfin, on enregistre de grandes proportions de personnes souffrant de troubles psychiques parmi les bénéficiaires d'allocations de chômage ou de l'aide sociale (Richter et al., 2006; Wolffers & Reich, 2015; Salzgeber, 2015).

Les troubles psychiques graves et/ou chroniques sont associés à un risque d'exclusion sociale nettement plus élevé que les maladies physiques graves.

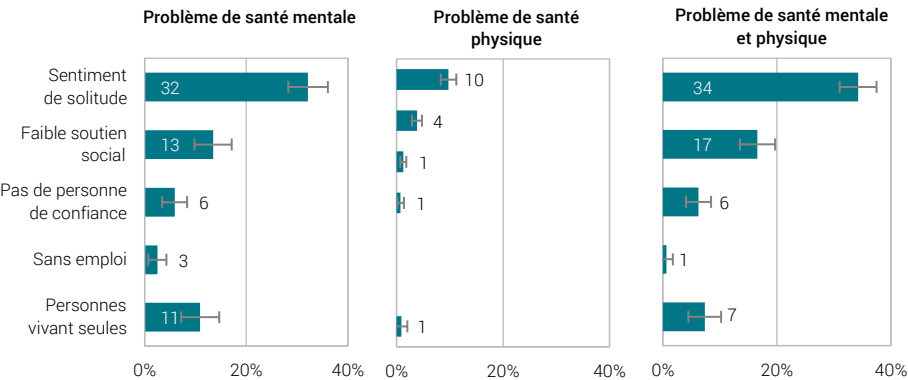
Dans l'ensemble, les résultats de la recherche montrent que les personnes souffrant de troubles psychiques graves et/ou chroniques courent un risque élevé d'être socialement exclues, ce risque étant nettement supérieur à celui de personnes souffrant de maladies physiques graves (Richter & Hoffmann, 2017). Les données de l'ESS corroborent également ce constat: s'appuyant sur Richter et Hoffmann (2017), le graphique G5.4 illustre les risques d'exclusion sociale des personnes limitées par un problème de santé mentale, par un problème de santé physique ou par les deux, et les compare à ceux des personnes sans problème de santé³. Les personnes limitées dans

³ Richter et Hoffmann (2017) ont évalué les données de l'ESS 2017 en fondant cependant la formation des groupes sur d'autres définitions (une maladie grave est notamment opérationnalisée comme perception d'une rente AI et comme traitement pour des problèmes psychiques).

leur vie quotidienne par des problèmes de santé mentale (ainsi que par des maladies psychiques et physiques concomitantes) sont bien plus susceptibles d'être exclues socialement que les personnes atteintes seulement dans leur santé physique. En termes absolus, les risques présentent les écarts les plus marqués pour le sentiment de solitude (risque accru de plus de 30 points de pourcentage en cas de limitations dues à des problèmes de santé mentale et physique et de 10 points de pourcentage en cas de maladies physiques) et le manque de soutien social (+13 et +17 contre +4 points de pourcentage pour les maladies physiques). Des différences considérables ont également été observées dans les autres dimensions de l'exclusion sociale.

Différence de risque pour une sélection d'indicateurs d'exclusion sociale, personnes souffrant de problèmes de santé comparées à la population en bonne santé

G5.4



Différence de risque (en points de pourcentage)

Exemple d'interprétation: en moyenne, le risque de se sentir seul est accru de 32 points de pourcentage chez les personnes limitées par un problème de santé mentale par rapport aux personnes non limitées par des problèmes de santé.
Chez les personnes limitées par un problème de santé physique, ce risque est accru de 10 points de pourcentage.
Groupe de référence: personnes non limitées par un problème de santé.
Les différences de risque sont ajustées selon l'âge et le sexe afin de tenir compte de la composition sociodémographique de chaque groupe.
Sans emploi: sans travail, à la recherche d'un emploi
Données: ESS 2017 et 2022 (regroupées, N = 44 000).
Intervalle de confiance à 95%

Source: OFS – ESS

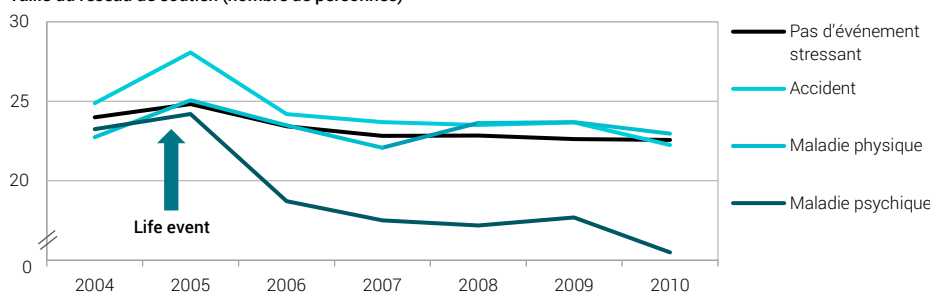
© Obsan 2025

Ces résultats concordent avec ceux d'études longitudinales portant sur des personnes qui ont été ou sont traitées pour des troubles psychiques. Müller et al. (2012) ont montré que ces personnes se distinguent de la population générale par leur parcours professionnel, par le type de logements occupés et par leurs expériences des relations de couple. Nombre d'entre elles n'ont franchi que partiellement, voire par du tout, les étapes «habituelles» de l'existence, comme quitter le foyer parental, entrer dans la vie active, nouer un partenariat stable ou fonder sa propre famille. Dans la cohorte étudiée par Müller (2008) – patients âgés de 20 à 50 ans hospitalisés en raison d'un trouble schizophrénique ou affectif –, l'intégration professionnelle et la situation financière ont connu des changements significatifs après le traitement hospitalier : la part de personnes actives sur le marché ordinaire du travail a diminué après le séjour en clinique ; l'activité professionnelle s'est déplacée vers des emplois protégés. La part des personnes qui vivent principalement de leur propre revenu a également enregistré une baisse.

En ce qui concerne le réseau social et la disponibilité d'un soutien social, Müller (2008) n'a pas observé de changements importants dans les années ayant suivi le séjour en clinique. Les évaluations du Panel suisse de ménages (PSM) ont en revanche montré qu'un plus grand nombre de personnes du réseau social sont disposées à apporter un soutien à court terme en cas d'événement stressant de toute nature (y compris la survenue d'une maladie psychique ; G5.5). Contrairement à ce qui se produit après un accident ou une maladie physique, on observe cependant que le réseau social tend à se clairsemer sur le long terme après une maladie psychique (Bachmann, 2014a).

Réseaux de soutien après un événement stressant (*life event*) lié à la santé G5.5

Taille du réseau de soutien (nombre de personnes)



Source: Bachmann (2014a)

© Obsan 2025

La probabilité d'exclusion sociale varie en fonction du type de maladie: le risque est supérieur pour les personnes souffrant de troubles bipolaires, de troubles psychotiques (telle la schizophrénie) et d'addictions que pour les personnes atteintes de dépression (Richter et al., 2006; Pfister et al., 2018; Müller, 2008). La désinsertion et l'exclusion sont en partie liées aux caractéristiques des maladies en présence (évolution grave et chronique, épisodes récurrents, altération à long terme des capacités professionnelles et des aptitudes sociales, apparition plus fréquente de conflits). Les personnes gravement malades se soustraient parfois à toutes les structures sociales et même les services de santé peinent à les atteindre. Ces personnes n'entrent en contact avec le système d'aide qu'en cas de crise aiguë, souvent même de manière involontaire, ce contact prenant parfois la forme d'un placement à des fins d'assistance (Morandi et al., 2017).

La stigmatisation contribue beaucoup à l'exclusion sociale des personnes souffrant de troubles psychiques. Les proches sont également touchés.

La stigmatisation joue un rôle important dans l'exclusion sociale des personnes souffrant de troubles psychiques (voir chapitre 6 Compétences en santé mentale). Ces personnes sont en général conscientes des préjugés sociaux et des stéréotypes négatifs associés aux maladies psychiques. Elles s'attendent donc à être rejetées, dévalorisées et discriminées par les autres. De nombreux malades ont d'ailleurs déjà été stigmatisés au cours de leur existence (Müller, 2008). La réaction face à ces stéréotypes négatifs varie d'un individu à l'autre. Les personnes qui réagissent en se repliant fortement sur elles-mêmes auront en toute logique accès à moins de ressources sociales. Or une telle situation peut à son tour compromettre les chances de guérison et le bien-être (Müller, 2008; Jäggi et al., 2022). Relevons pour terminer que les proches des personnes souffrant de troubles psychiques peuvent également faire l'objet d'exclusion sociale: ils en subissent les conséquences non seulement émotionnelles, mais souvent aussi financières. Ils souffrent de l'exclusion sociale de leurs proches, mais sont eux aussi directement touchés par les préjugés et la stigmatisation (Baer & Cahn, 2009; Steffen et al., 2015).

Conditions de logement des personnes souffrant de troubles psychiques

Par le passé, les personnes souffrant de troubles psychiques ont souvent été exclues de la société. Nombre d'entre elles ont vécu dans des institutions et des foyers, c'est-à-dire à l'écart de la population générale, jusque bien avant dans le XX^e siècle. Ce n'est que depuis le lancement de la désinstitutionnalisation, c'est-à-dire la fermeture des établissements psychiatriques et la mise en place de formes de soins «communautaires», que l'on tente d'intégrer ces personnes dans la société (Richter, 2023a, 2023b).

Les données disponibles ne permettent de répondre que partiellement à la question portant sur les conditions de logement des personnes souffrant de troubles psychiques en Suisse, c'est-à-dire de déterminer quelles proportions d'entre elles vivent en institution ou de manière indépendante, au sein de ménages individuels, de couple ou familiaux. Les évaluations de l'ESS montrent ainsi que les personnes déclarant souffrir de troubles psychiques vivent plus souvent seules que la population générale, mais aussi que les personnes présentant des maladies physiques (G1.4). L'ESS se limitant cependant aux personnes vivant dans des ménages privés, force est de se tourner vers des études spécifiques pour trouver des informations sur les personnes vivant dans des institutions, les personnes sans domicile fixe ou les sans-abri (pour ce qui est des différentes catégories de sans-abrisme, voir Blaser et al., 2021). Des études menées sur des groupes de patients suggèrent que les maladies psychiques graves (nécessitant un traitement hospitalier) et chroniques conduisent de plus en plus souvent les personnes atteintes à vivre seules ou en institution (Huguelet et al., 2007; Müller (2008).

Bien que des données précises fassent défaut en Suisse sur le nombre de personnes sans domicile fixe ou vivant dans des conditions de logement précaires, il est évident que ces personnes présentent un risque fortement accru de souffrir de troubles psychiques (concernant l'importance des conditions de logement et d'environnement pour la santé mentale, voir le chapitre 8 Environnement bâti et naturel). Compte tenu des résultats d'études spécifiques et d'enquêtes internationales, on peut supposer qu'une nette majorité des personnes sans domicile fixe ou sans abri présentent au moins un type de trouble psychique (Blaser et al., 2021). D'une part, le fait d'être sans logement ou sans abri est associé à des niveaux de stress élevés et peut déclencher ou aggraver des problèmes de santé mentale. D'autre part, les troubles psychiques, en particulier l'alcoolisme ou la toxicomanie, constituent un facteur de risque pouvant conduire à la perte de son logement (Suglia et al, 2015). Les difficultés financières, la honte, la résignation ou l'absence de prise de conscience de la maladie chez les personnes confrontées à ce type de problèmes ne font qu'aggraver la situation, puisqu'elles ne reçoivent fréquemment des soins médicaux qu'en situation de crise et souvent contre leur gré. Dans ces conditions, il serait essentiel de mettre en place des modèles de traitement de proximité, de même que des solutions basées sur la réadaptation. On songe aux approches consistant à proposer des logements subventionnés ou à accorder la priorité au logement, dans le but de favoriser le logement autonome et l'inclusion sociale des personnes concernées (Richter, 2023b; Jäggi et al., 2022; Blaser et al., 2021).

5.4 Exposition à la violence

Subir de la violence fragilise la santé mentale. Les résultats de diverses études menées à l'échelle internationale révèlent en effet que les victimes de violence, quel que soit le groupe d'âge auquel elles appartiennent, risquent plus fortement de souffrir de troubles psychiques (p. ex. Alon et al., 2024; Boumpa et al., 2024; Carvalho Silva et al., 2024; Thoma et al., 2021). Les conséquences sur la santé mentale varient également selon l'origine et le contexte de la violence subie (si elle est perpétrée par un proche ou par un inconnu, p. ex.) et en fonction de l'âge (p. ex. Kaplow & Widom, 2007; Kisely et al., 2020). Cet aperçu non exhaustif ne couvre pas toutes les manifestations de la violence et ses conséquences sur le plan psychique. Il se concentre plutôt sur trois formes spécifiques de violence au sein de l'environnement social proche qui concernent différents groupes d'âge et présentent un intérêt en termes d'ampleur et d'impact :

- la maltraitance infantile: violence exercée par les personnes de référence sur des enfants ou des adolescents,
- la violence au sein du couple ou violence conjugale: violence commise par un partenaire ou un conjoint au sein du couple,
- la maltraitance des personnes âgées: violence exercée envers des personnes âgées en situation de dépendance (*elder abuse*, en anglais).

Toutes ces formes de violence ne se limitent pas à des actes pénalement répréhensibles. Dans tous les domaines en effet, il existe suffisamment d'études qui démontrent les effets délétères ravages de la violence sur la santé mentale, même en dehors du cadre pénal.

Maltraitance infantile

Les termes et les expressions utilisés pour caractériser la violence envers les enfants et les adolescents ne manquent pas, avec des définitions au sens large ou étroit (Jud & Voll, 2019). La notion de maltraitance infantile s'impose de plus en plus à travers la planète pour désigner la violence exercée sur des enfants ou des adolescents par des personnes de référence (voir Jud & Voll, 2019; Leeb et al., 2008).⁴ Cette forme de violence doit être distinguée des autres formes de violence faites aux enfants et aux adolescents, tant par ses facteurs de risque et ses origines que par ses conséquences.

⁴ Les CDC (*Centers for Disease Control and Prevention*, autorités sanitaires américaines) ont ouvert la voie dans ce domaine, en donnant la première définition de la maltraitance infantile retenue dans le cadre d'un consensus interdisciplinaire.

L'exercice actif de la violence sur des enfants ou des adolescents – dans ses manifestations relevant aussi bien de la maltraitance psychique ou physique que des abus sexuels – va souvent de pair avec des actes de négligence. Du point de vue social, les actes de négligence prédisposent aux troubles psychiques au même titre que les manifestations actives de la violence (p. ex. Mills et al., 2013).

Un certain nombre d'études nous renseignent sur la fréquence à laquelle les enfants et les adolescents sont victimes de maltraitance et de négligence en Suisse. À ce sujet, les enquêtes sur les comportements punitifs des parents, menées pour la première fois en 2004 et répétées à intervalles plus rapprochés depuis 2017, constituent une source pertinente. La dernière publication de cette série se base sur les données de 2023 issues de l'appréciation que 1605 parents interrogés ont donnée de leur comportement (Université de Fribourg, 2023): 38% d'entre eux ont déclaré avoir recours à des punitions corporelles sur leurs enfants à titre occasionnel, et 6% régulièrement. Environ un cinquième des parents (21%) déclarent avoir régulièrement un comportement s'apparentant à de la maltraitance psychologique (insulter son enfant avec véhémence, le confiner dans sa chambre pour une longue période ou le menacer de coups, p. ex.). L'enquête la plus complète sur la violence envers les adolescents est certainement celle menée auprès des élèves de toute la Suisse dans le cadre de la première étude Optimus (Averdijk, Müller-Johnson et al., 2011). Environ trois quarts des adolescents interrogés (n = 6749) ont déclaré avoir subi au moins une forme de violence au cours de l'année écoulée. 18% ont fait état de mauvais traitements psychologiques infligés par des adultes. Les mauvais traitements au sein du noyau familial étaient également répandus: 10% ont révélé avoir subi de la maltraitance physique, 0,7% des abus sexuels et 4% des actes de négligence (Lätsch & Stauffer, 2016).

La question de savoir si les enfants et les adolescents présentant certaines caractéristiques sociales ou individuelles sont plus souvent victimes que d'autres de diverses formes de maltraitance infantile a été jusqu'ici relativement peu étudiée en Suisse. Schick et al. (2010) ont repris les données issues de l'étude Optimus et ont constaté que la maltraitance intrafamiliale touche essentiellement les adolescents issus de la migration de pays non occidentaux et moins les adolescents non issus de la migration. La statistique montre que la corrélation entre l'origine migratoire et la maltraitance physique ou psychologique restait significative même en vérifiant le facteur de la pauvreté. En ce qui concerne la négligence et les abus sexuels, aucune corrélation n'a pu être établie du point de vue statistique lorsque la pauvreté est prise en compte.

La maltraitance et la négligence envers les enfants s'accompagnent souvent d'autres risques sociaux (pauvreté de la famille, maladies psychiques des parents, p. ex.). Les enfants exposés à ce genre de situations présentent en outre une vulnérabilité génétique accrue aux troubles psychiques (Warrier et al., 2021). Il est donc difficile de déterminer avec précision, et sans ambiguïté, l'influence de la maltraitance et de la négligence durant l'enfance sur la santé mentale. On sait néanmoins avec certitude que toutes

les principales formes de maltraitance et de négligence peuvent entraîner, à court et à long termes, des troubles émotionnels, cognitifs et comportementaux majeurs (Vizard et al., 2022) et perturber de manière irréversible le développement neurobiologique du cerveau (Nemeroff, 2016).

Autres formes de violence et conséquences sur la santé mentale

Une série de recherches effectuées à l'échelle internationale et d'études menées en Suisse se sont penchées sur les conséquences psychiques de différentes formes de violence sur la santé. De nombreuses études se sont déjà intéressées aux gestes agressifs répétés entre enfants et adolescents du même âge. Dans la littérature francophone, on parle souvent de mobbing ou de harcèlement (*bullying* en anglais) (p. ex. Olweus, 2013). Des travaux portant sur des échantillons de taille parfois considérable font état de conséquences négatives (à long terme) sur la santé mentale (Averdijk, Müller et al., 2011; Baumgartner, 2010; Lucia, 2016; Perren et al., 2010; Staubli & Killias, 2011; à propos du cyberharcèlement voir le chapitre 7 Médias numériques). Les données sur la prévalence varient en fonction du type de harcèlement et de sa fréquence. Dans le cadre d'une étude zurichoise, par exemple, 8% des enfants interrogés ont déclaré avoir été l'objet de moqueries et de provocations régulières (au moins une fois par semaine). 5,5% d'entre eux ont subi des violences physiques répétées et 3,2% ont vu leurs affaires volées ou cassées à de nombreuses reprises (Averdijk, Müller et al., 2011). D'autres études suisses ont par ailleurs axé leurs recherches sur la violence à caractère raciste et la violence à l'encontre des minorités sociales (en raison de l'orientation sexuelle, p. ex.) et sur les conséquences de ces actes sur la santé mentale (Baier, 2020; Jaggi et al., 2018). Le monde du travail n'est pas en reste puisque des recherches ont également été menées sur la violence au travail. Citons notamment les milieux sensibles comme les hôpitaux ou les prisons (p. ex. Isenhardt & Hostettler, 2020; Stahl-Gugger & Hammig, 2022) et l'exploitation de la main-d'œuvre (p. ex. Fakhoury et al., 2021) qui ont fait l'objet de diverses études mettant clairement en lumière les conséquences négatives sur la santé mentale. Il convient également de mentionner des recherches plus récentes sur la violence envers les enseignants (Brägger, 2022). L'exploitation et la violence dans le domaine des loisirs, notamment dans le sport et la culture, et les conséquences qui en découlent, ont également été analysées dans plusieurs études suisses (p. ex. Marsollier et al., 2021; Mountjoy et al., 2022).

Plusieurs études menées en Suisse se sont penchées sur la corrélation possible entre la maltraitance des enfants et l'apparition d'une profonde détresse psychologique, le niveau de satisfaction dans la vie plus bas et la perte de sens à la vie (p. ex. Glaus et al., 2021; Rössler et al., 2016; Weibel et al., 2017). Selon une enquête longitudinale réalisée sur un panel de 1609 élèves, les adolescents qui avaient subi des maltraitements physiques présentaient en moyenne des états dépressifs plus marqués et des niveaux d'anxiété plus élevés (Kassis et al., 2024). Une analyse portant sur les données de l'enquête Optimus menée auprès des élèves a révélé que les adolescents qui n'ont vécu que des actes isolés de maltraitance infantile sont généralement en mesure d'assimiler ces expériences et que leur fonctionnement psychosocial ne s'en trouve d'ordinaire pas affecté (Lätsch et al., 2017). Il n'en va pas de même pour la maltraitance psychologique qui, même si elle reste isolée, semble avoir un impact négatif sur la santé mentale, indépendamment d'autres facteurs (voir aussi Rameckers et al., 2021). Le stress psychosocial augmente fortement lorsque les adolescents subissent plusieurs formes de maltraitance et de négligence, en particulier lorsque ces expériences prennent un caractère chronique (Lätsch et al., 2017).

La maltraitance et la négligence envers les enfants sont très répandues et sont associées, à court et à moyen termes, à des difficultés émotionnelles, cognitives et comportementales importantes et peuvent également agir sur le développement du cerveau.

Une étude longitudinale représentative menée auprès de plus de 5000 adultes lausannois nous apprend que les expériences de maltraitance infantile augmentent les symptômes psychopathologiques et présentent en plus une corrélation significative avec les troubles anxieux (Xu et al., 2022). L'exposition à la violence comme cause possible de troubles post-traumatiques est depuis longtemps étudiée en Suisse, tant chez l'enfant (p. ex. Bielas et al., 2015; Landolt, 2012) que chez l'adulte (p. ex. Maercker et al., 2022; Thoma et al., 2021; Thoma et al., 2023). Mais d'autres formes de violence que la maltraitance et la négligence des enfants au sens strict retiennent en général l'attention.

Les données «du terrain», c'est-à-dire les informations fournies par les institutions et les organisations qui interviennent en cas de maltraitance infantile dans le but de soutenir et de protéger les victimes, sont essentielles pour déterminer l'efficacité des efforts en faveur des enfants et des adolescents. Comparées aux valeurs de prévalence tirées de diverses études de la population, ces données peuvent cependant laisser apparaître un manque de prise en charge des groupes vulnérables, notamment lorsque ces derniers sont surreprésentés dans les études de population et que le système de prise en charge ne leur assure qu'une aide et un soutien insuffisants. Avec l'étude Optimus III (Jud et al., 2018; Jud et al., 2020), la Suisse est l'un des rares pays au monde (aperçu Krüger & Jud,

2015) à disposer d'une enquête qui rassemble les signalements de maltraitance infantile provenant du domaine de la protection de l'enfant selon le droit civil (autorités de protection de l'enfant et de l'adulte [APEA] et services de l'enfance et de la jeunesse), de la statistique policière de la criminalité ainsi que d'institutions spécialisées dans le domaine de la santé et de la protection sociale (groupes régionaux de protection de l'enfance et centres de consultation pour l'aide aux victimes, p. ex.). En prenant des définitions uniformes et en procédant par extrapolation, 10 335 cas de maltraitance infantiles ont été rapportés ou dénoncés dans toute la Suisse sur une période de trois mois (de septembre à novembre 2016). Cela correspond à 66 cas pour 10 000 enfants et adolescents (Jud et al., 2020) et ne couvre par conséquent qu'une partie des cas de maltraitance subie rapportés lors d'une précédente enquête réalisée auprès d'élèves (voir Lätsch & Stauffer, 2016). Dans 1156 cas, une prise en charge psychothérapeutique de l'enfant a été recommandée ou mise en place dès les trois premiers mois suivant l'annonce du soupçon de maltraitance et dans 767 cas, un suivi psychothérapeutique d'un autre membre de la famille a été recommandé ou mis en place. Sans une prise en considération systématique de toutes les organisations et de tous les domaines de soins nécessaires à la protection de l'enfance, il semble impossible d'identifier les lacunes dans la prise en charge. Dans le postulat 19.3119, la conseillère nationale Yvonne Feri a demandé qu'une approche systématique de ce type soit appliquée au niveau national. Dans un premier temps, le Conseil fédéral s'y est opposé (Conseil fédéral, 2023). La société évolue et les méthodes éducatives aussi. La plupart des États démocratiques à revenus élevés ont banni toute forme de violence comme méthode éducative, contrairement à la Suisse qui n'a pas encore franchi ce pas⁵.

⁵ Une consultation a été lancée le 23 août 2023 en vue de modifier le Code civil dans ce sens (<https://www.admin.ch/gov/fr/accueil/documentation/communiqués.msg-id-97409.html>, consulté le 4 octobre 2024).

Santé mentale, exposition à la maltraitance et placement extrafamilial

La corrélation entre la maltraitance et la santé mentale chez les enfants et les jeunes placés en dehors de leur cercle familial a fait l'objet de nombreuses études en Suisse. Deux d'entre elles méritent d'être citées: l'étude représentative nationale MAZ (recherche-pilote pour l'évaluation et l'atteinte d'objectifs dans le cadre de mesures de placement; p. ex. Fischer et al., 2016) et le projet JAEL (Grandir en foyer; p. ex. Schmid et al., 2022; Seker et al., 2021). Lors d'enquêtes réalisées auprès de personnes qui avaient été placées en foyer durant leur enfance ou leur adolescence, trois quarts de ces personnes ont déclaré avoir subi au moins une forme de maltraitance et citent le plus souvent la négligence émotionnelle (d'Huart et al., 2022). Plus les actes de maltraitance subis durant l'enfance ou l'adolescence sont nombreux, plus les victimes souffrent de problèmes psychiques une fois devenues jeunes adultes (Schmid et al., 2021). Plus les actes de maltraitance sont graves, plus les difficultés s'inscrivent dans la complexité et dans la durée (Bürgin et al., 2023). La maltraitance semble particulièrement corrélée à des problèmes psychologiques à l'âge adulte, tandis que la négligence est davantage associée à des problèmes financiers et à des conséquences sociales (Schmid et al., 2021). Une analyse longitudinale menée sur une dizaine d'années révèle que ces difficultés finissent par s'atténuer au fil du temps. Alors que 61% des personnes interrogées étaient confrontées à de grosses difficultés dans leur jeunesse, elles n'étaient plus que 40% dans ce cas à l'âge adulte moyen (Bürgin et al., 2023).

Reste à savoir si cette amélioration se maintient tout au long de la vie ou, si ce n'est pas le cas, pendant combien de temps. Pour illustrer ce propos, on peut faire référence à une étude consacrée à des adultes âgés placés en dehors de leur famille avant 1981 dans le cadre de mesures de coercition à des fins d'assistance. Nombreux sont ceux qui se plaignent d'y avoir subi des violences physiques et psychiques et qui présentent, aujourd'hui encore, en moyenne une profonde détresse psychologique (Thoma et al., 2021).

Violence au sein du couple

Cette section est consacrée à la recherche sur la violence dans les relations de couple, souvent désignée par l'expression «violence domestique». L'usage de cette expression générique est néanmoins contesté. Outre la violence au sein du couple (ou violence conjugale), elle englobe en effet la maltraitance des enfants et la maltraitance des personnes âgées vivant au sein du ménage⁶.

En 2023, la statistique policière de la criminalité a recensé 5682 personnes concernées par la violence conjugale en Suisse, ce qui correspond à 6 personnes sur 10 000 habitants. Cette même statistique a compté 3116 personnes victimes de violence de la part d'anciens partenaires, soit 3 personnes sur 10 000 habitants (OFS, 2024c). On ne note aucune évolution au cours des quatre dernières années⁷. La partie immergée de l'iceberg pourrait être plus grande, car on ne connaît pas tous les chiffres. L'étude Crime Survey 2022 révèle en effet que la prévalence vie-entière de la violence physique est estimée à près de 9%, celle de la violence sexuelle à 2%, celle de la violence psychologique à 13% et celle de la violence économique (confiscation ou rétention du revenu du ou de la partenaire, p. ex.) à 4%. Les femmes sont plus touchées que les hommes par toutes les formes de violence (Baier et al., 2023). Cette étude montre aussi que le contexte migratoire, le revenu et la région linguistique n'ont pas ou guère de corrélation avec la violence conjugale et que les personnes interrogées ayant un niveau de formation supérieur présentent un taux de prévalence plus élevé pour certaines formes de violence conjugale que celles ayant un niveau de formation bas ou moyen (violence à caractère psychique, sexuel et économique, mais pas physique; voir Baier et al., 2023).

Les femmes subissent des violences plus graves et plus fréquentes que les hommes dans les relations de couple. Les conséquences psychiques le plus souvent observées sont les dépressions, les troubles anxieux et les symptômes de stress post-traumatique.

La comparaison avec les données provenant d'autres enquêtes suisses et internationales met en évidence des écarts parfois significatifs par rapport à l'étude Crime Survey (voir aussi BFEG, 2020). Cela peut en grande partie s'expliquer par des différences dans le type et le nombre de questions posées et par l'étendue des définitions de la violence

⁶ La littérature internationale issue de la recherche préfère de nos jours parler d'«intimate partner violence» (violence conjugale) plutôt que de «domestic violence» (violence domestique). Un aperçu des recherches effectuées dans le domaine de la violence domestique au sens large a été publié en 2021 et en 2024 par le Bureau fédéral de l'égalité entre femmes et hommes (BFEG).

⁷ Une vue d'ensemble et des données complémentaires sont disponibles sur le site de l'Office fédéral de la statistique sous <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/criminalite-droit-penal/police/violence-domestique.html>.

conjugale. S'agissant de la violence dans les relations de couple, de nombreuses études internationales se sont attardées sur la violence faite aux femmes et en particulier sur la fréquence de ces violences (p. ex. FRA, 2014). La violence conjugale envers les hommes a donné lieu à beaucoup moins d'études. Ayant eu recours à une version traduite d'un instrument de l'OMS, Jud et al. (2023) ont été les premiers, en 2020, à fournir des valeurs représentatives concernant les hommes et les femmes à l'échelle de l'Allemagne. Près de la moitié des femmes (54%) et des hommes (48%) interrogés ont déclaré avoir subi des violences psychologiques au sein de leur couple au cours de leur vie. Pour les autres formes de violence subie, qu'elles soient physiques, sexuelles ou économiques, on note que les femmes sont nettement plus touchées que les hommes. Il convient également de souligner que les violences perpétrées sur les femmes, toutes formes de violence confondues, sont plus souvent répétées (Jud et al., 2023). On peut regretter que les études, nationales ou internationales, sur la fréquence de la violence précisent rarement l'orientation sexuelle des couples interrogés.

Bien que la pandémie de COVID-19 a obligé les couples à plus de promiscuité, avec tout le risque de violence que cela suppose, les résultats sont ambigus. D'après une étude internationale qui s'est également intéressée à la Suisse, la fréquence de la violence n'a guère évolué dans notre pays (Brink et al., 2021).

Les conséquences physiques et sociales de la violence dans le couple font l'objet de nombreuses études (Foran & Phelps, 2013) et leurs conséquences psychiques sont également très documentées. Les données disponibles montrent que les personnes victimes de violence conjugale risquent davantage de développer des troubles psychiques, mais aussi des troubles du sommeil et de la concentration (p. ex. Goldberg, 2022). Dans une étude bâloise, Nyberg et al. (2013) font état d'une accumulation particulièrement importante de troubles affectifs, névrotiques et liés au stress. Le même groupe de travail rapporte des taux de tentatives de suicide plus élevés chez les femmes, en particulier chez celles issues de l'immigration turque (Brückner et al., 2011). Plusieurs études suisses, dont une étude longitudinale menée sur des étudiants suisses, se sont par ailleurs concentrées sur la résilience: quelles conditions et quelles caractéristiques sont requises pour qu'une personne victime de violence soit à même de faire preuve de la résistance psychique nécessaire pour affronter son sort (Aksoy et al., 2023).

Maltraitance des personnes âgées

Selon une définition internationale, la maltraitance des personnes âgées, *elder abuse* en anglais, englobe tous les actes qui portent intentionnellement préjudice à une personne âgée ou qui sont tolérés. Cette définition s'applique lorsque les actes sont perpétrés dans une situation de dépendance de la personne âgée envers l'auteur du préjudice (Yon et al., 2017). Il n'existe cependant aucune définition uniforme de l'expression «personne

âgée», qui désigne en général les personnes de 60 ou 65 ans ou plus⁸. La maltraitance peut être un geste délibéré ou une omission. Tout comme la maltraitance des enfants, la maltraitance des aînés peut prendre diverses formes, physiques, psychologiques ou sexuelles. La forme la plus répandue reste néanmoins l'exploitation financière (Wüstemann, 2018). Les actes de maltraitance sur les personnes âgées se produisent aussi bien dans les relations privées et à domicile (du fait de proches aidants, p. ex.) que dans un cadre professionnel (dans un EMS, p. ex.).

L'Organisation mondiale de la santé (OMS, 2015) estime qu'entre 2 et 14% des personnes âgées sont victimes de maltraitance et/ou de négligence dans les pays à revenus moyens à élevés. Ces chiffres concernent cependant la violence exercée sur les personnes âgées et pas seulement la maltraitance qui se limite à la violence dans les relations de dépendance. Ils sont encore plus élevés chez les personnes âgées atteintes de démence et/ou prises en charge en EMS (Kaskie et al., 2015). Le phénomène semble moins fréquent dans les pays riches que dans les pays à faibles revenus moyens (Yon et al., 2017). À l'échelle de la planète, les femmes semblent une fois et demie à deux fois plus touchées que les hommes (Ho et al., 2017). Selon la littérature spécialisée internationale, la maltraitance des aînés peut avoir des effets négatifs considérables sur la santé mentale. Il est notamment prouvé que les risques de dépression, de troubles anxieux, de stress post-traumatique et de tendances suicidaires sont plus élevés (Yunus et al., 2019). Il convient toutefois de préciser qu'il s'agit essentiellement d'études transversales effectuées sur les populations occidentales et que les études longitudinales et les études menées sur des populations non occidentales sont plus rares. La Suisse aussi manque d'études qui s'intéressent aux conséquences de la maltraitance des personnes âgées sur leur santé mentale. On peut néanmoins supposer que les résultats obtenus dans d'autres pays occidentaux peuvent s'appliquer à la Suisse.

En Suisse, aucune étude ne s'est jusqu'ici penchée sur la prévalence de la maltraitance des personnes âgées ni sur ses conséquences psychologiques.

À ce jour, aucune enquête représentative n'a été menée en Suisse sur la fréquence de la maltraitance des aînés. Selon des valeurs comparatives internationales, la fréquence de la maltraitance et des abus commis dans le seul cadre domestique pourrait avoisiner 15% (Krüger et al., 2020). S'y ajoutent les formes de maltraitance que les personnes âgées subissent dans un cadre non domestique, comme les EMS, où il est difficile de chiffrer leur fréquence. Signalons que les études suisses portent sur des milieux bien

⁸ Les limites d'âge utilisées dans les comparaisons internationales peuvent sembler un peu basses pour un pays à haut revenu et doté d'un système de santé avancé comme la Suisse. Les personnes âgées de 60 ans ou plus vivant en Suisse ne sont, dans leur grande majorité, pas encore fragilisées et nécessitent rarement des soins.

spécifiques. C'est le cas notamment d'une étude réalisée auprès de 1010 personnes hospitalisées dans un centre d'urgence du nord-ouest de la Suisse, où 3% des personnes âgées de 65 ans ou plus avaient été victimes de maltraitance. Par rapport au groupe de référence, il s'agissait en moyenne de patients plus âgés, plus souvent atteints de troubles cognitifs et plus souvent hospitalisés (Riedel et al., 2024). Une autre enquête menée auprès de 4600 soignants nous révèle que 51% d'entre eux avaient déjà, dans l'exercice de leur profession, été témoins de maltraitance émotionnelle, 24% de négligence et un peu plus de 1% de maltraitance physique sur des personnes âgées (Blumenfeld et al., 2017). Une charge de travail accrue et des agressions sexuelles des patients envers le personnel étaient associées à des taux plus élevés de maltraitance. Selon une analyse des signalements volontaires déposés auprès du service indépendant de plainte pour personnes âgées (propre à la Suisse alémanique), 150 cas sur 903 (17%) consistaient en diverses formes de maltraitance des personnes âgées, la plupart étant des cas de maltraitance psychologique (Simone et al., 2016). Des études isolées sur la prévention de la maltraitance des personnes âgées ont été réalisées en Suisse, aussi bien auprès des personnes âgées elles-mêmes qu'auprès des professionnels de la santé (Roulet Schwab & Wangmo, 2021). Ces derniers ont notamment souligné l'importance d'une bonne formation, ils se sont dits favorables à une rotation ciblée du personnel pour améliorer la qualité des soins (Wangmo et al., 2017) et certains prônent une approche interdisciplinaire de la gestion des conflits (Baumeister et al., 2015).

5.5 Réflexions et perspectives

La santé mentale n'est pas un état immuable; elle résulte plutôt d'une relation dynamique entre ressources et contraintes (Blaser & Amstad, 2016). Le présent chapitre a clairement montré que cette relation dynamique subit l'influence de divers facteurs sociaux. Pour ce qui est de caractéristiques telles que le niveau de formation et de revenu, le statut migratoire et le pays d'origine, les analyses actuelles des données de l'ESS correspondent aussi aux résultats d'une longue série de travaux sur les inégalités de santé: les personnes au statut social faible courent un risque nettement plus élevé de souffrir de problèmes psychiques. Il existe certes une théorie sur cette relation de cause à effet, mais il s'avère difficile de la démontrer de manière empirique, car de nombreux facteurs exercent une influence sur la santé mentale: la pauvreté, le chômage, les conditions de travail et de logement précaires, de même que l'exclusion sociale sont par exemple associés à un stress considérable et souvent chronique. Et cette situation favoriserait l'apparition de troubles psychiques. Les résultats de la recherche internationale confirment ce constat, en particulier pour la dépression et les troubles anxieux, tandis que l'effet inverse a pu

être observé pour d'autres pathologies (schizophrénie, addiction, troubles bipolaires) : une maladie peut avoir des conséquences sociales négatives et restreindre la participation à la société (Claes et al., 2022).

Il existe une interaction constante entre les caractéristiques du statut social, d'une part, et les ressources sociales et individuelles, d'autre part. Traverser un épisode de pauvreté ou de chômage peut par exemple avoir pour effet d'altérer l'estime de soi et la conviction de contrôler sa vie et donc réduire à néant des facteurs de protection pour la santé mentale (Scheid & Wright, 2017; Lätsch et al., 2011). À l'inverse, le présent chapitre a mis en évidence l'importance de relations sociales solides – au sein de la famille ou d'un cercle social plus large – pour assurer une protection contre les troubles psychiques et en atténuer les effets. Pendant l'enfance et l'adolescence, des relations stables et fiables au sein de la famille et avec les pairs semblent même jouer un rôle plus grand que le statut social de la famille. Les conflits familiaux, mais surtout la négligence, la violence ou la maladie psychique de l'un des parents, constituent d'importants facteurs de risque pour la santé mentale des enfants et des adolescents. En fait, la violence et les abus dans les relations sociales étroites sont souvent à l'origine d'une détresse psychologique et de troubles psychiques tout au long de la vie. Ce constat vaut aussi bien pour la violence au sein du couple que pour les formes de mauvais traitements, encore peu étudiées, infligées aux personnes âgées.

Une grande partie de la population suisse (90%) peut compter sur un soutien social, mais la part de la population qui souffre de solitude tend à s'accroître (6% des personnes vivant en Suisse se sentent assez ou très souvent seules). Dans ce domaine, la situation initiale des personnes au statut social modeste est moins favorable que celle de la moyenne de la population : elles sont plus souvent seules et ne peuvent compter que plus rarement sur un soutien social.

Les données disponibles en Suisse montrent clairement que la santé mentale est indissociable du contexte social (celui-ci résultant de la combinaison de caractéristiques du statut social et de caractéristiques de l'intégration sociale et sociétale). Des enquêtes telles que l'ESS ne permettent cependant pas d'entreprendre des analyses sur d'éventuelles relations de cause à effet. En Suisse, nous manquons en effet surtout d'études longitudinales représentatives à l'échelle nationale, qui réuniraient des données détaillées sur la santé mentale (en distinguant aussi les différents types de maladie) et qui permettraient d'étudier de près les corrélations avec les caractéristiques sociales. D'autres études sur la prévalence seraient par ailleurs souhaitables afin d'examiner plus précisément les différences selon le type de maladie. Enfin, le présent chapitre met également en évidence des lacunes dont souffrent les données sur la violence envers les enfants et sur la maltraitance des personnes âgées.

Dans une perspective de santé publique, le contexte social revêt une importance à double titre pour la santé mentale. Pour prévenir les troubles psychiques, il convient d'une part d'agir sur les facteurs de risque sociaux. D'autre part, il importe de renforcer de manière ciblée les ressources sociales dans le cadre du traitement et de la réadaptation de personnes souffrant de troubles psychiques.

En conclusion, on peut affirmer que le statut social et les relations sociales d'un individu jouent un rôle déterminant dans l'évolution de sa santé mentale. Parallèlement, il apparaît que les troubles psychiques sont associés à un risque accru de désinsertion et d'exclusion sociale. Voilà pourquoi le contexte social revêt une importance à double titre du point de vue de la politique de santé. Premièrement, il convient d'agir sur les facteurs de risque sociaux, par exemple en prenant des mesures destinées à promouvoir la formation de personnes socialement défavorisées ou en intégrant de manière systématique le thème de la santé mentale dans les services spécialisés qui prennent en charge des personnes sans emploi. Compte tenu des écarts sociaux observés dans la fréquence et le type de traitements appliqués en cas de problèmes de santé mentale, il importerait de faciliter l'accès précoce à des soins appropriés pour les personnes issues de milieux à faible niveau de formation et de revenu ainsi que pour la population migrante. Les situations où une personne subit directement des manifestations de violence sont largement répandues dans toutes les classes d'âge. D'où la nécessité d'améliorer la prévention de la violence. Les progrès de la recherche portant sur les facteurs de risque devraient en outre ouvrir la voie à une prévention plus ciblée à l'avenir, spécialement auprès des groupes particulièrement vulnérables.

Le deuxième angle d'approche concerne la prise en charge des personnes souffrant de troubles psychiques graves et/ou chroniques. Dans ce domaine, il serait judicieux de miser sur des programmes de traitement et de réadaptation qui utilisent de manière ciblée les relations sociales des personnes concernées comme ressource (ou qui les aident à établir des contacts). Il convient de mener des programmes consistant à subventionner l'emploi ou le logement afin d'assurer l'intégration professionnelle et le logement autonome (Richter, 2023b). Enfin, des mesures contre la stigmatisation des troubles psychiques restent nécessaires pour lutter contre l'exclusion sociale des personnes qui souffrent de ce type de maladie.

5.6 Bibliographie

- Albermann, K., & Müller, B. (2021). Kinder und Jugendliche aus Familien mit einem psychisch erkrankten Elternteil. *Paediatrica*, 32(4), 29–35. <https://doi.org/10.35190/d2021.4.5>
- Aksoy, D., Simoes, C., & Favre, C.A. (2023). Exposure to Intimate-Partner Violence and Resilience Trajectories of Adolescents: A Two-Wave Longitudinal Latent Transition Analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(9). <https://doi.org/10.3390/ijerph20095676>
- Alon, N., Macrynikola, N., Jester, D.J., Keshavan, M., Reynolds, C.F., 3rd, Saxena, S., Thomas, M.L., Torous, J., & Jeste, D.V. (2024). Social determinants of mental health in major depressive disorder: Umbrella review of 26 meta-analyses and systematic reviews. *Psychiatry Research*, 335, 115854. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2024.115854>
- Ambord, S., Eichenberger, Y., & Jordan, M. D. (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)*. Sucht Schweiz.
- Analitis, F., Velderman, M.K., Ravens-Sieberer, U., Detmar, S., Erhart, M., Herdman, M., Berra, S., Alonso, J., Rajmil, L., & European Kidscreen, G. (2009). Being bullied: associated factors in children and adolescents 8 to 18 years old in 11 European countries. *Pediatrics*, 123(2), 569–577. <https://doi.org/10.1542/peds.2008-0323>
- Averdijk, M., Müller-Johnson, K. & Eisner, M. (2011). *Sexuelle Viktimisierung von Kindern und Jugendlichen in der Schweiz. Schlussbericht für die UBS Optimus Foundation*. UBS Optimus Foundation.
- Averdijk, M., Müller, B., Eisner, M., & Ribeaud, D. (2011). Bullying victimization and later anxiety and depression among pre adolescents in Switzerland. *Journal of Aggression, Conflict and Peace Research*, 3(2), 103–109. <https://doi.org/10.1108/17596591111132927>
- Bachmann, N. (2014a). *Soziale Ressourcen als Gesundheitsschutz* (Obsan Bulletin 1/2014). Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Bachmann, N. (2014b). *Soziale Ressourcen als Gesundheitsschutz: Wirkungsweise und Verbreitung in der Schweizer Bevölkerung und in Europa* (Obsan Dossier 27). Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Bachmann, N. (2019). *Soziale Ressourcen. Förderung sozialer Ressourcen als wichtiger Beitrag für die psychische Gesundheit und eine hohe Lebensqualität*. Gesundheitsförderung Schweiz.
- Bachmann, N., Meyer, S., & Zumbunn, A., (2020). Lebenswelten, Umweltfaktoren und soziale Rahmenbedingungen. In: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Hrsg.), *Gesundheit in der Schweiz – Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene. Nationaler Gesundheitsbericht 2020* (S. 34–63). Hogrefe.
- Baer, N. (2014). Psychische Probleme und Armut sind eng miteinander verbunden. *Zeitschrift für Sozialhilfe ZESO*, 1/2014, 22–23.
- Baer, N., & Cahn, T. (2009). Psychische Gesundheitsprobleme. In K. Meyer (Hrsg.), *Gesundheit in der Schweiz: Nationaler Gesundheitsbericht 2008* (S. 211–230). Hans Huber.
- Baier, D. (2020). *Erfahrungen und Wahrnehmungen von Antisemitismus unter Jüdinnen und Juden in der Schweiz*. ZHAW.
- Baier, D., Biberstein, L., & Markwalder, N. (2023). *Betroffenheit von Gewalt in Partnerschaften. Ausmass und Entwicklung in der Schweiz. Ergebnisse von Repräsentativbefragungen*. EBG.
- Baumeister, B., Gehrig, M., Beck, T. & Gabriel, T. (2015). *Schutz in der häuslichen Betreuung alter Menschen: Genese von Misshandlungssituationen in der häuslichen Betreuung alter Menschen und Analyse von Strategien im Umgang mit Gewalt im häuslichen Umfeld*. ZHAW.
- Baumgartner, A. (2010). Das Emotionsverständnis von viktimisierten und mobbenden Kindern im Kindergarten-Ansatzpunkte für eine Prävention? *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 59(7), 513–528. <https://doi.org/10.13109/prkk.2010.59.7.513>
- Barrense-Dias, Y., Chok, L., & Suris, J.-C. (2021). *A picture of the mental health of adolescents in Switzerland and Liechtenstein*. Unisanté.
- Bayer-Oglesby, L., Bachmann, N., & Zumbunn, A. (2023). *Soziale Lage und Spitalaufenthalte aufgrund chronischer Erkrankungen* (Obsan Bericht 11/2020). Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Bielas, H., Jud, A., Lips, U., Reichenbach, J., Wieser, I., & Landolt, M.A. (2015). Preliminary Evidence for a Compromised T-Cell Compartment in Maltreated Children with Depression and Posttraumatic Stress Disorder. *Neuroimmunomodulation*, 22(5), 303–310. <https://doi.org/10.1159/000369349>
- Blaser, A., Iyadurai, G., Schenk, U., Koller, T., Locher, G., Vetsch, N., & Weber, A. (2021). *Forschungsbericht: Psychische Gesundheit und Obdachlosigkeit*. HSA / FHNW.
- Blumenfeld Arens, O., Fierz, K., & Züñiga, F. (2017). Elder abuse in nursing homes: do special care units make a difference? A secondary data analysis of the Swiss nursing homes human resources project. *Gerontology*, 63(2), 169–179.

- Boardman, J., Killaspy, H., & Mezey, G. (2023). *Social Inclusion and Mental Health* (2. Aufl.). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/9781911623601>
- Bösing, S., & Schädle, J. (2017). Psychisch krank – eine Abwärtsspirale in die Armut? In Der Paritätische Gesamtverband (Hrsg.), *Menschenwürde ist Menschenrecht. Bericht zur Armutsentwicklung in Deutschland 2017*.
- Boumpa, V., Papatoukaki, A., Kourti, A., Mintzia, S., Panagouli, E., Bacopoulou, F., Psaltopoulou, T., Spiliopoulou, C., Tsolia, M., Sergentanis, T.N., & Tsitsika, A. (2024). Sexual abuse and post-traumatic stress disorder in childhood, adolescence and young adulthood: a systematic review and meta-analysis. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 33(6), 1653–1673. <https://doi.org/10.1007/s00787-022-02015-5>
- Brägger, M. (2022). *Gewalterfahrungen von Lehrpersonen im schulischen Kontext*. LCH.
- Brink, J., Cullen, P., Beek, K., & Peters, S. A.E. (2021). Intimate partner violence during the COVID-19 pandemic in Western and Southern European countries. *European Journal of Public Health*, 31(5), 1058–1063. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckab093>
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design*. Harvard University Press. <https://doi.org/10.2307/j.ctv26071r6>
- Brown, R. L., & Cicurcaite, G. (2017). Understanding the Connection between Social Support and Mental Health. In T.L. Scheid & E.R. Wright (Hrsg.), *A Handbook for the Study of Mental Health: Social Contexts, Theories, and Systems* (3. Aufl., S. 207–223). Cambridge University Press.
- Brückner, B., Muheim, F., Berger, P., & Riecher-Rössler, A. (2011). Characteristics of suicide attempts among Turkish immigrants living in Basel City – results from the WHO/EURO-Multicentre study. *Nervenheilkunde*, 30(7), 517–522.
- Bürgin, D., Witt, A., Seker, S., d'Huart, D., Meier, M., Jenkel, N., Boonmann, C., Schmeck, K., Fegert, J. M., & Schmid, M. (2023). Childhood maltreatment and mental health problems in a 10-year follow-up study of adolescents in youth residential care: A latent transition analysis. *Development and Psychopathology*, 1–16. <https://doi.org/10.1017/S0954579423001426>
- Bütikofer, S., Craviolini, J., Wüest, B., Bosshard, C., Bosshardt, L., & Odermatt, M. (2021). *Bevölkerungsbefragung Gewalt in Paarbeziehungen*. Sotomo.
- Burla, L. (2023). *Gesundheitliche Chancengleichheit: Datenquellen* (Obsan Bericht 09/2023). Schweizerisches Gesundheitsobservatorium Obsan.
- Caple, V., Maude, P., Walter, R., & Ross, A. (2023). An exploration of loneliness experienced by people living with mental illness and the impact on their recovery journey: An integrative review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 30(6), 1170–1191. <https://doi.org/10.1111/jpm.12945>
- Carvalho Silva, R., Oliva, F., Barlati, S., Perusi, G., Meattini, M., Dashi, E., Colombi, N., Vaona, A., Carletto, S., & Minelli, A. (2024). Childhood neglect, the neglected trauma. A systematic review and meta-analysis of its prevalence in psychiatric disorders. *Psychiatry Research*, 335, 115881. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2024.115881>
- Claes, N., Carré, A., & Smeding, A. (2022). Inégalités sociales de santé mentale, l'apport de la psychologie sociale. *In-Mind FR*, 2(4). <https://fr.in-mind.org/fr/article/inegalites-sociales-de-sante-mentale-lapport-de-la-psychologie-sociale>
- Compton, M.T., & Shim, R.S. (Hrsg.) (2015). *The social determinants of mental health*. American Psychiatric Publishing.
- Cosma, A., Abdrakhmanova, S., Taut, D., Schrijvers, K., Catunda, C., & Schnohr, C. (2023). *A focus on adolescent mental health and well-being in Europe, central Asia and Canada. Health Behaviour in School-aged Children international report from the 2021/2022 survey. Volume 1*. WHO Regional Office for Europe. <https://iris.who.int/handle/10665/373201>
- Conseil fédéral (2023). Analyse der Möglichkeit einer gesamtschweizerischen Zusammenführung von Daten zur Prävalenz und zu Ausprägungsformen von Gewalt an Kindern.
- Delgrande Jordan, M., Schmidhauser, V., & Balsiger, N. (2023). *Santé et bien-être des 11 à 15 ans en Suisse – Situation en 2022, évolution dans le temps et corrélats – Résultats de l'étude Health Behaviour in School-aged Children (HBSC)*. Addiction Suisse. <https://doi.org/10.58758/rech159>
- d'Huart, D., Hutsebaut, J., Seker, S., Schmid, M., Schmeck, K., Bürgin, D., & Boonmann, C. (2022). Personality functioning and the pathogenic effect of childhood maltreatment in a high-risk sample. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 16(1), 95–105.
- Dougall, I., Vasiljevic, M., Wright, J. D., & Weick, M. (2024). How, when, and why is social class linked to mental health and well-being? A systematic meta-review. *Social Science & Medicine*, 343, 116542. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2023.116542>
- Eaton, W.W., & Muntaner, C. (2017). Socioeconomic Stratification and Mental Disorder. In T.L. Scheid & E.R. Wright (Hrsg.), *A Handbook for the Study of Mental Health: Social Contexts, Theories, and Systems* (3. Aufl., S. 239–265). Cambridge University Press.
- Eidgenössisches Büro für die Gleichstellung von Frau und Mann EBG. (2020). *Zahlen zu häuslicher Gewalt in der Schweiz*.
- Eidgenössisches Büro für die Gleichstellung von Frau und Mann EBG (2021). *Bestandesaufnahme zu Aus- und Weiterbildungsangeboten zu Gewalt gegen Frauen und häuslicher Gewalt sowie zu kantonalen Forschungsprojekten*.

Eidgenössisches Büro für die Gleichstellung von Frau und Mann EBG (2024). *Publikationen des Bundes zu Gewalt gegen Frauen und häuslicher Gewalt – August 2018 bis Januar 2024*.

Emmer, C., Dorn, J., & Mata, J. (2024). The immediate effect of discrimination on mental health: A meta-analytic review of the causal evidence. *Psychological Bulletin*, 150(3), 215–252. <https://doi.org/10.1037/bul0000419>

Fakhoury, J., Burton-Jeangros, C., Consoli, L., Duvoisin, A., Courvoisier, D., & Jackson, Y. (2021). Mental health of undocumented migrants and migrants undergoing regularization in Switzerland: a cross-sectional study. *BMC Psychiatry*, 21(1), 175. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03149-7>

Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P., & Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), 245–258. [https://doi.org/10.1016/s0749-3797\(98\)00017-8](https://doi.org/10.1016/s0749-3797(98)00017-8)

Fischer, S., Dölitzsch, C., Schmeck, K., Fegert, J. M., & Schmid, M. (2016). Interpersonal trauma and associated psychopathology in girls and boys living in residential care. *Children and Youth Services Review*, 67, 203–211. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2016.06.013>

Foran, H. M., & Phelps, R. (2013). Psychological, physical, and economic consequences of intimate partner violence. In H. M. Foran, S. R. H. Beach, A. M. S. Slep, R. E. Heyman, & M. Z. Wamboldt (Eds.), *Family problems and family violence: Reliable assessment and the ICD-11* (pp. 33–42). Springer.

Fundamental Rights Agency of the European Union FRA (2014). *Violence against women: an EU-wide survey: Main results*.

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(4), 284–293. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.115.169094>

Glaus, J., Pointet Perizzolo, V., Moser, D. A., Vital, M., Rusconi Serpa, S., Urben, S., Plessen, K. J., & Schechter, D. S. (2021). Associations Between Maternal Post-traumatic Stress Disorder and Traumatic Events With Child Psychopathology: Results From a Prospective Longitudinal Study. *Front Psychiatry*, 12, 718108. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.718108>

Goldberg, X. (2022). Female Survivors of Intimate Partner Violence (IPV) and Mental Health. In C. Martin, V. R. Preedy, & V. B. Patel (Eds.), *Handbook of Anger, Aggression, and Violence*. Springer. https://doi.org/https://doi.org/10.1007/978-3-030-98711-4_82-1

Greiner, W., Batram, M., & Witte, J. (2019). *Kinder- und Jugendreport 2019. Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Schwerpunkt: Ängste und Depressionen bei Schulkindern*. DAK Gesundheit / medhochzwei.

Guggisberg, J., Bodory, H., Höglinger, D., Bischof, S., & Rudin, M. (2020). *Gesundheit der Migrationsbevölkerung. Ergebnisse der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2017*. Büro BASS.

Guggisberg, J., Gardiol, L., Graf, I., Oesch, T., Künzi, K., Volken, T., Rüesch, P., Abel, T., Ackermann, S., & Müller, C. (2011). *Gesundheitsmonitoring der Migrationsbevölkerung (GMM) in der Schweiz*. Büro BASS / ZHAW / ISPM / M.I.S. Trend.

Guseva Canu, I., Bovio, N., Mediouni, Z., Bochud, M., & Wild, P., for the Swiss National Cohort (SNC) (2019). Suicide mortality follow-up of the Swiss National Cohort (1990–2014): Sex-specific risk estimates by occupational socio-economic group in working-age population. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 54(12), 1483–1495. <https://doi.org/10.1007/s00127-019-01728-4>

Gustavson, K., Knudsen, A. K., Nesvåg, R., Knudsen, G. P., Vollset, S. E. & Reichborn-Kjennerud, T. (2018). Prevalence and stability of mental disorders among young adults: findings from a longitudinal study. *BMC Psychiatry*, 18(1), 65. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1647-5>

Harrington, K. D., Vasan, S., Kang, J. E., Sliwinski, M. J., & Lim, M. H. (2023). Loneliness and Cognitive Function in Older Adults Without Dementia: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Alzheimer's Disease: JAD*, 91(4), 1243–1259. <https://doi.org/10.3233/JAD-220832>

Haslbeck, J., Klein, M., Bischofberger, I., & Sottas, B. (2015). *Leben mit chronischer Krankheit. Die Perspektive von Patientinnen, Patienten und Angehörigen* (Obsan Dossier 46). Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.

Ho, C.S.H., Wong, S.Y., Chiu, M.M. & Ho, R.C.M. (2017). Global Prevalence of Elder Abuse: A Meta-analysis and Meta-regression. *East Asian Archives of Psychiatry*, 27(2), 43–55.

Hoebel, J., Müters, S., Kuntz, B., Lange, C., & Lampert, T. (2015). Messung des subjektiven sozialen Status in der Gesundheitsforschung mit einer deutschen Version der MacArthur Scale. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 58(7), 749–757. <https://doi.org/10.1007/s00103-015-2166-x>

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. *Perspectives on Psychological Science*, 10(2), 227–237. <https://doi.org/10.1177/1745691614568352>

- Hughes, K., Bellis, M. A., Hardcastle, K. A., Sethi, D., Butchart, A., Mikton, C., Jones, L., & Dunne, M. P. (2017). The effect of multiple adverse childhood experiences on health: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet Public Health*, 2(8), e356–e366. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(17\)30118-4](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(17)30118-4)
- Huguelet, P., Mohr, S., Boucherie, M., Dupont-Willemin, S., & Borras, L. (2007). Revenus et dépenses des patients souffrant de psychose chronique. *Rev Med Suisse*, 125, 2085–2089.
- Husi, G. (2020). Teilhabe. In J.-M. Bonvin, P. Maeder, C. Knöpfel, V. Hugentobler & U. Tecklenburg (Hrsg.), *Wörterbuch der Schweizer Sozialpolitik* (S. 534–536). Seismo.
- Imbusch, P. (2002). Der Gewaltbegriff. In W. Heitmeyer & J. Hagan (Eds.), *Internationales Handbuch der Gewaltforschung* (pp. 26–57). Springer.
- Isenhardt, A., & Hostettler, U. (2020). Inmate Violence and Correctional Staff Burnout: The Role of Sense of Security, Gender, and Job Characteristics. *Journal of Interpersonal Violence*, 35(1–2), 173–207. <https://doi.org/10.1177/0886260516681156>
- Jaggi, T., Jellestad, L., Corbisiero, S., Schaefer, D.J., Jenewein, J., Schneeberger, A., Kuhn, A., & Garcia Nunez, D. (2018). Gender Minority Stress and Depressive Symptoms in Transitioned Swiss Transpersons. *BioMed Research International*, 2018, 8639263. <https://doi.org/10.1155/2018/8639263>
- Jakobsen, A.L., Hansen, C.D., & Andersen, J.H. (2022). The association between perceived social support in adolescence and positive mental health outcomes in early adulthood: A prospective cohort study. *Scandinavian Journal of Public Health*, 50(3), 404–411. <https://doi.org/10.1177/1403494821993718>
- Jud, A., Grafe, B., Meshkova, K., Kavemann, B., Meysen, T., Hoffmann, U., Ziegenhain, U., & Fegert, J. (2023). Prevalence and Predictors of Affirmations of Intimate Partner Violence in Germany: A First Nationwide Study on Victimization in Women and Men. *Journal of Interpersonal Violence*, 38(1–2), NP1473–NP1493. <https://doi.org/10.1177/08862605221092066>
- Jud, A., Kosirnik, C., Mitrovic, T., Ben Salah, H., Fux, E., Koehler, J., Portmann, R., & Knüsel, R. (2018). Mobilizing agencies for incidence surveys on child maltreatment: Success-ful participation in Switzerland and lessons learned. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 12, 3. <https://doi.org/https://doi.org/10.1186/s13034-017-0211-2>
- Jud, A., Mitrovic, T., Portmann, R., Gonthier, H., Fux, E., Koehler, J., Kosirnik, C., & Knüsel, R. (2020). Multi-sectoral response to child maltreatment in Switzerland for different age groups: Varying rates of reported incidents and gaps in identification. *Child Abuse & Neglect*. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104798>
- Jud, A., & Voll, P. (2019). The definitions are legion: Academic views and practice perspectives on violence against children. *Sociological Studies of Children and Youth*, 24, 47–66.
- Kaman, A., Otto, C., Klasen, F., Westenhöfer, J., Reiss, F., Hölling, H., & Ravens-Sieberger, U. (2021). Risk and resource factors for depressive symptoms during adolescence and emerging adulthood – A 5-year follow-up using population-based data of the BELLA study. *Journal of Affective Disorders*, 280(Pt A), 258–266. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.11.036>
- Kaskie, B.P., Nattinger, M. & Potter, A. (2015). Policies to protect persons with dementia in assisted living: Deja vu all over again? *The Gerontologist*, 55(2), 199–209.
- Kassis, W., Aksoy, D., Favre, C. A., Arnold, J., Gaugler, S., Grafinger, K.E., ... & Magnuson, D. (2024). On the complex relationship between resilience and hair cortisol levels in adolescence despite parental physical abuse: a fourth wave of resilience research. *Frontiers in Psychiatry*, 15, 1345844.
- Kessler, D., Höglinger, M., Heiniger, S., Läser, J., & Hümbelin, O. (2021). *Gesundheit von Sozialhilfebeziehenden. Analysen zu Gesundheitszustand, -verhalten, -leistungsanspruchnahme und Erwerbsreintegration*. BFH und ZHAW.
- Kessler, R.C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K.R. & Walters, E.E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives Of General Psychiatry*, 62(6), 593–602. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.593>
- Klasen, F., Otto, C., Kriston, L., Patalay, P., Schlack, R., Ravens-Sieberger, U., & The BELLA study group. (2015). Risk and protective factors for the development of depressive symptoms in children and adolescents: Results of the longitudinal BELLA study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 24(6), 695–703. <https://doi.org/10.1007/s00787-014-0637-5>
- Krüger, P., & Jud, A. (2015). Overview of previous agency surveys and national administrative data sets. In A. Jud, L. Jones, & C. Mikton (Eds.), *Toolkit on mapping legal, health and social services responses to child maltreatment* (pp. 4–9). World Health Organization.
- Krüger, P., Bannwart, C., Bloch, L. & Portmann, R. (2020). Gewalt im Alter verhindern. Grundlagenbericht. (*Beiträge zur Sozialen Sicherheit* No. 2/20). Bundesamt für Sozialversicherungen.
- Lampert, T., Hoebel, J., Kuntz, B., Finger, J. D., Hölling, H., Lange, M., Mauz, E., Mensink, G., Poethko-Müller, C., Schienkiewitz, A., Starker, A., Zeiher, J., & Kurth, B.-M. (2019). *Gesundheitliche Ungleichheiten bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Zeitliche Entwicklung und Trends der KiGGS-Studie*. <https://doi.org/10.25646/5867>
- Lamprecht, M., König, C., & Stamm, H. (2006). Gesundheitsbezogene Chancengleichheit mit Blick auf «Psychische Gesundheit – Stress» und «Gesundes Körpergewicht». *Grundlegendokument*. Gesundheitsförderung Schweiz.

- Landolt, M. A. (2012). *Psychotraumatologie des Kindesalters: Grundlagen, Diagnostik und Interventionen* (2., überarb. und erw. Aufl.). Hogrefe.
- Lätsch, D., Pffiffer, R., & Wild-Näf, R. (2011). *Die Gesundheit sozialhilfebeziehender Erwerbsloser in der Stadt Bern*. BFH.
- Lätsch, D. & Stauffer, M. (2016). Gewalterleben, psychosoziale Beeinträchtigung und professionelle Versorgung gewaltbetroffener Jugendlicher in der Schweiz. *Zeitschrift für Kindes- und Erwachsenenschutz*, 71(1), 1–25.
- Laubstein, C., Holz, G., & Seddig, N. (2016). *Armutsfolgen für Kinder und Jugendliche. Erkenntnisse aus empirischen Studien in Deutschland*. Bertelsmann Stiftung.
- Leeb, R. T., Paulozzi, L., Melanson, C., Simon, T., & Arias, I. (2008). Child maltreatment surveillance: Uniform definitions for public health and recommended data elements, version 1.0. <http://www.cdc.gov/ViolencePrevention/pub/CMP-Surveillance.html>
- Lenz, A., & Wiegand-Grefe, S. (2017). *Kinder psychisch kranker Eltern*. Hogrefe.
- Letkiewicz, A. M., Li, L. Y., Hoffman, L. M. K., & Shankman, S. A. (2023). A prospective study of the relative contribution of adolescent peer support quantity and quality to depressive symptoms. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, 64(9), 1314–1323. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13813>
- Levecque, K., & Van Rossem, R. (2015). Depression in Europe: Does migrant integration have mental health payoffs? A cross-national comparison of 20 European countries. *Ethnicity & Health*, 20(1), 49–65. <https://doi.org/10.1080/13557858.2014.883369>
- Lorant, V., Gelder, R. de, Kapadia, D., Borrell, C., Kalediene, R., Kovács, K., Leinsalu, M., Martikainen, P., Menvielle, G., Regidor, E., Rodríguez-Sanz, M., Wojtyński, B., Strand, B.H., Bopp, M., & Mackenbach, J.P. (2018). Socioeconomic inequalities in suicide in Europe: The widening gap. *The British Journal of Psychiatry*, 212(6), 356–361. <https://doi.org/10.1192/bjp.2017.32>
- Lucia, S. (2016). Correlates of bullying in Switzerland. *European Journal of Criminology*, 13(1), 50–66. <https://doi.org/10.1177/1477370815608880>
- Lund, C., Brooke-Sumner, C., Baingana, F., Baron, E.C., Breuer, E., Chandra, P., Haushofer, J., Herrman, H., Jordans, M., Kieling, C., Medina-Mora, M.E., Morgan, E., Omigbodun, O., Tol, W., Patel, V., & Saxena, S. (2018). Social determinants of mental disorders and the Sustainable Development Goals: A systematic review of reviews. *The Lancet Psychiatry*, 5(4), 357–369. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(18\)30060-9](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30060-9)
- Maercker, A., Bernays, F., Rohner, S. L., & Thoma, M.V. (2022). A cascade model of complex posttraumatic stress disorder centered on childhood trauma and maltreatment, attachment, and socio-interpersonal factors. *Journal of Traumatic Stress*, 35(2), 446–460. <https://doi.org/10.1002/jts.22756>
- Marsollier, E., Hauw, D., & Crettaz von Roten, F. (2021). Understanding the Prevalence Rates of Interpersonal Violence Experienced by Young French-Speaking Swiss Athletes. *Frontiers in Psychology*, 12, 726635. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.726635>
- Matthews, T., Bryan, B. T., Danese, A., Meehan, A. J., Poulton, R., & Arseneault, L. (2022). Using a Loneliness Measure to Screen for Risk of Mental Health Problems: A Replication in Two Nationally Representative Cohorts. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(3), Article 3. <https://doi.org/10.3390/ijerph19031641>
- Maurer, J., Meyrose, A.-K., Kaman, A., Mauz, E., Ravens-Sieberer, U., & Reiss, F. (2023). Socioeconomic Status, Protective Factors, and Mental Health Problems in Transition from Adolescence to Emerging Adulthood: Results of the Longitudinal BELLA Study. *Child Psychiatry & Human Development*. <https://doi.org/10.1007/s10578-023-01582-1>
- Melchior, M., Moffitt, T.E., Milne, B.J., Poulton, R., & Caspi, A. (2007). Why Do Children from Socioeconomically Disadvantaged Families Suffer from Poor Health When They Reach Adulthood? A Life-Course Study. *American Journal of Epidemiology*, 166(8), 966–974. <https://doi.org/10.1093/aje/kwm155>
- Mernyi, L., Hölzle, P., & Hamann, J. (2018). Berufstätigkeit und Rückkehr an den Arbeitsplatz bei stationär-psychiatrisch behandelten Patienten. *Psychiatrische Praxis*, 45(4), 197–205. <https://doi.org/10.1055/s-0043-101901>
- Meyer, K. (Hrsg.). (2009). *Gesundheit in der Schweiz: Nationaler Gesundheitsbericht 2008*. Hans Huber.
- Miech, R.A., Caspi, A., Moffitt, T. E., Wright, B.R.E., & Silva, P.A. (1999). Low socioeconomic status and mental disorders: A longitudinal study of selection and causation during young adulthood. *American Journal of Sociology*, 104(4), 1096–1131. <https://doi.org/10.1086/210137>
- Mountjoy, M., Vertommen, T., Tercier, S., Greinig, S., & Burrows, K. (2022). SafeSport: Perceptions of Harassment and Abuse From Elite Youth Athletes at the Winter Youth Olympic Games, Lausanne 2020. *Clinical Journal of Sport Medicine*, 32(3), 297–305. <https://doi.org/10.1097/JSM.0000000000000989>
- Morandi, S., Silva, B., Golay, P., & Bonsack, C. (2017). Intensive Case Management for Addiction to promote engagement with care of people with severe mental and substance use disorders: An observational study. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 12(1), 26. <https://doi.org/10.1186/s13011-017-0111-8>

- Morgan, C., Burns, T., Fitzpatrick, R., Pinfold, V., & Priebe, S. (2007). Social exclusion and mental health: Conceptual and methodological review. *British Journal of Psychiatry*, 191(6), 477–483. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.106.034942>
- Mötteli, S., Adamus, C., Deb, T., Fröbel, R., Siemerikus, J., Richter, D., & Jäger, M. (2022). Independent Supported Housing for Non-homeless People With Serious Mental Illness: A Pragmatic Randomized Controlled Trial. *Frontiers in Psychiatry*, 12. <https://www.frontiersin.org/journals/psychiatry/articles/10.3389/fpsyt.2021.798275>
- Müller, B. (2008). *Subjektive Lebensqualität von Menschen mit einer psychischen Erkrankung: Von der Messung der Lebenszufriedenheit zu dynamischen Anpassungsprozessen und Recovery* [Dissertation]. Universität Zürich.
- Müller, F., Roose, Z., Landis, F., & Gianola, G. (2018). *Psychische Gesundheit von traumatisierten Asylsuchenden: Situationsanalyse und Empfehlungen. Bericht zuhanden des Bundesamts für Gesundheit (BAG)*. Interface.
- Müller, N. S., Sapin, M., Jacques-Antoine, G., Orita, A., & Widmer, E. D. (2012). Pluralized life courses? An exploration of the life trajectories of individuals with psychiatric disorders. *International Journal of Social Psychiatry*, 58(3), 266–277. <https://doi.org/10.1177/0020764010393630>
- Nemeroff, C. B. (2016). Paradise lost: the neurobiological and clinical consequences of child abuse and neglect. *Neuron*, 89(5), 892–909.
- Nordt, C., Müller, B., Rössler, W., & Lauber, C. (2007). Predictors and course of vocational status, income, and quality of life in people with severe mental illness: A naturalistic study. *Social Science & Medicine*, 65(7), 1420–1429. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.05.024>
- Nyberg, E., Stieglitz, R. D., Flury, M., & Riecher-Rössler, A. (2013). Domestic Violence against Women of a Crisis Intervention Population – Forms of Violence and Risk Factors. *Fortschritte der Neurologie Psychiatrie*, 81(6), 331–336. <https://doi.org/10.1055/s-0033-1335364>
- Office fédéral de la Statistique OFS (2024a). *Population selon le statut migratoire*. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/population/migration-integration/selon-statut-migratoire.html>
- Office fédéral de la Statistique OFS (2024b). *Santé*. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/situation-economique-sociale-population/bien-etre-pauvrete/bien-etre-subjectif-et-conditions-de-vie/sante.html>
- Office fédéral de la Statistique OFS (2024c). *Statistique policière de la criminalité (SPC): Rapport annuel 2023 des infractions enregistrées par la police*. OFS.
- Office fédéral de la Statistique OFS (Eds.) (2023). *Rapport social statistique suisse 2023*. OFS.
- Perren, S., Dooley, J., Shaw, T., & Cross, D. (2010). Bullying in school and cyberspace: Associations with depressive symptoms in Swiss and Australian adolescents. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*, 4, 28. <https://doi.org/10.1186/1753-2000-4-28>
- Peter, C., Tuch, A., & Schuler, D. (2023). *Psychische Gesundheit – Erhebung Herbst 2022. Wie geht es der Bevölkerung in der Schweiz? Sucht sie sich bei psychischen Problemen Hilfe? (Obsan Bericht 03/2023)*. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Rameckers, S.A., van Emmerik, A.A., Bachrach, N., Lee, C.W., Morina, N., & Arntz, A. (2021). The impact of childhood maltreatment on the severity of childhood-related posttraumatic stress disorder in adults. *Child Abuse & Neglect*, 120, 105208.
- Richter, D. (2023a). Soziale Inklusion. In D. Sauter, C. Abderhalden, I. Needham, & S. Wolff (Hrsg.), *Lehrbuch Psychiatrische Pflege* (S. 171–179). Hogrefe.
- Richter, D. (2023b, 7. März). Psychiatrische Rehabilitation: Verhinderung von Armut und Exklusion. *knoten & maschen*. <https://www.knoten-maschen.ch/psychiatrische-rehabilitation-verhinderung-von-armut-und-exklusion/>
- Richter, D., & Hoffmann, H. (2017). Social exclusion of people with severe mental illness in Switzerland: Results from the Swiss Health Survey. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 28(04), 1–9. <https://doi.org/10.1017/S2045796017000786>
- Richter, D., Eikelmann, B., & Reker, T. (2006). Arbeit, Einkommen, Partnerschaft: Die soziale Exklusion psychisch kranker Menschen. *Das Gesundheitswesen*, 68(11), 704–707. <https://doi.org/10.1055/s-2006-927288>
- Riedel, H.B., Espejo, T., Dreher-Hummel, T., Bingisser, R., & Nickel, C.H. (2024). Screening for elder mistreatment in a Swiss emergency department: a prospective cohort study. *Swiss Medical Weekly*, 154(6), 3775–3775.
- Robert Koch Institut (RKI) (Hrsg.) (2020). *Familiäre und versorgungsspezifische Einflussfaktoren auf die Entstehung, den Verlauf und die Auswirkungen von psychischen Auffälligkeiten (insbesondere ADHS), Adipositas und allergischen Erkrankungen (insbesondere Asthma) bei Kindern und Jugendlichen. Wissenschaftlicher Ergebnisbericht zu Vertiefungsstudie der KiGGS-Kohorte*.
- Robert Koch Institut (RKI) (Hrsg.) (2021). *Psychische Gesundheit in Deutschland. Erkennen – Bewerten – Handeln. Schwerpunktbericht Teil 1 – Erwachsene* (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Gemeinsam getragen von RKI und Destatis). RKI. <http://dx.doi.org/10.25646/8831>
- Rössler, W., Ajdacic-Gross, V., Rodgers, S., Haker, H., & Müller, M. (2016). Childhood trauma as a risk factor for the onset of subclinical psychotic experiences: Exploring the mediating effect of stress sensitivity in a cross-sectional epidemiological community study. *Schizophrenia Research*, 172(1–3), 46–53. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2016.02.006>

- Roulet Schwab, D., & Wangmo, T. (2021). Perceptions of elder abuse from community-dwelling older persons and professionals working in Western Switzerland. *Journal of Interpersonal Violence*, 36(1–2), NP135–NP161.
- Richter, D. (2014). Sozialer Ausschluss als Folge einer psychischen Erkrankung. *Psychiatrische Pflege Heute*, 20(02), 91–95. <https://doi.org/10.1055/s-0034-1371786>
- Sabel, C. E., Pedersen, C. B., Antonsen, S., Webb, R. T., & Horsdal, H. T. (2024). Changing Neighborhood Income Deprivation Over Time, Moving in Childhood, and Adult Risk of Depression. *JAMA Psychiatry*. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2024.1382>
- Salzgeber, R. (2015). *Kennzahlenvergleich zur Sozialhilfe in Schweizer Städten. Berichtsjahr 2014, 13 Städte im Vergleich*. BFH / Städteinitiative Sozialpolitik.
- Sandmeier Rupena, A. (2010). *Psychische Gesundheit und Lebensbewältigung vom Jugendalter ins frühe Erwachsenenalter. Der Einfluss von Beziehungserfahrungen auf die Entwicklung von Ich-Stärke* [Dissertation]. Universität Zürich.
- Santini, Z.I., Koyanagi, A., Stewart-Brown, S., Perry, B.D., Marmot, M., & Koushede, V. (2021). Cumulative risk of compromised physical, mental and social health in adulthood due to family conflict and financial strain during childhood: A retrospective analysis based on survey data representative of 19 European countries. *BMJ Global Health*, 6(3), e004144. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-004144>
- Schaefer, J.D., Caspi, A., Belsky, D.W., Harrington, H., Houts, R., Horwood, L.J., Hussong, A., Ramrakha, S., Poulton, R., & Moffitt, T.E. (2017). Enduring Mental Health: Prevalence and Prediction. *Journal of Abnormal Psychology*, 126(2), 212–224. <https://doi.org/10.1037/abn0000232>
- Scheid, T.L., & Wright, E.R. (2017). The Social Context of Mental Health and Illness. Introduction to Part II. In T.L. Scheid & E.R. Wright (Hrsg.), *A Handbook for the Study of Mental Health: Social Contexts, Theories, and Systems* (3. Aufl., S. 173–179). Cambridge University Press.
- Schenk, J., Ledermann, K., & Sölch, C. M. (2021). *Revue systématique de la littérature concernant le lien entre les facteurs psycho-sociaux et les maladies non-transmissibles*. Université de Fribourg.
- Schick, M., Schönbucher, V., Landolt, M. A., Schnyder, U., Xu, W., Maier, T., & Mohler-Kuo, M. (2016). Child maltreatment and migration: a population-based study among immigrant and native adolescents in Switzerland. *Child maltreatment*, 21(1), 3–15.
- Schmid, M., Fegert, J.M., Clemens, V., Seker, S., d'Huart, D., Binder, M., Schröder, M., Friden, L., Boonmann, C., Jenkel, N., Schmeck, K., & Bürgin, D. (2022). Misshandlungs- und Vernachlässigungserfahrungen in der Kindheit: Ein Risikofaktor für die soziale Teilhabe ehemals ausserfamiliär platzierter junger Erwachsener. *Kindheit und Entwicklung*, 31(1), 22–39.
- Schmidtke, C., Geene, R., Hölling, H., & Lampert, T. (2021). *Psychische Auffälligkeiten, psychosoziale Ressourcen und sozio-ökonomischer Status im Kindes- und Jugendalter – Eine Analyse mit Daten von KiGGS Welle 2*. <https://doi.org/10.25646/8864>
- Schuler, D., Tuch, A., & Peter, C. (2020). *Psychische Gesundheit in der Schweiz. Monitoring 2020* (Obsan Bericht 15/2020). Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Schuwey, C., & Knöpfel, C. (2014). *Neues Handbuch Armut in der Schweiz*. Caritas-Verlag.
- Seker, S., Habersaat, S., Boonmann, C., Palix, J., Jenkel, N., Fischer, S., Fegert, J. M., Kölsch, M., Schmeck, K., & Schmid, M. (2021). Substance-use disorders among child welfare and juvenile justice adolescents in residential care: The role of childhood adversities and impulsive behavior. *Children and Youth Services Review*, 121. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2020.105825>
- Simone, L., Wettstein, A., Senn, O., Rosemann, T., & Hasler, S. (2016). Types of abuse and risk factors associated with elder abuse. *Swiss medical weekly*, 146(0304), w14273.
- Spini, D., Pin le Corre, S., & Klaas, H.S. (2016). Psychische Gesundheit und soziale Ungleichheit. In: M. Blaser & F. T. Amstad (Hrsg.), *Psychische Gesundheit über die Lebensspanne. Grundlagenbericht* (S. 31–41). Gesundheitsförderung Schweiz.
- Stahl-Gugger, A., & Hammig, O. (2022). Prevalence and health correlates of workplace violence and discrimination against hospital employees – a cross-sectional study in German-speaking Switzerland. *BMC Health Services Research*, 22(1), 291. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-07602-5>
- Staubli, S., & Killias, M. (2011). Long-term outcomes of passive bullying during childhood: Suicide attempts, victimization and offending. *European Journal of Criminology*, 8(5), 377–385. <https://doi.org/10.1177/1477370811415761>
- Steck, N., Egger, M., Schimmelmann, B. G., & Kupferschmid, S., for the Swiss National Cohort (2018). Suicide in adolescents: Findings from the Swiss National cohort. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 27(1), 47–56. <https://doi.org/10.1007/s00787-017-1019-6>
- Suglia, S. F., Chambers, E., & Sandel, M. T. (2015). Poor housing quality and housing instability. In M.T. Compton & R. S. Shim (Hrsg.), *The social determinants of mental health* (S. 171–192). American Psychiatric Publishing.
- Sui, Y., Ettema, D., & Helbich, M. (2022). Longitudinal associations between the neighborhood social, natural, and built environment and mental health: A systematic review with meta-analyses. *Health & Place*, 77, 102893. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2022.102893>

- Tegegne, M. A., & Glanville, J. L. (2019). The Immigrant-Native Gap in Subjective Well-Being in Western European Countries: Assessing the Role of Social Capital. *International Migration Review*, 53(2), 458–485. <https://doi.org/10.1177/0197918318769309>
- Thoma, M. V., Bernays, F., Eising, C. M., Maercker, A., & Rohner, S. L. (2021). Child mal-treatment, lifetime trauma, and mental health in Swiss older survivors of enforced child welfare practices: Investigating the mediating role of self-esteem and self-compassion. *Child Abuse & Neglect*, 113. <https://doi.org/ARTN 10492510.1016/j.chiabu.2020.104925>
- Thoma, M.V., Castillo, A.N.S., & Maercker, A. (2023). Growing older against the background of a traumatic childhood. Series of studies with older Swiss survivors of compulsory social measures and placement in foster care. *Psychotherapie*. <https://doi.org/10.1007/s00278-023-00678-2>
- Tuch, A. & Schuler, D. (2020). Psychische Gesundheit. In: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Hrsg.), *Gesundheit in der Schweiz – Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene. Nationaler Gesundheitsbericht 2020* (S. 108–135). Hogrefe.
- Ulshöfer, C., Richner, D., & Bernet, F. (2023). *Monitoring Ressourcen Psychische Gesundheit 2023. Ergebnisse einer repräsentativen Befragung über das Wissen der Bevölkerung zur Stärkung der psychischen Gesundheit*. Gesundheitsförderung Schweiz.
- Universität Fribourg (Hrsg.) (2023). *Resultatebulletin 6/2023: Häufigkeiten in der Anwendung von physischer oder psychischer Gewalt im Rahmen von Eltern-Kind Interaktionen und Erziehung*. https://www.kinderschutz.ch/media/am%h5s5x/20231026_resultatebulletin_2023_de.pdf
- Vizard, E., Gray, J., & Bentovim, A. (2022). The impact of child maltreatment on the mental and physical health of child victims: A review of the evidence. *BJ Psych Advances*, 28(1), 60–70.
- Volf, I., Laubstein, C., & Sthamer, E. (2019). *Wenn Kinderarmut erwachsen wird. Kurzfassung der Ergebnisse der AWO-ISS-Langzeitstudie zu (Langzeit-)Folgen von Armut im Lebensverlauf*. Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik e.V.
- Wang, S., Molassiotis, A., Guo, C., Leung, I. S. H., & Leung, A. Y. M. (2023). Association between social integration and risk of dementia: A systematic review and meta analysis of longitudinal studies. *Journal of the American Geriatrics Society*, 71(2), 632–645. <https://doi.org/10.1111/jgs.18094>
- Wang, Y., Chung, M. C., Wang, N., Yu, X., & Kenardy, J. (2021). Social support and post-traumatic stress disorder: A meta-analysis of longitudinal studies. *Clinical Psychology Review*, 85, 101998. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.101998>
- Wangmo, T., Nordström, K., & Kressig, R. W. (2017). Preventing elder abuse and neglect in geriatric institutions: Solutions from nursing care providers. *Geriatric nursing*, 38(5), 385–392.
- Warrier, V., Kwong, A.S., Luo, M., Dalvie, S., Croft, J., Sallis, H.M., Baldwin, J., Munafò, M. R., Nievergelt, C.M., Grant, A.J., Burgess, S., Moore, T.M., Barzilay, R., McIntosh, A., van Ijzendoorn, M.H., & Cecil, C.A. (2021). Gene–environment correlations and causal effects of childhood maltreatment on physical and mental health: a genetically informed approach. *The Lancet Psychiatry*, 8(5), 373–386.
- Weber, D. (2000). *Chancengleichheit in der Gesundheitsförderung und Prävention in der Schweiz. Begriffsklärungen, theoretische Einführung, Praxisempfehlungen*. GFCH, BAG, GDK.
- Weibel, S., Vidal, S., Olie, E., Hasler, R., Torriani, C., Prada, P., Courtet, P., Guillaume, S., Perroud, N., & Huguelet, P. (2017). Impact of child maltreatment on meaning in life in psychiatric patients. *Psychiatry Research*, 251, 204–211. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.02.026>
- Wettstein, F. (2019). *Was beeinflusst die Gesundheit? Das «Windrad-Modell» als neues Determinantenmodell der Gesundheit*. Fachhochschule Nordwestschweiz.
- Wickramaratne, P. J., Yangchen, T., Lepow, L., Patra, B. G., Glicksburg, B., Talati, A., Adekanattu, P., Ryu, E., Biernacka, J. M., Charney, A., Mann, J. J., Pathak, J., Olfson, M., & Weissman, M. M. (2022). Social connectedness as a determinant of mental health: A scoping review. *PloS One*, 17(10), e0275004. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0275004>
- Wolffers, F., & Reich, O. (2015). Welche Ursachen haben hohe Gesundheitskosten in der Sozialhilfe? *Soziale Sicherheit CHSS*, 02/2015, 89–93.
- World Health Organization (WHO) (Ed.). (2015). *World Report on Ageing and Health*. WHO.
- Wüstemann, T. (2018). Switzerland: fighting the scourge. *Trusts & Trustees*, 24(1), 79–85.
- Yon, Y., Mikton, C. R., Gassoumis, Z. D., & Wilber, K. H. (2017). Elder abuse prevalence in community settings: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Global Health*, 5(2), e147–e156.
- Xu, Y., Ajdacic-Gross, V., Muller, M., Buadze, A., Seifritz, E., Kleim, B., von Kanel, R., Wagner, E.N., Strippoli, M.F., Castelao, E., Preisig, M., & Vandeley, C.L. (2022). Childhood adversity patterns differentially cluster with mental disorders and socioeconomic indicators in a large Swiss community sample. *Comprehensive Psychiatry*, 112, 152282. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2021.152282>

06 Compétences en santé mentale



Dominik Robin, Ecoplan
Saskia De Gani
Zentrum für Gesundheitskompetenz, Careum Stiftung

Messages clés

- La population suisse a pris conscience de l'importance de la santé mentale, mais manque largement d'aptitudes et de compétences spécifiques pour prendre soin activement de la santé mentale, la promouvoir et faire appel à des professionnels de santé.
- Les personnes qui ont déjà eu des troubles psychiques ou qui connaissent une personne confrontée à une telle situation ont davantage de compétences en la matière et stigmatisent moins souvent les personnes atteintes de problèmes ou de maladies psychiques.
- Les femmes ont plus de compétences en santé mentale que les hommes, dans tous les milieux (écoles, formation, santé, par exemple) et dans tous les groupes de population étudiés jusqu'ici.
- Les enseignants estiment avoir de solides, voire de très solides, compétences professionnelles en santé mentale, mais disent manquer parfois de compétences d'action concrète. Le constat est différent pour les élèves: ils ont une idée plutôt vague de la santé mentale, mais savent souvent intuitivement comment chercher de l'aide ou proposer de l'aide à quelqu'un.
- Il est impossible de déterminer si les compétences en santé mentale ont augmenté en Suisse au cours des dernières années. Divers indices le suggèrent toutefois.
- En Suisse, peu d'études se sont penchées sur les compétences (ou la littératie) en santé mentale de la population ou de certains groupes de population. Les études dont nous disposons présentent des limites du point de vue de la méthode.
- Il convient notamment de noter que seules quelques études comportent des échantillons représentatifs et des comparaisons régionales (la plupart des études sont réalisées à partir d'enquêtes menées en Suisse alémanique) et approfondissent les aspects qualitatifs (les conséquences d'une stigmatisation, par exemple). On ne dispose par ailleurs d'aucune étude sur les compétences en matière de préservation et de promotion de la santé mentale ni d'analyse qui ne mettent pas uniquement l'accent sur le dépistage des maladies psychiques.

6.1 Introduction

Depuis quelques années, la santé mentale alimente de plus en plus le débat public. On a notamment pu le voir pendant la pandémie de COVID-19 (Bigler et al., 2024; voir également le chapitre 1 Population en général). Les troubles psychiques chez l'enfant et chez l'adolescent étaient en particulier au cœur des préoccupations. Il a par exemple été constaté que 45% des enfants et des adolescents rapportaient ne pas se sentir bien sur le plan émotionnel et qu'un enfant ou adolescent sur onze confiait avoir déjà tenté de mettre fin à ses jours (Barrense-Dias et al., 2021); voir également le chapitre 2 Enfants, adolescents et jeunes adultes). Une hausse préoccupante du nombre d'hospitalisations pour cause de troubles psychiques a également été observée chez les jeunes filles et les jeunes femmes (OFS, 2022; voir aussi le chapitre 11 Prise en charge).

La question des compétences *en santé mentale* n'est pas seulement pertinente du fait de la fréquence des problèmes rapportés. Elle l'est aussi en raison de l'attention accrue que la société porte au thème de la santé psychique, ce qui va de pair. Ce sujet rencontre en effet un intérêt grandissant dans les médias, sur les réseaux sociaux et dans les initiatives politiques. Pour preuve la thématique de la «santé mentale» qui a été sélectionnée par le conseil citoyen «Conseil du futur U24» et les applications et offres de coaching (numériques) liées à la santé psychique qui ne cessent de fleurir (von Kardorff et al., 2025). Dans ce domaine, des mesures de sensibilisation et de prévention ont également été prises à l'échelle nationale. Deux campagnes méritent ici d'être citées: «Santépsy.ch» qui s'adresse aux habitants de la Suisse latine et «Wie geht's Dir» à ceux de la Suisse alémanique (Ettlin & Geiger, 2023).

Dans le discours scientifique, cette attention grandissante de la société pour la santé mentale s'accompagne d'un intérêt accru de divers groupes de la population pour les compétences en santé mentale (Sweileh, 2021). La notion de compétences en santé mentale englobe aussi bien les connaissances personnelles sur la santé mentale que les attitudes et aptitudes à préserver et à promouvoir sa propre santé mentale ou à chercher une aide concrète en cas de stress ou face à des difficultés existentielles. La recherche sur les compétences en santé mentale revêt une importance capitale parce qu'elle détermine la capacité de chacun à percevoir et comprendre sa propre santé mentale et à surmonter les épreuves. En théorie, avoir de solides compétences en santé mentale aide à mieux gérer le stress, à identifier à temps les symptômes annonciateurs de problèmes psychiques et à chercher une aide auprès de professionnels. Une personne qui a de solides compétences en santé mentale est en quelque sorte mieux armée.

Ce chapitre s'appuie sur une «recherche bibliographique structurée» (Creswell & Creswell, 2017) et donne, pour la toute première fois, un condensé de la littérature existante sur les compétences en santé mentale, en mettant l'accent sur la Suisse. Plusieurs questions y sont notamment abordées :

- Quel est l'état des connaissances de la population suisse sur la santé mentale? Quel est son niveau de compétences en santé mentale et comment ces compétences ont-elles évolué?
- Par quel biais la population suisse s'informe-t-elle et comment appréhende-t-elle ces informations? Sait-elle comment renforcer sa santé mentale? Prend-elle par exemple des décisions qui ont une incidence positive sur son bien-être psychique?
- Les personnes concernées, leurs proches, les employeurs, les enseignants savent-ils à qui s'adresser en cas de problèmes psychiques qui les concernent ou qui touchent leur entourage? Savent-ils comment venir concrètement en aide à quelqu'un?

S'agissant des compétences en santé mentale, on a également essayé d'en savoir plus sur les attitudes envers les personnes atteintes de troubles psychiques. On a notamment cherché à savoir si en Suisse les personnes vivant avec de tels troubles sont victimes de stigmatisations.

6.2 Concept de compétence (ou littératie) en santé mentale

Origine

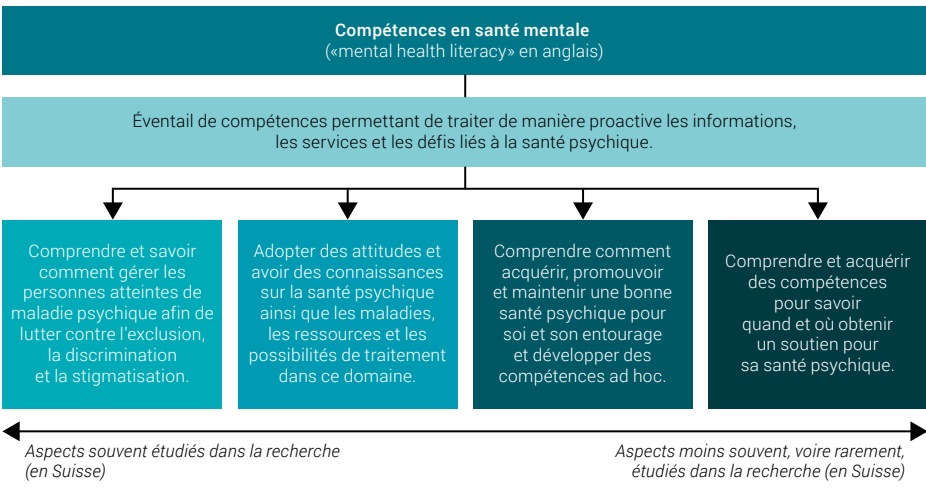
Le concept de littéracie en santé mentale, qui peut se traduire en français par compétences en santé mentale, vient de l'anglais «mental health literacy» (Jorm et al., 1997). Il englobe les attitudes et connaissances en matière de santé psychique et comporte les quatre étapes informatives classiques que l'on retrouve avec les compétences *générales* en santé et qui consistent à trouver, comprendre, évaluer et utiliser des informations en matière de santé (Jorm, 2020a). L'expression n'a cessé d'évoluer à partir de ces premières descriptions et discussions, de même que la compréhension que l'on s'en fait, ce qui explique la multitude de définitions que l'on trouve actuellement. Schneider et al. (2021) ont repris le concept de compétences *générales* en santé défini par Sørensen et al. (2012) et de compétences en santé mentale formulé par Kutcher et al. (2016) et ont donné une définition qui reprend les aspects pertinents de ces deux notions. Outre les aspects mentionnés, cela implique aussi de développer une compréhension de la manière dont la santé mentale des individus peut être acquise, promue ou préservée, de ce que sont les troubles psychiques et des possibilités de traitement. Cette compréhension soulève une autre question : comment faut-il se comporter avec les personnes atteintes de troubles

psychiques pour que leur maladie ne soit pas une cause d'exclusion, de discrimination ou de stigmatisation? Ajoutons un autre aspect pertinent des compétences en santé mentale qui est la connaissance du moment et du lieu où l'on peut obtenir un soutien ou la capacité à accéder à ces informations utiles au bon moment. Il s'agit également de savoir comment acquérir des compétences pour améliorer sa propre santé mentale, comment la préserver ou comment prendre soin de celle des autres.

La mesure et l'évaluation des compétences en santé mentale passent nécessairement par une définition claire de cette notion. Les enseignements tirés des enquêtes sur les connaissances, les attitudes et la gestion de la santé mentale permettent de tirer des conclusions scientifiquement fondées sur les modes d'action. En reprenant les concepts précédemment cités et la notion de compétences *générales* en santé donnée par l'Office fédéral de la santé publique (De Gani et al., 2023b), nous donnons la définition suivante des compétences de santé mentale: un éventail de compétences permettant de traiter de manière proactive les informations, les services et les défis liés à sa propre santé psychique et à celle de son entourage (voir illustration G6.1).

Notion de compétences en santé *mentale*

G6.1



© Obsan 2025

Les compétences en santé mentale se réfèrent ainsi à la disposition de chacun à trouver, comprendre, évaluer et utiliser des informations, des offres et des ressources afin de préserver et promouvoir sa santé mentale, de surmonter les défis et contraintes psychiques et de faire face aux problèmes et aux maladies psychiques.

Comme précédemment expliqué, la notion de littéracie en santé mentale peut se comprendre de diverses manières, ce qui explique en partie que le nombre d'instruments d'analyse standardisés soit si restreint. Wei et al. (2015) et Tavousi et al. (2022) ont fourni des aperçus systématiques.

Les études menées jusqu'ici sur les compétences en santé mentale ont souvent eu recours à des vignettes (Schnurr, 2003). Il s'agit de scénarios ou d'histoires mettant en scène des personnes fictives qui sont présentées aux participants de l'étude. L'objectif de ces vignettes est de savoir comment les personnes interrogées réagiraient et quelles décisions elles prendraient face à certains troubles psychiques ainsi que d'évaluer la manière dont elles prennent soin de leur santé mentale ou de celle de leur entourage (voir encadré).

Vignette: Pierre fait une dépression

«Vous avez remarqué depuis quelques semaines que votre ami Pierre traverse une mauvaise passe. Il se sent oppressé et déprimé. Il a perdu tout intérêt pour la plupart des choses qu'il aime normalement faire. Bien qu'il soit constamment fatigué pendant la journée, il n'arrive pas à dormir la nuit. Il ne parvient pas à se concentrer au travail et remet les décisions au lendemain. Il se sent dépassé, inutile et a un sentiment d'échec. Ses amis et sa famille ont remarqué qu'il a tendance à se replier sur lui-même. Ils ont bien essayé de lui remonter le moral et de lui parler, mais rien n'y fait» (Schmid et al., 2008).

Les vignettes sont utilisées dans une multitude de cas. Elles peuvent par exemple servir à étudier la réaction des individus dans diverses situations de stress psychologique, leurs interactions avec les personnes souffrant de troubles psychiques ou la manière dont ils cherchent de l'aide pour eux-mêmes ou pour d'autres personnes en souffrance psychique. L'usage des vignettes permet aux chercheurs d'examiner de plus près les compétences en santé mentale sous certains aspects, notamment la compréhension de la santé mentale, la capacité à identifier les troubles psychiques, la connaissance des ressources de soutien disponibles et la volonté de chercher ou d'offrir de l'aide.

Stigmatisation

Dans le manuel international des compétences en santé (2019, p. 59), Jorm définit la stigmatisation comme une «dimension» de la littératie en santé mentale. Il note toutefois que l'opérationnalisation de la stigmatisation est «complexe» et «multidimensionnelle». Spiker et Hammer (2019) réfutent en revanche l'idée que le concept de littératie en santé mentale inclue la stigmatisation, car cela pourrait selon eux rendre le concept moins clair. Alors que la stigmatisation liée à la santé mentale a toujours été abordée distinctement en sociologie (Goffmann, 1963), la stigmatisation a tendance à apparaître comme faisant partie des compétences en santé mentale dans la littérature médicale et psychiatrique sur le sujet et dans les études empiriques citées dans le présent document.

Dans ces dernières, la stigmatisation a en général permis d'explorer des aspects de l'attitude vis-à-vis de la santé mentale, en mettant l'accent sur les contraintes et les troubles plutôt que sur la prévention. La stigmatisation a par exemple été étudiée en lien avec la dangerosité perçue de certains troubles (Sowislo et al., 2017). On parle par exemple de stigmatisation lorsqu'une personne exprime sa crainte d'être agressée par un individu souffrant de dépression. Dey et al. (2020) ont étudié les attitudes stigmatisantes au sein des écoles. En milieu scolaire, les personnes souffrant de troubles psychiques peuvent en effet être qualifiées de «dangereuses», «imprévisibles» ou «faibles». Les études citées ne traitent pour la plupart pas des conséquences possibles de la stigmatisation pour un individu, ni de ce que cela implique, ni des stratégies utilisées pour y faire face.

Les études citées ne se sont presque pas penchées sur la signification d'une stigmatisation et ses conséquences pour les personnes concernées. Il faudrait selon nous davantage en tenir compte, en recourant à des méthodes d'enquête qualitatives par exemple.

La stigmatisation est en général associée à un comportement anormal, dangereux, différent ou malade, par opposition à un comportement normal et sain. En d'autres termes, on parle de stigmatisation d'un individu lorsqu'il est mis au ban de la société en raison des troubles psychiques dont il souffre. Cela peut être par exemple le cas d'un écolier qui est harcelé par ses camarades de classe en raison de son comportement impulsif et hyperactif (TDAH) et qui le traite de «bizarre» ou de «fou». Les processus de stigmatisation se mettent souvent en place de manière «inconsciente» (Lincoln et al., 2015; Singh, 2005). Ils peuvent notamment retarder, masquer ou minimiser la perception, l'identification et la thématisation d'un trouble mental. Cela peut se traduire par une réticence des personnes concernées à divulguer un problème psychique et à demander de l'aide auprès de professionnels de santé.

Lorsque l'on parle de santé mentale, il est important selon nous de s'intéresser aux attitudes stigmatisantes et à leurs conséquences pour les personnes concernées. Peu importe qu'elles apparaissent désormais comme une dimension des compétences en santé mentale ou comme un concept de recherche à part.

6.3 Compétences en santé mentale en Suisse: état actuel de la recherche et des connaissances

Au moment de la publication de ce chapitre, on recense peu d'études qui ont été consacrées aux compétences en santé mentale de la population suisse ou de groupes de population en particulier. Seules trois études ont été menées sur un échantillon représentatif de la population suisse (Lauber et al., 2003; Richner et al., 2021; Ulshöfer et al., 2023). Les compétences *générales* en santé ont fait l'objet d'un relevé exhaustif dans le cadre de deux enquêtes démographiques menées en Suisse, l'une en 2015 (HLS₁₅-CH) et l'autre sur la période 2019–2021 (HLS_{19–21}-CH) (Bieri et al., 2016; De Gani et al., 2023a). Elles n'ont toutefois pas fourni énormément d'enseignements sur les compétences en santé mentale, car les questions posées n'ont quasiment pas abordé ce sujet. À ces études, peu nombreuses, consacrées à la littéracie en santé mentale menées à l'échelle nationale, ajoutons d'autres études effectuées auprès de la population de certains cantons alémaniques, parmi lesquels Zurich (Schneider et al., 2021), Berne (Doll et al., 2022; Osman et al., 2023), Bâle (Sowislo et al., 2017) et Lucerne (Schmid et al., 2008). Cette focalisation sur la Suisse alémanique montre que les enquêtes cantonales ne permettent pas de tirer des conclusions pour toute la Suisse et que les différences (linguistiques) régionales ne sont pas suffisamment représentées.

Signalons aussi qu'il existe des études qui se sont intéressées à des milieux ou groupes de population spécifiques au sein de ces milieux, les plus fréquentes étant celles menées dans les milieux scolaires et éducatifs et qui portent sur les compétences en santé mentale des enseignants (Dey et al., 2022; Monnerat et al., 2024; Robin et al., 2023), des élèves (Chok et al., 2023; Dey et al., 2018, 2020) et des étudiants (Lauber et al., 2005). L'attitude des professionnels de santé à l'égard des personnes souffrant de troubles psychiques a également fait l'objet de plusieurs études (Des Courtis et al., 2008; Hayes et al., 2012; Steffen et al., 2015). Complétons cette liste en citant une étude genevoise qui a recensé les compétences en santé mentale des hommes homosexuels (Wang et al., 2014). Un tableau synoptique de ces études se trouve à la suite:

Tableau synoptique des études sur les compétences en santé mentale T6.1

Auteurs	Année	Groupe cible	N	Âge	Région
Ulshöfer et al.	2023	Population générale	3010	15–95	Suisse
Richner et al.	2021	Population générale	3297	15–95	Suisse
Lauber et al.	2003	Population générale	844	16–76	Suisse
Schneider et al.	2021	Population générale	904	18–88	Zurich
Schmid et al.	2008	Population générale	802	15–96	Lucerne
Sowislo et al.	2017	Population générale	2207	18–65	Bâle-Ville
Osman et al. / Doll et al.	2022, 2023	Population générale	1504	16–40	Berne
Dey et al.	2018, 2019, 2020	Élèves	4983	17–21 ou plus	Suisse alémanique
Chok et al.	2023	Élèves	28	12–19	Romandie
Lauber et al.	2005	Étudiants	225	24 ou moins – 30 ou plus	Zurich
Robin et al.	2023	Enseignants	425	31 ou moins – 65 ou plus	Winterthour
Dey et al.	2022	Enseignants	176	39 ou moins – 60 ou plus	Suisse alémanique
Wang et al.	2013, 2014	Hommes homosexuels	762	24 ou moins – 55 ou plus	Genève
Henggartner et al. / Des Courtis et al.	2008, 2012	Professionnels de santé*	383	30 ou moins – 50 ou plus	Suisse alémanique
Maier et al.	2015	Professionnels de santé	226	24–79	Zurich

Remarque: se réfère à la littérature de l'an 2000 à l'été 2024.
* Ces deux études ont comparé des professionnels de santé en Suisse et au Brésil.

© Obsan 2025

Études menées au niveau national

Sur mandat de Promotion Santé Suisse, Ulshöfer et al. (2023) ont interrogé un échantillon représentatif de la population suisse sur ses connaissances des ressources visant à promouvoir la santé mentale. Cette étude, menée en 2023, fait suite à une première enquête réalisée en 2021 par Richner et al. (2021). Ulshöfer et al. (2023) ont constaté que la majorité de la population suisse (63%) connaissait l'importance de la santé mentale en 2023, une proportion qui n'a pas changé depuis à 2021. Quant à la part des personnes interrogées ayant déclaré savoir que faire concrètement pour améliorer leur santé mentale, elle était de 46% en 2021 et atteignait 51% en 2023. Dans le même temps, la proportion de personnes ayant indiqué mettre consciemment en œuvre des mesures pour prendre soin de leur santé mentale était de 45% en 2021, un chiffre qui n'a pas évolué en 2023.

L'analyse approfondie de Ulshöfer et al. (2023) met par ailleurs en évidence de fortes réticences à l'idée de demander de l'aide, réticences qui se sont toutefois quelque peu atténuées entre 2021 et 2023. En 2023, le principal obstacle, cité par 32% des personnes interrogées, était le fait de ne pas vouloir importuner autrui avec ses problèmes. Le même constat se dégage de l'enquête Omnibus réalisée en 2022 par l'Obsan (Peter et al., 2023). Les personnes interrogées avouent pour une majorité d'entre elles (56% des cas) préférer attendre que la situation s'améliore. D'après le premier volet de l'étude de Richner et al. (2021), six personnes sur dix ont déjà au moins une fois cherché, trouvé et compris des informations sur la santé mentale et la gestion de la santé mentale. Elles ne sont cependant que 41% à considérer cette démarche facile. La deuxième enquête menée en 2023 brosse un tableau similaire (Ulshöfer et al., 2023).

L'étude de Richner et al. (2021) révèle de fortes disparités entre les groupes de population dans l'aptitude à chercher de l'aide, à comprendre les informations et à appliquer les connaissances existantes. Les réponses données par les personnes âgées de 80 ans ou plus, avec un faible niveau de formation ou n'ayant pas la nationalité suisse laissent penser que ces groupes de population manquent de compétences en santé mentale. Les résultats de l'étude HLS₁₉₋₂₁-CH viennent en partie confirmer ces conclusions. Les personnes interrogées avouent rencontrer des difficultés pour trouver des informations sur la gestion des problèmes de santé mentale et sur les activités bénéfiques à la santé mentale et au bien-être psychique (De Gani et al., 2023a).

Une autre étude a été menée au niveau national par Lauber et al. (2003) mais elle remonte à plus de 20 ans. Cette étude portait sur les compétences en santé mentale de l'ensemble de la population. Deux vignettes ont servi à la réaliser. La première était consacrée à la dépression. Les participants devaient indiquer si les sujets représentés étaient malades (réponse correcte) ou s'ils traversaient un épisode dépressif (réponse incorrecte). 40% des participants ont bien interprété la situation («malade») et 60% se sont trompés («crise»). La seconde vignette concernait la schizophrénie: 74% des participants ont donné la bonne réponse («malade») et 26% ont mal évalué le cas («crise»). On a notamment remarqué que les personnes qui ont déjà été confrontées à des troubles psychiques avaient mieux classé les vignettes que les personnes qui ne connaissaient le sujet que par médias interposés. Cette étude a démontré que les compétences en santé mentale sont moins développées en Suisse que dans d'autres pays (Jorm et al., 1997; Lauber et al., 2003). Ce constat vaut en particulier pour la dépression que la population dans son ensemble ne perçoit pas vraiment comme une maladie. La dépression est souvent assimilée à un «état psychologique normal» (ibid.) et à une crise existentielle. Il convient de rappeler que cette étude n'est pas très récente et qu'elle ne met l'accent que sur un seul aspect des compétences en santé mentale: la capacité des individus à mettre le doigt sur un trouble. Aucune référence n'est faite dans cette étude aux compétences nécessaires pour préserver et promouvoir sa santé mentale, pour identifier une détresse psychologique chez soi ou chez les autres et pour agir de manière adéquate

(en cherchant de l'aide par exemple). Selon la définition de la littératie en santé mentale (voir Illustration G 6.1), ces dimensions devraient être prises en compte dans l'étude et pour les considérations générales sur les compétences en santé mentale de la population suisse.

Les auteurs d'une autre publication (Lauber et al., 2000, 2002) reprenant les mêmes données se sont penchés sur l'attitude de la population vis-à-vis du bénévolat dans le domaine de la psychiatrie (p. ex. aller se promener avec des patients souffrant de troubles psychiques.). Voici les enseignements qu'ils ont tirés de leurs recherches: les personnes interrogées sont en majorité prêtes à faire du bénévolat dans un contexte psychiatrique mais nuancent toutefois leurs propos en fonction du type de bénévolat. Elles sont par exemple pour la plupart réticentes à l'idée de s'occuper à domicile d'un proche atteint de troubles psychiques. En revanche, elles sont plus disposées à assister à des rencontres ou rendre visite à des malades placés en établissement psychiatrique. Dans l'ensemble, les femmes hésitent moins à s'engager. Deux modèles de comportement fondamentaux se distinguent dans cette étude: d'une part, il y a les «personnes antipathiques», qui gardent une distance sociale avec les personnes atteintes de troubles psychiques et sont pénétrées de stéréotypes négatifs à leur égard; d'autre part, il y a les «personnes responsables et engagées dans la société», qui s'impliquent comme bénévoles, n'ont aucun a priori négatif vis-à-vis de la psychiatrie, s'informent dans les médias traditionnels et exercent une profession plutôt dans le domaine social. Les auteurs de cette étude en concluent que les Suisses sont en général très disposés à faire du bénévolat dans le domaine de la psychiatrie, mais que dans les faits, cet engagement reste limité. Lauber et al. (2000, 2002) considèrent qu'il existe un «potentiel inexploité» de bénévoles dans la population. Ils recommandent de cibler dans les médias les «personnes ayant des responsabilités et des engagements dans la société». Ils préconisent même de se focaliser sur les personnes qui sont déjà engagées dans la collectivité ou qui exercent une profession dans le domaine social. Concluons ce chapitre en disant que les études à notre disposition ne permettent pas de déterminer si le bénévolat a réellement augmenté en psychiatrie au cours des deux dernières décennies.

Études menées au niveau cantonal

Une étude menée dans le canton de Zurich¹ révèle que les compétences en santé mentale des personnes interrogées sont lacunaires dans près de la moitié des cas (45%), problématiques dans 20% des cas et insuffisantes dans 25% des cas (Schneider et al., 2021). Les personnes interrogées se disent pour la plupart désemparées lorsqu'elles

¹ Le questionnaire HLS-ZH-18 utilisé dans cette étude est inspiré de l'enquête «Health Literacy Survey Suisse», elle-même adaptée à partir de 47 items du questionnaire européen HLS-EU-Q47.

doivent trouver des informations sur la manière de gérer les problèmes de santé mentale (37%). Concrètement, elles ont du mal à accéder aux sources d'information et manquent de compétences pour évaluer la fiabilité des sources d'information. Il ressort en revanche de cette étude zurichoise que les personnes interrogées n'éprouvent pas trop de difficulté pour trouver de l'aide auprès de professionnels. Les personnes qui ignorent à qui s'adresser ne sont que 15%. Les auteurs de cette étude concluent en disant qu'une grande partie de la population zurichoise a de la peine à s'y retrouver dans les informations sur la santé mentale. La principale difficulté rencontrée concerne l'accès à l'information sur la gestion des troubles psychiques. L'étude propose donc de faciliter l'accès à l'information, en proposant par exemple des offres de promotion de la santé mentale.

Une grande partie de la population suisse avoue avoir des difficultés pour accéder aux informations sur la santé mentale. Elle a notamment du mal à évaluer la fiabilité et la crédibilité des sources d'information.

Les auteurs d'une étude menée dans le canton de Lucerne ont voulu en savoir plus sur le niveau de connaissances et d'informations et sur les attitudes vis-à-vis de la dépression (Schmid et al., 2008). Ils ont eu pour cela recours à des vignettes qui mettent en lumière plusieurs points importants: 62,6% des participants, soit près des deux tiers, ont indiqué avoir une personne dans leur cercle familial ou amical qui a déjà été soignée pour dépression; 37,8% n'associent pas les symptômes de la dépression à une maladie; 62,2% identifient des causes psychiques comme le burnout, le stress psychologique ou les pensées suicidaires. L'étude a en outre montré que les personnes touchées par la dépression ou ayant un proche en dépression ont moins de difficultés à reconnaître cette maladie. En ce qui concerne les différentes formes de traitement de la dépression, 70,9% des personnes interrogées ont peur du risque de dépendance liée à la prise de médicaments. En revanche, la grande majorité (89,0%) est convaincue que les professionnels de la psychiatrie et de la psychologie peuvent apporter une aide précieuse. Pour autant, les personnes interrogées pensent qu'un changement de mode de vie ou le soutien des proches est plus bénéfique que l'aide de professionnels. Près des trois quarts des personnes interrogées (72,0%) pensent qu'il est bien de sensibiliser l'entourage au thème de la dépression, mais une personne sur dix pense qu'il est préférable de ne pas parler de sa dépression aux autres pour éviter toute stigmatisation. Une personne sur quatre pense que la dépression n'est pas une maladie. Pour résumer les conclusions de cette étude, les personnes interrogées ont pour la plupart une attitude plutôt ambivalente vis-à-vis de la dépression et le niveau de connaissances et d'informations sur les possibilités de traiter cette maladie est insuffisant.

Une étude menée dans le canton de Bâle-Ville a porté sur les aspects de la stigmatisation. À l'aide de deux vignettes, les personnes interrogées ont dû indiquer sur une échelle quel niveau de dangerosité elles attribuent à une personne souffrant de troubles psychiques (par exemple, un comportement qui met en danger les autres) (Sowislo et al., 2017). Les vignettes utilisées dépeignent des scénarios en rapport avec des symptômes psychiques que présente, par exemple, une personne atteinte de trouble de la personnalité borderline ou en rapport avec un établissement psychiatrique dans lequel la personne a été admise. Trois grandes conclusions ont pu en être tirées : en premier, les personnes interrogées se méfient davantage des personnes présentant des symptômes de maladie psychique que des personnes faisant appel à des services psychiatriques, avec toutefois des différences selon les symptômes psychiatriques : une personne alcoolique est considérée comme plus dangereuse pour son entourage qu'une personne ayant un trouble de la personnalité borderline. Les hommes et les femmes ne sont pas logés à la même enseigne : si le personnage décrit dans la vignette est un homme, son comportement vis-à-vis d'autrui est considéré comme plus dangereux. Deuxièmement, la dangerosité perçue varie en fonction du type d'établissement psychiatrique : un patient soigné dans un service de psychiatrie d'un hôpital général est perçu comme moins dangereux qu'un patient admis dans une clinique de psychiatrie forensique. Troisièmement, une plus grande familiarité avec les maladies psychiatriques (en raison d'une expérience personnelle, familiale ou amicale) va de pair avec une moindre perception de la dangerosité.

Les données tirées de l'étude bernoise «Bern Epidemiological At-Risk (BEAR)», menée par Doll et al. (2022) et par Osman et al. (2023), ont permis d'examiner les compétences en santé mentale. Osman et al. (2023) ont cherché à comprendre l'influence des compétences en santé mentale sur le recours à l'aide de professionnels de santé en cas de troubles liés à la santé mentale. Ils se sont pour cela servis de vignettes mettant en scène des cas de dépression ou de schizophrénie. Ils ont pu établir un lien entre le recours à l'aide de professionnels de santé et les expériences subies par le passé, en particulier les traumatismes de l'enfance : les personnes qui avaient déjà fait appel à des professionnels de santé pour cause de troubles psychiques étaient plus enclines à demander ce type d'aide par la suite.

L'étude menée par Doll et al. (2022) est la première étude en Suisse dont les auteurs ont calculé dans un modèle mathématique complexe le lien entre les compétences en santé mentale, la stéréotypisation et la stigmatisation. Ils ont remarqué que de plus grandes compétences en santé mentale allaient de pair avec un désir plus profond de se distancier socialement des personnes atteintes de maladies mentales et d'expliquer les maladies mentales par une compréhension biogénétique, qui attribue les maladies mentales en premier lieu à des causes biologiques et génétiques. Les deux études mettent aussi l'accent sur la nécessité de poursuivre les recherches sur la stigmatisation et la stéréotypisation liées à la littératie en santé mentale. L'étude de Doll et al. (2022, p. 482) souligne que les compétences en santé mentale ont «constamment augmenté» au cours

des dernières années, mais que l'absence de recherche d'aide et la stigmatisation des personnes souffrant de troubles et de maladies psychiques n'ont pas connu la même évolution. Les «campagnes de sensibilisation et d'anti-stigmatisation» (ibid.) menées auprès de la population ne sont peut-être pas complètement étrangères à cette amélioration des compétences au fil des ans. En raison du manque de données, le constat fait par Doll et al. (2022) reste une hypothèse et ne permet pas de tirer de conclusions définitives, même si l'on peut supposer que les différentes campagnes menées, parmi lesquelles «Santépsy.ch» (Ettlin & Geiger, 2023) et «Wie geht's Dir» (Endes et al., 2023), ont permis de dédramatiser la santé mentale auprès de la population suisse et que l'on peut y voir le signe d'une amélioration des compétences en santé mentale. Les études et les résultats mentionnés dans cette section pourraient selon nous être utilisés de manière encore plus ciblée pour initier des mesures et programmes concrets visant à promouvoir les compétences en santé mentale dans divers milieux. Ces mesures et programmes pourraient par exemple prendre la forme de campagnes de prévention auprès des écoles ou de formations continues dans le domaine professionnel. Les milieux politiques le réclament de plus en plus. C'est le cas notamment de Pro Juventute et des jeunesses de partis qui souhaitent des «interventions coordonnées dans les parlements cantonaux» à l'intention des jeunes.²

Études menées en milieux scolaires et éducatifs

L'étude «Swiss Youth Mental Health Literacy and Stigma Survey» (Dey et al., 2018, 2019 et 2020) est la toute première étude en Suisse à avoir permis d'évaluer les compétences en santé mentale des élèves. Cette étude réalisée au moyen d'un échantillon représentatif a montré que les élèves âgés de 17 à 21 ans ont de la peine à décrire les troubles psychiques ordinaires de type «common mental health disorders» avec des termes techniques appropriés (dépressif, par exemple). La dépression arrive en tête des troubles que les jeunes interrogés reconnaissent (40%), alors qu'ils ne sont que 10% environ à y parvenir pour la schizophrénie et moins de 10% pour les phobies sociales. La même conclusion ressort de l'étude que Lauber et al. (2005) ont réalisée auprès d'étudiants. Eux aussi distinguent plus souvent les symptômes de la dépression que ceux de la schizophrénie (71% contre 42%³). Dans ces deux études (Dey et al., 2020; Lauber et al., 2005), les filles réussissent plus facilement à décrire les vignettes que les garçons. Dey et al. (2020) ont en outre souligné que les élèves, garçons et filles, sont toutefois capables de comprendre la personne décrite dans la vignette et de savoir intuitivement quelle aide lui apporter, même s'ils ne connaissent pas le terme technique correspondant à ce trouble

² voir le site Web de Pro Juventute; <https://www.projuventute.ch/fr/fondation/actualite/multicrise>, état au: 23.07.2024

³ Les pourcentages sont calculés à partir de la moyenne de tous les items représentés dans l'enquête.

psychique. La plupart des jeunes interrogés (environ 66%), en particulier les élèves, ont déclaré que, s'ils étaient confrontés à un problème comme décrit dans la vignette, ils chercheraient de l'aide. En outre, les élèves trouvent utile que certaines stratégies soient mises en place pour aider les jeunes souffrant de troubles psychiques (l'écoute bienveillante, par exemple). Un peu plus de la moitié des élèves considèrent également qu'il est important de chercher de l'aide.

À plusieurs questions qui leur ont été posées, les personnes interrogées répondent par des attitudes stigmatisantes à l'égard des personnes décrites dans les vignettes. Près de 10% sont par exemple d'accord avec l'affirmation selon laquelle la personne décrite dans la vignette pourrait avoir un comportement «normal», si elle le voulait, et en moyenne 5% des personnes interrogées⁴ ont exprimé le souhait de prendre leurs distances avec la personne présentée dans la vignette. Elles hésiteraient à l'inviter chez elle, par exemple. La conclusion que l'on peut globalement tirer de cette étude est la suivante: dans certains domaines (chercher de l'aide, évaluer les stratégies d'aide, par exemple), les personnes interrogées ont de solides compétences en santé mentale alors que dans d'autres domaines (identifier les troubles psychiques dans les vignettes, par exemple), il y a encore des progrès à faire. Les résultats laissent également apparaître, «dans une mesure non négligeable» (ibid.), l'existence d'attitudes stigmatisantes à l'égard des personnes souffrant de troubles psychiques. Les réponses données par les hommes suggèrent qu'ils ont moins de compétences en santé mentale et plus d'attitudes stigmatisantes que les femmes. De notre point de vue, les compétences citées ayant un caractère préventif importent davantage que les compétences permettant de reconnaître correctement les troubles psychiques. On parle de compétences à caractère préventif quand il s'agit de savoir si un élève de la classe ne va pas bien et de lui apporter de l'aide au bon moment. Il revient ensuite aux professionnels de santé de poser les diagnostics.

Une étude qualitative, également menée auprès d'un panel d'élèves — âgés de 12 à 19 ans — a montré que les filles et garçons interrogés se faisaient dans l'ensemble une idée «très vague» de la santé mentale (Chok et al., 2023). La plupart d'entre eux n'ont par exemple pas été capables de citer une seule maladie mentale. Ils sont en revanche plus aptes à donner des raisons pour lesquelles la santé mentale peut se dégrader. L'école apparaît dans les réponses données comme une source de stress ayant un impact négatif sur la santé mentale. La pandémie de COVID-19 et la crise climatique ont encore renforcé ce sentiment dans l'esprit des élèves interrogés et aggravé leurs incertitudes pour l'avenir. Ils ont en outre indiqué qu'une mauvaise image de leur corps leur posait un gros souci pour leur santé psychique et que ce mécanisme était renforcé par les réseaux sociaux (voir chapitre 7 Médias numériques). Ce sont surtout les jeunes filles qui ont soulevé ce point. Selon les élèves, les amitiés et les relations sociales en général constituent en revanche l'un des principaux facteurs favorisant la santé mentale. En raison de

⁴ Les pourcentages sont calculés à partir de la moyenne de tous les items représentés dans l'enquête.

la compréhension globalement vague que se font les élèves de la santé mentale, l'étude conclut que les compétences en santé mentale devraient être approfondies sur le plan scientifique et être améliorées dans le cadre scolaire.

Bien que les élèves âgés de 12 à 21 ans n'aient qu'une idée très vague de la santé mentale et qu'ils n'aient souvent pas été capables de décrire les troubles mentaux avec des termes techniques appropriés, ils savent intuitivement comment aider une personne touchée par un problème de santé mentale. La «recherche d'aide» étant l'un des aspects des compétences en santé mentale, elle est en ce sens bien assurée.

Les enseignants doivent également disposer de compétences en santé mentale. Ils devraient en effet être en mesure de savoir si leurs élèves vont bien sur le plan psychique ou s'ils ont des problèmes de cet ordre. L'aide des enseignants est sollicitée lorsque des élèves souffrent de TDAH, de dépression ou de stress psychique. Les enseignants devraient être capables de reconnaître la nécessité d'agir et de prendre des mesures. Ils devraient chercher le dialogue avec les parents ou faire appel à des spécialistes travaillant au sein de l'administration scolaire. Une étude a été menée par Robin et al. (2021, 2023) afin d'évaluer les compétences professionnelles en santé mentale des enseignants en Suisse, notamment face à des élèves ayant de troubles psychiques. L'évaluation a porté sur le niveau de connaissances des enseignants au sujet de la santé mentale de leurs élèves. Les enseignants interrogés ont estimé que leur capacité à trouver et à comprendre des informations sur le sujet était bonne, voire très bonne (respectivement 52,9% et 47,4%). Ils ont cependant eu beaucoup plus de mal à évaluer si les informations qu'ils avaient trouvées (par exemple les directives sur la gestion du TDAH) étaient pertinentes (10,7%). Une grande partie des enseignants interrogés disent avoir du mal à savoir quelles mesures prendre sur la base de ces évaluations. De plus, ils éprouvent des difficultés à reconnaître certains troubles psychiques: ils ne savent notamment pas toujours reconnaître les principaux signaux qui doivent alarmer quand l'un de leurs élèves a des tendances suicidaires ou souffre d'un trouble alimentaire. Une autre enquête menée auprès des enseignants par Dey et al. (2022), dans le cadre de la «Swiss Youth Mental Health Literacy and Stigma Survey» (Dey et al., 2020) a abouti à des résultats similaires. Dans cette enquête également, les enseignants estiment que leurs compétences professionnelles en santé mentale sont très bonnes (avec une moyenne de 8 sur une échelle de 0 «très mauvaises» à 10 «très bonnes»). Les enseignants ont toutefois eu du mal à répondre aux questions sur les aides concrètes, notamment parce qu'ils manquent d'expérience dans la gestion des troubles psychiques. La conclusion que l'on peut tirer de ces deux études est la suivante: les enseignants estiment que leurs compétences en

santé mentale sont très bonnes en ce qui concerne les problèmes psychiques des élèves, mais qu'ils ne savent parfois pas comment agir concrètement. Ils ont notamment du mal à reconnaître les signes concrets de certains troubles. Leur degré de compréhension des troubles psychiques a été abordé dans le cadre de l'étude de Robin et al. (2023) et aussi lors d'ateliers avec des spécialistes en pédagogie. Les pédagogues s'accordent à dire qu'il est important de reconnaître les signes de troubles psychiques chez les élèves et d'agir en conséquence, en cherchant le dialogue avec les parents ou en faisant appel à des spécialistes, par exemple; ils se démarquent néanmoins de l'idée que les enseignants doivent avoir une compréhension approfondie des troubles psychiques.

Autres études sur les compétences en santé mentale

Hengartner et al. (2012) et Des Courtis et al. (2008) se sont intéressés aux compétences en santé mentale des professionnels de santé en Suisse, et plus particulièrement en ce qui concerne la schizophrénie. Ils ont pour cela utilisé une vignette sur un cas de schizophrénie et l'ont soumise à un panel de professionnels de santé – psychiatres, psychologues, assistants sociaux, soignants et médecins – dans 32 établissements de soins en Suisse alémanique. Il ressort des réponses données une grande distance sociale (Hengartner et al., 2012) et une stigmatisation (Des Courtis et al., 2008) à l'égard des patients atteints de schizophrénie. Il apparaît aussi que les professionnels de santé interrogés ne montrent pas beaucoup d'hésitation à l'idée de recourir aux médicaments contre la schizophrénie et acceptent, dans une certaine mesure, les effets secondaires liés à ces traitements. Malgré cela, ils recommandent de se tourner vers des interventions sociales et des méthodes thérapeutiques alternatives. Le manque de compétences en santé mentale (distance sociale, stigmatisation) dans la gestion des patients atteints de schizophrénie et l'attitude négative, tout au moins partiellement, des professionnels de santé soulèvent des questions. Une autre étude menée par Maier et al. (2015) auprès de psychotraumatologues et de psychiatres de Zurich laisse apparaître une attitude plus positive des personnes interrogées envers les patients souffrant de dépression et de troubles de stress post-traumatique. Ce constat vaut notamment pour les participants plus âgés et plus expérimentés.

Wang et al. (2013, 2014) ont axé leurs recherches sur les compétences en santé mentale des hommes homosexuels. Jusqu'à aujourd'hui, les auteurs de cette étude sont les seuls en Suisse à s'être intéressés à ce groupe de population. Mettant l'accent sur la dépression, ils ont posé des questions sur le bien-être psychique et ont présenté aux participants une vignette d'un cas de dépression grave. Une minorité des hommes interrogés (15,0%) présentaient eux-mêmes des signes de dépression grave. Le cas présenté sur la vignette a été identifié correctement par une grande partie des participants (44,5%) et par une proportion encore plus importante de ceux présentant des symptômes de

dépression grave (62,0%). En outre, plus de la moitié des participants (51,4%) pensent que les hommes homosexuels sont globalement plus sujets à la dépression que les hommes hétérosexuels. Les causes de dépression évoquées sont la solitude, les problèmes amoureux et la discrimination. La dépression se soigne pour une majorité des hommes interrogés (88,7%), mais risque selon eux de s'aggraver avec le temps en l'absence de soins (79,8%). Les médicaments antidépresseurs suscitent quelques inquiétudes de la part des hommes interrogés. Ils craignent surtout les effets secondaires (80,7%), les changements de personnalité (63,4%) et les risques de dépendance (66,5%). Les hommes interrogés considèrent qu'il est utile de s'adresser à des professionnels de la psychologie (77,1%) et de la médecine (75,3%), mais qu'il est préjudiciable de «gérer sa dépression seul» (55,0%). Une grande majorité des hommes interrogés pensent qu'il est utile de recourir à des options non médicales. L'aide d'un ami proche (91,6 %), des exercices de relaxation ou de méditation (84,4 %) et la pratique d'une activité physique (83,5 %) font partie des options citées. L'étude de Wang et al. (2014) met en évidence de nombreuses similitudes entre les compétences en santé mentale de la population en général et celles des hommes homosexuels.

Il est impossible de faire une comparaison directe en raison d'un manque de données et en l'absence d'étude comparative. Nous pensons malgré tout, contrairement aux hypothèses avancées par Wang et al. (2014), que les hommes homosexuels ont davantage de compétences en santé mentale que les hommes hétérosexuels, parce qu'ils ont tendance à s'intéresser davantage aux questions d'identité, de sexualité et de santé mentale.

6.4 Conclusion

Les quelques études que nous venons de passer en revue se distinguent par leur très grande hétérogénéité. Elles nous apprennent que la population suisse a, dans sa majorité, conscience de l'importance de la santé mentale, mais qu'elle manque de compétences pour agir concrètement. Elle ne dispose pas, par exemple, de compétences pour veiller activement à la santé mentale, la promouvoir de manière préventive et demander l'aide de professionnels de santé. Ce constat s'applique à la fois à la population en général et aux différents groupes de population étudiés. Il apparaît globalement que les personnes qui ont déjà eu des troubles psychiques ou connaissent une personne qui en souffre ont davantage de compétences en la matière. Elles sont par ailleurs plus enclines à aider les autres et à moins stigmatiser les personnes en souffrance psychique.

En ce qui concerne les compétences d'action concrètes, on constate quelques réticences: les recherches effectuées à partir des vignettes montrent, entre autres, que certains participants considèrent les personnes atteintes de troubles psychiques comme dangereuses ou préfèrent garder leurs distances avec elles. Toutes les études mentionnées nous apprennent que les femmes ont davantage de compétences en santé

mentale que les hommes. Ce constat peut être fait pour la population générale, mais aussi dans divers milieux (scolaires et éducatifs) et chez les professionnels de santé. Seule exception: les hommes homosexuels. Les femmes semblent plus disposées à parler des problèmes psychologiques ou à demander de l'aide et stigmatisent moins les personnes souffrant de troubles psychiques. Des études menées dans d'autres pays parviennent à des conclusions comparables. C'est le cas par exemple d'une étude représentative réalisée en Allemagne (König et al., 2023). Le sexe de la personne et ses expériences personnelles ne sauraient à eux seuls définir le niveau de compétences en santé mentale. D'autres indicateurs entrent en ligne de compte, parmi lesquels la proximité avec les collectivités et la profession exercée par la personne. Une personne travaillant dans le domaine social a en effet plus de compétences en santé mentale.

Trois études (Ulshöfer et al., 2023, Lauber et al., 2003 et Doll et al., 2022) révèlent que les compétences en santé mentale de la population suisse n'ont cessé d'augmenter au cours des dernières décennies. Les données disponibles ne permettent pas d'évaluer ces affirmations de manière fiable, de sorte que des analyses plus approfondies sont nécessaires pour ce faire. Il manque selon nous des analyses concrètes qui examinent les évolutions technologiques (réseaux sociaux), politiques (augmentation/diminution du nombre d'initiatives et de mesures préventives) et sociales (augmentation/diminution du nombre de discours médiatiques, par exemple), pour ne citer que celles-là.

Les femmes ont tendance à avoir davantage de compétences en santé mentale que les hommes. En Suisse, cette observation a été faite dans différentes études menées auprès de groupes de population divers, comme les écoliers, les étudiants, les professionnels de santé, mais aussi la population générale.

6.5 Limites et besoins en matière de recherche

L'état des lieux des compétences en santé mentale que nous venons de dresser pour la Suisse présente les limites suivantes :

Premièrement, les études citées se sont, pour une majorité d'entre elles, concentrées sur les connaissances en santé mentale plutôt que sur la gestion des informations liées à la santé mentale et sur les comportements concrets ou les décisions qui en découlent. Les compétences (d'action) centrales et les aspects inhérents aux compétences en santé mentale suscitent peu d'intérêt, comme défini par Kutscher et al. (2016) et Schneider et al. (2021). Le recensement des compétences en santé mentale se concentre davantage sur la prise en charge médicale (possibilités et recherche de thérapies adaptées) que sur la prévention (acquisition de compétences en matière de santé mentale ou de bien-être psychique; voir Illustration 1). Or, ce sont précisément ces compétences préventives qui permettraient de déduire des actions et mesures concrètes, comme la mise en place de campagnes de prévention auprès des écoles ou de formations continues dans le domaine professionnel. Plaidant pour un changement de paradigme, Jorm (2020b) souhaite que l'on se focalise désormais sur les compétences d'action plutôt que sur les compétences en santé mentale.

Deuxièmement, les études sur les compétences en santé mentale ne font qu'effleurer les aspects liés à la stigmatisation. La nécessité de creuser ce sujet, et ses conséquences, est exprimé dans plusieurs études que nous citons. À ce propos, aucune mesure préventive n'est recommandée sous un angle empirique. Dey et al. (2020) demandent que des «actions spécifiques à des groupes cibles» soient mises en œuvre dans les écoles. Rössler (2016) souligne de son côté le besoin de prise en charge dans le domaine de la psychiatrie et fait référence au programme d'impulsion mené dans le canton de Zurich (Zürcher Impulsprogramms, ZInEP). Comme les divers sous-projets réalisés en parallèle, ce programme se penche sur des aspects qui être pris en compte dans les prochaines actions visant à minimiser la stigmatisation et ses conséquences. Thornicroft et al. (2022) ont publié une prise de position dans le magazine «Lancet», dans laquelle ils soulignent les «graves conséquences» de la stigmatisation et de la discrimination. Une sensibilisation et une prise de conscience des processus inconscients de stigmatisation seraient donc pertinentes pour le développement et le renforcement des compétences de la population en matière de santé mentale.

Troisièmement, les vignettes utilisées en Suisse présentent surtout des cas de dépression et de schizophrénie. Les participants associent moins facilement les symptômes de la dépression à une maladie que ceux de la schizophrénie, peut-être parce que les symptômes de la schizophrénie laissent peu de doutes («la personne entend des voix», par exemple). De plus, dans certaines études, on a demandé aux participants de distinguer

une dépression d'un épisode dépressif, ce qui n'est guère possible en raison d'une symptomatologie similaire (retrait social, tristesse, etc.). Il se pourrait donc que cela ait prêté à confusion et faussé les résultats.

Quatrièmement, la plupart des études citées ont mesuré les compétences en santé mentale en recourant à des méthodes quantitatives. En Suisse, une seule étude qualitative (Chok et al., 2023) a été réalisée sur les compétences en santé mentale au moment où ce document est publié. Les enquêtes qualitatives ont pour objectif d'apporter un éclairage sur des aspects spécifiques de la gestion des troubles psychiques ou en lien avec la stigmatisation (quelles sont les conséquences de l'exclusion pour une personne ayant des troubles psychiques?), et partant, de développer des recommandations d'action et des mesures de soutien ciblées.

Cinquièmement, et en guise de conclusion, il existe en Suisse d'importantes lacunes en matière de recherche sur les compétences en santé mentale. Les études citées font presque toutes le même constat. Des études sur des groupes de population spécifiques et sur certains troubles de la santé mentale (TDAH, troubles alimentaires, par exemple) font défaut. Les compétences en santé mentale au sein des entreprises et des organisations sont rarement étudiées. Les compétences en santé mentale des cadres et des responsables RH mériteraient d'être étudiées, car la santé mentale est souvent malmenée sur le lieu de travail (Promotion Santé Suisse, 2022). Les personnes ayant des difficultés psychiques sur leur lieu de travail sont plus vulnérables et s'exposent plus souvent au risque de perdre leur emploi (Marelli & Baer, 2023). Baer et al. (2018) ont réalisé une étude auprès des cadres de PME. Selon eux, les cadres qui ont déjà eu des problèmes de santé identifient mieux les collaborateurs qui en ont. Il manque des études menées à grande échelle en Suisse, qu'elles soient nationales, sur un échantillon représentatif ou sur un large échantillon. Les échantillons sont souvent petits (voir Tableau 1) et limités à la Suisse alémanique: les différences régionales de la Suisse ne sont pas représentées. Or, des études sur le sujet permettraient de développer des aides spécifiques aux régions. Dernier point, il manque des études sur les compétences en santé mentale qui se soient penchées sur le maintien et la promotion de la santé mentale, plutôt que sur le dépistage et le traitement des maladies psychiques.

6.6 Bibliographie

- Baer, N., Schweighauser, C., Ettlin, P., Frei, A., Werner, F., Bonfadelli, L., & Frick, U. (2018). Bewahrung der Arbeitsfähigkeit kranker Mitarbeitender in KMU. *Soziale Sicherheit CHSS*, 4, 44–50.
- Barrense-Dias, Y., Chok, L., & Suris, J.-C. (2021). A picture of the mental health of adolescents in Switzerland and Liechtenstein. Centre universitaire de médecine générale et santé publique (Unisanté). <https://doi.org/10.16908/ISSN.1660-7104/323>
- Bieri, U., Kocher, J. P., Gauch, C., Tschöpe, S., Venetz, A., Hagemann, M., Schwab, M., Schüpbach, S., & Frind, A. (2016). Bevölkerungsbefragung «Erhebung Gesundheitskompetenz 2015»: Schlussbericht. Bundesamt für Gesundheit.
- Bigler, C., Pita, Y., & Amacker, M. (2024). Psychische Gesundheit von jungen Frauen. Mandat für die Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz. https://gesundheitsfoerderung.ch/sites/default/files/2024-05/Bericht_2024-05_Psychische%20Gesundheit%20von%20jungen%20Frauen.pdf
- Chok, L., Suris, J.-C., & Barrense-Dias, Y. (2023). Adolescents' mental health and emotional problems: A qualitative study in Switzerland. *Qualitative Research Journal*, 23(2), 181–190. <https://doi.org/10.1108/QRJ-08-2022-0115>
- Creswell, J. W., & Creswell, J. D. (2017). *Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches*. 4th Edition. Sage: Thousand Oaks.
- De Gani, S., Jaks, R., Bieri, U., & Kocher, J. (2023a). Health Literacy Survey Schweiz 2019–2021. Schlussbericht mit überarbeiteten Empfehlungen. Careum Stiftung.
- De Gani, S., Beese, A., Guggiari, E., Jaks, R. (2023b). Konzeptpapier zur Gesundheitskompetenz. Careum Zentrum für Gesundheitskompetenz, Zürich. Im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG), Bern.
- Des Courtis, N., Lauber, C., Costa, C. T., & Cattapan-Ludewig, K. (2008). Beliefs about the mentally ill: A comparative study between healthcare professionals in Brazil and in Switzerland. *International Review of Psychiatry*, 20(6), 503–509. <https://doi.org/10.1080/09540260802565125>
- Dey, M., Marti, L., & Jorm, A. F. (2019). The Swiss Youth Mental Health Literacy and Stigma Survey: Study methodology, survey questions/vignettes, and lessons learned. *The European Journal of Psychiatry*, 33(2), 72–82. <https://doi.org/10.1016/j.ejpsy.2018.12.001>
- Dey, M., Marti, L., & Jorm, A. F. (2022). Teachers' Experiences with and Helping Behaviour Towards Students with Mental Health Problems. *International Education Studies*, 15(5), 118. <https://doi.org/10.5539/ies.v15n5p118>
- Dey, M., Marti, L., & Vigeli, V. (2018). Schweizer Befragung von Jugendlichen / jungen Erwachsenen zur psychischen Gesundheitskompetenz und Stigma. Erste Resultate zuhanden der an der Studie beteiligten Schulen – LANGVERSION (ISGF Bericht Nr. 390a/2018). Schweizer Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung.
- 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), e0235034. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0235034>
- Doll, C. M., Michel, C., Betz, L. T., Schimmelmann, B. G., & Schultze-Lutter, F. (2022). The Important Role of Stereotypes in the relation between Mental Health Literacy and Stigmatization of Depression and Psychosis in the Community. *Community Mental Health Journal*, 58(3), 474–486. <https://doi.org/10.1007/s10597-021-00842-5>
- Endes, S., Kraft, E., Lehmann, J., Büchler, S., & Manike, K. (2023). *Evaluation der Kampagne «Wie geht's dir?» 2018–2022*. Im Auftrag von Gesundheitsförderung Schweiz. EcoPlan.
- Ettlin, R., Geiger, L. (2023). Report final. Évaluation de la campagne de santé psychique en Suisse. Im Auftrag von Gesundheitsförderung Schweiz. Socialdesign.
- Goffmann, E. (1963). *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*. Simon & Schuster.
- Hengartner, M. P., Loch, A. A., Lawson, F. L., Guarniero, F. B., Wang, Y.-P., Rössler, W., & Gattaz, W. F. (2012). Attitudes of mental health professionals towards persons with schizophrenia: A transcultural comparison between Switzerland and Brazil. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 39(4), 115–121. <https://doi.org/10.5167/UZH-64884>
- Jorm, A. F. (2020a). Eine Einführung in das Konzept Mental Health Literacy. In Bollweg, T.M., Bröder, J., & Pinheiro, P. (Hrsg.), *Health Literacy im Kindes- und Jugendalter. Gesundheit und Gesellschaft*. Springer VS.
- Jorm, A. F. (2020b). We need to move from 'mental health literacy' to 'mental health action'. *Mental Health & Prevention*, 18, 200179. <https://doi.org/10.1016/j.mhp.2020.200179>
- Jorm, A. F. (2019). The concept of mental health literacy. In O. Okan, U. Bauer, D. Levin-Zamir, P. Pinheiro, & K. Sørensen (Hrsg.), *International Handbook of Health Literacy* (S. 53–66). Policy Press. <https://doi.org/10.51952/9781447344520.ch004>

- Jorm, A. F., Korten, A. E., Rodgers, B., Pollitt, P., Jacomb, P. A., Christensen, H., & Jiao, Z. (1997). Belief systems of the general public concerning the appropriate treatments for mental disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 32(8), 468–473. <https://doi.org/10.1007/BF00789141>
- Jorm, A. F., Korten, A. E., Jacomb, P. A., Christensen, H., Rodgers, B., & Pollitt, P. (1997). Mental health literacy: a survey of the public's ability to recognise mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *The Medical journal of Australia*, 166(4), 182–186. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.1997.tb140071.x>
- Kerry, M. J., Robin, D., Albermann, K., & Dratva, J. (2024). Measuring mental health action competencies in school teachers: Internal and external validity evidence. *Frontiers in Digital Health*, 6, 1257392. <https://doi.org/10.3389/fdgh.2024.1257392>
- König, L., Hamer, T., & Suhr, R. (2023). Die psychische Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland. *Prävention und Gesundheitsförderung*. <https://doi.org/10.1007/s11553-023-01079-8>
- Kutcher, S., Wei, Y., & Coniglio, C. (2016). Mental Health Literacy: Past, Present, and Future. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 61(3), 154–158. <https://doi.org/10.1177/0706743715616609>
- Lauber, C., Ajdacic-Gross, V., Fritschi, N., Stulz, N., & Rössler, W. (2005). Mental health literacy in an educational elite – an online survey among university students. *BMC Public Health*, 5(1), 44. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-5-44>
- Lauber, C., Nordt, C., Falcato, L., & Rössler, W. (2000). Bürgerhilfe in der Psychiatrie: Determinanten von Einstellung und tatsächlichem Engagement. *Psychiatrische Praxis*, 27, 347–350.
- Lauber, C., Nordt, C., Falcato, L., & Rössler, W. (2002). Determinants of Attitude to Volunteering in Psychiatry: Results of a Public Opinion Survey in Switzerland. *International Journal of Social Psychiatry*, 48(3), 209–219. <https://doi.org/10.1177/002076402128783253>
- Lauber, C., Nordt, C., Falcato, L., & Rössler, W. (2003). Do people recognise mental illness? *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 253(5), 248–251. <https://doi.org/10.1007/s00406-003-0439-0>
- Lincoln, A. K., Arford, T., Doran, M. V., Guyer, M., & Hopper, K. (2015). A preliminary examination of the meaning and effect of limited literacy in the lives of people with serious mental illness. *Journal of Community Psychology*, 43(3), 315–320.
- Maier, T., Moergeli, H., Kohler, M., Carraro, G. E., & Schnyder, U. (2015). Mental health professionals' attitudes toward patients with PTSD and depression. *European Journal of Psychotraumatology*, 6(1), 28693. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v6.28693>
- Marelli, R., & Baer, N. (2023). Psychische Gesundheit und Arbeitsplatz: Welche Werkzeuge stehen Hausärzten zur Verfügung, um ihren Patienten mit Problemen am Arbeitsplatz die Wiederaufnahme der Arbeit zu erleichtern? *Therapeutische Umschau*, 80(2), 55–60. <https://doi.org/10.1024/0040-5930/a001409>
- Office fédéral de la statistique OFS (2022). Traitements pour troubles psychiques chez les jeunes en 2020 et 2021. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/catalogues-banques-donnees.assetdetail.23605658.html>
- Osman, N., Michel, C., Schimmelmänn, B. G., Schilbach, L., Meisenzahl, E., & Schultze-Lutter, F. (2023). Influence of mental health literacy on help-seeking behaviour for mental health problems in the Swiss young adult community: A cohort and longitudinal case-control study. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 273(3), 649–662. <https://doi.org/10.1007/s00406-022-01483-9>
- Peter, C., Tuch, A., & Schule, D. (2023). Psychische Gesundheit – Erhebung Herbst 2022. Wie geht es der Bevölkerung in der Schweiz? Sucht sie sich bei psychischen Problemen Hilfe? Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan). https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/2023-05/Obsan_03_2023_BERICHT.pdf
- Richner, D., Bernet, F., Ulshöfer, C. T., & Guggenbühl, L. (2021). *Weiss die Schweiz, was sie für ihre psychische Gesundheit tun kann? Ergebnisse einer repräsentativen Befragung zur psychischen Gesundheitskompetenz in der Schweiz*. Gesundheitsförderung Schweiz.
- Robin, D., Albermann, K., & Dratva, J. (2023). Schulprogramme zur Förderung der psychischen Gesundheit. Die psychische Gesundheitskompetenz von Lehrpersonen als wichtiger Umsetzungsfaktor. *Zeitschrift für Prävention und Gesundheitsförderung*, 18(1), 59–67. <https://doi.org/10.1007/s11553-022-01008-1>
- Robin, D., Messerle, N., Mehdiyeva, R., Albermann, K., & Dratva, J. (2021). Schlussbericht. Psychische Gesundheitskompetenz von Lehr- und Betreuungspersonen: Eine Befragung von Lehr- und Betreuungspersonen im Hinblick auf psychische Belastungen, Störungen und Erkrankungen von Schülerinnen und Schülern in Winterthur. Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften. <https://digitalcollection.zhaw.ch/handle/11475/23295>
- Rössler, W. (2016). Handlungsfelder der psychiatrischen Versorgung. Analysen, Konzepte, Erfahrungen aus dem Zürcher Impulsprogramm zur nachhaltigen Entwicklung der Psychiatrie. Stuttgart: Kohlhammer Verlag.

- Schmid, H., Müller, B., & Gutmann, R. (2008). Luzerner Bündnis gegen Depression. Bestandesaufnahme 'Mental health literacy'. Fachhochschule Nordwestschweiz.
- Schneider, M., Jaks, R., Nowak-Flück, D., Nicca, D., & De Gani, S. M. (2021). Mental Health Literacy in Zurich: A First Measurement Attempt Using the General HLS-EU-Q47. *Frontiers in Public Health*, 9, 723900. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.723900>
- Schnurr, S. (2003). Vignetten in quantitativen und qualitativen Forschungsdesigns. In *Empirische Forschung und Soziale Arbeit. Ein Lehr- und Arbeitsbuch* (S. 393–400).
- Schuler, D., Tuch, A., Sturny, I., & Peter, C. (2023). Psychische Gesundheit Kennzahlen 2021 (2023 01; Obsan Bulletin). Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan).
- Singh, I. (2005). Will the 'real boy' please behave: Dosing dilemmas for parents of boys with ADHD. *American Journal of Bioethics*, 5(3), 34–47. <https://doi.org/10.1080/15265160590945129>
- Sorensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., Brand, H., & Consortium Health Literacy Project, E. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12, 80. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>
- Sowislo, J. F., Gonet-Wirz, F., Borgwardt, S., Lang, U. E., & Huber, C. G. (2017). Perceived Dangerousness as Related to Psychiatric Symptoms and Psychiatric Service Use – a Vignette Based Representative Population Survey. *Scientific Reports*, 7(1), 45716. <https://doi.org/10.1038/srep45716>
- Spiker, D. A., & Hammer, J. H. (2019). Mental health literacy as theory: Current challenges and future directions. *Journal of Mental Health*, 28(3), 238–242. <https://doi.org/10.1080/09638237.2018.1437613>
- Sweileh, W. (2021). Global research activity on mental health literacy. *Middle East Current Psychiatry*, 28(1), 43. <https://doi.org/10.1186/s43045-021-00125-5>
- Tavousi, M., Mohammadi, S., Sadighi, J., Zarei, F., Kermani, R. M., Rostami, R., & Montazeri, A. (2022). Measuring health literacy: A systematic review and bibliometric analysis of instruments from 1993 to 2021. *PLOS ONE*, 17(7), e0271524. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0271524>
- Thornicroft, G., Sunkel, C., Alikhon Aliev, A., Baker, S., Brohan, E., El Chammay, R., Davies, K., Demissie, M., Duncan, J., Fekadu, W., Gronholm, P. C., Guerrero, Z., Gurung, D., Habtamu, K., Hanlon, C., Heim, E., Henderson, C., Hijazi, Z., Hoffman, C., ... Winkler, P. (2022). The Lancet Commission on ending stigma and discrimination in mental health. *The Lancet*, 400(10361), 1438–1480. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)01470-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)01470-2)
- Ulshöfer, C., Richner, D., & Bernet, F. (2023). Faktenblatt 86: Monitoring Ressourcen Psychische Gesundheit 2023. Bern und Lausanne: Gesundheitsförderung Schweiz.
- von Kardorff, E., Harbusch, M., & Robin, D. (2025). Zur Gesellschaft der verletzten Seelen. Neue soziologische Perspektiven auf die Psychiatrie und die Subjekte. Springer VS. <https://doi.org/10.1007/978-3-658-47031-9>
- Wang, J., Häusermann, M., Berrut, S., & Weiss, M. G. (2013). The impact of a depression awareness campaign on mental health literacy and mental morbidity among gay men. *Journal of Affective Disorders*, 150(2), 306–312. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.04.011>
- Wang, J., Häusermann, M., & Weiss, M. G. (2014). Mental health literacy and the experience of depression in a community sample of gay men. *Journal of Affective Disorders*, 155, 200–207. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.11.001>
- Wei, Y., McGrath, P. J., Hayden, J., & Kutcher, S. (2015). Mental health literacy measures evaluating knowledge, attitudes and help-seeking: A scoping review. *BMC Psychiatry*, 15(1), 291. <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0681-9>

07 Médias numériques: risques et bienfaits pour la santé mentale



Gregor Waller & Jael Bernath
Université des sciences appliquées de Zurich (ZHAW)
Michael P. Hengartner, Haute école spécialisée Kalaidos

Messages clés

- La recherche consacrée à l'impact potentiel des médias numériques sur la santé mentale se concentre davantage sur les risques que sur les bienfaits. Or ces médias ont des effets aussi bien positifs que négatifs.
- Les médias numériques peuvent améliorer la santé mentale en renforçant les relations sociales et en donnant accès à l'information.
- De nombreuses applications servent à préserver la santé mentale, mais rares sont celles dont l'efficacité a fait l'objet d'une évaluation empirique.
- La téléthérapie numérique s'est révélée particulièrement efficace pour traiter les dépressions et les troubles anxieux, le plus souvent en se basant sur des programmes de thérapie cognitivo-comportementale.
- La corrélation entre utilisation des médias numériques et problèmes psychosociaux tels que les symptômes dépressifs, l'anxiété, l'agressivité ou la solitude est en général faible. On ne connaît pas non plus le lien exact de cause à effet.
- La représentation idéalisée de cadres de vie sur les réseaux sociaux peut avoir un impact négatif sur l'estime de soi et l'image corporelle.
- Le TDAH et l'utilisation problématique des médias s'influencent mutuellement : le TDAH augmente le risque de développer une utilisation problématique des médias numériques et une utilisation problématique des médias numériques peut renforcer les symptômes du TDAH.
- L'utilisation de médias à écran juste avant le coucher ou pendant la nuit peut détériorer la qualité du sommeil et réduire sa durée.
- Le surplus d'informations, le sentiment de devoir être joignable en tout temps ou le syndrome FOMO (fear of missing out, soit la peur de manquer quelque chose) peuvent être source de stress. L'ampleur des effets varie cependant beaucoup d'un individu à l'autre.
- Le cyberharcèlement, le discours de haine, le pédopiéage et la sextorsion sont des phénomènes problématiques qui interviennent en ligne et qui peuvent avoir des conséquences graves, comme la dépression, des troubles anxieux, des pensées suicidaires ou l'exclusion sociale. Les données sur la fréquence de ces phénomènes varient considérablement selon l'étude, car les définitions et les méthodes de mesure sont rarement les mêmes.
- Certaines personnes développent un comportement addictif dans l'utilisation des médias numériques, et ce comportement engendre une souffrance ainsi que des handicaps psychosociaux et physiques.
- De nombreuses études se basent actuellement sur des analyses transversales qui ne permettent pas de tirer des conclusions quant aux causes et aux effets. À l'avenir, il sera nécessaire de mener des études expérimentales et à long terme, qui se pencheront de plus près non seulement sur la durée d'utilisation, mais aussi sur les contenus des médias numériques et les modes de consommation, ainsi que sur les facteurs individuels et contextuels.

7.1 Introduction

Ce chapitre se concentre sur les interactions complexes entre médias numériques et santé mentale. L'expression «médias numériques» désigne tous les types de médias qui stockent, traitent et transmettent des informations sous forme numérique (Manovich, 2001). Elle englobe une multitude de plateformes, d'appareils et de logiciels, tels les ordinateurs, les smartphones, les tablettes, les téléviseurs, les radios, les services en ligne, les applications, les réseaux sociaux, les plateformes vidéo ainsi que les systèmes de réalité virtuelle ou de réalité augmentée.

D'année en année, les médias numériques s'imposent toujours davantage dans notre quotidien. Utilisés à bon escient, ils peuvent exercer une influence positive sur notre existence et améliorer notre santé mentale (Fuhr et al., 2024). Ils multiplient par exemple les occasions d'avoir des contacts sociaux et d'obtenir un soutien social, donnent accès à des idées et à des connaissances, y compris celles qui concernent la santé (Chassiakos et al., 2016). À l'inverse, on peut associer un usage inadéquat des médias numériques à divers problèmes psychiques. Ceux-ci comprennent notamment la cyberdépendance (Marciano et al., 2021; Trivedi et al., 2021), la solitude et l'humeur dépressive liées à l'utilisation des réseaux sociaux (Huang, 2020), ainsi que du stress (Shannon et al., 2021) ou la diminution de l'estime de soi (Tiwari, 2023). Dans l'ensemble, les résultats révèlent que les médias numériques sont à même de promouvoir la santé mentale, mais qu'ils peuvent aussi avoir des conséquences néfastes. Ce risque vaut en particulier pour les groupes de population plus vulnérables, tels les enfants, les adolescents et les jeunes adultes (Nagar, 2023).

Ce chapitre se fonde sur une étude systématique de la littérature issue de travaux de recherche nationaux et internationaux pour mettre en lumière son sujet principal, à savoir les corrélations potentielles entre utilisation des médias numériques et santé mentale. Pour étayer les résultats décrits ici à l'aide de preuves, le propos se réfère à des études longitudinales, à des méta-analyses et à des articles de synthèse, dans la mesure où il en existe. De telles approches permettent de se faire une bonne idée de la fiabilité des résultats et de la possibilité de les généraliser.

7.2 Utilisation des médias numériques

Enfants en âge préscolaire

Les résultats représentatifs de l'étude ADELE+ (activités – digitales [sic] – éducation – loisirs – enfants) montrent (Bernath et al., 2020) que les ménages suisses comptant des enfants en âge préscolaire sont équipés d'une grande variété de médias. Les médias numériques sont toutefois rarement présents dans les chambres d'enfants, où l'on trouve

plutôt des lecteurs audio et des radios. Dans l'ensemble, les parents ne permettent qu'une utilisation modérée des médias numériques chez les enfants en âge préscolaire. Les médias classiques, tels les livres, la radio et la télévision, occupent en revanche une plus grande place dans leur quotidien. Dans cette tranche d'âge, la télévision représente le principal média à écran: 70% des enfants la regardent régulièrement. Le temps d'écran moyen par enfant, soit le temps consacré à la télévision ou à des jeux vidéo, est de 56 minutes par jour. Il apparaît que les enfants issus de foyers peu instruits passent plus de temps devant des écrans que les enfants issus de familles possédant un niveau de formation formelle plus élevé. Les contenus médiatiques que les enfants consomment le plus souvent correspondent en grande partie à leur âge: cela vaut pour les livres, les programmes de télévision ou les films, mais aussi pour les jeux vidéo. L'étude souligne que la plupart des enfants d'âge préscolaire consacrent beaucoup plus de temps à des activités de loisirs non médiatiques, tels les jeux, le sport ou les activités créatives, celles-ci représentant plus de cinq fois le temps qu'ils passent devant un écran. Presque tous les foyers définissent des règles concernant l'usage des médias, tant en ce qui concerne la durée d'utilisation que le contenu, et de nombreux parents encadrent activement leurs enfants lors de l'utilisation des médias à écran (Bernath et al., 2020).

Enfants en âge de fréquenter l'école primaire

L'étude MIKE (Medien, Interaktion, Kinder, Eltern) donne un aperçu de la manière dont les élèves du primaire en Suisse occupent leurs loisirs et utilisent les médias (Suter et al., 2023). L'un de ses principaux constats est que les activités non médiatiques marquent également le quotidien de ce groupe d'âge: un tiers des enfants passent chaque jour du temps à faire leurs devoirs ou à jouer, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur. Les médias traditionnels, comme la télévision et les lecteurs audio, occupent par ailleurs une grande place dans les médias utilisés: environ 80% des enfants s'en servent au moins une fois par semaine. Par rapport aux années précédentes, c'est surtout le recours aux services de streaming, notamment Netflix, qui est frappant. YouTube est aussi très populaire, puisque trois quarts des enfants du primaire consultent cette plateforme au moins une fois par semaine. L'utilisation des téléphones portables et d'Internet augmente au fil des années passées à l'école primaire. Les garçons apprécient en particulier les jeux vidéo, qui constituent leur activité numérique préférée. Vers la fin de l'école primaire, l'activité sur les réseaux sociaux et les messageries s'accroît également, WhatsApp et TikTok étant les plateformes les plus fréquentées. Dans le monde actuel des médias numériques, les enfants du primaire font des expériences aussi bien positives que négatives. Presque 80% de ceux qui naviguent sur la Toile affirment y avoir déjà trouvé des contenus qui les ont mis de bonne humeur ou dont ils ont appris quelque chose. Il n'est pas rare non plus qu'ils accèdent à des contenus anxiogènes (50%) ou inadaptés aux enfants

(40%). Ces observations montrent l'importance des conseils des adultes pour aider les enfants du primaire à utiliser les médias de manière sûre et responsable. Les parents jouent un rôle central dans le comportement médiatique des enfants. Preuve en est le fait que les enfants reprennent souvent les habitudes médiatiques de leurs parents (Suter et al., 2023).

Les parents jouent un rôle central dans le comportement des enfants face aux médias numériques, puisque ceux-ci reprennent souvent les habitudes médiatiques de leurs parents.

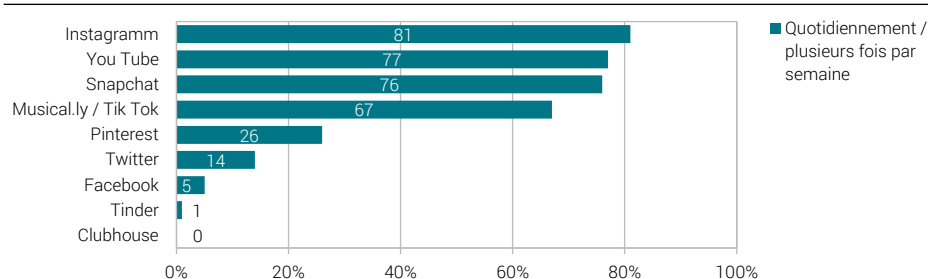
Adolescents

L'étude JAMES (jeunes, activités, médias – enquête suisse) fournit d'importantes indications sur l'utilisation des médias par les jeunes âgés de 12 à 19 ans vivant en Suisse (Killing et al., 2022). Les ménages comptant des adolescents sont dotés d'une très large variété de médias. Cet équipement s'est complètement modifié au cours des dernières décennies (Waller et al., 2021). Presque tous les jeunes possèdent un smartphone, qui est leur sésame vers le monde numérique. L'utilisation d'Internet fait également partie intégrante de leur vie: ils passent en moyenne plus de trois heures par jour en ligne, la durée d'utilisation s'avérant plus longue le weekend. Les jeunes issus de familles au statut socio-économique moins élevé surfent sur la Toile de manière plus intensive que les adolescents provenant de familles plus favorisées. Les réseaux sociaux jouent également un rôle central dans le quotidien médiatique des jeunes. Parmi ceux-ci, 98% possèdent un profil chez au moins un fournisseur, Instagram, YouTube et Snapchat jouissant d'une grande popularité (voir graphique G7.1). En ce qui concerne les réseaux plus récents, comme TikTok et Pinterest, les filles sont les premières à se tourner vers les nouvelles plateformes et lancent ainsi le mouvement général. Les garçons suivent souvent avec un peu de retard. En matière de communication, la messagerie WhatsApp domine, tandis que les autres services n'occupent qu'une place marginale. Les garçons apprécient particulièrement les jeux vidéo. L'industrie de ces jeux se tourne toutefois de plus en plus vers les filles. Cela se traduit notamment par le fait que des personnages féminins interviennent toujours plus souvent dans les jeux vidéo. La préférence des jeunes pour les «jeux gratuits», qui comprennent souvent des achats intégrés, constitue une autre grande tendance. Bien que leur téléchargement soit gratuit, ces jeux peuvent comporter des dépenses cachées à même de placer les jeunes utilisateurs face à des problèmes financiers. Il est en outre intéressant de relever que les jeunes ne se contentent pas de jouer seuls, mais considèrent de plus en plus les jeux vidéo comme une activité sociale qui leur permet d'interagir avec d'autres en ligne. En ce qui concerne la protection des

données et de la sphère privée, environ un quart des personnes interrogées sont préoccupées par le fait que leurs données personnelles soient visibles en ligne. Dans le même temps, la configuration des paramètres de confidentialité est en baisse (Külling et al., 2022).

Utilisation des réseaux sociaux chez les adolescents suisses, en 2022

G7.1



Source: ZHAW – Étude JAMES

© Obsan 2025

Adultes

L'étude Digimonitor (monitoring de l'usage des médias et des appareils numériques), réalisée sur mandat de l'Interessengemeinschaft Elektronische Medien (IGEM), a fourni pour 2023 des informations détaillées sur l'utilisation des médias chez les adultes en Suisse (Fischer, 2023). En la matière, Internet et la télévision arrivent en pole position: environ 95% des personnes interrogées surfent sur Internet (Latzer et al., 2023b) et 93% des ménages sont équipés d'une télévision (Fischer, 2023). Dans ce groupe d'âge, 90% des personnes consultent des plateformes numériques pour s'informer sur l'actualité et les portails d'information en ligne des journaux classiques jouissent d'une grande popularité. L'utilisation d'Internet à des fins professionnelles et privées représente en moyenne 5,6 heures par jour et a quadruplé depuis 2011 (Latzer et al., 2023a). Ce sont les jeunes âgés de 20 à 29 ans qui passent le plus de temps sur Internet, avec une durée d'utilisation moyenne de 7,9 heures par jour. Ils sont suivis par les 30 à 49 ans, qui restent en moyenne 6,6 heures par jour en ligne, et les 50 à 69 ans, avec 4,8 heures. L'utilisation mobile d'Internet a elle aussi fortement progressé ces dernières années. Aujourd'hui, 86% de la population accèdent à Internet via un téléphone portable ou un autre appareil mobile, même en déplacement (Latzer et al., 2023b). Les adultes jouent également à des jeux vidéo: environ 25% (31% des hommes et 19% des femmes) le font quotidiennement (Schuler, 2024).

Les adultes passent en moyenne six heures par jour en ligne.

Les applications de suivi ou de gestion de la santé rencontrent un succès croissant en Suisse: 53% des internautes s'en servent désormais pour mesurer leurs performances, comme compter leurs pas ou enregistrer leurs activités sportives. Cette tendance s'est nettement renforcée depuis 2017, où seuls 30% des adultes recouraient à ce genre d'applications (Latzer et al., 2023a). La numérisation gagne également en importance dans les loisirs: les gens passent aujourd'hui un cinquième de leur temps libre en ligne (22%) et une rencontre sur dix dans le cadre privé a lieu en ligne (13%) (Latzer et al., 2023b). Les réseaux sociaux font également partie intégrante du quotidien numérique, Instagram ayant remplacé Facebook (2,8 millions d'utilisateurs, 41,7%) en tête du hit-parade des plateformes les plus en vogue en Suisse, avec 2,9 millions d'utilisateurs (42,2%) (Fischer, 2023). TikTok a suivi une croissance modérée pour atteindre 1,1 million d'utilisateurs. En ce qui concerne les différences d'âge, on constate que les jeunes utilisent plus souvent les réseaux sociaux comme Instagram et TikTok, tandis que les personnes plus âgées ont plutôt recours aux médias traditionnels comme la télévision et la radio. Les agents conversationnels basés sur l'IA, tel Chat-GPT, ont connu une ascension fulgurante: plus d'un million de personnes en Suisse, soit 15% de la population, s'en servent déjà. Cette évolution révèle l'intérêt croissant pour l'intelligence artificielle et ses applications potentielles dans la vie quotidienne, les jeunes et les personnes en formation étant particulièrement friands de cette technologie (Fischer, 2023). L'utilisation d'Internet en Suisse peut aussi poser des problèmes: 36% des internautes déclarent passer davantage de temps en ligne qu'ils ne le souhaiteraient. Un quart des personnes interrogées (24%) estiment même que la navigation sur Internet leur fait perdre un temps précieux, dont elles auraient besoin pour des choses plus importantes (Latzer et al., 2023b).

Personnes âgées

L'étude Digital seniors 2020 (réalisée sur mandat de Pro Senectute) met en lumière l'intégration croissante des médias numériques dans la vie quotidienne des personnes âgées en Suisse (Seifert et al., 2020). Ses résultats montrent qu'environ trois quarts des plus de 65 ans utilisent régulièrement Internet. Cette proportion représente une hausse considérable par rapport à l'enquête de 2015 (56%). Parmi les internautes seniors, 60% se rendent sur le Web chaque jour et 27% plusieurs fois par semaine. Il apparaît aussi que l'utilisation d'Internet dépend beaucoup de l'âge: alors que presque toutes les personnes âgées de 65 à 69 ans surfent sur la Toile, cette proportion tombe à moins de 40% chez les plus de 85 ans. L'enquête révèle par ailleurs qu'un fossé se perpétue entre les sexes: tandis que 84% des hommes âgés consultent régulièrement Internet, seulement 67% des femmes âgées en font autant. L'écart s'est pourtant réduit ces dernières années. Les personnes possédant un niveau de formation élevé se servent d'Internet de manière plus intensive que celles ayant un niveau de formation plus bas. Les personnes âgées jouent également

à des jeux vidéo: parmi les personnes âgées de 65 à 79 ans, environ 24% jouent chaque jour, et elles sont encore environ 17% à le faire chez les 80 ans ou plus (Schuler, 2024). Relevons en particulier l'accroissement du recours à des appareils mobiles, comme les smartphones et les tablettes. Leur fréquence d'utilisation a presque doublé: si 32% des seniors utilisaient un smartphone en 2014, leur proportion se situait déjà à 69% en 2020. Il en va de même pour les tablettes, dont l'utilisation est passée de 26% à 43%. L'étude souligne également l'importance des dispositifs portables, tels les bracelets de fitness (8%) ou les montres connectées (3%). Bien que seule une minorité de personnes âgées en Suisse se servent actuellement de ce genre d'appareils, cette technologie recèle un grand potentiel. Cela vaut en particulier pour le suivi et la promotion de la santé (Seifert et al., 2020).

Trois quarts des personnes de plus de 65 ans utilisent régulièrement Internet. Cette proportion représente une hausse considérable par rapport à l'enquête de 2015 (56%).

7.3 Bienfaits des médias numériques pour la santé mentale

Pour diverses raisons, la recherche se concentre davantage sur les risques des médias numériques que sur leurs bienfaits. D'une part, il est plus facile d'obtenir des fonds pour financer des études axées sur les risques. D'autre part, les études qui ne mettent aucun problème au jour («résultats nuls») sont moins souvent publiées et moins bien perçues («biais de publication»; van Aert & Niemeyer, 2022). Il existe néanmoins une série d'observations positives que nous présentons dans ce chapitre.

Amélioration de la santé mentale et acquisition de nouvelles connaissances

Enrichissement du vocabulaire

Dans une méta-analyse, Mengguo et al. (2023) ont constaté une corrélation faible, mais positive ($r = 0,23$) entre l'utilisation de médias à écran et le développement du vocabulaire chez les enfants de moins de 6 ans. L'effet se manifeste tant au niveau de la compréhension que de la production de mots. Cette corrélation positive s'accroît avec l'âge. Relevons qu'il n'existe, en la matière, pas de différence entre les filles et les garçons, bien que le développement du langage à cet âge intervienne en général plus rapidement chez les filles (Leaper & Smith, 2004). Les médias interactifs produisaient par ailleurs un effet

plus marqué que les médias non interactifs. De même, les livres numériques contenant des informations de fond et des explications complémentaires favorisent une compréhension plus approfondie du contenu chez les enfants de 1 à 8 ans que les livres papier classiques (Furenes et al., 2021). Les livres numériques s'avèrent plus efficaces dans l'acquisition du vocabulaire que les livres papier, surtout s'ils contiennent un dictionnaire qui définit les mots et les expressions rares. Soulignons néanmoins que l'aide fournie par des adultes, lors de la lecture de livres par exemple, apporte toujours un avantage qui dépasse les bienfaits des outils numériques (Furenes et al., 2021).

Réseaux sociaux et bien-être

Les réseaux sociaux, à l'instar de Facebook ou d'Instagram, peuvent exercer une influence positive sur le bien-être des jeunes de 11 à 19 ans, à condition que ces derniers s'en servent de manière appropriée. C'est du moins ce qui ressort d'une métasynthèse de Shankleman et al. (2021). Ces réseaux aident les jeunes à établir et à entretenir des relations personnelles ainsi qu'à trouver un soutien social, tout en renforçant leur sentiment d'appartenance. Ils leur permettent également de construire et d'exprimer leur identité, ce qui peut accroître leur estime de soi. Les réseaux sociaux donnent par ailleurs accès à un large éventail d'informations provenant de l'environnement privé et à des contenus éducatifs qui peuvent favoriser l'apprentissage et contribuer ainsi au développement intellectuel. Enfin, ces réseaux peuvent fournir un appui pour surmonter des émotions négatives ou servir à remonter le moral, par exemple lorsque leur contenu est humoristique (Butt, 2020; Drazenovic et al., 2023; Marciano et al., 2021; Shankleman et al., 2021). Selon des études de synthèse, les réseaux sociaux ont également des effets positifs chez les adultes et les seniors (Chen et al., 2022; Kusumota et al., 2022). Ils améliorent la communication par-delà de grandes distances et, en augmentant la participation sociale, ils favorisent l'indépendance et la confiance en soi. Leur utilisation peut atténuer les symptômes dépressifs chez les personnes âgées qui vivent seules (Chen et al., 2022). Colombo-Ruano et Gonzalez-Gonzalez (2022) soulignent que les réseaux sociaux proposent parfois aussi des contenus pédagogiques destinés aux seniors. Ces auteures signalent également que le fait de recourir aux réseaux sociaux peut maintenir les personnes d'un âge avancé en forme sur le plan cognitif. Lei et al. (2024) relèvent que les adultes plus âgés n'utilisent pas les réseaux sociaux de la même manière que les adultes plus jeunes. Ils s'attachent plutôt à entretenir des relations étroites avec d'autres personnes, un effort à même d'accroître leur bien-être psychosocial.

Utilisation d'Internet et santé mentale

Les travaux d'Aggarwal et al. (2020) confirment que les résultats concernant l'utilisation des réseaux sociaux valent également pour le recours des seniors à Internet en général. Ils soulignent en outre le rôle de l'accès à l'information, aux achats en ligne ou aux opérations bancaires, soit des activités qui contribuent à accroître le sentiment d'autonomie et de capacité à maîtriser son existence. Une étude longitudinale menée de 2006 à 2021 auprès de plus de 2 millions de personnes âgées de plus de 15 ans dans 168 pays a montré que l'accès à Internet présente une corrélation positive avec la santé mentale. Et cette corrélation persiste même si l'on tient compte d'autres facteurs tels que le revenu, la formation, la profession, le statut relationnel, les besoins de base, comme boire et manger, ou l'état de santé. Cette corrélation s'avérerait cependant faible (Vuorre & Przybylski, 2024).

Jeux vidéo: estime de soi, santé mentale et perception

Selon Santos et al. (2021), les jeux vidéo actifs qui encouragent à faire de l'exercice améliorent la santé tant physique que psychique des enfants et des adolescents. Ils réduisent l'indice de masse corporelle (IMC), augmentent l'estime de soi et le sentiment de maîtriser son existence et favorisent ainsi le bien-être psychique et social. Dans une méta-analyse qui a porté sur 133 études, Bediou et ses collègues (2023) ont en outre découvert une forte corrélation positive entre le fait de jouer à des jeux vidéo actifs et des aspects cognitifs tels que la perception, l'attention et l'orientation spatiale.

Promotion de la santé et prévention

Informations en matière de santé

Les médias numériques recèlent un grand potentiel pour promouvoir la santé et la prévention et sont déjà largement utilisés à cette fin. En Suisse, ils servent de principale source d'information sur des sujets qui relèvent de la santé et de la prévention. Selon De Gani et al. (2021), 55% des adultes cherchent des renseignements sur la santé en consultant des sources numériques, principalement les sites Web spécialisés (61%) et les informations diffusées par les autorités (24%). Les réseaux sociaux et les applications de santé sont à cet effet moins populaires (8%) (Bühler & Hermann, 2022). Il n'existe pas de données spécifiques à ce sujet sur les jeunes en Suisse. Des études réalisées dans d'autres pays occidentaux montrent toutefois que les adolescents se tournent surtout vers les réseaux sociaux pour obtenir des renseignements en matière de santé

(Park & Kwon, 2018). Les sources numériques proposent des informations sur la santé peu coûteuses et faciles d'accès, permettent de faire des recherches anonymes sur des sujets sensibles et peuvent encourager les personnes concernées à solliciter une aide professionnelle (Pretorius et al., 2019). Outre ces avantages, la qualité (variable) des informations diffusées représente un défi. Faute de compétences numériques liées à la santé, de nombreuses personnes peinent à évaluer la fiabilité d'une source (De Gani et al., 2021; voir aussi chap. 6 Compétences en santé mentale).

Les médias numériques recèlent un grand potentiel pour promouvoir la santé et la prévention et sont déjà largement utilisés à cet effet.

Communautés virtuelles

L'échange d'informations et d'expériences en matière de santé a également lieu au sein des communautés virtuelles. Cet échange offre en particulier aux groupes marginalisés et aux personnes souffrant de maladies psychiques un soutien important de la part de personnes ayant un vécu similaire (Birnbaum et al., 2017; Byron & Hunt, 2017; Sweet et al., 2020). Les témoignages personnels faisant état de troubles psychiques atteignent des taux de diffusion élevés sur des plateformes comme Instagram ou TikTok. Or des études prouvent que la franchise avec laquelle les maladies psychiques sont abordées sur les réseaux sociaux peut atténuer la stigmatisation des personnes concernées (Zhang et al., 2024).

Applications destinées à promouvoir la santé et la prévention

Les applications de santé, notamment de santé mentale, disponibles sur le marché se sont multipliées ces dernières années en Suisse, et environ 30% des adultes s'en servent occasionnellement (De Gani et al., 2021). La fréquence de leur utilisation chez les jeunes n'est pas connue avec précision. Selon diverses enquêtes, les 15 à 49 ans confrontés à des problèmes psychiques recourent toutefois plus souvent que leurs aînés à des ressources numériques comme les podcasts et les applications (Ulshöfer et al., 2023). Une étude qualitative montre en outre que les jeunes sont très enclins à utiliser des outils numériques pour promouvoir la santé mentale (Hanimann et al., 2024).

Les dispositifs portables, tels les bracelets de fitness et les montres connectées qui enregistrent par exemple le nombre de pas, sont très populaires. Comme le révèle une méta-analyse, ils n'incitent pas uniquement leurs utilisateurs à faire davantage d'exercice, mais améliorent également leur condition physique et leur qualité de vie (Ghahfarokhi

et al., 2022). Une foule d'applications consacrées à la gestion du stress et à la pleine conscience visent à favoriser la prévention et à promouvoir la santé mentale. Un travail de synthèse a déterminé que la plupart de ces applications sont acceptables à bonnes, mais aussi montré que l'efficacité de 9% seulement d'entre elles a fait l'objet de tests scientifiques (Paganini et al., 2023). Les quelques études de castémoin faisant intervenir des participants répartis au hasard («études castémoin randomisées») ont constaté que les utilisateurs d'applications ont ressenti moins de stress, se sont sentis davantage maîtres de leur existence et ont accru leur vigilance.

Outre les applications de gestion du stress, il en existe de nombreuses autres destinées à évaluer ou à améliorer le sommeil. Des études comme celles de Doty et al. (2023) ont révélé que ces applications peuvent réduire le temps nécessaire à l'endormissement (latence à l'endormissement) grâce à des stimuli auditifs. Si les applications de suivi du sommeil mesurent de manière fiable la durée du sommeil et la latence à l'endormissement, elles sont moins précises quant à la qualité du sommeil (Reifman et al., 2024). Par ailleurs, seules de rares études ont cherché à déterminer l'influence que l'automonitorage du sommeil exerce sur le sommeil lui-même.

Les médias numériques gagnent aussi en importance dans la prévention de maladies psychiques telles que les troubles alimentaires, la dépression et les troubles anxieux. Certes, les mesures faisant intervenir Internet n'offrent en moyenne qu'une faible utilité en termes de prévention, les résultats des études sont mitigés et les données souvent peu fiables (Edge et al., 2023; Sander et al., 2016). Des études leur accordent néanmoins une certaine efficacité, en particulier pour prévenir les épisodes dépressifs qui peuvent être diagnostiqués, mais il est impossible de généraliser cette efficacité sans réserve (Ebert et al., 2017; Edge et al., 2023). Dans l'ensemble, les études existantes sur les applications de santé suggèrent que celles-ci recèlent un grand potentiel, notamment parce qu'elles sont très accessibles et faciles à utiliser. Des critiques portent cependant sur leur efficacité, souvent insuffisamment prouvée, ainsi que sur le manque de transparence et de sécurité dans le traitement des données personnelles (Paganini et al., 2023).

Médias numériques et traitement des maladies psychiques

Programmes thérapeutiques basés sur des logiciels ou sur Internet

Les longues listes d'attente chez les thérapeutes de même que le manque de temps et la difficulté à se rendre sur place font des moyens numériques un complément utile aux formes traditionnelles de traitement. Bon nombre d'études contrôlées et randomisées (RCT) ont désormais bien établi l'efficacité des programmes de thérapie cognitivo-comportementale basés sur des apps ou sur Internet pour traiter les troubles psychiques fréquents (Etzelmüller et al., 2020; Hedman et al., 2012). Cela vaut en particulier pour

les dépressions (Sztejn et al., 2018) et les troubles anxieux généralisés (Eilert et al., 2021). Qu'ils soient guidés ou non, les programmes de thérapie numérique sont efficaces, ceux qui sont guidés et qui offrent un contact occasionnel avec les thérapeutes tendant toutefois à fournir de meilleurs résultats (Karyotaki et al., 2021; Oey et al., 2023). Des preuves méta-analytiques relativement solides ont par ailleurs démontré l'efficacité des programmes de thérapie numérique cognitivo-comportementale pour soigner les troubles obsessionnels compulsifs (Machado-Sousa et al., 2023), l'insomnie (Zachariae et al., 2016), les troubles paniques (Polak et al., 2021), les troubles de phobie sociale (Guo et al., 2021) et l'abus d'alcool (Hadjistavropoulos et al., 2020). Chez les patients ayant participé aux essais, la thérapie cognitivo-comportementale guidée basée sur Internet semble en outre à peu près aussi efficace que la thérapie traditionnelle en face-à-face (Hedman-Lagerlof et al., 2023; Moshe et al., 2021; W. Zhang et al., 2023). Les bases scientifiques, la convivialité et la protection des données des apps à employer soi-même et sans guide soulèvent néanmoins des questions (Huguet et al., 2016), de sorte que la prudence est de mise lors de leur utilisation (Wright et al., 2019). Des preuves solides existent surtout quant à l'efficacité des programmes de thérapie cognitivo-comportementale (Linardon et al., 2024). Depuis quelque temps, les méthodes psychodynamiques donnent également des résultats prometteurs (Lindegaard et al., 2020; Mechler et al., 2022, 2024). Les études à ce sujet sont cependant moins nombreuses et les résultats reposent sur un petit nombre de personnes, d'où l'impossibilité d'en tirer des conclusions sans réserve. Des preuves et des démonstrations scientifiques font largement défaut pour ce qui est de la psychothérapie systémique ou humaniste.

De nombreuses études ont largement établi l'efficacité de programmes de traitement cognitivo-comportementaux basés sur Internet ou utilisant des apps. Cela vaut en particulier pour les dépressions et les troubles anxieux.

Jeux vidéo sérieux

Les jeux vidéo sérieux sont des jeux numériques spécialement conçus à des fins autres que le simple divertissement. Ils font l'objet d'études de plus en plus nombreuses, car ils constituent un moyen prometteur de promouvoir la santé mentale. Ils semblent à même de traiter et de prévenir des troubles psychiques, comme la dépression, l'anxiété ou le TDAH (Kowal et al., 2021) et peuvent compléter les formes d'intervention traditionnelles. Ces jeux peuvent par ailleurs contribuer à améliorer les capacités cognitives telles que le contrôle de l'attention et la flexibilité cognitive. Une méta-analyse a montré que les jeux vidéo sérieux peuvent améliorer modérément des symptômes si on compare leur utilisation à l'absence totale d'intervention (Ho Ming Lau et al., 2017).

7.4 Risques pour la santé mentale

Risques pour la santé mentale et pour les capacités sociales et cognitives

De nombreuses études ont examiné l'impact de différentes caractéristiques de l'utilisation des médias numériques sur la santé mentale. Comme par le passé, les connaissances reposent cependant souvent sur des études transversales qui ne permettent pas d'identifier des relations de cause à effet. De plus, ces travaux mettent fréquemment l'accent sur la durée d'utilisation des médias numériques et tiennent très peu compte de leur contenu ainsi que des aspects contextuels et individuels.

Problèmes psychiques

La plupart des études prennent en considération des indicateurs de problèmes psychiques tels que l'anxiété, les états dépressifs et le manque de confiance en soi. Elles recourent souvent à des échelles synthétiques pour évaluer les problèmes émotionnels, le poids des symptômes psychopathologiques ou des grandeurs plus générales, comme la satisfaction dans la vie et le bien-être psychologique. Étant donné que ces indicateurs sont fortement corrélés, y compris avec l'utilisation des médias numériques, le présent chapitre les traite ensemble. Si l'on considère la moyenne des résultats de toutes les études, la corrélation entre l'utilisation des médias numériques et les indicateurs de problèmes psychiques généraux est faible dans toutes les classes d'âge et parfois incohérente (Orben & Przybylski, 2019; Eirich et al., 2022; Ferguson et al., 2022; Firth et al., 2024; Mallawaarachchi et al., 2022; Odgers & Jensen, 2020). En d'autres termes, l'effet causal n'est pas suffisamment fort au niveau de la population pour qu'il soit possible de l'illustrer de manière fiable à l'aide des méthodes de recherche usuelles. Ces dernières comprennent en effet avant tout des observations transversales et ne considèrent souvent que le temps d'écran comme facteur de risque (Ferguson et al., 2022; Odgers & Jensen, 2020; Orben, 2020). Les études expérimentales qui mesurent l'impact de la réduction du temps d'utilisation ou du fait de renoncer à certaines applications sont plus probantes. La plupart d'entre elles constatent qu'une durée d'utilisation plus courte des réseaux sociaux, voire leur non-utilisation, mais surtout une utilisation consciente et réfléchie, améliorent la santé mentale dans ses différents aspects tels que l'anxiété, la dépression ou le manque de confiance en soi (Plackett et al., 2023). On pourrait à l'inverse en conclure que les médias numériques exercent avant tout une influence négative sur le bien-être socio-émotionnel et que les utiliser moins ou de manière plus consciente et raisonnable améliore la santé mentale. Sauf pour ce qui est des états dépressifs, les résultats de ces études manquent cependant eux aussi de robustesse et de cohérence.

La plupart des échantillons sont sélectifs et non représentatifs (tirés essentiellement au sein de la population estudiantine), et la qualité des études est généralement jugée modeste (Plackett et al., 2023).

De nombreuses études ont fait état d'une corrélation faible entre l'utilisation des médias numériques et les problèmes socio-émotionnels chez les adolescents et les jeunes adultes. Elles ne déterminent cependant pas clairement si l'utilisation de ces médias est à l'origine des problèmes, si les problèmes entraînent une utilisation excessive ou problématique (et, si oui, chez qui et dans quelle mesure) ou s'il existe une corrélation fictive engendrée par d'autres facteurs inexpliqués, comme l'exclusion ou le harcèlement en milieu scolaire. Il importe donc de considérer la recherche de manière plus nuancée afin de tirer ces corrélations au clair (Firth et al., 2024; Odgers & Jensen, 2020; Orben, 2020). Les spécialistes considèrent que les deux facteurs ci-après revêtent une importance particulière (Firth et al., 2024; Orben, 2020; Prinstein et al., 2020):

1. Le **mode de consommation** ou le type de **contenus consommés** par opposition à la seule durée d'utilisation (p. ex. priorité à l'échange social d'informations par opposition à une consommation destinée à divertir ou à distraire; création de contenus où l'utilisateur se met en scène par opposition à des contenus servant à transmettre de l'information; consommation de contenus sexistes, racistes ou faisant l'apologie de la violence par opposition à la consommation de contenus non problématiques).
2. **Les caractéristiques contextuelles, sociales et individuelles** qui déterminent l'influence des médias numériques sur la santé mentale (p. ex. la charge émotionnelle aiguë ou le stress comme facteurs de vulnérabilité; des conflits en classe ou différents traits de caractère en tant qu'amplificateurs de sentiments négatifs; des phases spécifiques dans le développement d'une personne où la sensibilité est accrue).

L'âge et le sexe constituent par ailleurs aussi des facteurs d'influence. Une analyse longitudinale approfondie a par exemple révélé que la corrélation entre l'utilisation des réseaux sociaux et une satisfaction réduite dans la vie est particulièrement prononcée à l'adolescence (Orben et al., 2022; voir également Mader et al., 2025). À cet âge-là, des différences sont également apparues entre les sexes dans l'évolution de cet indicateur. Chez les adolescentes, une utilisation plus intensive des réseaux sociaux annonçait de manière prospective, c'est-à-dire durant les douze mois à venir, une diminution de la satisfaction dans la vie entre 11 et 13 ans, puis à nouveau à l'âge de 19 ans. Le même constat a été fait chez les adolescents âgés de 14 à 15 ans et aussi à 19 ans (Orben et al., 2022).

La recherche portant sur différents contenus médiatiques et modes de consommation s'avère souvent insuffisante en termes de qualité et manque de preuves significatives. Pendant longtemps, elle s'est par ailleurs concentrée plus spécialement sur les contenus violents, notamment des jeux vidéo, en posant comme hypothèse que leur

consommation entraînait un accroissement de l'agressivité et de la violence (Anderson et al., 2010, 2017; Huesmann, 2007). Or, même cet effet causal est sans cesse mis en doute ou jugé négligeable, car l'utilisation de jeux vidéo violents n'explique guère, selon les observations réalisées en milieu naturel, des différences significatives au niveau de l'agressivité et de la violence (Ferguson, 2015; Ferguson & Kilburn, 2010). Entretemps, des travaux ont en outre démontré que des publications sélectives et des pratiques de recherche douteuses (comme le fait d'adapter et de répéter des modèles statistiques jusqu'à ce qu'ils débouchent sur les résultats escomptés) ont amplifié une corrélation potentielle et conduit à des constats faussement positifs (Ferguson, 2020).

Estime de soi et image corporelle

Les modèles et les idéaux véhiculés par les médias, tels les magazines, la télévision ou Internet, peuvent avoir un impact néfaste sur l'estime de soi des individus et sur l'image qu'ils ont de leur propre corps (Holland & Tiggemann, 2016). Les résultats des études corrélatives et longitudinales varient beaucoup. Leur hétérogénéité montre clairement que l'on est en présence d'une corrélation complexe, dont l'intensité et l'orientation subissent l'influence de divers facteurs (Cingel et al., 2022). L'intensité d'utilisation constitue notamment un facteur déterminant. Une utilisation excessive s'accompagne par exemple d'une diminution de l'estime de soi (Lai et al., 2023). Le type d'utilisation et la nature des contenus consommés jouent par ailleurs aussi un rôle (Valkenburg, Pouwels, et al., 2021). Les publications sur les réseaux sociaux présentent souvent des situations par trop embellies et des idéaux de beauté déconnectés de la réalité. Or les comparaisons avec des idéaux difficilement atteignables peuvent détériorer l'estime de soi (Verduyn et al., 2020). Des interactions sociales positives et la reconnaissance par autrui (exprimée par des likes, p. ex.) tendent en revanche à la renforcer. Le fait de consulter et de gérer son propre profil sur les réseaux sociaux est également associé à une plus grande introspection et à des effets positifs sur l'estime de soi (Krause et al., 2021).

L'impact de l'utilisation des réseaux sociaux sur l'estime de soi varie donc beaucoup d'un individu à l'autre et dépend considérablement de la sensibilité de chacun (Valkenburg, Beyens, et al., 2021). Après avoir consigné plusieurs fois par jour pendant trois semaines l'utilisation des médias sociaux et l'estime de soi d'adolescents âgés de 13 à 15 ans, une étude longitudinale a montré qu'il n'existe aucune corrélation entre utilisation des médias sociaux et estime de soi chez la majorité d'entre eux (88%), tandis que des effets positifs ont été observés chez 4% et des effets négatifs chez 8%.

Les modèles et les idéaux véhiculés par les médias peuvent avoir un effet néfaste sur l'estime de soi et l'image de son corps.

Les idéaux de beauté irréalistes et les processus de comparaison sociale jouent également un rôle dans la formation et l'évolution de l'image corporelle. Des travaux de synthèse ont mis au jour une corrélation entre l'utilisation des réseaux sociaux et une image corporelle négative ainsi que des comportements alimentaires problématiques (Mingoia et al., 2017; Saiphoo & Vahedi, 2019; Thompson & Harriger, 2023). Cette corrélation est plus marquée dans le cas de plateformes privilégiant les images, comme Instagram et Snapchat, que sur les plateformes où le contenu textuel est plus présent (p. ex. Facebook ou Twitter/X, Sharma & Vidal, 2023; Vandenbosch et al., 2022). Recourir aux réseaux sociaux afin d'attirer l'attention semble renforcer l'auto-objectification (ou auto-objectivation). Ce concept qualifie les situations où une personne se considère comme un objet et s'évalue principalement du point de vue de tiers, en se concentrant le plus souvent sur son apparence. Des études montrent par exemple que les activités axées sur la photographie, tel le fait de regarder des images (Mingoia et al., 2017), mais aussi de créer (Salomon & Brown, 2021) et de traiter (Tiggemann et al., 2020; Wang et al., 2021) ses propres selfies, sont associées à une auto-objectification accrue et à une image corporelle négative. L'influence des représentations idéalisées sur l'image corporelle et le comportement alimentaire dépend de différents facteurs. L'âge semble d'une part jouer un rôle. Les adolescents sont en particulier considérés comme vulnérables aux effets négatifs de l'utilisation des réseaux sociaux sur l'image corporelle, car l'adolescence constitue une période délicate dans le développement de l'image de soi et de l'image corporelle (Rodgers & Rousseau, 2022). Les recherches actuelles suggèrent d'autre part que les effets négatifs touchent davantage les filles que les garçons (Salomon & Brown, 2019; Thelwall & Vis, 2017). Soulignons néanmoins que les recherches sur les réseaux sociaux et l'image corporelle se sont jusqu'ici principalement concentrées sur les filles et les jeunes femmes. Des études récentes ont cependant établi qu'il existe également une corrélation entre l'utilisation des réseaux sociaux et une satisfaction corporelle moindre chez les garçons (Jarman et al., 2021; Rodgers et al., 2020) et les hommes (Tiggemann & Anderberg, 2020), le plus souvent suite à l'intériorisation d'images idéalisées de sportifs et d'hommes à la musculature développée.

La positivité corporelle (ou «body positivisme») entend s'opposer à l'idéalisation du corps, largement répandue sur les réseaux sociaux. Elle remet en question les idéaux de beauté irréalistes, encourage à accepter et à apprécier des corps de différentes formes et favorise une plus grande diversité (Cohen, Irwin, et al., 2019). Certaines études longitudinales révèlent que regarder des contenus intégrant la positivité corporelle est associé à une plus grande satisfaction corporelle (Fioravanti et al., 2023; A. Stevens & Griffiths, 2020). Une étude expérimentale menée auprès de jeunes femmes a cependant aussi montré que de telles images poussent davantage à l'auto-objectification que des images ne représentant pas d'êtres humains (Cohen, Fardouly, et al., 2019). D'autres recherches

sont nécessaires pour déterminer dans quelles conditions les contenus intégrant la positivité corporelle améliorent la satisfaction corporelle chez les utilisateurs ou renforcent au contraire l'attention qu'ils portent à leur apparence.

Sommeil

Le lien entre l'utilisation des médias numériques et le sommeil a déjà fait l'objet de recherches approfondies. Différents travaux de synthèse ont identifié des corrélations négatives entre le recours à des écrans et le sommeil, en particulier chez les enfants (Merin et al., 2024), les adolescents (de Sa et al., 2023; Kokka et al., 2021; Yu et al., 2024) et les jeunes adultes (Brautsch et al., 2023). La consultation du téléphone portable (de Sa et al., 2023), les visites sur des réseaux sociaux (Yu et al., 2024) et les jeux vidéo (Kemp et al., 2021) sont associés à un sommeil plus bref et de moins bonne qualité. Une méta-analyse a établi une relation de dose à effet entre le temps d'utilisation quotidien du téléphone portable et la mauvaise qualité du sommeil (Chu et al., 2023). Alors que de nombreuses études ont été menées sur les enfants et les adolescents, les recherches portant sur les adultes sont nettement moins abondantes. Une méta-analyse incluant également des études sur les adultes montre toutefois que des corrélations entre une utilisation intensive des écrans et une qualité de sommeil moindre se retrouvent dans tous les groupes d'âge (Han et al., 2024). Les études tenant compte du moment de la journée où l'on utilise les écrans ont fait apparaître des indices tendant à démontrer que c'est en particulier leur utilisation le soir, peu avant le coucher ou durant la nuit, qui exerce un effet néfaste sur le sommeil (Burnell et al., 2024; Foerster et al., 2019; Lemola et al., 2015; Perrault et al., 2019). Une étude menée auprès d'adolescents suisses a constaté que réduire le temps passé à l'écran après 21 heures a eu pour effet d'allonger la durée de sommeil et d'accroître la vigilance pendant la journée (Perrault et al., 2019).

Des études ont révélé que l'utilisation de médias numériques, en particulier avant le coucher, peut exercer une influence négative sur la qualité du sommeil.

Plusieurs facteurs pourraient être responsables de la corrélation entre la consultation de médias à écran, d'une part, et la qualité et la quantité de sommeil, d'autre part. Tout d'abord, l'utilisation des médias le soir peut retarder l'endormissement. Des études expérimentales montrent ensuite que la lumière bleue des écrans a un effet inhibiteur sur la sécrétion de mélatonine, ce qui peut perturber le rythme circadien et entraîner des difficultés d'endormissement (Chinoy et al., 2018; Grønli et al., 2016). Enfin, on suppose

que l'utilisation des médias numériques peut élever le niveau de stimulation psychique et physiologique et perturber ainsi l'endormissement et détériorer la qualité du sommeil. Ce constat s'applique en particulier à l'utilisation de médias interactifs tels que les réseaux sociaux ou les logiciels de communication (Brautsch et al., 2023).

Les résultats de diverses études suggèrent que le manque de sommeil et sa mauvaise qualité renforcent les effets négatifs de l'utilisation des médias numériques sur la santé mentale. Un sommeil perturbé constituerait une étape intermédiaire entre l'utilisation des médias numériques et des altérations de la santé mentale chez les adolescents (Alonzo et al., 2021) ou des difficultés cognitives chez les enfants d'âge préscolaire (Merin et al., 2024).

Stress

En offrant par exemple un soutien social ou en aidant à se détendre, les médias numériques peuvent constituer une ressource pour gérer le stress (voir section 7.3). En même temps, la navigation intensive sur Internet peut cependant accroître le sentiment de stress. Le stress numérique peut être causé d'une part par le flot d'informations auquel on est confronté sur le Web ou par des notifications personnelles (reçues par courriel, via les messageries, sous forme d'alertes, etc.). Le trop-plein d'informations et de communication dans le cadre tant professionnel (Reinke & Chamorro-Premuzic, 2014) que privé (Reinecke et al., 2017) tend à accentuer le sentiment de stress et est associé à une diminution du bien-être psychique (LaRose et al., 2014; Matthes et al., 2020; Reinecke et al., 2017). Une étude réalisée en Allemagne (Reinecke et al., 2017) a identifié des différences spécifiques à l'âge dans la corrélation entre flux élevé de communication et stress. Chez les internautes plus âgés, un surcroît de communication (courriels, informations, notifications, etc.) est davantage corrélé avec un sentiment de stress que chez les plus jeunes. Outre la tension liée à l'abondance d'informations et de notifications, se sentir obligé d'être atteignable en tout temps via les canaux numériques peut aussi contribuer à accroître le sentiment de stress. Le stress induit par la joignabilité permanente s'accompagne d'un sentiment de culpabilité et d'anxiété (Hall et al., 2021; Khetawat & Steele, 2023). Une étude a établi que la corrélation entre le stress de la joignabilité et les symptômes d'anxiété et de dépression s'avère plus forte chez les adolescents que chez les adultes (Hall et al., 2021). Le syndrome FOMO (de l'anglais fear of missing out) est une autre composante associée au stress numérique, qui joue également un rôle dans l'utilisation des réseaux sociaux. Le syndrome FOMO décrit la peur de rater une expérience gratifiante. Il peut être renforcé par la navigation sur les réseaux sociaux et la confrontation avec des messages dans lesquels d'autres personnes décrivent leur vie comme particulièrement palpitante et épanouissante (Wolfers & Utz, 2022). Ce syndrome s'accompagne d'un stress accru, mais aussi d'une utilisation plus intensive des réseaux

sociaux (Fioravanti et al., 2021). De plus, certaines études ont identifié une corrélation entre le syndrome FOMO et l'accentuation du sentiment de solitude et d'isolement social (Bonfanti et al., 2023).

Compétences linguistiques et cognitives

De nos jours, les enfants entrent en contact avec les écrans dès leur plus jeune âge. Et le débat fait rage quant à savoir si et comment les médias numériques exercent une influence sur le développement des compétences linguistiques et cognitives. Les études menées dans ce domaine sont cependant le plus souvent corrélatives et débouchent sur des résultats contradictoires. Les auteurs de diverses d'entre elles supposent que l'impact des médias numériques sur les aptitudes linguistiques et cognitives dépend moins de la durée d'utilisation que d'aspects liés au contenu et au contexte (Anderson & Subrahmanyam, 2017; Guellai et al., 2022). Ils associent par exemple la vidéo et la télévision, en particulier, à de moins bonnes compétences linguistiques (Madigan et al., 2020), tandis qu'ils rapportent des corrélations parfois positives entre des activités plus interactives à l'écran, tel l'usage d'appareils à écran tactile, et différentes capacités linguistiques et cognitives (Herodotou, 2018). De plus, la qualité des contenus consommés et le contexte social jouent un rôle important (Madigan et al., 2020). La présence d'un parent lors de l'utilisation des médias constitue un facteur modérateur et semble contrecarrer leurs effets potentiellement négatifs. Dans l'ensemble, ce domaine manque encore d'études longitudinales et expérimentales à même d'éclairer la cause et l'effet d'éventuelles corrélations.

Attention et TDAH

Outre l'effet de l'utilisation des écrans sur le développement cognitif et linguistique, de nombreuses études examinent les corrélations entre le temps d'écran et l'attention des enfants et des adolescents, et des travaux de synthèse constatent que des temps d'écran plus longs sont liés à de moins bonnes capacités d'attention (Firth et al., 2024; Nikkelen et al., 2014; Santos et al., 2022). L'utilisation des médias numériques est non seulement associée à des troubles de l'attention, mais aussi à un accroissement de l'hyperactivité et de l'impulsivité, les deux autres symptômes clés du trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH). Des résultats issus de méta-analyses établissent en particulier une corrélation entre l'utilisation problématique (voir plus bas) de différents médias numériques et les symptômes du TDAH (Augner et al., 2023; Ho et al., 2014; Wang et al., 2017; Werling et al., 2022). Une telle corrélation a été observée tant chez les enfants et les adolescents que chez les adultes (Augner et al., 2023; Moshel et al., 2023). Les résultats d'une méta-analyse font néanmoins état de corrélations plus fortes

à l'âge adulte (Augner et al., 2023). L'utilisation problématique des médias numériques est considérée comme une maladie fréquemment associée au TDAH (Michael & Seymour, 2023). Selon une méta-analyse, la prévalence de TDAH est trois fois plus élevée chez les personnes présentant une utilisation problématique d'Internet que chez les personnes en bonne santé (Wang et al., 2017). Des études longitudinales suggèrent par ailleurs que TDAH et utilisation problématique des médias numériques s'influencent mutuellement (Thorell et al., 2022). Il s'avère d'une part que le TDAH annonce une utilisation problématique des médias. On suppose en effet que les médias numériques présentent un attrait particulier pour les personnes souffrant de TDAH, car ils répondent à leur besoin accru de stimulation intense et de récompense immédiate. Il arrive en outre que les personnes atteintes de TDAH se servent des médias numériques dans une stratégie d'adaptation afin de faire face aux frustrations qu'elles rencontrent dans le cadre social, scolaire ou professionnel (Melodia et al., 2022). D'autre part, une utilisation problématique d'Internet peut renforcer les symptômes du TDAH. Cet effet pourrait être direct, c'est-à-dire engendré par les caractéristiques spécifiques des médias numériques, ou indirect, à savoir induit par l'utilisation de ces médias, tel leur impact sur le sommeil ou les relations sociales (Thorell et al., 2022).

Il existe une corrélation entre l'utilisation problématique des médias et les symptômes du TDAH, et cette corrélation est réciproque.

Autodiagnosics

La diffusion croissante de messages consacrés à la santé mentale sur les réseaux sociaux prouve que ceux-ci ne véhiculent pas seulement des images enjolivées de la réalité, mais abordent également des sujets difficiles. Les utilisateurs partagent leurs expériences des maladies psychiques et donnent des conseils sur la santé mentale (Corzine & Roy, 2024). Ces échanges peuvent avoir des effets positifs: ils sensibilisent la société aux troubles psychiques, contribuent à atténuer la stigmatisation des malades et ouvrent aux personnes concernées l'accès à des communautés en ligne à même de leur apporter un soutien social (voir chap. 6, Compétences en santé mentale). Lorsqu'elles présentent les maladies psychiques de manière trop simpliste et inadéquate, de telles publications risquent cependant d'avoir un impact négatif: elles incitent les utilisateurs à identifier par trop leurs symptômes à une maladie et à poser des autodiagnosics erronés (David & Deeley, 2024). Ces dernières années, YouTube, Instagram et TikTok ont par exemple diffusé en abondance des vidéos dans lesquelles des personnes déclarent souffrir du syndrome de Gilles de la Tourette. Il s'agit d'une maladie neuropsychiatrique qui se caractérise par des tics moteurs et vocaux d'ordre chronique. En parallèle, les

spécialistes de différents pays (Pringsheim et al., 2021), dont les pays germanophones (Müller-Vahl et al., 2022), ont observé une hausse du nombre de jeunes souffrant de comportements ressemblant à des tics, qui se manifestent souvent de la même manière que les tics présentés sur les réseaux sociaux. Ces derniers accordent par ailleurs une grande attention à d'autres maladies psychiques, comme le TDAH. Une analyse du contenu des messages traitant du TDAH sur TikTok a révélé que la majorité des vidéos comprenaient des informations fausses et trompeuses sur ce trouble et le présentaient de manière très simpliste (Yeung et al., 2022). Entretemps, il a été établi que les méthodes d'auto-dépistage du TDAH, également très populaires sur Internet, conduisent à de nombreux diagnostics erronés de suspicion (Harrison & Edwards, 2023).

Mauvaises expériences

Le cyberharcèlement, le discours de haine, le cyber grooming (pédopliègeage) et la sextorsion sont des phénomènes problématiques dans l'espace numérique, qui peuvent avoir des conséquences graves pour les personnes concernées.

Cyberharcèlement

Le cyberharcèlement (ou cyberintimidation) désigne des attaques répétées visant à nuire à une personne via Internet (Kresic Coric & Kastelan, 2020). Contrairement au harcèlement classique, le cyberharcèlement n'implique pas d'interaction physique et l'auteur reste le plus souvent anonyme. Les personnes visées ont ainsi moins la possibilité de se défendre et les attaques peuvent survenir à tout moment du jour ou de la nuit. Il s'avère difficile d'estimer l'ampleur du phénomène, car elle varie d'un pays à l'autre. Les écarts entre les prévalences observées s'expliquent aussi par des différences au niveau des définitions et des méthodes de mesure appliquées (Jongserl Chun et al., 2020). Dans le cadre de l'étude HBSC 2021 (enquête sur la santé des élèves), 15% des jeunes âgés de 11 à 15 ans vivant dans un grand nombre de pays européens ont affirmé avoir été victimes de cyberharcèlement au cours des derniers mois. Environ 12% ont par ailleurs admis avoir participé activement à du cyberharcèlement. Les valeurs mesurées en Suisse étaient inférieures à la moyenne: environ 11% des jeunes ont déclaré avoir subi un cyberharcèlement au cours des derniers mois et 5% de l'avoir pratiqué (Cosma et al., 2024). Dans l'ensemble, la prévalence du phénomène s'est légèrement accrue ces dernières années dans notre pays (Külling et al., 2022). Les travaux de recherche sur le cyberharcèlement ont prouvé qu'il existe surtout des corrélations entre ce phénomène et diverses manifestations négatives. Celles-ci comprennent notamment la dépression, les troubles anxieux, l'automutilation, les pensées suicidaires ou une diminution de la

satisfaction dans la vie (Caceres & Holley, 2023; Giumetti & Kowalski, 2022). Des études montrent par ailleurs que certains comportements accroissent le risque d'être victime de cyberharcèlement. Parmi ces comportements, relevons une forte implication sur les réseaux sociaux, la diffusion de contenus indiscrets ou négatifs et le manque de prudence dans le traitement de données (Ademiluyi et al., 2022; Giumetti & Kowalski, 2022). Certains facteurs, tels de mauvais résultats scolaires, une faible estime de soi, un manque d'empathie ou un cadre familial difficile, augmentent quant à eux le risque de pratiquer le cyberharcèlement. En revanche, un comportement empathique, l'intelligence émotionnelle, une relation positive entre parents et enfant et un climat scolaire favorable sont considérés comme des facteurs de protection contre le cyberharcèlement (Chengyan Zhu et al., 2021). Le cyberharcèlement et le harcèlement traditionnel sont en partie liés et peuvent se renforcer mutuellement (Ademiluyi et al., 2022). Pour réduire l'impact du cyberharcèlement ou lui faire face, le soutien social est essentiel, à la fois en ligne et hors ligne (Chan et al., 2021).

Le cyberharcèlement est une forme numérique de harcèlement sans interaction physique, où les auteurs restent souvent anonymes et où les victimes peuvent être importunées à toute heure du jour et de la nuit.

Discours de haine

Contrairement au cyberharcèlement, le discours de haine vise des groupes entiers; les attaques ont lieu en ligne, utilisent un langage agressif et insultant et ont pour prétexte une caractéristique commune du groupe visé, comme la religion, l'ethnie, le sexe, la sexualité ou les opinions politiques (Castano-Pulgarin et al., 2021). Selon un article de synthèse, près de 80% des personnes vivant en Europe ont été confrontées une fois au moins à un discours haineux en ligne et 40% se sont déjà senties directement attaquées. Une étude représentative réalisée en Suisse fait état de taux de prévalence inférieurs: les personnes ayant fait l'objet d'attaques directes représentent 7% et environ 40% ont eu l'occasion d'observer ce phénomène en ligne (Stahel & Baier, 2023). L'étude a constaté que les jeunes rencontrent plus souvent des discours haineux que les personnes plus âgées: environ 50% des adolescents en Suisse y sont exposés au moins une fois par semaine (Külling et al., 2021). Le discours de haine est en général diffusé par le biais de réseaux sociaux tels que Facebook, Twitter/X ou YouTube (Chetty & Alathur, 2018). Côté conséquences, les victimes peuvent souffrir de stress psychologique ou d'anxiété, se sentir traumatisées, ressentir une exclusion sociale ou de la solitude et voir leur satisfaction dans la vie diminuer (Chetty & Alathur, 2018; Quandt et al., 2022; Stahel & Baier, 2023). Les personnes qui tiennent ou propagent des propos haineux sont souvent motivées

par des considérations idéologiques. Elles font par exemple preuve d'un comportement raciste, islamophobe et diffusent des idées d'extrême gauche ou d'extrême droite. Mais d'autres causes, telles des frustrations personnelles, peuvent également déclencher le phénomène (Castano-Pulgarin et al., 2021).

Pédopiéage et sextorsion

Le pédopiéage et la sextorsion sont deux phénomènes apparentés, qu'il est possible de regrouper dans l'expression «violence sexuelle en ligne» (Vobbe & Kärgel, 2022). Ne dépendant ni du temps ni du lieu, cette forme de violence peut conduire à des agressions aussi bien physiques que virtuelles ou à du chantage. Le pédopiéage désigne les agissements d'un adulte qui contacte systématiquement un mineur (en général par voie électronique). Usant de tromperie et de manipulation, il cherche à établir une relation de confiance avec sa future victime afin de l'exploiter, le plus souvent à des fins sexuelles (Wachs et al., 2020). La sextorsion est une forme de chantage visant à obtenir de l'argent, des faveurs sexuelles ou d'autres choses. Elle consiste à menacer la victime de partager des enregistrements audio ou vidéo de ses actes à caractère intime sur Internet ou au sein de groupes de discussion fermés (Mondal et al., 2022). Les personnes visées sont fréquemment piégées sur les réseaux sociaux. Le maître chanteur gagne parfois leur confiance en entretenant avec elles des contacts sur le long terme (cyberpiéage). Dès qu'il obtient l'envoi du matériel souhaité, il s'en sert pour faire chanter sa victime. En Suisse, 24% des filles et 18% des garçons âgés de 9 à 16 ans ont déjà reçu en ligne des demandes non désirées concernant des informations ou des enregistrements à caractère sexuel (Hermida, 2019). Chez les 12 à 18 ans, les proportions sont de 60% chez les filles et de 33% chez les garçons, la tendance suivant une hausse au fil des ans (Külling et al., 2022). Outre le sexe, des traits de personnalité tels que le narcissisme ou la désinhibition sont associés au risque d'être victime de violence sexuelle en ligne (Hernández et al., 2021). Le pédopiéage et la sextorsion constituent une infraction pénale et engendrent en général de graves conséquences psychologiques pour les victimes, comme l'anxiété, la dépression, l'état de stress post-traumatique ou le repli sur soi (Henry & Powell, 2018). Pour éviter ce type de conséquences, le travail de prévention et d'information revêt une importance cruciale.

Spirale négative enclenchée par les algorithmes de recommandation

Les contenus qu'une personne voit apparaître sur les plateformes de médias sociaux dépendent pour beaucoup de ses intérêts personnels. TikTok et d'autres réseaux sociaux sont en grande partie gérés par un algorithme de recommandation. Selon des études techniques menées par Amnesty International, lorsqu'une personne s'intéresse

à des sujets psychologiques, de tels contenus peuvent rapidement dominer le flux des informations qu'elle reçoit (Amnesty International, 2023). Cette tendance peut réduire considérablement l'éventail des informations consultées sur les réseaux sociaux et conduire à une focalisation excessive sur un sujet donné. Les personnes souffrant de problèmes psychiques risquent d'être entraînées dans une spirale de contenus négatifs, qui normalisent, voire idéalisent, les comportements suicidaires par exemple. Un article de synthèse constate que le visionnement d'images d'automutilation sur les réseaux sociaux n'est pas dépourvu de risque. La publication de ce genre d'images – qui font de l'automutilation une stratégie d'adaptation «ordinaire» – encourage la diffusion d'images similaires et n'aborde guère d'autres stratégies d'adaptation ou thérapies envisageables (Susi et al., 2023).

Addiction aux jeux vidéo et utilisation problématique des médias numériques

Addiction aux jeux vidéo

Les manuels actuels de diagnostic psychiatrique DSM-5-TR et CIM-11 ne reconnaissent que le trouble addictif lié aux jeux vidéo (gaming disorder) comme diagnostic médical à part entière. À l'échelle mondiale, cette addiction comportementale touche environ 2% de la population (Stevens et al., 2021) et elle est plus particulièrement diagnostiquée chez les adolescents de sexe masculin (Gao et al., 2022; Stevens et al., 2021). Seules de rares données fiables fournissent des informations sur la prévalence de la dépendance aux jeux vidéo en Suisse. Selon l'étude HBSC, le dépistage de l'utilisation problématique des jeux informatiques chez les jeunes de 11 à 15 ans débouche sur un taux de 3% (Delgrande Jordan & Schmidhauser, 2023). Nous parlons ici délibérément d'utilisation «problématique», car cette étude ne procède pas à une évaluation diagnostique formelle.

Environ 2% de la population mondiale souffrent d'addiction aux jeux vidéo. Celle-ci touche plus particulièrement les adolescents de sexe masculin.

Utilisation problématique des médias numériques en général

L'addiction aux médias numériques ou leur utilisation problématique font désormais souvent l'objet d'études qui les associent avec le recours à Internet ou aux smartphones en général, ou plus particulièrement avec la fréquentation des réseaux sociaux. Il importe cependant de souligner qu'il n'existe actuellement aucun diagnostic formel ni aucun

critère généralement admis pour définir ces formes d'utilisation problématique (Gmel et al., 2017; Stortz & Perissinotto, 2024; Varona et al., 2022). La majorité des spécialistes s'accordent néanmoins sur le fait qu'une activité intensive sur les médias numériques ou leur utilisation pendant une période prolongée ou excessive ne suffisent pas à elles seules pour constituer un comportement problématique ou addictif (Billieux, 2012; Gmel et al., 2017; Varona et al., 2022). Afin de distinguer une utilisation intensive, mais saine, d'une utilisation problématique ou addictive, la plupart des définitions tiennent en outre compte de critères de dépendance tels que la perte de contrôle, la négligence d'autres activités ainsi que la souffrance et les troubles psychosociaux. Des approches basées sur la similarité proposent par ailleurs une définition dans laquelle la notion de dépendance comportementale est perçue comme une ligne continue. Cette définition permet de représenter graduellement différentes manifestations du phénomène, qui vont de l'usage à faible risque jusqu'à l'addiction en passant par l'utilisation problématique (Stortz & Perissinotto, 2024).

Le dépistage réalisé dans le cadre de l'enquête suisse sur la santé a estimé le taux de prévalence de l'utilisation problématique d'Internet à 6,8% en 2022. Ce chiffre correspond à une hausse significative par rapport aux 3,8% de 2017 (Schuler, 2024). Si l'enquête n'a pas constaté de différences entre les sexes, elle a observé des effets prononcés liés à l'âge. Dans la tranche d'âge des 15 à 24 ans, le taux est de 22,2%, puis il chute de manière significative: 11,7% chez les 25 à 34 ans, 7,6% chez les 35 à 44 ans, 4,0% chez les 45 à 54 ans, 1,9% chez les 55 à 64 ans, 0,9% chez les 65 à 79 ans et 0,7% chez les plus de 80 ans. Selon l'étude JAMES, également représentative, le dépistage d'un comportement problématique dans l'utilisation des médias numériques chez les adolescents vivant en Suisse fait état d'un taux de prévalence de 8,5% (Willemse et al., 2017). Dans ce cadre, le temps consacré aux jeux vidéo et au streaming de films et de séries constitue une composante importante. On peut donc supposer que l'utilisation problématique est largement à mettre sur le compte de la dépendance aux jeux vidéo et au visionnement excessif de films et de séries (Willemse et al., 2017). Ce taux de prévalence coïncide avec l'autre estimation significative pour la Suisse: selon le dépistage réalisé dans le cadre de l'étude HBSC, la prévalence de l'utilisation problématique des médias sociaux chez les jeunes de 11 à 15 ans en Suisse se situait à 7% en 2022, le taux s'avérant un peu inférieur chez les garçons (4%) que chez les filles (10%). De plus, ce taux a légèrement augmenté entre 2018 et 2022 (Delgrande Jordan & Schmidhauser, 2023).

Selon une méta-analyse récente de divers dépistages, le taux de prévalence de l'addiction aux smartphones au sein de la population générale est estimé à 27,0%, celui de l'addiction aux réseaux sociaux à 17,4% et celui de l'addiction à Internet à 14,2% (Meng et al., 2022).

Rôle de l'utilisation problématique ou addictive des médias numériques

Une utilisation problématique ou addictive des médias numériques présente des corrélations significatives avec toute une série de problèmes et de troubles biopsychosociaux. Chez les adolescents, elle s'accompagne de taux accrus de dépression, de troubles anxieux, de troubles obsessionnels compulsifs, de TDAH, ainsi que d'une consommation excessive d'alcool. Viennent s'y ajouter les troubles du sommeil, une mauvaise alimentation et un mauvais état de santé physique (Wacks & Weinstein, 2021). L'utilisation problématique des smartphones va de pair avec des difficultés à gérer ses émotions et à contrôler ses pulsions, avec une altération des fonctions cognitives (tel le contrôle de l'attention) et une diminution de l'estime de soi (Wacks & Weinstein, 2021). L'utilisation problématique des réseaux sociaux a de plus été associée à des styles d'attachement anxieux (D'Arienzo et al., 2019) et la cyberdépendance à différents traits de personnalité (Kayis et al., 2016). Un haut degré de neuroticisme (instabilité émotionnelle) est mis en relation avec un risque accru de cyberdépendance, tandis que des valeurs élevées de tolérance, de conscience, d'extraversion et d'ouverture sont associées à un risque plus faible (Kayis et al., 2016). Les effets secondaires énumérés ci-dessus résultent principalement de corrélations observées lors d'études transversales. Il est donc impossible de déterminer la cause et l'effet. Ces résultats révèlent néanmoins que le comportement problématique ou addictif dans l'utilisation de médias numériques est un problème psychique à prendre au sérieux.

7.5 Réflexions et perspectives

De nos jours, tant les enfants et les adolescents que les adultes auraient de la peine à concevoir un monde sans médias numériques. Ces derniers font en effet l'objet d'une utilisation intensive et offrent une large palette de possibilités (divertissement, formation, interaction sociale, etc.). Reste à identifier les effets que l'utilisation des médias numériques peut avoir sur la santé mentale. La recherche continuant de se concentrer davantage sur les risques inhérents aux médias numériques, leurs bienfaits restent moins bien connus.

Les médias numériques peuvent d'une part favoriser la santé mentale, en renforçant par exemple les relations sociales, l'accès à l'information et le soutien social. Ils sont aussi à même de produire un effet bénéfique dans les domaines de la prévention, de la promotion de la santé et des thérapies. Les programmes de psychothérapie basés sur des applications et sur Internet sont désormais reconnus comme un complément efficace à la psychothérapie traditionnelle, en particulier pour traiter des dépressions légères à modérées ou des troubles anxieux. Une utilisation plus large de ces programmes ne permettrait pas seulement d'économiser des frais de santé. Elle serait aussi à même

de soulager le système de santé et de réduire les délais d'attente en psychothérapie. L'utilisation des médias numériques comporte d'autre part des risques tels que le cyberharcèlement, les troubles du sommeil, le stress ou la détérioration de l'estime de soi et de l'image corporelle. Elle peut de plus s'accompagner de phénomènes négatifs tels que le cyberharcèlement, le discours haineux ou le pédopiéage. Pour les personnes qui en sont victimes, ces phénomènes peuvent avoir des conséquences graves: exclusion sociale, dépression, troubles anxieux, pensées suicidaires, etc. L'addiction aux jeux vidéo et l'utilisation problématique des médias numériques en général sont désormais aussi reconnues comme des troubles psychiques invalidants.

Les résultats de la recherche concernant les conséquences des médias numériques sur la santé mentale, tels le manque de confiance en soi, l'anxiété et les symptômes dépressifs, sont cependant souvent contradictoires et ne permettent pas d'établir des relations claires de cause à effet. Par ailleurs, les études continuent la plupart du temps à se concentrer sur le temps d'utilisation. Or de nombreux chercheurs et spécialistes admettent que le temps d'utilisation est peu significatif. Le contenu diffusé par les médias numériques, le mode d'utilisation de ces médias, le contexte social, de même que des facteurs personnels jouent un rôle important, sans être suffisamment pris en compte dans les études. Il serait donc souhaitable que la recherche mène à l'avenir des études longitudinales pertinentes et des études expérimentales contrôlées afin de prendre en considération et de distinguer les différents modèles de consommation, les caractéristiques des utilisateurs ainsi que les facteurs environnementaux. C'est la seule façon d'identifier les contenus et les modes d'utilisation susceptibles d'avoir un impact négatif sur la santé mentale, et de savoir sur qui et dans quelles conditions ils produisent ce genre d'effet.

7.6 Bibliographie

- Ademiluyi, A., Li, C., & Park, A. (2022). Implications and Preventions of Cyberbullying and Social Exclusion in Social Media: Systematic Review. *JMIR Formative Research*, 6(1), e30286. <https://doi.org/10.2196/30286>
- Aggarwal, B., Xiong, Q., & Schroeder-Butterfill, E. (2020). Impact of the use of the internet on quality of life in older adults: Review of literature. *Primary Health Care Research and Development*. <https://doi.org/10.1017/S1463423620000584>
- Alonzo, R., Hussain, J., Stranges, S., & Anderson, K. K. (2021). Interplay between social media use, sleep quality, and mental health in youth: A systematic review. *Sleep Medicine Reviews*. <https://doi.org/10.1016/j.smrv.2020.101414>
- Amnesty International. (2023). *Driven into Darkness: How TikTok's 'For You' Feed Encourages Self-Harm and Suicidal Ideation*. <https://www.amnesty.org/en/documents/pol40/7350/2023/en/>
- Amy C. Orben & Andrew K. Przybylski. (2019). The association between adolescent well-being and digital technology use. *Nature Human Behaviour*, 3, 173–182. <https://doi.org/10.1038/s41562-018-0506-1>
- Anderson, C. A., Bushman, B. J., Bartholow, B. D., Cantor, J., Christakis, D., Coyne, S. M., Donnerstein, E., Brockmyer, J. F., Gentile, D. A., Green, S., Huesmann, R., Hummer, T., Krahe, B., Strasburger, V. C., Warburton, W., Wilson, B. J., & Ybarra, M. (2017). Screen violence and youth behavior. *Pediatrics*, 5, Supp 2, S142–S147. <https://doi.org/10.1542/peds.2016-1758T>
- Anderson, C. A., Shibuya, A., Ihori, N., Swing, E. L., Bushman, B. J., Sakamoto, A., Rothstein, H. R., & Saleem, M. (2010). Violent video game effects on aggression, empathy, and prosocial behavior in Eastern and Western countries: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 2, 151–173. <https://doi.org/10.1037/a0018251>
- Anderson, D. R., & Subrahmanyam, K. (2017). Digital screen media and cognitive development. [References].DP – Nov 2017. *Pediatrics*, 5, Supp 2, S57–S61. <https://doi.org/10.1542/peds.2016-1758C>
- Augner, C., Vlasak, T., & Barth, A. (2023). The relationship between problematic internet use and attention deficit, hyperactivity and impulsivity: A meta-analysis. *Journal of Psychiatric Research*, 1–12. <https://doi.org/10.1016/j.jpsy-chires.2023.10.032>
- Bediou, B., Rodgers, M. A., Tipton, E., Mayer, R. E., Green, C. S., & Bavelier, D. (2023). Effects of action video game play on cognitive skills: A meta-analysis. *Technology, Mind, and Behavior*, 4(1). <https://doi.org/10.1037/tmb0000102>
- Bernath, J., Waller, G., & Meidert, U. (2020). ADELE+: Der Medienumgang von Kindern im Vorschulalter (4–6 Jahre) – Chancen und Risiken für die Gesundheit (Obsan Bericht, 1–03, S. 57). Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan). <https://doi.org/10.21256/zhaw-20447>
- Billieux, J. (2012). Problematic use of the mobile phone: A literature review and a pathways model. *Current Psychiatry Reviews*, 4, 299–307. <https://doi.org/10.2174/157340012803520522>
- Birnbaum, M. L., Rizvi, A. F., Confino, J., Correll, C. U., & Kane, J. M. (2017). Role of social media and the Internet in pathways to care for adolescents and young adults with psychotic disorders and non-psychotic mood disorders. *Early Intervention in Psychiatry*, 11(4), 290–295. <https://doi.org/10.1111/eip.12237>
- Bonfanti, R. C., Salerno, L., Ruggieri, S., & Lo Coco, G. (2023). Interplay Between Fear of Missing Out and Loneliness: A Three-Wave Panel Study During the COVID-19 Pandemic. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 26(6), 447–452. <https://doi.org/10.1089/cyber.2022.0182>
- Brautsch, L. A. S., Lund, L., Andersen, M. M., Jennum, P. J., Folker, A. P., & Andersen, S. (2023). Digital media use and sleep in late adolescence and young adulthood: A systematic review. *Sleep Medicine Reviews*, 1–11. <https://doi.org/10.1016/j.smrv.2022.101742>
- Bühler, G., & Hermann, M. (2022). *Umgang mit Gesundheitsinformationen. Zusatzbericht zum Monitor «Datengesellschaft und Solidarität» 2022*. Sotomo.
- Burnell, K., Garrett, S. L., Nelson, B. W., Prinstein, M. J., & Telzer, E. H. (2024). Daily links between objective smartphone use and sleep among adolescents. *Journal of Adolescence*, 96(6), 1171–1181. <https://doi.org/10.1002/jad.12326>
- Butt, M. (2020). Facebook and Mental Health – A Systematic Review of Literature on Adolescents and Young Adults. *Web Technology eJournal*. <https://doi.org/10.2139/ssrn.3739943>
- Byron, P., & Hunt, J. (2017). 'That happened to me too': Young people's informal knowledge of diverse genders and sexualities. *Sex Education*, 17(3), 319–332. <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/14681811.2017.1292899>
- Caceres, J., & Holley, A. (2023). Perils and Pitfalls of Social Media Use: Cyber Bullying in Teens/Young Adults. *Primary Care*, 50(1), 37–45. <https://doi.org/10.1016/j.pop.2022.10.008>

- Castano-Pulgarin, S. A., Suarez-Betancur, N., Vega, L. M. T., & Lopez, H. M. H. (2021). Internet, social media and online hate speech. Systematic review. *Aggression and Violent Behavior, 58*(6), 101608. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2021.101608>
- Chan, T. K. H., Cheung, C. M. K., & Lee, Z. W. Y. (2021). Cyberbullying on social networking sites: A literature review and future research directions. *Information & Management, 2*. <https://doi.org/10.1016/j.im.2020.103411>
- Chassiakos, Y. L. R., Radesky, J. S., Christakis, D., Moreno, M., & Cross, C. (2016). Children and Adolescents and Digital Media. *Pediatrics, 138*. <https://doi.org/10.1542/peds.2016-2593>
- Chen, E., Wood, D., & Ysseldyk, R. (2022). Online social networking and mental health among older adults: A scoping review. *Canadian Journal on Aging, 1*, 26–39. <https://doi.org/10.1017/S0714980821000040>
- Chengyan Zhu, Shiqing Huang, R. Evans, & Wei Zhang. (2021). Cyberbullying Among Adolescents and Children: A Comprehensive Review of the Global Situation, Risk Factors, and Preventive Measures. *Frontiers in Public Health, 9*. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.634909>
- Chetty, N., & Alathur, S. (2018). Hate speech review in the context of online social networks. *Aggression and Violent Behavior, 108*–118. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2018.05.003>
- Chinoy, E. D., Duffy, J. F., & Czeisler, C. A. (2018). Unrestricted evening use of light-emitting tablet computers delays self-selected bedtime and disrupts circadian timing and alertness. *Physiological Reports, 6*(10), e13692. <https://doi.org/10.14814/phy2.13692>
- Chu, Y., Oh, Y., Gwon, M., Hwang, S., Jeong, H., Kim, H.-W., Kim, K., & Kim, Y. H. (2023). Dose-response analysis of smartphone usage and self-reported sleep quality: A systematic review and meta-analysis of observational studies. *Journal of Clinical Sleep Medicine, 19*(3), 621–630. <https://doi.org/10.5664/jcsm.10392>
- Cingel, D. P., Carter, M. C., & Krause, H.-V. (2022). Social media and self-esteem. *Current Opinion in Psychology, 45*, 101304. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2022.101304>
- Cohen, R., Fardouly, J., Newton-John, T., & Slater, A. (2019). #BoPo on Instagram: An experimental investigation of the effects of viewing body positive content on young women's mood and body image. *New Media & Society, 21*(7), 1546–1564. <https://doi.org/10.1177/1461444819826530>
- Cohen, R., Irwin, L., Newton-John, T., & Slater, A. (2019). #bodypositivity: A content analysis of body positive accounts on Instagram. *Body Image, 29*, 47–57. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2019.02.007>
- Colombo-Ruano, L., & Gonzalez-Gonzalez, C. S. (2022). Digital competencies in seniors: Benefits, opportunities, and limitations. *2022 XII International Conference on Virtual Campus (JICV)*, 1–4. <https://doi.org/10.1109/JICV56113.2022.9934319>
- Corzine, A., & Roy, A. (2024). Inside the black mirror: Current perspectives on the role of social media in mental illness self-diagnosis. *Discover Psychology, 4*(1), 40. <https://doi.org/10.1007/s44202-024-00152-3>
- Cosma, A., Molcho, M., & Pickett, W. (2024). A focus on adolescent peer violence and bullying in Europe, central Asia and Canada. *Health Behaviour in School-aged Children international report from the 2021/2022 survey. Volume 2*. World Health Organization. Regional Office for Europe; WHO IRIS. <https://iris.who.int/handle/10665/376323>
- D'Arienzo, M. C., Boursier, V., & Griffiths, M. D. (2019). Addiction to social media and attachment styles: A systematic literature review. *International Journal of Mental Health and Addiction, 4*, 1094–1118. <https://doi.org/10.1007/s11469-019-00082-5>
- David, A. S., & Deeley, Q. (2024). Dangers of self-diagnosis in neuropsychiatry. *Psychological Medicine, 54*(6), 1057–1060. <https://doi.org/10.1017/S0033291724000308>
- De Gani, S. M., Jaks, R., Bieri, U., & Kocher, J. Ph. (2021). *Health Literacy Survey Schweiz 2019–2021. Schlussbericht im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit BAG*. Careum Stiftung.
- de Sa, S., Baiao, A., Marques, H., Marques, M. do C., Reis, M. J., Dias, S., & Catarino, M. (2023). The Influence of Smartphones on Adolescent Sleep: A Systematic Literature Review. *Nursing Reports, 13*(2), 612–621. <https://doi.org/10.3390/nursrep13020054>
- Delgrande Jordan, M., & Schmidhauser, V. (2023). *Comportements en ligne des 11 à 15 ans en Suisse—Situation en 2022 et évolution récente — Résultats de l'étude Health Behavior in School-aged Children (HBSC) (rapport de recherche No 154)*. Lausanne: Addiction Suisse.
- Doty, T. J., Stekl, E. K., Bohn, M., Klosterman, G., Simonelli, G., & Collen, J. (2023). A 2022 Survey of Commercially Available Smartphone Apps for Sleep: Most Enhance Sleep. *Sleep Medicine Clinics, 18*(3), 373–384. <https://doi.org/10.1016/j.jsmc.2023.05.008>

- Drazenovic, M., Vukusic Rukavina, T., & Machala Poplasen, L. (2023). Impact of Social Media Use on Mental Health within Adolescent and Student Populations during COVID-19 Pandemic: Review. *International Journal of Environmental Research & Public Health*, 20(4). <https://doi.org/10.3390/ijerph20043392>
- Ebert, D. D., Cuijpers, P., Munoz, R. F., & Baumeister, H. (2017). Prevention of mental health disorders using Internet- and mobile-based interventions: A narrative review and recommendations for future research. *Frontiers in Psychiatry*, 8, 116. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2017.00116>
- Edge, D., Watkins, E. R., Limond, J., & Mugadza, J. (2023). The efficacy of self-guided internet and mobile-based interventions for preventing anxiety and depression – A systematic review and meta-analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 1–18. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2023.104292>
- Eilert, N., Enrique, A., Wogan, R., Mooney, O., Timulak, L., & Richards, D. (2021). The effectiveness of Internet-delivered treatment for generalized anxiety disorder: An updated systematic review and meta-analysis. *Depression & Anxiety*, 38(2), 196–219. <https://doi.org/10.1002/da.23115>
- Eirich, R., McArthur, B. A., Anhorn, C., McGuinness, C., Christakis, D. A., & Madigan, S. (2022). Association of screen time with internalizing and externalizing behavior problems in children 12 years or younger: A systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 5, 393–405. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2022.0155>
- Etzelmüller, A., Vis, C., Karyotaki, E., Baumeister, H., Titov, N., Berking, M., Cuijpers, P., Riper, H., & Ebert, D. D. (2020). Effects of Internet-Based Cognitive Behavioral Therapy in Routine Care for Adults in Treatment for Depression and Anxiety: Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Medical Internet Research*, 22(8), e18100. <https://doi.org/10.2196/18100>
- Ferguson, C. J. (2015). Do angry birds make for angry children? A meta-analysis of video game influences on children's and adolescents' aggression, mental health, prosocial behavior, and academic performance. *Perspectives on Psychological Science*, 5, 646–666. <https://doi.org/10.1177/1745691615592234>
- Ferguson, C. J. (2020). Aggressive video games research emerges from its replication crisis (Sort of). *Current Opinion in Psychology*, 1–6. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2020.01.002>
- Ferguson, C. J., Kaye, L. K., Branley-Bell, D., Markey, P., Ivory, J. D., Klisanin, D., Elson, M., Smyth, M., Hogg, J. L., McDonnell, D., Nichols, D., Siddiqui, S., Gregerson, M., & Wilson, J. (2022). Like this meta-analysis: Screen media and mental health. *Professional Psychology: Research and Practice*, 2, 205–214. <https://doi.org/10.1037/pro0000426>
- Ferguson, C. J., & Kilburn, J. (2010). Much Ado About Nothing: The Misestimation and Overinterpretation of Violent Video Game Effects in Eastern and Western Nations: Comment on Anderson et al. (2010). *Psychological Bulletin*, 136(2), 174–178.
- Fioravanti, G., Casale, S., Benucci, S. B., Probst, A., Falone, A., Ricca, V., & Rotella, F. (2021). Fear of missing out and social networking sites use and abuse: A meta-analysis. *Computers in Human Behavior*, 122. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2021.106839>
- Fioravanti, G., Svicher, A., Ceragioli, G., Bruni, V., & Casale, S. (2023). Examining the impact of daily exposure to body-positive and fitspiration Instagram content on young women's mood and body image: An intensive longitudinal study. *New Media & Society*, 25(12), 3266–3288. <https://doi.org/10.1177/14614448211038904>
- Firth, J., Torous, J., López-Gil, J. F., Linardon, J., Milton, A., Lambert, J., Smith, L., Jarić, I., Fabian, H., Vancampfort, D., Onyeaka, H., Schuch, F. B., & Firth, J. A. (2024). From 'online brains' to 'online lives': Understanding the individualized impacts of Internet use across psychological, cognitive and social dimensions. *World Psychiatry*, 23(2), 176–190. <https://doi.org/10.1002/wps.21188>
- Fischer, S. (2023). *IGEM-Digimonitor 2023. Die repräsentative Studie zur digitalen Schweiz*. IGEM Interessengemeinschaft-elektronische Medien.
- Foerster, M., Henneke, A., Chetty-Mhlanga, S., & Roosli, M. (2019). Impact of Adolescents' Screen Time and Nocturnal Mobile Phone-Related Awakenings on Sleep and General Health Symptoms: A Prospective Cohort Study. *International Journal of Environmental Research & Public Health*, 16(3). <https://doi.org/10.3390/ijerph16030518>
- Fuhr, D. C., Wolf-Ostermann, K., Hoel, V., & Zeeb, H. (2024). Digitale Technologien zur Verbesserung der psychischen Gesundheit. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 67(3), 332–338. <https://doi.org/10.1007/s00103-024-03842-4>
- Furenes, M. I., Kucirkova, N., & Bus, A. (2021). A Comparison of Children's Reading on Paper Versus Screen: A Meta-Analysis. *Review of Educational Research*, 91, 483–517. <https://doi.org/10.3102/0034654321998074>
- Gao, Y.-X., Wang, J.-Y., & Dong, G.-H. (2022). The prevalence and possible risk factors of internet gaming disorder among adolescents and young adults: Systematic reviews and meta-analyses. *Journal of Psychiatric Research*, 154, 35–43. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2022.06.049>

- Ghahfarokhi, A. D., Vosadi, E., Barzegar, H., & Saatchian, V. (2022). The Effect of Wearable and Smartphone Applications on Physical Activity, Quality of Life, and Cardiovascular Health Outcomes in Overweight/Obese Adults: A Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Controlled Trials. *Biological Research for Nursing*, 24(4), 503–518. <https://doi.org/10.1177/10998004221099556>
- Giunetti, G. W., & Kowalski, R. M. (2022). Cyberbullying via social media and well-being. *Current Opinion in Psychology*, 45, 101314. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2022.101314>
- Gmel, G., Notari, L., & Schneider, E. (2017). *Is there an internet addiction and what distinguishes it from problematic internet use – An attempt to provide working definitions*. Lausanne, Addiction Switzerland. <https://www.suchtschweiz.ch/wp-content/uploads/2023/01/is-there-an-internet-addiction-and-what-distinguishes-it-from-problematic-internet-use-an-attempt-to-provide-working-definitions.pdf>
- Grønli, J., Byrkjedal, I. K., Bjorvatn, B., Nødtvedt, Ø., Hamre, B., & Pallesen, S. (2016). Reading from an iPad or from a book in bed: The impact on human sleep. A randomized controlled crossover trial. *Sleep Medicine*, 21, 86–92. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2016.02.006>
- Guellai, B., Somogyi, E., Esseily, R., & Chopin, A. (2022). Effects of screen exposure on young children's cognitive development: A review. *Frontiers in Psychology*, 1, 923370. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.923370>
- Guo, S., Deng, W., Wang, H., Liu, J., Liu, X., Yang, X., He, C., Zhang, Q., Liu, B., Dong, X., Yang, Z., Li, Z., & Li, X. (2021). The efficacy of internet-based cognitive behavioural therapy for social anxiety disorder: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 3, 656–668. <https://doi.org/10.1002/cpp.2528>
- Hadjistavropoulos, H. D., Mehta, S., Wilhelms, A., Keough, M. T., & Sundstrom, C. (2020). A systematic review of Internet-delivered cognitive behavior therapy for alcohol misuse: Study characteristics, program content and outcomes. *Cognitive Behaviour Therapy*, 4, 327–346. <https://doi.org/10.1080/16506073.2019.1663258>
- Hall, J. A., Steele, R. G., Christofferson, J. L., & Mihailova, T. (2021). Development and Initial Evaluation of a Multi-dimensional Digital Stress Scale. *Psychological Assessment*, 33(3), 230–242. <https://doi.org/10.1037/pas0000979>
- Han, X., Zhou, E., & Liu, D. (2024). Electronic Media Use and Sleep Quality: Updated Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Medical Internet Research*, 26(1), e48356. <https://doi.org/10.2196/48356>
- Hanimann, A., Föhn, Z., Aline, H., & Birgit, L. (2024). *Potenzial digitaler Helfer für die psychische Gesundheit junger Menschen*. Interface Politikstudien Forschung Beratung. <https://www.npg-rsp.ch/news/detail/article/potenzial-digitaler-helfer-fuer-die-psychische-gesundheit-junger-menschen-1.html>
- Harrison, A. G., & Edwards, M. J. (2023). The Ability of Self-Report Methods to Accurately Diagnose Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A Systematic Review. *Journal of Attention Disorders*, 27(12), 1343–1359. <https://doi.org/10.1177/10870547231177470>
- Hedman, E., Ljotsson, B., & Lindefors, N. (2012). Cognitive behavior therapy via the Internet: A systematic review of applications, clinical efficacy and cost-effectiveness. *Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research*, 12(6), 745–764. <https://doi.org/10.1586/erp.12.67>
- Hedman-Lagerlof, E., Carlbring, P., Svardman, F., Riper, H., Cuijpers, P., & Andersson, G. (2023). Therapist-supported Internet-based cognitive behaviour therapy yields similar effects as face-to-face therapy for psychiatric and somatic disorders: An updated systematic review and meta-analysis. *World Psychiatry*, 2, 305–314. <https://doi.org/10.1002/wps.21088>
- Henry, N., & Powell, A. (2018). Technology-Facilitated Sexual Violence: A Literature Review of Empirical Research. *Trauma, Violence, & Abuse*, 19, 195–208. <https://doi.org/10.1177/1524838016650189>
- Hermida, M. (2019). *EU Kids Online Schweiz. Schweizer Kinder und Jugendliche im Internet: Risiken und Chancen*. Pädagogische Hochschule Schwyz. <https://doi.org/10.5281/ZENODO.2916822>
- Hernández, M. P., Schoeps, K., Maganto, C., & Montoya-Castilla, I. (2021). The risk of sexual-erotic online behavior in adolescents—Which personality factors predict sexting and grooming victimization? *Computers in Human Behavior*, 114, 106569. <https://doi.org/10.1016/J.CHB.2020.106569>
- Herodotou, C. (2018). Young children and tablets: A systematic review of effects on learning and development. *Journal of Computer Assisted Learning*, 34(1), 1–9. <https://doi.org/10.1111/jcal.12220>
- Ho Ming Lau, J. Smit, T. Fleming, & H. Riper. (2017). Serious Games for Mental Health: Are They Accessible, Feasible, and Effective? A Systematic Review and Meta-analysis. *Frontiers in Psychiatry*, 7. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.00209>
- Ho, R. C., Zhang, M. W. B., Tsang, T. Y., Toh, A. H., Pan, F., Lu, Y., Cheng, C., Yip, P. S., Lam, L. T., Lai, C.-M., Watanabe, H., & Mak, K.-K. (2014). The association between internet addiction and psychiatric co-morbidity: A meta-analysis. *BMC Psychiatry*. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-14-183>

- Holland, G., & Tiggemann, M. (2016). A systematic review of the impact of the use of social networking sites on body image and disordered eating outcomes. *Body Image*, 100–110. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2016.02.008>
- Huang, C. (2020). A meta-analysis of the problematic social media use and mental health. *International Journal of Social Psychiatry*, 68, 12–33. <https://doi.org/10.1177/0020764020978434>
- Huesmann, L. R. (2007). The Impact of Electronic Media Violence: Scientific Theory and Research. *Journal of Adolescent Health*, 41(6), S6–S13. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2007.09.005>
- Huguet, A., Rao, S., McGrath, P. J., Wozney, L., Wheaton, M., Conrod, J., & Rozario, S. (2016). A Systematic Review of Cognitive Behavioral Therapy and Behavioral Activation Apps for Depression. *PLoS ONE*, 11(5), e0154248. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0154248>
- Jarman, H. K., Marques, M. D., McLean, S. A., Slater, A., & Paxton, S. J. (2021). Social media, body satisfaction and well-being among adolescents: A mediation model of appearance-ideal internalization and comparison. *Body Image*, 139–148. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2020.11.005>
- Jongserl Chun, Jungup Lee, Jinyung Kim, & Serim Lee. (2020). An international systematic review of cyberbullying measurements. *Computers in Human Behavior*, 113, 106485. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2020.106485>
- Karyotaki, E., Efthimiou, O., Miguel, C., Maas genannt Bermpohl, F., Furukawa, T. A., & Cuijpers, P. (2021). Internet-based cognitive behavioral therapy for depression a systematic review and individual patient data network meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 4, 361–371. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2020.4364>
- Kayis, A. R., Satici, S. A., Yilmaz, M. F., Simsek, D., Ceyhan, E., & Bakioglu, F. (2016). Big five-personality trait and internet addiction: A meta-analytic review. *Computers in Human Behavior*, 35–40. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2016.05.012>
- Kemp, C., Pienaar, P. R., Rosslee, D. T., Lipinska, G., Roden, L. C., & Rae, D. E. (2021). Sleep in Habitual Adult Video Gamers: A Systematic Review. *Frontiers in Neuroscience*, 1, 781351. <https://doi.org/10.3389/fnins.2021.781351>
- Khetawat, D., & Steele, R. G. (2023). Examining the association between digital stress components and psychological wellbeing: A meta-analysis. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 4, 957–974. <https://doi.org/10.1007/s10567-023-00440-9>
- Kokka, I., Mourikis, I., Nicolaidis, N. C., Darviri, C., Chrousos, G. P., Kanaka-Gantenbein, C., & Bacopoulou, F. (2021). Exploring the Effects of Problematic Internet Use on Adolescent Sleep: A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research & Public Health*, 18(2). <https://doi.org/10.3390/ijerph18020760>
- Kowal, M., Conroy, E., Ramsbottom, N., Smithies, T., Toth, A., & Campbell, M. (2021). Gaming Your Mental Health: A Narrative Review on Mitigating Symptoms of Depression and Anxiety Using Commercial Video Games. *JMIR Serious Games*, 9(2), e26575. <https://doi.org/10.2196/26575>
- Krause, H.-V., Baum, K., Baumann, A., & Krasnova, H. (2021). Unifying the detrimental and beneficial effects of social network site use on self-esteem: A systematic literature review. *Media Psychology*, 1, 10–47. <https://doi.org/10.1080/15213269.2019.1656646>
- Kresic Coric, M., & Kastelan, A. (2020). Bullying through the Internet—Cyberbullying. *Psychiatria Danubina*, 269–272.
- Külling, C., Waller, G., Suter, L., Bernath, J., Willemse, I., & Süß, D. (2021). JAMESfocus: Hassrede im Internet (S. 26). ZHAW Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften. <https://doi.org/10.21256/zhaw-23202>
- Külling, C., Waller, G., Suter, L., Willemse, I., Bernath, J., Skirgaila, P., Streule, P., & Süß, D. (2022). JAMES: Jugend, Aktivitäten, Medien – Erhebung Schweiz. <https://doi.org/10.21256/zhaw-26216>
- Kusumota, L., Diniz, M. A. A., Ribeiro, R. M., da Silva, I. L. C., Figueira, A. L. G., Rodrigues, F. R., & Rodrigues, R. A. P. (2022). Impact of digital social media on the perception of loneliness and social isolation in older adults. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.5641.3526>
- Lai, W., Wang, W., Li, X., Wang, H., Lu, C., & Guo, L. (2023). Longitudinal associations between problematic Internet use, self-esteem, and depressive symptoms among Chinese adolescents. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 32(7), 1273–1283. <https://doi.org/10.1007/s00787-022-01944-5>
- LaRose, R., Connolly, R., Lee, H., Li, K., & Hales, K. D. (2014). Connection Overload? A Cross Cultural Study of the Consequences of Social Media Connection. *Information Systems Management*, 31(1), 59–73. <https://doi.org/10.1080/010580530.2014.854097>
- Latzter, M., Festic, N., Krappeler, K., & Odermatt, C. (2023a). *Internetanwendungen und deren Nutzung in der Schweiz* (World Internet Project – Switzerland 2023).
- Latzter, M., Festic, N., Krappeler, K., & Odermatt, C. (2023b). *Internetverbreitung und digitale Bruchlinien in der Schweiz* (World Internet Project – Switzerland 2023).

- Leaper, C., & Smith, T. E. (2004). A meta-analytic review of gender variations in children's language use: Talkativeness, affiliative speech, and assertive speech. *Developmental Psychology*, 40(6), 993–1027. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.40.6.993>
- Lei, X., Matovic, D., Leung, W.-Y., Viju, A., & Wuthrich, V. M. (2024). The relationship between social media use and psychosocial outcomes in older adults: A systematic review. *International Psychogeriatrics*, 36(9), 714–746. <https://doi.org/10.1017/S1041610223004519>
- Lemola, S., Perkinson-Gloor, N., Brand, S., Dewald-Kaufmann, J. F., & Grob, A. (2015). Adolescents' electronic media use at night, sleep disturbance, and depressive symptoms in the smartphone age. *Journal of Youth and Adolescence*, 2, 405–418. <https://doi.org/10.1007/s10964-014-0176-x>
- Linardon, J., Torous, J., Firth, J., Cuijpers, P., Messer, M., & Fuller-Tyszkiewicz, M. (2024). Current evidence on the efficacy of mental health smartphone apps for symptoms of depression and anxiety: A meta-analysis of 176 randomized controlled trials. *World Psychiatry*, 1, 139–149. <https://doi.org/10.1002/wps.21183>
- Lindegard, T., Berg, M., & Andersson, G. (2020). Efficacy of internet-delivered psychodynamic therapy: Systematic review and meta-analysis. *Psychodynamic Psychiatry*, 4, 437–454. <https://doi.org/10.1521/pdps.2020.48.4.437>
- Machado-Sousa, M., Moreira, P. S., Costa, A. D., Soriano-Mas, C., & Morgado, P. (2023). Efficacy of internet-based cognitive-behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 2, 150–162. <https://doi.org/10.1037/cps0000133>
- Mader, Sebastian, Damiano Costantini, Annette Fahr & Marina Delgrande Jordan (2025): The effect of social media use on adolescents' subjective well-being: Longitudinal evidence from Switzerland. *Social Science & Medicine*, 365, 117595. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2024.117595>
- Madigan, S., McArthur, B. A., Anhorn, C., Eirich, R., & Christakis, D. A. (2020). Associations Between Screen Use and Child Language Skills: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Pediatrics*, 174(7), 665–675. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2020.0327>
- Mallawaarachchi, S. R., Anglim, J., Hooley, M., & Horwood, S. (2022). Associations of smartphone and tablet use in early childhood with psychosocial, cognitive and sleep factors: A systematic review and meta-analysis. *Early Childhood Research Quarterly*, 13–33.
- Manovich, L. (2001). *The Language of New Media*. MIT Press.
- Marciano, L., Ostroumova, M., Schulz, P. J., & Camerini, A.-L. (2021). Digital Media Use and Adolescents' Mental Health During the Covid-19 Pandemic: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Frontiers in Public Health*, 1, 793868. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.793868>
- Matthes, J., Karsay, K., Schmuck, D., & Stevic, A. (2020). "Too much to handle": Impact of mobile social networking sites on information overload, depressive symptoms, and well-being. *Computers in Human Behavior*, 105, 106217. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2019.106217>
- Mechler, J., Lindqvist, K., Carlbring, P., Topooco, N., Falkenström, F., Lillengren, P., Andersson, G., Johansson, R., Midgley, N., Edbrooke-Childs, J., Dahl, H.-S. J., Sandell, R., Thorén, A., Ulberg, R., Bergsten, K. L., & Philips, B. (2022). Therapist-guided internet-based psychodynamic therapy versus cognitive behavioural therapy for adolescent depression in Sweden: A randomised, clinical, non-inferiority trial. *The Lancet Digital Health*, 4(8), e594–e603. [https://doi.org/10.1016/S2589-7500\(22\)00095-4](https://doi.org/10.1016/S2589-7500(22)00095-4)
- Mechler, J., Lindqvist, K., Magnusson, K., Ringström, A., Krafman, J. D., Alvinzi, P., Kassius, L., Sowa, J., Andersson, G., & Carlbring, P. (2024). Guided and unguided internet-delivered psychodynamic therapy for social anxiety disorder: A randomized controlled trial. *Npj Mental Health Research*, 3(1), 21. <https://doi.org/10.1038/s44184-024-00063-0>
- Melodia, F., Canale, N., & Griffiths, M. D. (2022). The Role of Avoidance Coping and Escape Motives in Problematic Online Gaming: A Systematic Literature Review. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 20(2), 996–1022. <https://doi.org/10.1007/s11469-020-00422-w>
- Meng, S.-Q., Cheng, J.-L., Li, Y.-Y., Yang, X.-Q., Zheng, J.-W., Chang, X.-W., Shi, Y., Chen, Y., Lu, L., Sun, Y., Bao, Y.-P., & Shi, J. (2022). Global prevalence of digital addiction in general population: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 92, 102128. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2022.102128>
- Mengguo, J., Ting, Y., Kirkorian, H. L., & Mares, M.-L. (2023). Screen media exposure and young children's vocabulary learning and development: A meta-analysis. *Child development*. <https://doi.org/10.1111/cdev.13927>
- Merin, L., Toledano-Gonzalez, A., Fernandez-Aguilar, L., Nieto, M., del Olmo, N., & Latorre, J. M. (2024). Evaluation of the association between excessive screen use, sleep patterns and behavioral and cognitive aspects in preschool population. A systematic review. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 33(12), 4097–4114. <https://doi.org/10.1007/s00787-024-02430-w>

- Michael, T., & Seymour, P. (2023). A brief comprehensive review of the interactions between attention-deficit/hyperactivity disorder and internet gaming disorder. *International Journal of Mental Health and Addiction*. <https://doi.org/10.1007/s11469-023-01215-7>
- Mingoa, J., Hutchinson, A. D., Wilson, C., & Gleaves, D. H. (2017). The relationship between social networking site use and the internalization of a thin ideal in females: A meta-analytic review. *Frontiers in Psychology*. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01351>
- Mondal, H., Sahoo, M., & Mondal, S. (2022). Characteristics of Cyber Sextortion in India: Content Analysis of Online Newspapers Published in 2019–2021. *Journal of Psychosexual Health*, 4, 171–177. <https://doi.org/10.1177/26318318221096755>
- Moshe, I., Terhorst, Y., Philippi, P., Domhardt, M., Cuijpers, P., Cristea, I., Pulkki-Raback, L., Baumeister, H., & Sander, L. B. (2021). Digital Interventions for the Treatment of Depression: A Meta-Analytic Review. *Psychological Bulletin*, 147(8), 749–786.
- Moshel, M. L., Warburton, W. A., Batchelor, J., Bennett, J. M., & Ko, K. Y. (2023). Neuropsychological deficits in disordered screen use behaviours: A systematic review and meta-analysis. *Neuropsychology Review*, 34(3), 791–822. <https://doi.org/10.1007/s11065-023-09612-4>
- Müller-Vahl, K. R., Pisarenko, A., Jakubowski, E., & Fremer, C. (2022). Stop that! It's not Tourette's but a new type of mass sociogenic illness. *Brain*, 145(2), 476–480. <https://doi.org/10.1093/brain/awab316>
- Nagar, P. (2023). Digital Detriments: Unraveling the Psychological Consequences of Social Media. *Lloyd Business Review*, 2(1), 1–14. <https://doi.org/10.56595/lbr.v2i1.9>
- Nikkelen, S. W. C., Valkenburg, P. M., Huizinga, M., & Bushman, B. J. (2014). Media use and ADHD-related behaviors in children and adolescents: A meta-analysis. *Developmental Psychology*, 50(9), 2228–2241. <https://doi.org/10.1037/a0037318>
- Odgers, C. L., & Jensen, M. R. (2020). Annual Research Review: Adolescent mental health in the digital age: facts, fears, and future directions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 61(3), 336–348. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13190>
- Oey, L. T., McDonald, S., McGrath, L., Dear, B. F., & Wootton, B. M. (2023). Guided versus self-guided internet delivered cognitive behavioural therapy for diagnosed anxiety and related disorders: A preliminary meta-analysis. *Cognitive Behaviour Therapy*, 6, 654–671. <https://doi.org/10.1080/16506073.2023.2250073>
- Orben, A. (2020). Teenagers, screens and social media: A narrative review of reviews and key studies. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 55(4), 407–414. <https://doi.org/10.1007/s00127-019-01825-4>
- Orben, A., Przybylski, A. K., Blakemore, S.-J., & Kievit, R. A. (2022). Windows of developmental sensitivity to social media. *Nature Communications*, 13(1), 1649. <https://doi.org/10.1038/s41467-022-29296-3>
- Paganini, S., Meier, E., Terhorst, Y., Wurst, R., Hohberg, V., Schultchen, D., Strahler, J., Wursthorn, M., Baumeister, H., & Messner, E.-M. (2023). Stress Management Apps: Systematic Search and Multidimensional Assessment of Quality and Characteristics. *JMIR MHealth and UHealth*, 1, e42415. <https://doi.org/10.2196/42415>
- Park, E., & Kwon, M. (2018). Health-Related Internet Use by Children and Adolescents: Systematic Review. *Journal of Medical Internet Research*, 20(4), e7731. <https://doi.org/10.2196/jmir.7731>
- Perrault, A. A., Bayer, L., Peuvrier, M., Afyouni, A., Ghisletta, P., Brockmann, C., Spiridon, M., Vesely, S. H., Haller, D. M., Pichon, S., Perrig, S., Schwartz, S., & Sterpenich, V. (2019). Reducing the use of screen electronic devices in the evening is associated with improved sleep and daytime vigilance in adolescents. *Sleep: Journal of Sleep and Sleep Disorders Research*, 9, 1–10. <https://doi.org/10.1093/sleep/zsz125>
- Plackett, R., Blyth, A., & Schartau, P. (2023). The impact of social media use interventions on mental well-being: Systematic review. *Journal of Medical Internet Research*, 25, e44922. <https://doi.org/10.2196/44922>
- Polak, M., Tanzer, N. K., Bauernhofer, K., & Andersson, G. (2021). Disorder-specific internet-based cognitive-behavioral therapy in treating panic disorder, comorbid symptoms and improving quality of life: A meta-analytic evaluation of randomized controlled trials. *Internet Interventions*, 1, 100364. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2021.100364>
- Pretorius, C., Chambers, D., & Coyle, D. (2019). Young People's Online Help-Seeking and Mental Health Difficulties: Systematic Narrative Review. *Journal of Medical Internet Research*, 21(11), e13873. <https://doi.org/10.2196/13873>
- Pringsheim, T., Ganos, C., McGuire, J. F., Hedderly, T., Woods, D., Gilbert, D. L., Piacentini, J., Dale, R. C., & Martino, D. (2021). Rapid Onset Functional Tic Like Behaviors in Young Females During the COVID 19 Pandemic. *Movement Disorders*, 36(12), 2707–2713. <https://doi.org/10.1002/mds.28778>
- Prinstein, M. J., Nesi, J., & Telzer, E. H. (2020). Commentary: An updated agenda for the study of digital media use and adolescent development – future directions following Odgers & Jensen (2020). *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 61(3), 349–352. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13219>

- Quandt, T., Klapproth, J., & Frischlich, L. (2022). Dark social media participation and well-being. *Current Opinion in Psychology*, 7, 101284. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2021.11.004>
- Reifman, J., Priezev, N. V., & Vital-Lopez, F. G. (2024). Can we rely on wearable sleep-tracker devices for fatigue management? *Sleep*, 47(3), zsad288. <https://doi.org/10.1093/sleep/zsad288>
- Reinecke, L., Aufenanger, S., Beutel, M. E., Dreier, M., Quiring, O., Stark, B., Wöfling, K., & Müller, K. W. (2017). Digital Stress over the Life Span: The Effects of Communication Load and Internet Multitasking on Perceived Stress and Psychological Health Impairments in a German Probability Sample. *Media Psychology*, 20(1), 90–115. <https://doi.org/10.1080/15213269.2015.1121832>
- Reinke, K., & Chamorro-Premuzic, T. (2014). When email use gets out of control: Understanding the relationship between personality and email overload and their impact on burnout and work engagement. *Computers in Human Behavior*, 36, 502–509. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2014.03.075>
- Rodgers, R. F., & Rousseau, A. (2022). Social media and body image: Modulating effects of social identities and user characteristics. *Body Image*, 284–291. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2022.02.009>
- Rodgers, R. F., Slater, A., Gordon, C. S., McLean, S. A., Jarman, H. K., & Paxton, S. J. (2020). A Biopsychosocial Model of Social Media Use and Body Image Concerns, Disordered Eating, and Muscle-Building Behaviors among Adolescent Girls and Boys. *Journal of Youth and Adolescence*, 49, 399–409. <https://doi.org/10.1007/s10964-019-01190-0>
- Saiphoo, A. N., & Vahedi, Z. (2019). A meta-analytic review of the relationship between social media use and body image disturbance. *Computers in Human Behavior*, 259–275. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2019.07.028>
- Salomon, I., & Brown, C. S. (2019). The Selfie Generation: Examining the Relationship Between Social Media Use and Early Adolescent Body Image. *The Journal of Early Adolescence*, 39(4), 539–560. <https://doi.org/10.1177/0272431618770809>
- Salomon, I., & Brown, C. S. (2021). That selfie becomes you: Examining taking and posting selfies as forms of self-objectification. *Media Psychology*, 24(6), 847–865. <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/15213269.2020.1817091>
- Sander, L., Rausch, L., & Baumeister, H. (2016). Effectiveness of Internet-Based Interventions for the Prevention of Mental Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis. *JMIR Mental Health*, 3(3), e38. <https://doi.org/10.2196/mental.6061>
- Santos, I. K. D., Medeiros, R. C. da S. C. de, Medeiros, J. A. de, Almeida-Neto, P. F. de, Sena, D. C. S. de, Cobucci, R. N., Oliveira, R. S., Cabral, B. G. de A. T., & Dantas, P. M. S. (2021). Active Video Games for Improving Mental Health and Physical Fitness-An Alternative for Children and Adolescents during Social Isolation: An Overview. *International Journal of Environmental Research & Public Health*, 18(4). <https://doi.org/10.3390/ijerph18041641>
- Santos, R. M. S., Mendes, C. G., Miranda, D., & Romano-Silva, M. A. (2022). The association between screen time and attention in children: A systematic review. *Developmental Neuropsychology*, 4, 175–192. <https://doi.org/10.1080/87565641.2022.2064863>
- Schuler, D. (2024). *Analysen für NGB-Kapitel. Digitale Medien*. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Obsan).
- Seifert, A., Ackermann, T., & Schelling, H. R. (2020). *Digitale Senioren 2020. Nutzung von Informations- und Kommunikationstechnologien durch Personen ab 65 Jahren in der Schweiz*. (III). Pro Senectute Schweiz & Zentrum für Gerontologie der Universität Zürich.
- Shankleman, M., Hammond, L., & Jones, F. W. (2021). Adolescent social media use and well-being: A systematic review and thematic meta-synthesis. *Adolescent Research Review*, 4, 471–492. <https://doi.org/10.1007/s40894-021-00154-5>
- Shannon, H., Bush, K., Villeneuve, P., Hellemans, K., & Guimond, S. (2021). Problematic Social Media Use in Adolescents and Young Adults: Systematic Review and Meta-analysis. *JMIR Mental Health*, 9. <https://doi.org/10.2196/33450>
- Sharma, A., & Vidal, C. (2023). A scoping literature review of the associations between highly visual social media use and eating disorders and disordered eating: A changing landscape. *Journal of Eating Disorders*, 11(1), 170. <https://doi.org/10.1186/s40337-023-00898-6>
- Stahel, L., & Baier, D. (2023). Digital hate speech experiences across age groups and their impact on well-being: A nationally representative survey in Switzerland. *Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking*, 7, 519–526. <https://doi.org/10.1089/cyber.2022.0185>
- Stevens, A., & Griffiths, S. (2020). Body Positivity (#BoPo) in everyday life: An ecological momentary assessment study showing potential benefits to individuals' body image and emotional wellbeing. *Body Image*, 35, 181–191. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2020.09.003>
- Stevens, M. W., Dorstyn, D., Delfabbro, P. H., & King, D. L. (2021). Global prevalence of gaming disorder: A systematic review and meta-analysis. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 55(6), 553–568. <https://doi.org/10.1177/0004867420962851>

- Stortz, C., & Perissinotto, C. (2024). «Problematische/Risikoreiche Bildschirmnutzung» in der Schweiz. Erkenntnisse und Empfehlungen der nationalen Expert:innengruppe «Onlinesucht» Synthesebericht 2021–2024. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- Susi, K., Glover-Ford, F., Stewart, A., Knowles Bevis, R., & Hawton, K. (2023). Research review: Viewing self-harm images on the internet and social media platforms: Systematic review of the impact and associated psychological mechanisms. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 8, 1115–1139. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13754>
- Suter, L., Bernath, J., Willemse, I., Külling, C., Waller, G., Skirgaila, P., & Süss, D. (2023). MIKE – Medien, Interaktion, Kinder, Eltern: Ergebnisbericht zur MIKE-Studie 2021. <https://doi.org/10.21256/zhaw-27617>
- Sweet, K. S., LeBlanc, J. K., Stough, L. M., & Sweany, N. W. (2020). Community building and knowledge sharing by individuals with disabilities using social media. *Journal of Computer Assisted Learning*, 1, 1–11. <https://doi.org/10.1111/jcal.12377>
- Sztejn, D. M., Koransky, C. E., Fegan, L., & Himelhoch, S. (2018). Efficacy of cognitive behavioural therapy delivered over the internet for depressive symptoms: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 8, 527–539. <https://doi.org/10.1177/1357633X17717402>
- Thelwall, M., & Vis, F. (2017). Gender and image sharing on Facebook, Twitter, Instagram, Snapchat and WhatsApp in the UK: Hobbying alone or filtering for friends? *Aslib Journal of Information Management*, 69(6), 702–720. <https://doi.org/10.1108/AJIM-04-2017-0098>
- Thompson, J. K., & Harriger, J. A. (2023). Body image and social media: The fault lines are clear – We need a seismic correction. *Body Image*, 45, 142–144. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2023.02.009>
- Thorell, L. B., Buren, J., Strom Wiman, J., Sandberg, D., & Nutley, S. B. (2022). Longitudinal associations between digital media use and ADHD symptoms in children and adolescents: A systematic literature review. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 1. <https://doi.org/10.1007/s00787-022-02130-3>
- Tiggemann, M., & Anderberg, I. (2020). Muscles and bare chests on Instagram: The effect of Influencers' fashion and fitspiration images on men's body image. *Body image*, 35, 237–244. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2020.10.001>
- Tiggemann, M., Anderberg, I., & Brown, Z. (2020). Uploading your best self: Selfie editing and body dissatisfaction. *Body Image*, 33, 175–182. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2020.03.002>
- Tiwari, R. (2023). Mental Health Effects of Social Media on Adolescents. *International Journal for Research in Applied Science and Engineering Technology*, 11(12), 1490–1492. <https://doi.org/10.22214/ijraset.2023.57651>
- Trivedi, C., Mansuri, Z., Vadukapuram, R., & Reddy, A. (2021). Social media and its effect on mental health: Friend or foe? *European Psychiatry*, 64, S758–S758. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2021.2009>
- Ulshöfer, C., Richner, D., & Bernet, F. (2023). *Faktenblatt 86. Monitoring Ressourcen Psychische Gesundheit 2023. Ergebnisse einer repräsentativen Befragung über das Wissen der Bevölkerung zur Stärkung der psychischen Gesundheit*. Bern und Lausanne: Gesundheitsförderung Schweiz.
- Valkenburg, P., Beyens, I., Pouwels, J. L., van Driel, I. I., & Keijsers, L. (2021). Social Media Use and Adolescents' Self-Esteem: Heading for a Person-Specific Media Effects Paradigm. *Journal of Communication*, 71(1), 56–78. <https://doi.org/10.1093/joc/jqaa039>
- Valkenburg, P., Pouwels, J. L., Beyens, I., van Driel, I. I., & Keijsers, L. (2021). Adolescents' social media experiences and their self-esteem: A person-specific susceptibility perspective. *Technology, Mind, and Behavior*, 2. <https://doi.org/10.1037/tmb0000037>
- van Aert, R. C. M., & Niemeyer, H. (2022). Publication Bias. In W. O'Donohue, A. Masuda, & S. Lilienfeld (Hrsg.), *Avoiding Questionable Research Practices in Applied Psychology* (S. 213–242). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-031-04968-2_10
- Vandenbosch, L., Fardouly, J., & Tiggemann, M. (2022). Social media and body image: Recent trends and future directions. *Current Opinion in Psychology*. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2021.12.002>
- Varona, M. N., Muela, A., & Machimbarrena, J. M. (2022). Problematic use or addiction? A scoping review on conceptual and operational definitions of negative social networking sites use in adolescents. *Addictive Behaviors*, 1, 107400. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2022.107400>
- Verduyn, P., Gugushvili, N., Massar, K., Taht, K., & Kross, E. (2020). Social comparison on social networking sites. *Current Opinion in Psychology*, 32–37. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2020.04.002>
- Vobbe, F., & Kärger, K. (2022). Mediatisierte sexualisierte Gewalt gegen Kinder und Jugendliche. In F. Vobbe & K. Kärger (Hrsg.), *Sexualisierte Gewalt und digitale Medien: Reflexive Handlungsempfehlungen für die Fachpraxis* (S. 11–20). Springer Fachmedien Wiesbaden. https://doi.org/10.1007/978-3-658-35764-1_2

- Vuorre, M., & Przybylski, A. K. (2024). A Multiverse Analysis of the Associations Between Internet Use and Well-Being. *Technology, Mind, and Behavior*, 5(2: Summer 2024).
- Wachs, S., Michelsen, A., Wright, M. F., Gámez-Guadix, M., Almendros, C., Yeji Kwon, Eun-Yeong Na, Ruthaychon-nee Sittichai, Ritu Singh, R. Biswal, Anke Görzig, & T. Yanagida. (2020). A Routine Activity Approach to Understand Cybergrooming Victimization Among Adolescents from Six Countries. *Cyberpsychology, behavior and social networking*. <https://doi.org/10.1089/cyber.2019.0426>
- Wacks, Y., & Weinstein, A. M. (2021). Excessive smartphone use is associated with health problems in adolescents and young adults. *Frontiers in Psychiatry*. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.669042>
- Waller, G., Süß, D., Suter, L., Willemse, I., Külling, C., Bernath, J., Skirgaila, P., & Löpfe, S. (2021). JAMESfocus: Rückblick auf ein Jahrzehnt Jugendmedienforschung (S. 29). ZHAW Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften. <https://doi.org/10.21256/zhaw-24637>
- Wang, B.-Q., Yao, N.-Q., Zhou, X., Liu, J., & Lv, Z.-T. (2017). The association between attention deficit/hyperactivity disorder and internet addiction: A systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry*, 17(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1408-x>
- Wang, Y., Xie, X., Fardouly, J., Vartanian, L. R., & Lei, L. (2021). The longitudinal and reciprocal relationships between selfie-related behaviors and self-objectification and appearance concerns among adolescents. *New Media & Society*, 23(1), 56–77. <https://doi.org/10.1177/1461444819894346>
- Werling, A. M., Kuzhippallil, S., Emery, S., Walitza, S., & Drechsler, R. (2022). Problematic use of digital media in children and adolescents with a diagnosis of attention-deficit/hyperactivity disorder compared to controls. A meta-analysis. *Journal of Behavioral Addictions*, 1. <https://doi.org/10.1556/2006.2022.00007>
- Willemse, I., Waller, G., Suter, L., Genner, S., & Süß, D. (2017). JAMESfocus: Onlineverhalten. Unproblematisch – risikohaft – problematisch. <https://doi.org/10.21256/zhaw-4311>
- Wolfers, L. N., & Utz, S. (2022). Social media use, stress, and coping. *Current Opinion in Psychology*, 1, 101305. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2022.101305>
- Wright, J. H., Mishkind, M., Eells, T. D., & Chan, S. R. (2019). Computer-Assisted Cognitive-Behavior Therapy and Mobile Apps for Depression and Anxiety. *Current Psychiatry Reports*, 21(7), 62. <https://doi.org/10.1007/s11920-019-1031-2>
- Yeung, A., Ng, E., & Abi-Jaoude, E. (2022). TikTok and Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Cross-Sectional Study of Social Media Content Quality. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne De Psychiatrie*, 67(12), 899–906. <https://doi.org/10.1177/07067437221082854>
- Yu, D. J., Wing, Y. K., Li, T. M. H., & Chan, N. Y. (2024). The Impact of Social Media Use on Sleep and Mental Health in Youth: A Scoping Review. *Current Psychiatry Reports*, 26(3), 104–119. <https://doi.org/10.1007/s11920-024-01481-9>
- Zachariae, R., Lyby, M. S., Ritterband, L. M., & O'Toole, M. S. (2016). Efficacy of internet-delivered cognitive-behavioral therapy for insomnia – A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Sleep Medicine Reviews*, 1–10. <https://doi.org/10.1016/j.smrv.2015.10.004>
- Zhang, W., Yang, W., Ruan, H., Gao, J., & Wang, Z. (2023). Comparison of internet-based and face-to-face cognitive behavioral therapy for obsessive-compulsive disorder: A systematic review and network meta-analysis. *Journal of Psychiatric Research*, 140–148. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2023.10.025>
- Zhang, Z., Morgan, A., Armstrong, G., Campbell, A., & Reavley, N. (2024). Public Mental Illness Disclosure on Social Media and the Effects on Stigma Toward People With Mental Illness: A Systematic Review. *Stigma and Health*. Advance online publication.

08 Environnement bâti et environnement naturel



Sarah Fässler & Zora Föhn, Interface
Oliver Grübner, Université de Lucerne

Messages clés

- Il est difficile de démontrer les effets sur la santé mentale d'un seul facteur environnemental tel que le bruit, car différents facteurs architecturaux, naturels et sociaux s'influencent mutuellement. Ces interactions font cependant rarement l'objet d'études.
- On suppose que le bruit, les polluants atmosphériques, les produits chimiques et la densité sociale dans les villes affectent la gestion du stress par le corps et les régions du cerveau qui sont associées à la régulation des situations de vie menaçantes et des émotions négatives.
- Plus d'un million de personnes sont exposées au bruit pendant le jour ou la nuit en Suisse. Il importe de prendre des mesures de protection contre le bruit, en particulier dans les villes.
- En Suisse, 6% de la population vit dans un logement où la densité sociale est trop forte. Ce sont en général des personnes socialement défavorisées. Disposer d'endroits où se retirer et échanger dans l'espace public et dans les zones résidentielles peut atténuer les effets négatifs de la densité sociale et de l'isolement social sur la santé mentale.
- Même la population des villes bénéficie en Suisse d'un bon accès aux espaces verts. Ces espaces peuvent être bénéfiques pour la santé mentale, car ils offrent à la population un endroit où se reposer, pratiquer une activité physique, échanger avec d'autres personnes tout en la protégeant de la pollution atmosphérique.
- Parmi les personnes interrogées, 73% estiment qu'elles seraient davantage motivées à faire de l'exercice si elles disposaient de pistes cyclables continues et sûres et 67% si elles pouvaient emprunter des chemins piétonniers continus dans un environnement agréable. Il est prouvé que l'activité physique a un effet positif sur la dépression, l'anxiété, le stress et le sommeil.
- Selon le projet de biosurveillance de l'Union européenne, auquel la Suisse participe, des plastifiants et des produits chimiques industriels (PFAS) ont été trouvés chez tous les enfants et adolescents examinés. Dans de nombreux travaux de synthèse, ces produits sont associés à des troubles du comportement chez les enfants.
- En raison du changement climatique, il faut s'attendre à ce que le nombre de jours de canicule, d'inondations, de glissements de terrain, d'incendies de forêt et de pertes de récoltes ne cesse d'augmenter en Suisse. Différents troubles psychiques sont liés à ces événements, notamment des troubles de stress post-traumatique.
- Si des études ont établi un lien entre les polluants atmosphériques tels que l'ozone, les particules fines et le dioxyde d'azote et une mauvaise santé mentale, leurs résultats ne sont pas forcément entièrement transposables à la Suisse: bon nombre de ces travaux de synthèse se réfèrent en effet à des études réalisées dans des pays asiatiques qui, contrairement à la Suisse, sont exposés aujourd'hui encore à une forte pollution atmosphérique.

8.1 Introduction

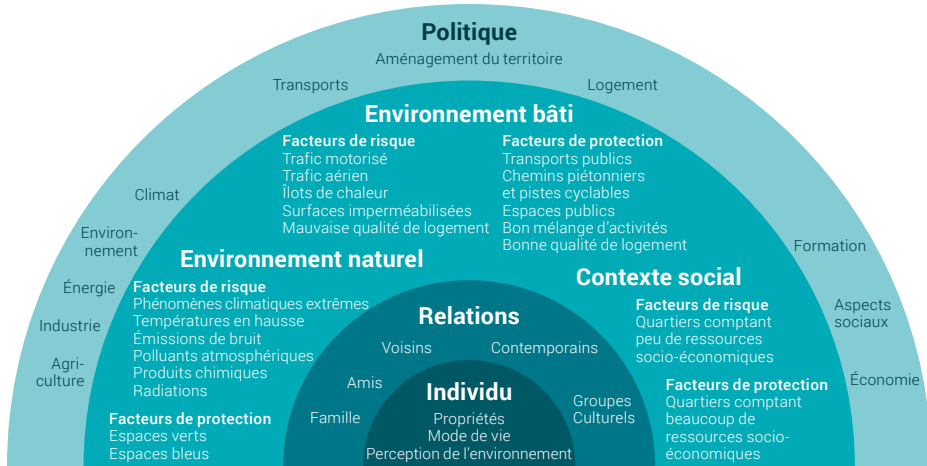
Les facteurs qui influent sur la santé mentale sont multiples. Quels rôles jouent l'environnement bâti et l'environnement naturel dans ce contexte? Que savons-nous de l'effet qu'ils peuvent avoir sur la santé mentale de la population? Qu'est-ce que cela veut dire pour la Suisse? Ce chapitre traite principalement de ces questions.

Pour y répondre, nous avons consulté des travaux de synthèse internationaux ainsi que des études et des données suisses. Les résultats de cette analyse sont décrits et classés ci-après sur le modèle des déterminants de la santé. Ce modèle montre que les facteurs environnementaux peuvent avoir une influence sur la santé mentale à différents niveaux (cf. graphique G8.1). L'environnement bâti ou naturel est façonné entre autres par la politique menée au niveau de la Confédération, des cantons et des communes (premier cercle) et plus précisément par la législation qui y est adoptée. Plusieurs facteurs peuvent favoriser la santé mentale, tels que les espaces verts, les zones piétonnes et les pistes cyclables ou la qualité du logement. D'autres peuvent avoir un effet négatif sur la santé mentale, comme l'exposition prolongée au bruit, aux polluants atmosphériques et aux produits chimiques, ou encore le trafic individuel motorisé (deuxième cercle). Tous ces facteurs sont en corrélation avec le contexte social d'une personne. Le contexte social pouvant renforcer ou atténuer l'effet de l'environnement bâti et de l'environnement naturel sur la santé mentale, il doit être pris en compte (cf. chapitre 5 Contexte social). Le contexte social comprend, d'une part, les ressources socio-économiques dans le voisinage et, d'autre part, le soutien social apporté par les relations sociales (troisième cercle). Tant l'environnement naturel que l'environnement bâti et le contexte social ont un impact sur les individus. Les caractéristiques de ces derniers, telles que l'âge, le mode de vie ainsi que la perception subjective de l'environnement, ont également une influence sur la santé mentale et interagissent avec l'environnement bâti et l'environnement naturel (quatrième cercle).

Les résultats présentés ci-dessous s'appuient sur des travaux de synthèse internationaux ainsi que sur des études et des données suisses. Il convient toutefois de faire preuve de prudence lors de leur interprétation. Dans les systèmes complexes comme l'environnement bâti et l'environnement naturel, il est difficile de démontrer l'effet sur la santé mentale de facteurs architecturaux ou naturels en procédant à des études impliquant un groupe d'intervention et un groupe de contrôle (Bird et al., 2018; Bonaccorsi et al., 2023). C'est pourquoi la plupart des résultats présentés s'appuient sur des études qui ne font que mettre en évidence les liens possibles entre les facteurs architecturaux et naturels et la santé mentale. La grande diversité des études et des manières d'appréhender la santé mentale et ses facteurs d'influence complique en outre l'interprétation des résultats. Les études sur les espaces verts, par exemple, utilisent des données provenant de systèmes de géoinformation, de sources gouvernementales et d'autodéclarations (Geneshka et al., 2021; Nguyen et al., 2021). Elles évaluent l'influence des espaces verts

Conditions environnementales influant sur la santé mentale

G8.1



Source: Selon Dahlgren et Whitehead (1991)

© Obsan 2025

sur la santé mentale en tenant compte de leur surface et de la distance à parcourir pour y accéder (Zhang et al., 2021). Nombreuses sont les études qui se basent sur une évaluation subjective des facteurs architecturaux et naturels et ne considèrent que peu de variables objectives (Gong et al., 2016; Lee et al., 2023).

La santé mentale est susceptible d'être influencée par un grand nombre de facteurs architecturaux, naturels et sociaux, ainsi que par des caractéristiques individuelles. Cependant, rares sont les études qui tiennent compte des corrélations entre ces différents facteurs. Il arrive souvent, par exemple, que les antécédents de maladies psychiques ne soient pas enregistrés. La santé mentale peut être moins bonne dans les zones à fortes nuisances environnementales, car les personnes souffrant de troubles psychiques n'ont pas l'énergie et les ressources nécessaires pour déménager dans des zones où il y a moins de nuisances (Clark et Paunovic, 2018; James et O'Shaughnessy, 2023; Thoma et al., 2021).

Même si les effets de l'environnement bâti et naturel sont difficiles à prouver pour des raisons méthodologiques, cela ne signifie pas qu'ils n'existent pas. Certaines des hypothèses sur les effets possibles ont été examinées dans le cadre d'études animales à l'aide de l'imagerie neurobiologique issue de la recherche sur le cerveau humain. On pense que le bruit (Hahad et al., 2024), les polluants atmosphériques (Thomson, 2019), les produits chimiques (James et O'Shaughnessy, 2023) et la densité sociale dans les villes (Adli et Schöndorf, 2020; Ancora et al., 2022; Costa E Silva et Steffen, 2019) influent sur le traitement du stress dans le corps et dans les régions du cerveau responsables de la

régulation des menaces et des émotions négatives. Selon des études utilisant l'imagerie neurobiologique, l'environnement bâti des villes semble en outre solliciter davantage les régions du cerveau liées à la perception, à la concentration et au traitement spatial. Il semblerait en revanche que le fait de passer du temps dans la nature atténue les signes de fatigue psychique (Ancora et al., 2022; Wolf et al., 2020). Les promenades dans la nature entraînent également une diminution de l'irrigation sanguine des régions du cerveau associées à la régulation du cortisol, l'hormone du stress, ainsi qu'une réduction des symptômes dépressifs (Nieuwenhuijsen et al., 2017).

8.2 Environnement bâti

Ce sous-chapitre met les facteurs architecturaux des espaces urbains et ruraux, de l'habitat et des transports, en relation avec la santé mentale.

Espaces urbains et ruraux

La vie dans les espaces urbains est associée à une moins bonne santé mentale que la vie dans les zones rurales. En 2022, davantage de personnes déclaraient en Suisse souffrir de dépressions et de troubles anxieux dans les villes que dans les campagnes (cf. chapitre 1 Population en général). De même, la proportion de personnes disposant d'un niveau d'énergie et de vitalité élevé en 2022 était plus faible en ville (43,7%) qu'à la campagne (47,7%) et dans l'agglomération (48,1%) (Obsan, 2024a).

La littérature internationale fait le plus souvent état du lien entre la vie urbaine et les maladies psychotiques comme la schizophrénie (Adli et Schöndorf, 2020; Gruebner, Rapp, et al., 2017; Krabbendam et al., 2021). Elle établit en outre largement un lien entre la vie urbaine et les troubles du spectre autistique, les troubles anxieux et les troubles affectifs comme la dépression (Adli et Schöndorf, 2020; Krabbendam et al., 2021). Un travail de synthèse de vingt études individuelles menées dans des pays à haut revenu montre que les personnes vivant en milieu urbain courent respectivement 39% et 21% plus de risques que les autres de souffrir de troubles affectifs ou de troubles anxieux. Les preuves sont moins probantes en ce qui concerne le lien entre la vie urbaine et les troubles de l'alimentation et ceux liés à la consommation de substances (Krabbendam et al., 2021). Et les données sont mitigées pour ce qui est des suicides. Certains travaux mettent en évidence un risque accru tant dans la population rurale (Adli et Schöndorf, 2020) que dans la population urbaine, en particulier dans les quartiers défavorisés (Satherley et al., 2022), brossant ainsi un tableau mitigé (Ventriglio et al., 2021).

Quelles sont les preuves qu'il existe un rapport entre l'espace urbain ou rural et la santé mentale? Selon l'hypothèse de la sélection, les personnes qui souffrent de maladies psychiques s'installent en ville parce qu'elles veulent échapper à la stigmatisation de leur maladie, plus marquée en milieu rural, ou parce qu'elles espèrent bénéficier de meilleurs soins de santé en ville (Adli et Schöndorf, 2020; Krabbendam et al., 2021). L'hypothèse causale, en revanche, considère que la vie urbaine est à l'origine de la multiplication des maladies psychiques dans les villes. Le fait qu'une relation entre la dose et l'effet puisse être observée dans le risque de souffrir de schizophrénie plaide en faveur de cette hypothèse. Plus la ville est grande et plus la période passée en ville pendant l'enfance est longue, plus le risque de souffrir de schizophrénie est élevé. Les résultats du travail de synthèse sur les pays à haut revenu montrent également que les différences entre la ville et la campagne concernant le risque de souffrir de troubles anxieux et affectifs persistent, même si l'on prend en compte d'autres facteurs. Cela plaide en faveur de l'hypothèse de la causalité (Adli et Schöndorf, 2020).

On ne sait toutefois pas exactement quels éléments de la vie urbaine font augmenter le risque de souffrir de troubles psychiques. On suppose que les différences entre la ville et la campagne sont dues à une corrélation entre différents facteurs architecturaux, naturels et sociaux. En Suisse comme ailleurs, les surfaces imperméables ainsi que les îlots de chaleur dans les espaces densément peuplés font que la population urbaine est plus exposée à la chaleur que la population rurale. De plus, les nuisances sonores sont plus importantes en ville qu'à la campagne. Or la chaleur (cf. section Températures en hausse) et le bruit (cf. section Émissions de bruit) influent sur plusieurs maladies psychiques. Un accès plus difficile aux espaces verts (Ancora et al., 2022; Gong et al., 2016; Rautio et al., 2018; Riva et al., 2022) et une exposition plus importante aux polluants atmosphériques (Ventriglio et al., 2021) sont également cités dans la littérature internationale comme des raisons possibles d'une moins bonne santé mentale dans la population urbaine. Dans les villes suisses, les espaces verts sont aisément accessibles (cf. section Espaces verts) et la qualité de l'air est relativement bonne (cf. section Polluants atmosphériques). Il est donc probable que ces deux facteurs environnementaux soient moins pertinents en Suisse que dans d'autres pays pour expliquer les différences ville-campagne en matière de troubles psychiques. Enfin, les villes suisses comptent un peu plus de personnes pauvres et le soutien social y est moins marqué qu'à la campagne (cf. section 8.4). Les problèmes psychiques apparaissent plutôt dans les quartiers marqués par un taux de chômage élevé, l'insécurité et des revenus bas ou un faible niveau de formation (Gruebner, et al., 2017). La vie urbaine est en outre associée au stress induit par la densité de population et l'isolement social (Krabbendam et al., 2021).

Selon la littérature internationale, différentes caractéristiques architecturales peuvent contribuer à une meilleure santé mentale. Il est possible de réduire les nuisances sonores et les polluants atmosphériques et de promouvoir l'activité physique en renforçant l'offre de transports en commun et en privilégiant la mobilité douce par les chemins piétonniers et les pistes cyclables (Bird et al., 2018). Il est prouvé que l'activité physique a un effet

positif sur la santé mentale (Singh et al., 2023, cf. section Mode de vie). Les mesures telles que les revêtements routiers silencieux, les obstacles à la circulation, les tunnels routiers, les restrictions pour les camions ou les adaptations des trajectoires et des itinéraires des avions contribuent à réduire les nuisances sonores et ont un effet positif sur le sommeil des personnes concernées (OMS Bureau régional de pour l'Europe, 2018). Enfin, les espaces non construits, les lieux de rencontre, les bâtiments publics et les quartiers urbains favorisant une bonne combinaison d'activités peuvent renforcer les relations sociales (Bird et al., 2018; Bonaccorsi et al., 2023; Ventriglio et al., 2021).

Habitations

Les locaux d'habitation sont conçus de manière à protéger leurs occupants de la chaleur, du froid, de l'humidité, des moisissures et du bruit, tout en laissant entrer la lumière du jour, et à offrir des possibilités d'échanger avec d'autres ou de se retirer. En Suisse, de nombreuses personnes bénéficient d'une bonne qualité de logement, mais pas toutes. En 2020, 11,4% de la population vivait dans un logement trop humide et 7,3% dans un logement trop sombre; une part de 17,9% était de plus exposée au bruit de la rue ou du voisinage. En 2022, 5,8% de la population vivait par ailleurs dans un logement surpeuplé (Office fédéral de la statistique, 2022b).

Dans la littérature internationale, les mesures d'efficacité énergétique telles que les bâtiments bien isolés, les fenêtres à vitrage multiple et les systèmes de chauffage améliorés (Bird et al., 2018; Ige et al., 2019; Liddell et Guiney, 2015; Riva et al., 2022; Thomson et al., 2013) ainsi que les mesures de protection contre le bruit (Riva et al., 2022) sont considérées comme ayant une influence positive sur la santé mentale. Il est également question d'une lumière du jour suffisante le matin, associée à un meilleur sommeil et à une réduction des symptômes dépressifs. En revanche, on associe le manque de fenêtres à des symptômes de stress, d'anxiété et de dépression (Riva et al., 2022) et l'humidité et les moisissures à un mauvais état de santé mentale, au stress et à des symptômes dépressifs (Liddell et Guiney, 2015; Riva et al., 2022). Le bruit des voisins peut accentuer les symptômes de stress, d'anxiété et de dépression ainsi que les problèmes de sommeil (Riva et al., 2022). Le manque de possibilités d'interactions sociales, en particulier dans les tours, les immeubles et les étages supérieurs des bâtiments, est associé à des symptômes de stress, d'anxiété et de dépression (Evans, 2003; Riva et al., 2022). Quant aux personnes qui vivent dans des logements surpeuplés, elles souffrent d'un manque d'intimité et de contrôle, ce qui peut affecter leur santé mentale. Les logements surpeuplés sont également associés à des symptômes de stress et de dépression (Riva et al. 2022, A. Singh et al., 2019; Ziersch et Due, 2018).

Comment justifie-t-on le lien entre la qualité du logement et la santé mentale? Les études ne permettent pas de savoir clairement si les corrélations décrites sont réellement dues aux facteurs architecturaux ou plutôt aux faibles ressources socio-économiques des habitants (Riva et al., 2022). La mauvaise qualité du logement, associée à diverses formes de désavantages socio-économiques, devrait avoir des conséquences négatives sur la santé mentale. Selon la littérature internationale, on part du principe que les mesures de protection énergétique améliorent la santé mentale, car elles diminuent les inquiétudes en lien avec des dépenses de chauffage élevées et les conséquences du froid sur la santé (Liddell et Guiney, 2015; Riva et al., 2022). En Suisse, les personnes qui vivent dans des logements humides, sombres et bruyants sont aussi souvent socialement défavorisées. Les locataires, les personnes qui sont au chômage, celles qui viennent de l'étranger, celles qui vivent dans des zones densément peuplées et les personnes qui ont peu de revenu ou un faible niveau de formation font plus souvent partie de la population qui vit dans un logement de mauvaise qualité (Office fédéral de la statistique, 2022b).

8.3 Environnement naturel

Ce sous-chapitre traite des facteurs de l'environnement naturel qui sont liés à la santé mentale.

Espaces verts

Les espaces verts comprennent les forêts, les parcs, les jardins, les pâturages, les prairies, les arbres et les arbustes, mais aussi les toits et les murs végétalisés. Les statistiques des villes suisses, qui portent sur 170 communes urbaines, montrent que l'accès aux espaces verts est aisé en Suisse. Les forêts occupent 32% de la superficie urbaine totale, les surfaces agricoles 31%. Dans les six villes de plus de 100 000 habitants, seule la part des surfaces agricoles est nettement plus faible (14%). De plus, 2% de la superficie urbaine est occupée par des espaces de loisirs et des espaces verts tels que les parcs publics, les installations sportives, les campings, les jardins familiaux et les cimetières (Union des villes suisses et Office fédéral de la statistique, 2022).

Selon la littérature internationale, passer du temps dans des espaces verts contribue à une meilleure santé mentale (Bird et al., 2018; Kumar et al., 2019; Nieuwenhuijsen et al., 2017; Yang et al., 2023) et favorise les émotions positives telles que le sentiment de bonheur, la satisfaction dans la vie et le bien-être subjectif (Bratman et al., 2019; Lawrance et al., 2022; Yang et al., 2023). Les espaces verts sont également considérés comme ayant un effet positif sur les symptômes de plusieurs maladies psychiques comme la

dépression, l'anxiété (Bratman et al., 2019), les troubles de l'hyperactivité et de l'attention ainsi que la schizophrénie (Bratman et al., 2019; Geneshka et al., 2021; Rautio et al., 2018; Vanaken et Danckaerts, 2018; Yang et al., 2023; Zhang et al., 2023).

Selon quelles théories établit-on un lien entre les espaces verts et la santé mentale? On suppose que les espaces verts en tant que tels améliorent la santé mentale, en réduisant le stress psychique et physique (théorie de la réduction du stress) et en atténuant l'épuisement dû à une concentration et une attention élevées (théorie de la restauration de l'attention) (Nieuwenhuijsen et al., 2017; Ventriglio et al., 2021). Ces théories sont également étayées par les résultats d'études sur le cerveau (cf. section Introduction). Mais les espaces verts peuvent aussi avoir un effet sur la santé mentale en interaction avec d'autres facteurs environnementaux naturels. Les espaces verts peuvent réduire la chaleur (Nieuwenhuijsen et al., 2017; Wolf et al., 2020) (cf. section Températures en hausse). Ils peuvent également avoir une influence sur la qualité de l'air (cf. section Émissions de bruit). Cependant, certains résultats sont contradictoires pour ce qui est du rapport entre les espaces verts et la qualité de l'air ainsi qu'entre ces deux facteurs et la santé mentale (Kumar et al., 2019; Zhang et al., 2021). Les espaces verts sont également associés à une augmentation de l'activité physique ainsi que, par conséquent, au bien-être psychique (Zhang et al., 2021) et à une bonne santé mentale (Bird et al., 2018, cf. section Mode de vie). Enfin, les espaces verts peuvent aussi exercer une influence positive sur les relations sociales et, partant, sur la santé mentale (Bratman et al., 2019; Nieuwenhuijsen et al., 2017; Zhang et al., 2021).

Espaces bleus

Les espaces bleus englobent les lacs, les rivières et la mer. En Suisse, nombre de rivières et de lacs offrent un bon accès aux espaces bleus, véritable ressource pour la santé mentale.

Un travail de synthèse international établit un lien entre les espaces bleus et la santé mentale (Gascon et al., 2017). Il montre notamment que les espaces bleus jouent un rôle important dans l'humeur et l'affect (en réduisant par exemple l'anxiété). L'effet positif est marqué avant tout pour les eaux côtières, un peu moins pour les eaux intérieures. Et il semble qu'il soit plus bénéfique pour la santé mentale de séjourner sur les côtes que de se trouver simplement à proximité d'eaux côtières (OMS Bureau régional de pour l'Europe, 2021).

Quels sont les éléments avancés pour établir un lien entre les espaces bleus et la santé mentale? Les espaces bleus ont une influence positive sur les activités physiques comme la natation (Filipova et al., 2020; Gascon et al., 2017), qui sont importantes pour la santé mentale (cf. section Mode de vie). Ils favorisent par ailleurs les contacts sociaux

(Filipova et al., 2020) (cf. section Relations sociales). On suppose que les espaces bleus, tout comme les espaces verts, ont un effet positif sur la gestion du stress aux niveaux psychique, physiologique et cognitif.

En raison du changement climatique, il faut s'attendre à ce que le nombre de jours de canicule, d'inondations, de glissements de terrain, d'incendies de forêt et de pertes de récoltes augmente en Suisse. Ces événements sont mis en rapport avec différents troubles psychiques, notamment des troubles de stress post-traumatique.

Phénomènes météorologiques extrêmes

La fréquence des phénomènes météorologiques extrêmes tels que les super-tempêtes, les ouragans, les cyclones, les tornades ou les fortes pluies ne cesse d'augmenter dans le monde entier, en raison du changement climatique (Clayton, 2021; Lawrance et al., 2022). En Suisse, si ce dernier accroît le risque d'inondations et de glissements de terrain, lesquels peuvent causer des dommages corporels et matériels, il n'est pas certain en revanche qu'il provoque davantage de tempêtes. Les inondations touchent aussi bien les zones urbaines que les zones rurales situées à proximité de cours d'eau. Quant aux glissements de terrain, ils se produisent en particulier dans les Alpes, les Préalpes et certaines régions du Jura (Köllner et al. 2017).

Les travaux de synthèse internationaux mettent en évidence un lien entre les phénomènes météorologiques extrêmes et les troubles de stress post-traumatique (TSPT), la dépression et les troubles anxieux dans la population touchée (Chique et al., 2021; Clayton, 2021; Cruz et al., 2020; Cuijpers et al., 2023; Huang et al., 2023; Keya et al., 2023; Lee et First, 2022; Makwana, 2019). Les résultats concernant le rapport entre les phénomènes météorologiques extrêmes et les suicides sont contradictoires (Gawrych, 2022; Kölves et al., 2013; Rahmani et al., 2023). Les phénomènes météorologiques extrêmes augmentent le risque d'inondations et de glissements de terrain et provoquent souvent la destruction d'infrastructures et la perte de vies humaines. Les résultats établissent également un lien avant tout entre les inondations ou les glissements de terrain et les troubles de stress post-traumatique, les symptômes dépressifs et les troubles anxieux (Fernandez et al., 2015; Golitaleb et al., 2022; Kennedy et al., 2015).

Quels sont les éléments avancés pour établir un lien entre les phénomènes météorologiques extrêmes et la santé mentale? Les phénomènes météorologiques extrêmes sont des événements de vie stressants qui peuvent entraîner des problèmes psychiques (cf. également chapitre 1 Population en général).

Températures en hausse

L'augmentation de température et l'intensification des vagues de chaleur sont d'autres conséquences du changement climatique (Cianconi et al., 2020; Lawrance et al., 2022). La hausse des températures accentue la sécheresse et, par conséquent, le risque d'incendies de forêt (Köllner et al., 2017). En Suisse, les régions de basse altitude, où vit une grande partie de la population, enregistrent de plus en plus de périodes de canicule. C'est le cas tout particulièrement dans les grandes agglomérations et les villes, qui sont de véritables îlots de chaleur. La différence de température entre la ville et la campagne peut aller jusqu'à dix degrés. Elle est particulièrement marquée la nuit. Les incendies de forêt, en revanche, se produisent davantage en zone rurale. Ils sont les plus fréquents au Tessin, en Valais, aux Grisons et dans les régions à föehn du nord des Alpes (Köllner et al., 2017).

Plusieurs méta-analyses internationales montrent un lien entre la hausse des températures et les suicides ou les décès dus à des troubles psychiques (Cuijpers et al., 2023; Lawrance et al., 2022; Yu et al., 2020). D'autres, en revanche, montrent un pic de suicides au printemps et un creux en hiver (Yang et al., 2020). L'impact des hausses rapides de température ou des vagues de chaleur sur le risque de suicide est moins clair. L'humidité de l'air semble être un facteur important pour ce qui est du risque de suicide (Lawrance et al., 2022). Une étude suisse menée sur 24 067 suicides entre 1995 et 2016 révèle également qu'il y a un rapport «positif», bien que non linéaire, entre la température et les suicides (Bär et al., 2022). Le nombre de personnes souffrant de troubles psychiques tels que l'anxiété, la schizophrénie, les addictions, les troubles affectifs et bipolaires hospitalisées dans les services d'urgence et les institutions psychiatriques augmente par ailleurs après une vague de chaleur (Charlson et al., 2021; Corvetto et al., 2023; Hwong et al., 2022; Lawrance et al., 2022). La chaleur est également associée à des symptômes dépressifs et d'anxiété ainsi qu'à une augmentation des émotions négatives (Charlson et al., 2021; Cianconi et al., 2020; Hwong et al., 2022; Lawrance et al., 2022).

Quant à la sécheresse extrême, elle est associée au stress ainsi qu'à des symptômes d'anxiété et de dépression (Salvador et al., 2023; Stanke et al., 2013; Thoma et al., 2021). Les résultats sont contradictoires pour ce qui est du rapport entre la sécheresse et l'augmentation des pensées suicidaires et des taux de suicide (Stanke et al., 2013; Thoma et al., 2021; Varshney et al., 2023). Les personnes victimes d'un incendie de forêt souffrent plus souvent de troubles psychiques, notamment de troubles de stress post-traumatique que les autres (Evans et al., 2022; To et al., 2021; Varshney et al., 2023).

Quels sont les éléments avancés pour établir un lien entre la hausse des températures et la santé mentale? La chaleur peut perturber le sommeil et donc causer de l'épuisement. Elle peut également avoir une influence sur les neurotransmetteurs, comme la sérotonine et la dopamine, qui agissent sur l'équilibre émotionnel et la motivation des personnes (Cianconi et al., 2020). Selon la littérature internationale, l'augmentation

pendant les périodes de forte chaleur des taux d'hospitalisation de personnes souffrant de troubles psychiques s'explique par le fait que les médicaments contre les psychoses ou l'anxiété diminuent la transpiration et incitent à boire moins (Thoma et al., 2021). Les conséquences négatives de la chaleur sur la société et sur l'économie peuvent par ailleurs aussi avoir un effet négatif sur la santé mentale de la population (Cianconi et al., 2020). La sécheresse impactant leurs moyens de subsistance, les personnes qui travaillent dans le secteur agricole sont particulièrement exposées aux troubles psychiques qui y sont associés (Vins et al., 2015).

Émissions de bruit

Les émissions de bruit peuvent provenir, par exemple, du trafic (aérien, routier ou ferroviaire) ou d'éoliennes. En Suisse, le bruit peut potentiellement affecter la santé mentale de nombreuses personnes. En 2015, 1,1 million de personnes étaient exposées au bruit du trafic routier le jour et 1 million la nuit. Le bruit du trafic ferroviaire est ressenti par 16 000 personnes pendant la journée et 87 000 personnes pendant la nuit. Quant au bruit des avions, il affecte 24 000 personnes le jour et 75 000 personnes la nuit. Ce sont les populations des villes et des agglomérations qui souffrent le plus du bruit de la circulation. Plus de 90% des personnes qui y sont exposées vivent dans un grand centre (Office fédéral de l'environnement, 2023). Une étude de cohorte suisse établit un lien entre le bruit routier ou ferroviaire et les suicides par empoisonnement, pendaison, armes et saut (Wicki et al., 2023).

Selon la littérature internationale, le bruit des avions est associé à des symptômes dépressifs et d'anxiété (Clark et Paunovic, 2018; Hegewald et al., 2020). Les résultats concernant le bruit routier sont contradictoires. Deux travaux de synthèse font état d'un lien entre le bruit et la dépression (Dzhambov et Lercher, 2019) ou l'anxiété (Dzhambov et Lercher, 2019; Lan et al., 2020). Deux autres nient par contre l'existence de ce lien (Clark et Paunovic, 2018; Hegewald et al., 2020). Le bruit routier semble toutefois avoir un effet sur les modèles de sommeil mesurés objectivement ainsi que sur les troubles du sommeil ressentis subjectivement (Basner et McGuire, 2018). Il est prouvé que le manque de sommeil a un impact sur le vécu de troubles psychiques tels que la dépression et l'anxiété (Scott et al., 2021). Le bruit ferroviaire semble être lié à des problèmes de sommeil (Basner et McGuire, 2018), mais n'est pas associé à des maladies psychiques (Clark et Paunovic, 2018; Hegewald et al., 2020). En ce qui concerne le bruit des éoliennes, les résultats ne permettent pas d'établir, ou pas de manière univoque, de lien avec les problèmes de sommeil ou les troubles psychiques (Clark et Paunovic, 2018) (Freiberg et al., 2019).

Quels sont les éléments avancés pour établir un lien entre les émissions de bruit et la santé mentale? On suppose que le bruit a un effet sur la gestion du stress par l'organisme et qu'il entraîne une augmentation de la sécrétion d'hormones du stress telles que l'adrénaline et le cortisol (Clark et Paunovic, 2018; Hahad et al., 2024; Lee et al., 2023).

En Suisse, un million de personnes sont exposées au bruit. Le lien entre le bruit et les problèmes de sommeil chez les adultes ainsi que les troubles de l'attention et l'hyperactivité chez les enfants (cf. section Âge) est bien établi.

Polluants atmosphériques

Les polluants atmosphériques comprennent l'ozone (O_3), les particules fines (PM_{2,5} et PM₁₀) et le dioxyde d'azote (NO_2). Ils proviennent du trafic routier motorisé, de l'industrie, de la construction, du chauffage et de la poussière naturelle (Kumar et al. 2019). Ces polluants pénètrent dans les poumons à chaque respiration et peuvent avoir des effets à court ou à long terme sur la santé mentale. En Suisse, la pollution atmosphérique a fortement diminué depuis le milieu des années 1980. En 2022, les valeurs limites annuelles moyennes ont été respectées pour les plus grandes particules de poussières fines (PM₁₀) dans la plupart des stations de mesure du réseau national d'observation des polluants atmosphériques (NABEL). Celles pour les émissions d'azote n'ont été dépassées qu'à proximité des zones de trafic. Elles ne l'ont été que pour l'ozone, sur l'ensemble des sites, et pour les petites particules fines (PM_{2,5}), sur la plupart des sites (Office fédéral de l'environnement, 2023). Il est difficile d'évaluer dans quelle mesure la pollution de l'air en Suisse cause des troubles psychiques. Bon nombre des travaux de synthèse décrits ci-après se réfèrent à des données provenant de pays asiatiques où la pollution atmosphérique est nettement plus marquée qu'en Suisse. Les moyennes annuelles des PM_{2,5} en Suisse sont par exemple trois fois plus basses que celles de la Chine et cinq fois inférieures à celles de l'Inde (IQAir, 2023).

Plusieurs études internationales ont mis en évidence des liens entre la concentration journalière de ces polluants et les consultations quotidiennes à l'hôpital et aux urgences pour troubles psychiques (Bernardini et al., 2020). L'exposition à long terme à de plus grandes particules de poussières fines (PM₁₀) est associée à des symptômes dépressifs (Tzivian et al., 2015) et, pour une exposition à court terme, à un risque accru de suicide (Braithwaite et al., 2019). Plusieurs travaux font état par ailleurs d'un lien entre l'exposition à long terme aux petites particules fines (PM_{2,5}) et l'apparition de symptômes dépressifs (Braithwaite et al., 2019; Buoli et al., 2018; Cao et al., 2024) ou d'angoisses (Tzivian et al., 2015). Une exposition accrue aux particules fines (PM_{2,5}) pendant la grossesse est associée à des troubles du spectre autistique (TSA) chez les enfants (Buoli et al., 2018).

Quant à l'exposition à long terme à des particules d'ozone et de dioxyde d'azote dans l'air, elle est mise en lien avec une augmentation des symptômes dépressifs (Tzivian et al., 2015). Certains indices montrent par ailleurs que le risque de voir les troubles dépressifs s'aggraver augmente en présence de fortes concentrations de dioxyde d'azote en été (Buoli et al., 2018). Une étude transversale associe l'exposition à des concentrations élevées de dioxyde d'azote liées aux gaz d'échappement du trafic routier à une plus forte probabilité que les personnes interrogées déclarent souffrir d'angoisses (Tzivian et al., 2015). Enfin, il existe des indices selon lesquels les cas d'automutilation augmentent en cas d'exposition à des concentrations accrues de dioxyde d'azote et d'ozone pendant une courte période (Buoli et al., 2018).

Quels sont les éléments avancés pour établir le lien entre les polluants atmosphériques et la santé mentale? On suppose que les polluants atmosphériques ont un effet négatif sur la gestion du stress par l'organisme et qu'ils peuvent par conséquent contribuer à l'apparition de troubles psychiques tels que la dépression. L'influence des polluants atmosphériques sur la gestion du stress pourrait encore être renforcée par d'autres facteurs de stress, tels que les contraintes socio-économiques et le bruit (Thomson, 2019).

Produits chimiques

Parmi les produits chimiques, on trouve les perturbateurs endocriniens (PE), c'est-à-dire des substances étrangères qui peuvent imiter ou bloquer les hormones. Il peut s'agir de pesticides, de produits chimiques industriels (surtout des composés alkyliques perfluorés et polyfluorés, PFAS), de plastifiants (phtalates), d'agents ignifuges (polybromodiphényléthers), de solvants et, plus rarement, de phénols (p. ex. des composants de matières plastiques). On les trouve dans les récipients en plastique, les emballages alimentaires, les cosmétiques, les produits médicaux et les matériaux de construction (James et O'Shaughnessy, 2023). Les produits chimiques comprennent en outre des métaux lourds tels que le plomb, le manganèse, le cuivre, le mercure et le cadmium. On trouve des métaux lourds par exemple dans les engrais, l'électrotechnique, les articles ménagers, les véhicules à moteur ou les fruits de mer (James et O'Shaughnessy, 2023). Ces produits chimiques étant utilisés dans de nombreux articles, on peut supposer que leurs éventuels effets sur la santé psychique concernent également les personnes vivant en Suisse. Des plastifiants et des produits chimiques industriels (PFAS) ont été trouvés chez tous les enfants et adolescents examinés dans le cadre du projet de surveillance de l'Union européenne, auquel la Suisse participe. Un quart des valeurs analysées étaient si élevées pour les PFAS qu'on ne peut exclure des effets sur la santé (Uhl et al., 2023)¹.

¹ L'exposition aux produits chimiques est mesurée de différentes manières. L'urine est souvent utilisée pour déterminer la teneur en plastifiants et en bisphénol. Quant à la présence d'agents ignifuges, elle est généralement décelée dans le sérum sanguin. On utilise par ailleurs le cordon ombilical pour déterminer par exemple la teneur en plomb ou en manganèse. Cette teneur peut aussi se retrouver dans les rognures d'ongles des orteils par exemple (James et O'Shaughnessy, 2023).

Les perturbateurs endocriniens sont tous associés en premier lieu à des troubles du comportement externalisés ou internalisés pendant l'enfance. Les comportements externalisés, tels que l'agressivité et le non-respect des règles, sont dirigés vers l'extérieur. Les comportements internalisés comprennent le retrait social, la perte d'intérêt, la tristesse et l'anxiété (James et O'Shaughnessy, 2023). Les agents ignifuges contenant des polybromodiphényl'éthers (PBDE) sont mis en relation en outre avec la panique et l'angoisse de la séparation chez les enfants (James et O'Shaughnessy, 2023). Quant aux plastifiants comme les phtalates, ils sont associés au TDAH chez les enfants (Nilsen et Tulve, 2020; Praveena et al., 2020). Il ressort des études réalisées sur l'exposition aux bisphénols que ces produits chimiques peuvent entraîner des troubles du comportement externalisés, y compris chez les filles, et des symptômes dépressifs, en particulier chez les garçons (James et O'Shaughnessy, 2023). Les rares études sur l'influence des pesticides sur la santé mentale mettent en évidence des liens entre les troubles du comportement et les symptômes dépressifs chez les enfants (James et O'Shaughnessy, 2023). L'utilisation de pesticides est également associée à des symptômes dépressifs chez les personnes qui travaillent dans l'agriculture (Cancino et al., 2023).

Plusieurs études établissent un rapport entre l'exposition au plomb et la schizophrénie (Ordemann et Austin, 2016; van den Bosch et Meyer-Lindenberg, 2019). Les résultats concernant le lien entre l'exposition au plomb et l'anxiété ainsi que la dépression sont contradictoires (Dickerson et al., 2020; van den Bosch et Meyer-Lindenberg, 2019). Un déséquilibre dans la teneur en cuivre dans l'organisme est associé à la dépression. Ainsi, certaines études montrent que les patients souffrant de dépression présentent des taux de cuivre plus élevés dans le sang que le groupe de contrôle sans dépression (Ni et al., 2018). Une analyse de sous-groupes a mis en évidence une forte corrélation entre des taux de cuivre élevés et la dépression, en particulier chez les enfants et les adultes (Ni et al., 2018). Certaines études établissent un lien entre des concentrations élevées de manganèse, d'arsenic, de strontium (Dickerson et al., 2020) ou de cadmium (van den Bosch et Meyer-Lindenberg, 2019) et les symptômes dépressifs.

Quels sont les éléments avancés pour établir un lien entre l'exposition aux produits chimiques et la santé mentale? On pense que les produits chimiques agissent notamment dans le cerveau en modifiant la communication via des messagers chimiques comme la sérotonine et la dopamine ainsi que l'activité des gènes et qu'ils affectent la gestion du stress tout en favorisant les processus inflammatoires dans le système nerveux. Des effets qui peuvent être renforcés par des facteurs de stress psychosocial (James et O'Shaughnessy, 2023).

Les produits chimiques tels que les plastifiants et les produits chimiques industriels (PFAS) sont associés à des troubles du comportement chez les enfants. Ces deux éléments ont été retrouvés chez tous les enfants et adolescents examinés dans le cadre du projet de biosurveillance de l'Union européenne, auquel la Suisse participe.

Radiations

Plusieurs études ont établi un rapport entre les accidents nucléaires, comme celui de Tchernobyl, ou les bombardements atomiques, comme celui d'Hiroshima, et la santé mentale (Bromet et al., 2011; Bromet et Havenaar, 2007; Longmuir et Agyapong, 2021; Weiland et al., 2016). On ne sait pas exactement si ce rapport est imputable aux événements traumatiques ou à l'exposition aux radiations. Aucune étude n'a pu être identifiée qui fasse le lien entre le rayonnement non ionisant, émanant par exemple des antennes de téléphonie mobile et des téléphones portables, et les troubles psychiques. Des études sur le rayonnement non ionisant induit par la téléphonie mobile mettent toutefois en évidence un rapport avec la qualité de vie. Dans deux études de synthèse, il n'a pas pu être établi de lien avec les problèmes de sommeil chez les enfants, les adolescents et les adultes (Bodewein et al., 2022; van den Bosch et Meyer-Lindenberg, 2019).

8.4 Lien avec le contexte social

Ce sous-chapitre présente les rapports entre l'environnement bâti ou naturel et le contexte social. Celui-ci comprend les ressources et les relations sociales (pour de plus amples informations, cf. chapitre 5 Contexte social).

Ressources sociales

Le statut socio-économique semble être le facteur prédictif le plus fort et le plus cohérent pour un grand nombre de troubles psychiques (Bonaccorsi et al., 2023). En Suisse, le taux de pauvreté se situe à 8,2%. Dans les zones densément peuplées, il est même un peu plus élevé, à savoir 9,2% de la population (Office fédéral de la statistique, 2022a). Si l'on a pu établir un lien entre le fait de vivre dans un quartier où les ressources socio-économiques sont faibles et une mauvaise santé mentale ou des symptômes dépressifs (Gruebner, Lowe, et al., 2017; Krabbendam et al., 2021; Riva et al., 2022; Sui et al., 2022), on ne sait pas exactement dans quelle mesure les ressources sociales influent sur les effets qu'a

l'environnement bâti sur la santé mentale. On suppose qu'à cet égard, les conditions socio-économiques sont plus importantes que les mesures d'aménagement du territoire (Bonaccorsi et al., 2023).

De même, on ne peut considérer de manière isolée l'environnement naturel et le contexte social. Les phénomènes météorologiques extrêmes et la hausse des températures résultant du changement climatique par exemple peuvent entraîner des pénuries alimentaires, des crises économiques, des conflits violents et des migrations involontaires, qui constituent en outre des facteurs de risque et de stress psychologiques massifs (Heinz et Meyer-Lindenberg, 2023; Kim et al., 2014). Les personnes socialement défavorisées grandissent en général dans des quartiers plus touchés par la pollution. Les espaces verts réduisent les inégalités en matière de santé entre les personnes financièrement aisées et celles qui le sont moins. Une étude fait état d'un écart de 20% entre le bien-être psychique de personnes bien loties et celui des personnes socialement défavorisées dans les zones où l'accès aux espaces verts est difficile. L'écart correspondant n'est que de 12% (Nieuwenhuijsen et al., 2017) dans les zones où cet accès est aisé.

Relations sociales

Les interactions sociales positives et le soutien social sont essentiels à la santé mentale. Ils constituent des mécanismes de protection importants contre le développement de divers troubles psychiques (cf. chapitre 5 Contexte social). En Suisse, parmi les personnes interrogées en 2022 ayant déclaré bénéficier d'un soutien social important, 45,7% vivaient en ville, 48,5% dans les agglomérations et 52,6% à la campagne (Obsan, 2024b). Le sentiment de solitude est néanmoins relativement répandu: 35,9% de la population en souffre parfois, 4,4% assez souvent et 2% très souvent (Office fédéral de la statistique, 2023).

Selon la littérature internationale, il arrive souvent en milieu urbain et dans les zones d'habitation que les personnes soient exposées à un stress social, causé soit par une densité sociale trop élevée, soit par l'isolement social, qui peut avoir un effet négatif sur la santé mentale (Adli et Schöndorf, 2020; Ancora et al., 2022, cf. section Espaces urbains et ruraux). Les facteurs de stress climatique et environnemental peuvent aussi avoir un effet déstabilisateur sur le réseau social, interrompant les chaînes de soutien social et réduisant la cohésion sociale. Dans les villes par exemple, les échanges entre voisins ont diminué en période de forte pollution atmosphérique, un effet associé à des symptômes dépressifs (Thoma et al., 2021). Les ressources et le soutien (le capital social, social capital en anglais) au sein d'une famille peuvent protéger les enfants contre les troubles de comportement résultant d'une exposition à des produits chimiques (James et O'Shaughnessy, 2023).

On ne peut considérer de manière isolée l'environnement naturel ou bâti et le contexte social, car il existe de nombreuses corrélations entre ces éléments.

8.5 Lien avec les caractéristiques individuelles

Ce sous-chapitre met en évidence les liens entre l'environnement bâti ou naturel et les caractéristiques individuelles, le mode de vie et la manière de percevoir l'environnement.

Âge

Les caractéristiques individuelles telles que l'âge influencent la manière dont l'environnement bâti ou naturel agit sur la santé mentale. La littérature internationale fait notamment état de différences chez les enfants et les personnes âgées par rapport aux autres groupes d'âge. Les différences entre les sexes n'étant pas examinées de manière systématique ou seulement sur la base d'études individuelles, elles ne sont donc pas mentionnées ici.

Les enfants et les jeunes sont particulièrement vulnérables (cf. aussi chapitre 2 Enfants, adolescents et jeunes adultes). Les expériences de stress vécues pendant l'enfance ou l'adolescence peuvent avoir un impact sur les structures et les fonctions cérébrales et, par la suite, sur le développement psychologique des personnes concernées (Thoma et al. 2021). On pense en effet que le fait de grandir en ville peut rendre le cerveau plus sensible au stress, ce qui, combiné à d'autres facteurs de risque psychologiques, sociaux et génétiques, peut accroître le risque de souffrir de troubles psychiques (Adli et Schöndorf, 2020; Krabbendam et al., 2021, Lecic-Tosevski, 2019). Le bruit de la route et du train est associé de plus à des troubles émotionnels et comportementaux chez les enfants (Clark et Paunovic, 2018; Schubert et al., 2019). Le bruit du trafic routier est également en corrélation avec des symptômes d'attention et d'hyperactivité chez les enfants (Clark et Paunovic, 2018; Schubert et al., 2019). Enfin, les espaces verts peuvent avoir un effet bénéfique pour les enfants. L'effet calmant des espaces verts est plus marqué chez les jeunes que chez les personnes d'âge moyen (Zhang et al., 2023).

Les personnes âgées semblent souffrir davantage que les autres des conséquences du changement climatique, telles que les phénomènes météorologiques extrêmes et la chaleur : leur corps a une moins bonne régulation thermique, elles se remettent moins bien d'une déshydratation, vivent plus souvent seules et leur réseau social est plus restreint (Thoma et al., 2021). Les températures élevées et les vagues de chaleur sont par conséquent associées à des taux de suicide plus élevés chez les personnes âgées (Palinkas et Wong, 2020; Thoma et al., 2021) et à un risque accru d'hospitalisation en

clinique psychiatrique (Charlson et al., 2021). Les personnes âgées étaient également davantage touchées par le stress post-traumatique après le passage de l'ouragan Sandy (Thoma et al., 2021).

Mode de vie

L'activité physique est particulièrement importante pour la santé mentale. En 2021, une personne en Suisse se déplaçait en moyenne 35 minutes par jour à pied ou à vélo : c'est davantage que les 150 minutes d'activité physique par semaine que préconise l'Organisation mondiale de la santé. La durée quotidienne de déplacement à pied ou à vélo est plus longue chez les personnes qui vivent en ville (37 minutes) que celles qui habitent dans une agglomération (32 minutes) ou à la campagne (30,8 minutes; OFSP & Obsan, 2023a). Parmi les personnes interrogées en 2022, 72,8% ont déclaré qu'elles se déplaceraient encore plus à vélo si les pistes cyclables étaient continues et sûres et 66,8% qu'elles marcheraient davantage si les chemins piétonniers étaient continus et agréables. Respectivement 45,5% et 37,4% des personnes ont indiqué qu'elles se déplaceraient davantage à pied ou à vélo si les fréquences des transports publics étaient plus élevées et les arrêts plus proches (OFSP & Obsan, 2023b).

L'effet de l'activité physique sur la santé mentale est très bien documenté dans les études internationales. S'appuyant sur des études de contrôle impliquant un total de 128 119 personnes réparties au hasard, une vaste étude internationale indique clairement que l'activité physique atténue les symptômes dépressifs et de l'anxiété, réduit le stress et améliore le sommeil, aussi bien chez les personnes en bonne santé que chez celles souffrant de troubles psychiques (Singh et al., 2023). L'activité physique est favorisée par un bon accès aux transports publics ainsi qu'aux pistes cyclables et aux chemins piétonniers, par la priorité accordée aux transports publics et à la mobilité douce par rapport aux transports individuels motorisés et par des mesures de sécurité routière. Sont également associés à l'activité physique, les quartiers bien desservis et compacts, où plusieurs possibilités d'activité se côtoient de manière harmonieuse. Sans oublier les espaces verts dont l'attrait et les bienfaits encouragent également à pratiquer une activité physique (Bird et al., 2018).

Bouger davantage renforce la santé mentale. Les personnes bougent davantage si elles ont accès à des transports publics bien développés, à des pistes cyclables et des chemins piétonniers bien aménagés et n'ont qu'un court trajet à effectuer pour se rendre au travail, à l'école, dans les structures de soins, dans les magasins et sur les lieux culturels.

Perception

La santé mentale est influencée non seulement par des facteurs de risque objectifs liés à l'environnement bâti et naturel, mais aussi par la perception subjective de ces facteurs. La perception la plus souvent considérée est celle du changement climatique, qui peut déclencher une série d'émotions telles que le stress, l'inquiétude, la peur, la colère, le chagrin, la culpabilité voire le désespoir (Lawrance et al., 2022). Les personnes dont le niveau de conscience par rapport au changement climatique est élevé ont moins tendance à opposer de résistance face à ce dernier, sont moins sujettes à la dépression, à l'anxiété, au stress, à la consommation de drogues et aux pensées suicidaires (Gianfredi et al., 2024). Celles qui se sentent menacées par la pollution environnementale semblent aussi affectées par ses effets négatifs dans leur santé mentale, quel que soit le degré de pollution auquel elles sont effectivement exposées (Baker et al., 2024). L'étude de cohorte suisse SAPALDIA (étude de groupe) montre que le niveau de bruit perçu subjectivement a une influence sur le risque de dépression. Le niveau de bruit mesuré de manière objective ne joue un rôle dans la santé mentale d'une personne que si elle est exposée à différentes sources de bruit ou si elle vit longtemps dans une zone exposée au bruit des avions.

8.6 Conclusion

Cette étude de synthèse montre clairement que de nombreux facteurs influent sur la santé mentale. Certains ont un effet négatif sur celle-ci, tels que la vie urbaine, un logement de mauvaise qualité, les phénomènes météorologiques extrêmes, la hausse des températures, les émissions sonores, les polluants atmosphériques, les produits chimiques et le rayonnement. D'autres favorisent la santé mentale, tels que les espaces verts et bleus, un logement de bonne qualité et des transports publics attractifs. En règle générale, seules les études qui portent sur des personnes attribuées de manière aléatoire à un groupe d'intervention ou de contrôle permettent de démontrer les effets de ces facteurs. Or, ce genre d'étude est difficile à réaliser pour les facteurs environnementaux décrits ici (Bird et al. 2018, Bonaccorsi et al. 2023). Certaines hypothèses suggèrent que le bruit, les polluants atmosphériques, les produits chimiques et la densité sociale dans les villes, influent sur la gestion du stress par le corps et par les régions du cerveau responsables de la régulation des menaces et des émotions négatives. Ces hypothèses sont en partie étayées par des études sur les animaux et l'imagerie neurobiologique chez l'humain. Ce n'est pas parce que les effets n'ont pas été démontrés clairement dans des études qu'ils n'existent pas. On part du principe que différents facteurs de l'environnement bâti, naturel et social s'influencent mutuellement et déploient ainsi leurs effets sur la santé mentale.

La littérature *internationale* et la situation en Suisse mettent en évidence cinq points d'amorce en particulier dans l'environnement bâti et l'environnement naturel pour renforcer la santé mentale. Premièrement, il faut des mesures de protection contre le bruit pour le million de personnes environ qui vivent dans les villes et les agglomérations et qui sont exposées à des nuisances sonores. Le lien entre le bruit et les troubles du sommeil chez les adultes ainsi que les troubles de l'attention et l'hyperactivité chez les enfants est bien établi. Deuxièmement, il faudrait prendre des mesures d'aménagement du territoire et des mesures énergétiques, en particulier dans les villes, pour protéger la population des vagues de chaleur, de plus en plus fréquentes en raison du changement climatique. La hausse des températures est associée aux suicides, l'augmentation des admissions dans les services d'urgence et les institutions psychiatriques est mise en rapport avec des troubles psychiques tels que les symptômes dépressifs et l'anxiété. Les principaux groupes à risque sont les personnes âgées et celles souffrant de troubles psychiques. Troisièmement, il faut une meilleure protection contre les produits chimiques tels que les plastifiants et les produits chimiques industriels (PFAS). Ces produits ont été retrouvés chez tous les enfants et adolescents examinés dans le cadre du programme européen de biosurveillance. Ils sont associés à des troubles du comportement chez l'enfant. Quatrièmement, l'activité physique a un effet évident sur la santé mentale. Un réseau bien développé pour les piétons, les cyclistes et les transports publics ainsi que des quartiers bien desservis et compacts, où plusieurs activités peuvent être pratiquées, favorisent l'activité physique. Cinquièmement, il est important de prendre en compte le contexte social: disposer d'endroits où se retirer ou échanger dans l'espace public et dans les zones résidentielles peut atténuer les conséquences négatives pour la santé mentale de la densité sociale et de l'isolement social.

8.7 Bibliographie

- Adli, M., & Schöndorf, J. (2020). [Does the city make us ill? The effect of urban stress on emotions, behavior, and mental health]. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 63(8), 979–986. <https://doi.org/10.1007/s00103-020-03185-w>
- Ancora, L. A., Blanco-Mora, D. A., Alves, I., Bonifácio, A., Morgado, P., & Miranda, B. (2022). Cities and neuroscience research: A systematic literature review. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 983352. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.983352>
- Baker, E., Barlow, C. F., Daniel, L., Morey, C., Bentley, R., & Taylor, M. P. (2024). Mental health impacts of environmental exposures: A scoping review of evaluative instruments. *The Science of the Total Environment*, 912, 169063. <https://doi.org/10.1016/j.scitotenv.2023.169063>
- Bär, S., Bundo, M., de Schrijver, E., Müller, T. J., & Vicedo-Cabrera, A. M. (2022). Suicides and ambient temperature in Switzerland: A nationwide time-series analysis. *Swiss Medical Weekly*, 152, w30115. <https://doi.org/10.4414/smww.2022.w30115>
- Basner, M., & McGuire, S. (2018). WHO Environmental Noise Guidelines for the European Region: A Systematic Review on Environmental Noise and Effects on Sleep. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(3). <https://doi.org/10.3390/ijerph15030519>
- Bernardini, F., Trezzi, R., Quartesan, R., & Attademo, L. (2020). Air Pollutants and Daily Hospital Admissions for Psychiatric Care: A Review. *Psychiatric Services (Washington, D.C.)*, 71(12), 1270–1276. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201800565>
- Bird, E. L., Ige, J. O., Pilkington, P., Pinto, A., Petrokofsky, C., & Burgess-Allen, J. (2018). Built and natural environment planning principles for promoting health: An umbrella review. *BMC Public Health*, 18(1), 930. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5870-2>
- Bodewein, L., Dechent, D., Graefrath, D., Kraus, T., Krause, T., & Driessen, S. (2022). Systematic review of the physiological and health-related effects of radiofrequency electromagnetic field exposure from wireless communication devices on children and adolescents in experimental and epidemiological human studies. *PLOS ONE*, 17(6), e0268641.
- Bonaccorsi, G., Milani, C., Giorgetti, D., Setola, N., Naldi, E., Manzi, F., Del Riccio, M., Dellisanti, C., & Lorini, C. (2023). Impact of Built Environment and Neighborhood on Promoting Mental Health, Well-being, and Social Participation in Older People: An Umbrella Review. *Annali Di Igiene?: Medicina Preventiva e Di Comunita*, 35(2), 213–239. <https://doi.org/10.7416/ai.2022.2534>
- Braithwaite, I., Zhang, S., Kirkbride, J. B., Osborn, D. P. J., & Hayes, J. F. (2019). Air Pollution (Particulate Matter) Exposure and Associations with Depression, Anxiety, Bipolar, Psychosis and Suicide Risk: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Environmental Health Perspectives*, 127(12), 126002. <https://doi.org/10.1289/EHP4595>
- Bratman, G. N., Anderson, C. B., Berman, M. G., Cochran, B., de Vries, S., Flanders, J., Folke, C., Frumkin, H., Gross, J. J., Hartig, T., Kahn, P. H., Kuo, M., Lawler, J. J., Levin, P. S., Lindahl, T., Meyer-Lindenberg, A., Mitchell, R., Ouyang, Z., Roe, J., ... Daily, G. C. (2019). Nature and mental health: An ecosystem service perspective. *Science Advances*, 5(7), eaax0903. <https://doi.org/10.1126/sciadv.aax0903>
- Bromet, E. J., & Havenaar, J. M. (2007). Psychological and perceived health effects of the Chernobyl disaster: A 20-year review. *Health Physics*, 93(5), 516–521. <https://doi.org/10.1097/01.HP.0000279635.14108.02>
- Bromet, E. J., Havenaar, J. M., & Guey, L. T. (2011). A 25 year retrospective review of the psychological consequences of the Chernobyl accident. *Clinical Oncology (Royal College of Radiologists (Great Britain))*, 23(4), 297–305. <https://doi.org/10.1016/j.clon.2011.01.501>
- Buoli, M., Grassi, S., Caldiroli, A., Carnevali, G. S., Mucci, F., Iodice, S., Cantone, L., Pergoli, L., & Bollati, V. (2018). Is there a link between air pollution and mental disorders? *Environment International*, 118, 154–168. <https://doi.org/10.1016/j.envint.2018.05.044>
- Cancino, J., Soto, K., Tapia, J., Muñoz-Quezada, M. T., Lucero, B., Contreras, C., & Moreno, J. (2023). Occupational exposure to pesticides and symptoms of depression in agricultural workers. A systematic review. *Environmental Research*, 231(Pt 2), 116190. <https://doi.org/10.1016/j.envres.2023.116190>
- Cao, T., Tian, M., Hu, H., Yu, Q., You, J., Yang, Y., An, Z., Song, J., Zhang, G., Zhang, G., Wu, W., & Wu, H. (2024). The relationship between air pollution and depression and anxiety disorders – A systematic evaluation and meta-analysis of a cohort-based study. *The International Journal of Social Psychiatry*, 70(2), 241–270. <https://doi.org/10.1177/00207640231197941>

- Charlson, F., Ali, S., Benmarhnia, T., Pearl, M., Massazza, A., Augustinavicius, J., & Scott, J. G. (2021). Climate Change and Mental Health: A Scoping Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(9). <https://doi.org/10.3390/ijerph18094486>
- Chique, C., Hynds, P., Nyhan, M. M., Lambert, S., Boudou, M., & O'Dwyer, J. (2021). Psychological impairment and extreme weather event (EWE) exposure, 1980-2020: A global pooled analysis integrating mental health and well-being metrics. *International Journal of Hygiene and Environmental Health*, 238, 113840. <https://doi.org/10.1016/j.ijheh.2021.113840>
- Cianconi, P., Betrò, S., & Janiri, L. (2020). The Impact of Climate Change on Mental Health: A Systematic Descriptive Review. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 74. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00074>
- Clark, C., & Paunovic, K. (2018). WHO Environmental Noise Guidelines for the European Region: A Systematic Review on Environmental Noise and Quality of Life, Wellbeing and Mental Health. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(11), 2400. <https://doi.org/10.3390/ijerph15112400>
- Clayton, S. (2021). Climate Change and Mental Health. *Current Environmental Health Reports*, 8(1), 1–6. <https://doi.org/10.1007/s40572-020-00303-3>
- Corvetto, J. F., Helou, A. Y., Dambach, P., Müller, T., & Sauerborn, R. (2023). A Systematic Literature Review of the Impact of Climate Change on the Global Demand for Psychiatric Services. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(2), 1190. <https://doi.org/10.3390/ijerph20021190>
- Costa E Silva, J. A., & Steffen, R. E. (2019). Urban environment and psychiatric disorders: A review of the neuroscience and biology. *Metabolism: Clinical and Experimental*, 100S, 153940. <https://doi.org/10.1016/j.metabol.2019.07.004>
- Cruz, J., White, P. C. L., Bell, A., & Coventry, P. A. (2020). Effect of Extreme Weather Events on Mental Health: A Narrative Synthesis and Meta-Analysis for the UK. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(22), 8581. <https://doi.org/10.3390/ijerph17228581>
- Cuijpers, P., Miguel, C., Ciharova, M., Kumar, M., Brander, L., Kumar, P., & Karyotaki, E. (2023). Impact of climate events, pollution, and green spaces on mental health: An umbrella review of meta-analyses. *Psychological Medicine*, 53(3), 638–653. <https://doi.org/10.1017/S0033291722003890>
- Dickerson, A. S., Wu, A. C., Liew, Z., & Weisskopf, M. (2020). A Scoping Review of Non-Occupational Exposures to Environmental Pollutants and Adult Depression, Anxiety, and Suicide. *Current Environmental Health Reports*, 7(3), 256–271. <https://doi.org/10.1007/s40572-020-00280-7>
- Dzhambov, A. M., & Lercher, P. (2019). Road Traffic Noise Exposure and Depression/Anxiety: An Updated Systematic Review and Meta-Analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(21), 4134. <https://doi.org/10.3390/ijerph16214134>
- Evans, G. W. (2003). The Built Environment and Mental Health. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 80(4), 536–555. <https://doi.org/10.1093/jurban/jtg063>
- Evans, J., Bansal, A., Schoenaker, D. A. J. M., Cherbuin, N., Peek, M. J., & Davis, D. L. (2022). Birth Outcomes, Health, and Health Care Needs of Childbearing Women following Wildfire Disasters: An Integrative, State-of-the-Science Review. *Environmental Health Perspectives*, 130(8), 86001. <https://doi.org/10.1289/EHP10544>
- Fernandez, A., Black, J., Jones, M., Wilson, L., Salvador-Carulla, L., Astell-Burt, T., & Black, D. (2015). Flooding and mental health: A systematic mapping review. *PloS One*, 10(4), e0119929. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0119929>
- Filipova, T., Kopsiek, L., Gerritsen, E., Bodin, E., Brzezinski, B., & Rubio-Ramirez, O. (2020). *Mental health and the environment: How European policies can better reflect environmental degradation's impact on people's mental health and well-being* [Hintergrunddokument]. Institute for European Environmental Policy (IEEP) and the Barcelona Institute for Global Health (ISGlobal).
- Freiberg, A., Schefter, C., Girbig, M., Murta, V. C., & Seidler, A. (2019). Health effects of wind turbines on humans in residential settings: Results of a scoping review. *Environmental Research*, 169, 446–463. <https://doi.org/10.1016/j.envres.2018.11.032>
- Gascon, M., Zijlema, W., Vert, C., White, M. P., & Nieuwenhuijsen, M. J. (2017). Outdoor blue spaces, human health and well-being: A systematic review of quantitative studies. *International Journal of Hygiene and Environmental Health*, 220(8), 1207–1221. <https://doi.org/10.1016/j.ijheh.2017.08.004>
- Gawrych, M. (2022). Climate change and mental health: A review of current literature. *Psychiatria polska*, 56(4), 903–915. <https://doi.org/10.12740/PP/OnlineFirst/131991>
- Geneshka, M., Coventry, P., Cruz, J., & Gilbody, S. (2021). Relationship between Green and Blue Spaces with Mental and Physical Health: A Systematic Review of Longitudinal Observational Studies. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(17), 9010. <https://doi.org/10.3390/ijerph18179010>

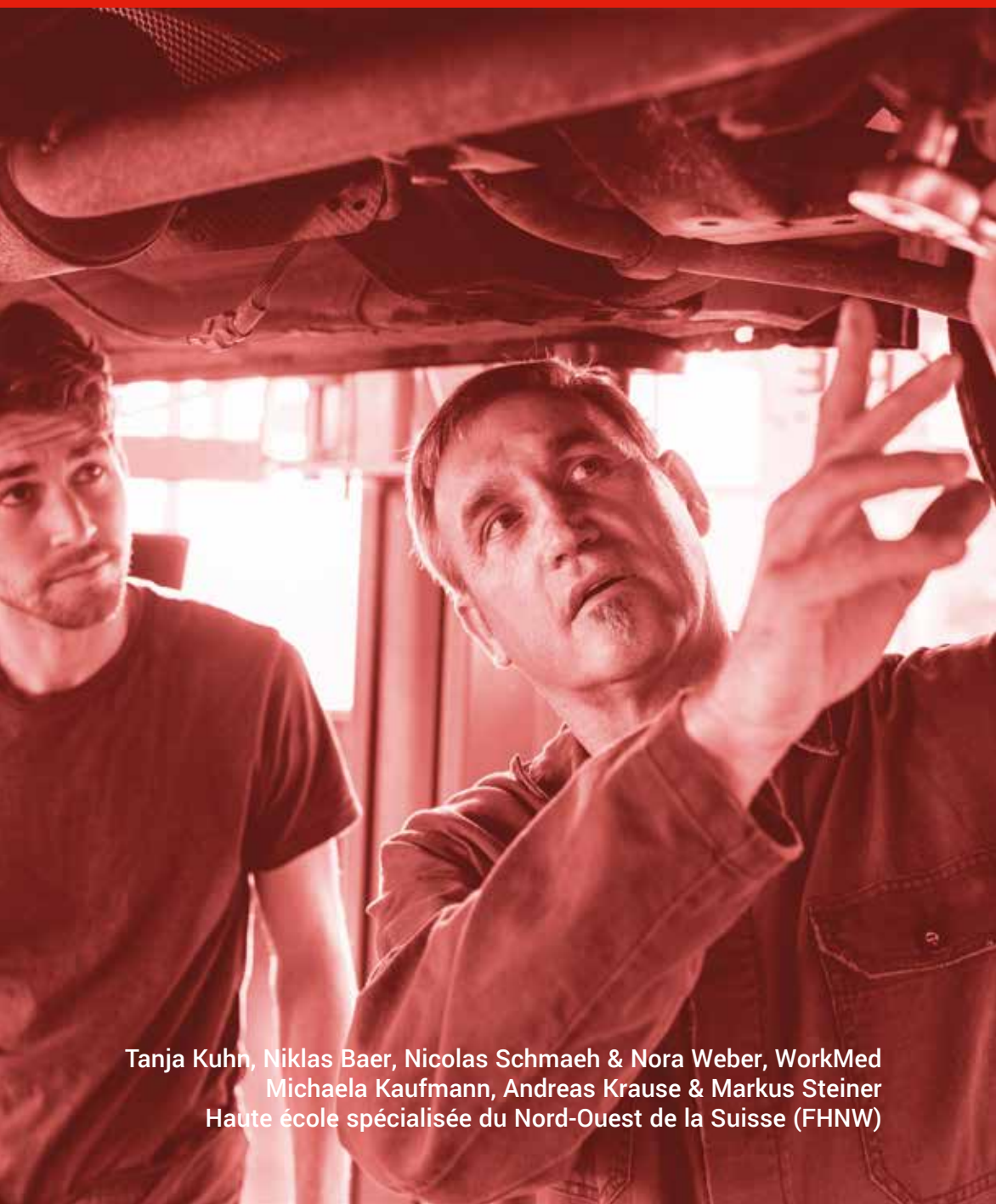
- Gianfredi, V., Mazziotto, F., Clerici, G., Astorri, E., Oliani, F., Cappellina, M., Catalini, A., Dell'Osso, B. M., Pregliasco, F. E., Castaldi, S., & Benatti, B. (2024). Climate Change Perception and Mental Health. Results from a Systematic Review of the Literature. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 14(1), 215–229. <https://doi.org/10.3390/ejihpe14010014>
- Golitaleb, M., Mazaheri, E., Bonyadi, M., & Sahebi, A. (2022). Prevalence of Post-traumatic Stress Disorder After Flood: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 890671. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.890671>
- Gong, Y., Palmer, S., Gallacher, J., Marsden, T., & Fone, D. (2016). A systematic review of the relationship between objective measurements of the urban environment and psychological distress. *Environment International*, 96, 48–57. <https://doi.org/10.1016/j.envint.2016.08.019>
- Gruebner, O., Lowe, S. R., Sykora, M., Shankardass, K., Subramanian, S. V., & Galea, S. (2017). A novel surveillance approach for disaster mental health. *PLoS One*, 12(7), e0181233–e0181233.
- Gruebner, O., Rapp, M. A., Adli, M., Kluge, U., Galea, S., & Heinz, A. (2017). Cities and Mental Health. *Deutsches Arzteblatt International*, 114(8), 121–127. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2017.0121>
- Hahad, O., Kuntic, M., Al-Kindi, S., Kuntic, I., Gilan, D., Petrowski, K., Daiber, A., & Münzel, T. (2024). Noise and mental health: Evidence, mechanisms, and consequences. *Journal of Exposure Science & Environmental Epidemiology*, 35, 16–23. <https://doi.org/10.1038/s41370-024-00642-5>
- Hegewald, J., Schubert, M., Freiberg, A., Romero Starke, K., Augustin, F., Riedel-Heller, S. G., Zeeb, H., & Seidler, A. (2020). Traffic Noise and Mental Health: A Systematic Review and Meta-Analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(17), 6175. <https://doi.org/10.3390/ijerph17176175>
- Heinz, A., & Meyer-Lindenberg, A. (2023). [Climate change and mental health. Position paper of a task force of the DGPPN]. *Der Nervenarzt*, 94(3), 225–233. <https://doi.org/10.1007/s00115-023-01457-9>
- Huang, W., Gao, Y., Xu, R., Yang, Z., Yu, P., Ye, T., Ritchie, E. A., Li, S., & Guo, Y. (2023). Health Effects of Cyclones: A Systematic Review and Meta-Analysis of Epidemiological Studies. *Environmental Health Perspectives*, 131(8), 86001. <https://doi.org/10.1289/EHP12158>
- Hwang, A. R., Wang, M., Khan, H., Chagwedera, D. N., Grzenda, A., Doty, B., Benton, T., Alpert, J., Clarke, D., & Compton, W. M. (2022). Climate change and mental health research methods, gaps, and priorities: A scoping review. *The Lancet. Planetary Health*, 6(3), e281–e291. [https://doi.org/10.1016/S2542-5196\(22\)00012-2](https://doi.org/10.1016/S2542-5196(22)00012-2)
- Ige, J., Pilkington, P., Orme, J., Williams, B., Prestwood, E., Black, D., Carmichael, L., & Scally, G. (2019). The relationship between buildings and health: A systematic review. *Journal of Public Health (Oxford, England)*, 41(2), e121–e132. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdy138>
- IQAir. (2023). *World Air Quality Report*. https://www.iqair.com/dl/2023_World_Air_Quality_Report.pdf
- James, A. A., & O'Shaughnessy, K. L. (2023). Environmental chemical exposures and mental health outcomes in children: A narrative review of recent literature. *Frontiers in Toxicology*, 5, 1290119. <https://doi.org/10.3389/ftox.2023.1290119>
- Kennedy, I. T. R., Petley, D. N., Williams, R., & Murray, V. (2015). A systematic review of the health impacts of mass Earth movements (landslides). *PLoS Currents*, 7, ecurrents.dis.1d49e84c8bbe678b0e70cf7fc35d0b77. <https://doi.org/10.1371/currents.dis.1d49e84c8bbe678b0e70cf7fc35d0b77>
- Keya, T. A., Leela, A., Habib, N., Rashid, M., & Bakthavatchalam, P. (2023). Mental Health Disorders Due to Disaster Exposure: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Cureus*, 15(4), e37031. <https://doi.org/10.7759/cureus.37031>
- Kim, K.-H., Kabir, E., & Ara Jahan, S. (2014). A review of the consequences of global climate change on human health. *Journal of Environmental Science and Health. Part C, Environmental Carcinogenesis & Ecotoxicology Reviews*, 32(3), 299–318. <https://doi.org/10.1080/10590501.2014.941279>
- Köllner, P., Gross, C., Schäppi, B., Füssler, J., Lerch, J., & Nauser, M. (2017). *Klimabedingte Risiken und Chancen: Eine schweizweite Synthese*. Bundesamt für Umwelt.
- Kölves, K., Kölves, K. E., & De Leo, D. (2013). Natural disasters and suicidal behaviours: A systematic literature review. *Journal of Affective Disorders*, 146(1), 1–14. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.07.037>
- Krabbendam, L., van Vugt, M., Conus, P., Söderström, O., Abrahamyan Empson, L., van Os, J., & Fett, A.-K. J. (2021). Understanding urbanicity: How interdisciplinary methods help to unravel the effects of the city on mental health. *Psychological Medicine*, 51(7), 1099–1110. <https://doi.org/10.1017/S0033291720000355>
- Kumar, P., Druckman, A., Gallagher, J., Gatersleben, B., Allison, S., Eisenman, T. S., Hoang, U., Hama, S., Tiwari, A., Sharma, A., Abhijith, K. V., Adlakha, D., McNabola, A., Astell-Burt, T., Feng, X., Skeldon, A. C., de Lusignan, S., & Morawska, L. (2019). The nexus between air pollution, green infrastructure and human health. *Environment International*, 133(Pt A), 105181. <https://doi.org/10.1016/j.envint.2019.105181>

- Lan, Y., Roberts, H., Kwan, M.-P., & Helbich, M. (2020). Transportation noise exposure and anxiety: A systematic review and meta-analysis. *Environmental Research*, 191, 110118. <https://doi.org/10.1016/j.envres.2020.110118>
- Lawrance, E. L., Thompson, R., Newberry Le Vay, J., Page, L., & Jennings, N. (2022). The Impact of Climate Change on Mental Health and Emotional Wellbeing: A Narrative Review of Current Evidence, and its Implications. *International Review of Psychiatry (Abingdon, England)*, 34(5), 443–498. <https://doi.org/10.1080/09540261.2022.2128725>
- Lecic-Tosevski, D. (2019). Is urban living good for mental health? *Current Opinion in Psychiatry*, 32(3), 204–209. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000489>
- Lee, S., & First, J. M. (2022). Mental Health Impacts of Tornadoes: A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(21), 13747. <https://doi.org/10.3390/ijerph192113747>
- Lee, Y., Lee, S., & Lee, W. (2023). Occupational and Environmental Noise Exposure and Extra-Auditory Effects on Humans: A Systematic Literature Review. *GeoHealth*, 7(6), e2023GH000805. <https://doi.org/10.1029/2023GH000805>
- Liddell, C., & Guiney, C. (2015). Living in a cold and damp home: Frameworks for understanding impacts on mental well-being. *Public Health*, 129(3), 191–199. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2014.11.007>
- Longmuir, C., & Agyapong, V. I. O. (2021). Social and Mental Health Impact of Nuclear Disaster in Survivors: A Narrative Review. *Behavioral Sciences (Basel, Switzerland)*, 11(8), 113. <https://doi.org/10.3390/bs11080113>
- Makwana, N. (2019). Disaster and its impact on mental health: A narrative review. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 8(10), 3090–3095. https://doi.org/10.4103/jfmpc.jfmpc_893_19
- Nguyen, P.-Y., Astell-Burt, T., Rahimi-Ardabili, H., & Feng, X. (2021). Green Space Quality and Health: A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(21), 11028. <https://doi.org/10.3390/ijerph182111028>
- Ni, M., You, Y., Chen, J., & Zhang, L. (2018). Copper in depressive disorder: A systematic review and meta-analysis of observational studies. *Psychiatry Research*, 267, 506–515. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.05.049>
- Nieuwenhuijsen, M. J., Khreis, H., Triguero-Mas, M., Gascon, M., & Dadvand, P. (2017). Fifty Shades of Green: Pathway to Healthy Urban Living. *Epidemiology (Cambridge, Mass.)*, 28(1), 63–71. <https://doi.org/10.1097/EDE.0000000000000549>
- Nilsen, F. M., & Tulve, N. S. (2020). A systematic review and meta-analysis examining the interrelationships between chemical and non-chemical stressors and inherent characteristics in children with ADHD. *Environmental Research*, 180, 108884. <https://doi.org/10.1016/j.envres.2019.108884>
- Obsan (2024a). Indicateur: Energie et vitalité. <https://ind.obsan.admin.ch/fr/indicateur/obsan/energie-et-vitalite>
- Obsan (2024b). Indicateur: Soutien social. <https://ind.obsan.admin.ch/fr/indicateur/obsan/soutien-social>
- Office fédéral de l'environnement OFEV (2023). *Etat de l'exposition au bruit en Suisse*. <https://www.bafu.admin.ch/bafu/fr/home/themes/bruit/etat-de-l-exposition-au-bruit-en-suisse.html>
- Office fédéral de la santé publique OFSP & Obsan (2023a). Indicateur MonAM: Mobilité active: à pied / vélo (âge: 6+). <https://ind.obsan.admin.ch/fr/indicateur/monam/mobilite-active-a-pied-velo-age-6>
- Office fédéral de la santé publique OFSP & Obsan (2023b). Indicateur MonAM: Mobilité active: Opinion de la population relative aux mesures structurelles (âge: 15+). <https://ind.obsan.admin.ch/fr/indicateur/monam/mobilite-active-opinion-de-la-population-relative-aux-mesures-structurelles-age-15>
- Office fédéral de la Statistique OFS (2022a). *Taux de pauvreté, selon différentes caractéristiques*. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/situation-economique-sociale-population/bien-etre-pauvrete/pauvrete-privations/pauvrete.assetdetail.30526406.html>
- Office fédéral de la Statistique OFS (2022b). *Privations liées au logement, selon différentes caractéristiques socio-démographiques*. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/de/home/statistiken/querschnittsthemen/schweiz-wohnen.assetdetail.30526491.html>
- Office fédéral de la Statistique OFS (2023). *Enquête suisse sur la santé 2022. Vue d'ensemble*. <https://www.bfs.admin.ch/asset/fr/28625353>
- Ordemann, J. M., & Austin, R. N. (2016). Lead neurotoxicity: Exploring the potential impact of lead substitution in zinc-finger proteins on mental health. *Metallomics?: Integrated Biometal Science*, 8(6), 579–588. <https://doi.org/10.1039/c5mt00300h>
- Organisation mondiale de la Santé OMS, Bureau régional de pour l'Europe (2018). *Environmental Noise Guidelines for the European Region*. WHO. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/279952/9789289053563-eng.pdf?sequence=1>
- Organisation mondiale de la Santé OMS, Bureau régional de pour l'Europe (2021). *Green and blue spaces and mental health: New evidence and perspectives for action*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/342931>

- Palinkas, L. A., & Wong, M. (2020). Global climate change and mental health. *Current Opinion in Psychology*, 32, 12–16. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2019.06.023>
- Praveena, S. M., Munisvaradass, R., Masiran, R., Rajendran, R. K., Lin, C.-C., & Kumar, S. (2020). Phthalates exposure and attention-deficit/hyperactivity disorder in children: A systematic review of epidemiological literature. *Environmental Science and Pollution Research International*, 27(36), 44757–44770. <https://doi.org/10.1007/s11356-020-10652-z>
- Rahmani, M., Silverman, A. L., Thompson, A., & Pumariega, A. (2023). Youth Suicidality in the Context of Disasters. *Current Psychiatry Reports*, 25(11), 587–602. <https://doi.org/10.1007/s11920-023-01454-4>
- Rautio, N., Filatova, S., Lehtiniemi, H., & Miettunen, J. (2018). Living environment and its relationship to depressive mood: A systematic review. *The International Journal of Social Psychiatry*, 64(1), 92–103. <https://doi.org/10.1177/0020764017744582>
- Riva, A., Rebecchi, A., Capolongo, S., & Gola, M. (2022). Can Homes Affect Well-Being? A Scoping Review among Housing Conditions, Indoor Environmental Quality, and Mental Health Outcomes. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(23), 15975. <https://doi.org/10.3390/ijerph192315975>
- Salvador, C., Nieto, R., Vicente-Serrano, S. M., García-Herrera, R., Gimeno, L., & Vicedo-Cabrera, A. M. (2023). Public Health Implications of Drought in a Climate Change Context: A Critical Review. *Annual Review of Public Health*, 44, 213–232. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-071421-051636>
- Satherley, R.-M., Hazell, C. M., Jones, C. J., & Hanna, P. (2022). A Systematic Review of the Effects of Urban Living on Suicidality and Self-Harm in the UK and Ireland. *Journal of Urban Health?: Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 99(3), 385–408. <https://doi.org/10.1007/s11524-022-00611-z>
- Schubert, M., Hegewald, J., Freiberg, A., Starke, K. R., Augustin, F., Riedel-Heller, S. G., Zeeb, H., & Seidler, A. (2019). Behavioral and Emotional Disorders and Transportation Noise among Children and Adolescents: A Systematic Review and Meta-Analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(18), 3336. <https://doi.org/10.3390/ijerph16183336>
- Schweizerischer Städteverband, & Bundesamt für Statistik. (2022). *Statistik der Schweizer Städte 2022*. https://staedteverband.ch/cmsfiles/jahrbuchstv_2022_web.pdf?v=20240625170736
- Scott, A. J., Webb, T. L., Martyn-St James, M., Rowse, G., & Weich, S. (2021). Improving sleep quality leads to better mental health: A meta-analysis of randomised controlled trials. *Sleep Medicine Reviews*, 60, 101556. <https://doi.org/10.1016/j.smrv.2021.101556>
- Singh, A., Daniel, L., Baker, E., & Bentley, R. (2019). Housing Disadvantage and Poor Mental Health: A Systematic Review. *American Journal of Preventive Medicine*, 57(2), 262–272. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2019.03.018>
- Singh, B., Olds, T., Curtis, R., Dumuid, D., Virgara, R., Watson, A., Szeto, K., O'Connor, E., Ferguson, T., Eglitis, E., Miatke, A., Simpson, C. E., & Maher, C. (2023). Effectiveness of physical activity interventions for improving depression, anxiety and distress: An overview of systematic reviews. *British Journal of Sports Medicine*, bjsports-2022-106195. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2022-106195>
- Stanke, C., Kerac, M., Prudhomme, C., Medlock, J., & Murray, V. (2013). Health effects of drought: A systematic review of the evidence. *PLoS Currents*, 5, ecurrents.dis.7a2cee9e980f91ad7697b570bcc4b004. <https://doi.org/10.1371/currents.dis.7a2cee9e980f91ad7697b570bcc4b004>
- Sui, Y., Ettema, D., & Helbich, M. (2022). Longitudinal associations between the neighborhood social, natural, and built environment and mental health: A systematic review with meta-analyses. *Health & Place*, 77, 102893. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2022.102893>
- Thoma, M. V., Rohleder, N., & Rohner, S. L. (2021). Clinical Ecopsychology: The Mental Health Impacts and Underlying Pathways of the Climate and Environmental Crisis. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 675936. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.675936>
- Thomson, E. M. (2019). Air Pollution, Stress, and Allostatic Load: Linking Systemic and Central Nervous System Impacts. *Journal of Alzheimer's Disease?: JAD*, 69(3), 597–614. <https://doi.org/10.3233/JAD-190015>
- Thomson, H., Thomas, S., Sellstrom, E., & Petticrew, M. (2013). Housing improvements for health and associated socio-economic outcomes. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2, CD008657. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD008657.pub2>
- To, P., Eboime, E., & Agyapong, V. I. O. (2021). The Impact of Wildfires on Mental Health: A Scoping Review. *Behavioral Sciences (Basel, Switzerland)*, 11(9), 126. <https://doi.org/10.3390/bs11090126>
- Tzivian, L., Winkler, A., Dlugaj, M., Schikowski, T., Vossoughi, M., Fuks, K., Weinmayr, G., & Hoffmann, B. (2015). Effect of long-term outdoor air pollution and noise on cognitive and psychological functions in adults. *International Journal of Hygiene and Environmental Health*, 218(1), 1–11. <https://doi.org/10.1016/j.ijheh.2014.08.002>

- Uhl, M., Schoeters, G., Govarts, E., Bil, W., Fletcher, T., Haug, L. S., Hoogenboom, R., Gundacker, C., Trier, X., Fernandez, M. F., Calvo, A. C., López, M. E., Coertjens, D., Santonen, T., Murinová, P., Richterová, D., Brouwere, K. D., Hauzenberger, I., Kolossa-Gehring, M., & Halldórsson, Þ. I. (2023). PFASs: What can we learn from the European Human Biomonitoring Initiative HBM4EU. *International Journal of Hygiene and Environmental Health*, 250, 114168. <https://doi.org/10.1016/j.ijheh.2023.114168>
- van den Bosch, M., & Meyer-Lindenberg, A. (2019). Environmental Exposures and Depression: Biological Mechanisms and Epidemiological Evidence. *Annual Review of Public Health*, 40, 239–259. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-040218-044106>
- Vanaken, G.-J., & Danckaerts, M. (2018). Impact of Green Space Exposure on Children's and Adolescents' Mental Health: A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(12), 2668. <https://doi.org/10.3390/ijerph15122668>
- Varshney, K., Makleff, S., Krishna, R. N., Romero, L., Willems, J., Wickes, R., & Fisher, J. (2023). Mental health of vulnerable groups experiencing a drought or bushfire: A systematic review. *Global Mental Health (Cambridge, England)*, 10, e24. <https://doi.org/10.1017/gmh.2023.13>
- Ventriglio, A., Torales, J., Castaldelli-Maia, J. M., De Berardis, D., & Bhugra, D. (2021). Urbanization and emerging mental health issues. *CNS Spectrums*, 26(1), 43–50. <https://doi.org/10.1017/S1092852920001236>
- Vins, H., Bell, J., Saha, S., & Hess, J. J. (2015). The Mental Health Outcomes of Drought: A Systematic Review and Causal Process Diagram. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 12(10), 13251–13275. <https://doi.org/10.3390/ijerph121013251>
- Weiland, N., Steiner, D. M., & Grosche, B. (2016). [Effects on health of the Chernobyl accident: 30 years on]. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 59(9), 1171–1177. <https://doi.org/10.1007/s00103-016-2415-7>
- Wicki, B., Schäffer, B., Wunderli, J. M., Müller, T. J., Pervilhac, C., Rössli, M., & Vienneau, D. (2023). Suicide and Transportation Noise: A Prospective Cohort Study from Switzerland. *Environmental Health Perspectives*, 131(3), 37013. <https://doi.org/10.1289/EHP11587>
- Wolf, K. L., Lam, S. T., McKeen, J. K., Richardson, G. R. A., van den Bosch, M., & Bardekjian, A. C. (2020). Urban Trees and Human Health: A Scoping Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(12), 4371. <https://doi.org/10.3390/ijerph17124371>
- Yang, Y., Zhang, Y., & Sheng, S. (2023). Residential greenness for mitigating impacts of extreme heat events on depression and supporting mental health. *Frontiers in Public Health*, 11, 1310410. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1310410>
- Yu, J., Yang, D., Kim, Y., Hashizume, M., Gasparrini, A., Armstrong, B., Honda, Y., Tobias, A., Sera, F., Vicedo-Cabrera, A. M., Kim, H., Íñiguez, C., Lavigne, E., Ragetti, M. S., Scovronick, N., Acquaotta, F., Chen, B., Guo, Y. L., de Sousa Zanotti Stagliori Coelho, M., ... Chung, Y. (2020). Seasonality of suicide: A multi-country multi-community observational study. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 29, e163. Cambridge Core. <https://doi.org/10.1017/S2045796020000748>
- Zhang, R., Zhang, C.-Q., & Rhodes, R. E. (2021). The pathways linking objectively-measured greenspace exposure and mental health: A systematic review of observational studies. *Environmental Research*, 198, 111233. <https://doi.org/10.1016/j.envres.2021.111233>
- Zhang, X., Zhang, Y., Yun, J., & Yao, W. (2023). A systematic review of the anxiety-alleviation benefits of exposure to the natural environment. *Reviews on Environmental Health*, 38(2), 281–293. <https://doi.org/10.1515/reveh-2021-0157>
- Ziersch, A., & Due, C. (2018). A mixed methods systematic review of studies examining the relationship between housing and health for people from refugee and asylum seeking backgrounds. *Social Science & Medicine (1982)*, 213, 199–219. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.07.045>

09 La santé mentale dans le contexte de la formation et du travail



Tanja Kuhn, Niklas Baer, Nicolas Schmaeh & Nora Weber, WorkMed
Michaela Kaufmann, Andreas Krause & Markus Steiner
Haute école spécialisée du Nord-Ouest de la Suisse (FHNW)

Messages clés

- La plupart des personnes actives occupées en Suisse se portent bien. La satisfaction au travail est élevée, et la plupart des travailleurs bénéficient d'un bon équilibre entre les ressources et les contraintes au travail. Cependant, contraintes et ressources ne se neutralisent pas mutuellement: environ un quart à un tiers des personnes actives occupées sont concernées par des sentiments subjectifs de surcharge, tels que le stress ou l'épuisement. Il existe en outre des différences entre les branches – les conditions de travail physiquement et psychiquement pénibles étant particulièrement fréquentes dans l'hôtellerie et la restauration ainsi que dans le secteur de la santé et du social.
- L'équilibre entre les contraintes et les ressources sur le lieu de travail est déterminant pour la santé mentale. La relation avec le supérieur hiérarchique ainsi que la compatibilité entre travail et famille sont des facteurs importants à cet égard.
- Au-delà d'éventuelles contraintes liées au travail, environ 20% des personnes actives occupées en Suisse sont concernées par une problématique psychique ayant des répercussions sur leur travail. La plupart du temps, cette problématique existe depuis le début de l'âge adulte. Cela montre qu'une maladie psychique n'exclut pas a priori la capacité de travailler (capacité de gain). Un problème fondamental réside dans le fait qu'il y a encore trop peu d'échanges entre le personnel de santé, les employeurs et les collaborateurs souffrant de maladies psychiques. Or, un tel échange est indispensable pour traiter les problèmes sur le lieu de travail.
- Les arrêts maladie pour raisons psychiques durent en moyenne 7 mois, commencent presque toujours à temps plein, sont généralement déclenchés par des conflits sur le lieu de travail et se terminent dans la moitié des cas par un licenciement ou une démission. Toutes les parties concernées ont ici un rôle à jouer: les entreprises avec des interventions préventives plus nombreuses et plus sérieuses, le personnel de santé avec une pratique d'octroi d'arrêts maladie plus différenciée et plus orientée vers le retour au travail et les travailleurs avec une démarche plus proactive.
- Le nombre de rentes AI pour raisons psychiques augmente continuellement depuis les années 90 chez les personnes de moins de 30 ans. La plupart du temps, l'octroi d'une rente AI est précédé par l'interruption prématurée d'une formation. Un soutien précoce et coordonné dans la formation est essentiel, car une transition réussie vers la vie professionnelle est déterminante pour le maintien ultérieur sur le marché du travail. Pour cela, il faut également soutenir davantage les écoles professionnelles et les entreprises formatrices.
- La santé mentale doit être protégée par l'employeur conformément à la loi sur le travail. Au-delà, les mesures de promotion de la santé mentale dans les entreprises reposent sur une base volontaire, et sont menées surtout par des grandes entreprises. Des mesures de prévention durables devraient non seulement permettre d'éviter les atteintes à la santé des collaborateurs en lien avec le travail, mais aussi de lutter contre la stigmatisation des maladies psychiques et de rendre tous les employés plus aptes à faire face à de tels problèmes.

9.1 Introduction

Les places de travail et lieux de formation sont des lieux de vie essentiels, où 84% de la population suisse en âge de travailler passent une grande partie de la journée (Office fédéral de la statistique, 2024a). Le travail peut contribuer à une bonne santé mentale. Comparées aux personnes sans emploi, les personnes qui exercent une activité professionnelle font davantage l'expérience d'une vie pleine de sens, d'un sentiment de réussite, d'une structure journalière et d'une participation sociale (Waddell & Burton, 2006).

Le travail n'est cependant pas seulement une ressource, il peut aussi être source de stress. La santé mentale peut être mise en danger, par exemple par des conflits sur le lieu de travail, le surmenage ou le manque de valorisation. Les personnes qui ne travaillent pas et qui bénéficient par exemple de l'aide sociale sont plus souvent que la moyenne touchées par des atteintes à la santé, leur satisfaction de vie est réduite et leur détresse psychologique accrue (Kessler et al., 2021). Plusieurs interactions jouent ici un rôle: si le chômage peut entraîner une détresse psychologique, les personnes souffrant d'une telle détresse psychologique (c'est-à-dire celles qui présentent des symptômes de maladie psychique) sont également plus susceptibles d'être au chômage ou inactives.

La relation entre le travail et la santé mentale doit donc être considérée à travers différentes perspectives. Le travail et la formation peuvent à la fois favoriser ou menacer la santé mentale de la population active occupée. Il est donc important d'étudier les conditions de travail et leurs changements. D'autre part, il convient de se demander comment la détresse psychologique ou les maladies psychiques des employés se répercutent sur le travail. En d'autres termes, il s'agit de savoir dans quelle mesure la détresse psychologique ou les maladies psychiques affectent la propre situation professionnelle et entraînent des répercussions sur la performance de travail ainsi que sur leur présence ou absence au travail (sur l'interaction entre les conditions de travail et la santé mentale, voir Guthier et al., 2020).

Ce chapitre décrit la situation des personnes actives occupées en matière de santé en Suisse. Les conditions de travail (pénibles) jouent un rôle, tout comme l'existence de ressources liées au travail (ressources de l'entreprise ou ressources personnelles). Il est fait référence à plusieurs reprises au concept de *détresse psychologique* (en allemand: *psychische Belastung*). Dans les sciences du travail, il s'agit d'un terme neutre, qui englobe toutes les influences venues de l'extérieur. Dans ce qui suit, la *détresse psychologique* doit toutefois être comprise comme un sentiment subjectif de (sur)charge ou de contraintes. Cela comprend des sentiments (indésirables) tels que le stress, la nervosité ou l'épuisement. Par problèmes ou difficultés (en allemand: *Auffälligkeiten*) au travail pour des raisons psychiques, on entend les problèmes au travail qui, en raison de symptômes ou de maladies psychiques, entraînent une baisse des performances ou des comportement inhabituels (pour d'autres définitions, voir chapitre 1 Population en général).

Le chapitre s'articule autour des thèmes et des questions clés suivants :

- Dans quelle mesure le travail et la formation sont-ils bénéfiques ou contraignants pour la santé mentale ?
- Qu'est-ce qui aide les personnes souffrant de détresse psychologique ou d'une maladie psychique à rester sur le marché du travail ou à mener à bien leur formation professionnelle ?
- Quelles sont les mesures disponibles pour soutenir les personnes souffrant de détresse psychologique dans le contexte professionnel ? Quels sont les défis à relever ? Qu'est-ce qui fonctionne bien ? Qu'est-ce que nous savons et qu'est-ce que nous ne savons pas encore ?

Pour répondre à ces questions, une recherche bibliographique systématique a permis d'identifier les publications des vingt dernières années (2005–2024). En outre, les données de l'enquête suisse sur la santé (ESS) 1992–2022 et les données de l'enquête Omnibus sur la santé psychique de 2022 ont été analysées (Peter et al., 2023).

9.2 Santé mentale au travail

Le taux d'activité en Suisse est le troisième plus élevé des pays de l'OCDE. La part des personnes travaillant à temps partiel est également très élevée en Suisse (environ 30%) en comparaison internationale. Il en va de même en ce qui concerne les salaires, pour lesquels la Suisse se situait en quatrième position en 2022 (OCDE, 2022). Dans l'European Working Conditions Survey, qui permet des comparaisons entre la Suisse et l'UE (UE-27), il est apparu en 2021 que le bien-être rapporté par les actifs occupés en Suisse se situait dans le tiers supérieur de tous les pays interrogés. Alors qu'en Suisse, la proportion de personnes actives occupées présentant des symptômes dépressifs graves (3%) ou un risque de dépression (14%) est de 17% au total, la moyenne de l'UE est de 22% (respectivement 6% et 16%). Dans les pays limitrophes, ces valeurs s'élèvent à 20% (Autriche), 24% (Allemagne et Italie) et 25% (France). Il est toutefois difficile de déterminer si la santé mentale des travailleurs est effectivement meilleure en Suisse qu'en Europe ou si, par exemple, les personnes souffrant d'une maladie psychique sont, en Suisse, plus susceptibles de quitter le marché du travail (Krieger & Arial, 2023).

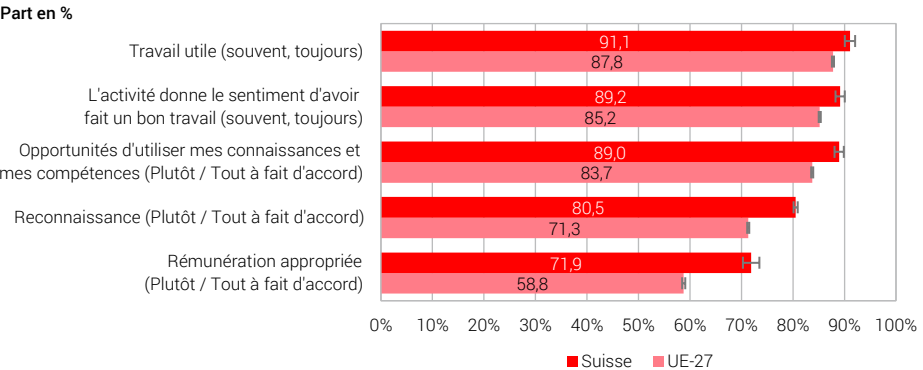
À bien des égards, les conditions de travail en Suisse ont en outre été jugées meilleures que la moyenne européenne. Cela s'est manifesté par exemple dans les domaines suivants :

- la possibilité d’influencer des décisions importantes (CH: 62,5% vs UE-27: 56,0%)
- de meilleures perspectives de carrière (CH: 58,6% vs UE-27: 50,0%)
- davantage de possibilités de formation continue sur le lieu de travail (CH: 56,4% vs UE-27: 48,7%)
- un meilleur équilibre entre les facteurs de contraintes et les facteurs de décharge (ressources): en Suisse, 26,7% rapportent que le nombre de facteurs de contraintes dépasse celui des facteurs de ressources au travail. La moyenne dans l’UE-27 est plus élevée, avec 30,9% (Krieger & Arial, 2023).

Les facteurs de motivation externes sont également attrayants en Suisse. En comparaison européenne, la Suisse se trouvait en deuxième position derrière l’Autriche en ce qui concerne la satisfaction par rapport au salaire et à la reconnaissance au travail. 72% des personnes actives occupées en Suisse déclaraient ainsi être satisfaites de leur salaire et 81% bénéficier de la reconnaissance qu’elles souhaitaient (Krieger & Arial, 2023; voir graphique G9.1 ci-dessous). Les conditions de travail en Suisse se caractérisent en revanche par une intensité de travail relativement élevée: le rythme de travail et la pression des délais étant décrits comme plus élevés en Suisse par rapport à la moyenne européenne (Krieger & Arial, 2023).

Il existe en Suisse différentes sources de données sur la situation en matière de travail et de santé des personnes actives occupées, qui portent sur des thèmes similaires mais avec des questions et des méthodes parfois différentes (Krause, 2016). Les termes utilisés ne sont pas toujours uniformes, c’est pourquoi une brève explication est fournie au début de chaque sous-chapitre afin de clarifier leur signification.

Gratifications extrinsèques et intrinsèques, Suisse et Europe (UE-27), en 2021 G9.1



Note UE-27 : population active dépendante, hors agriculture
Intervalles de confiance à 95%

Conditions de travail pénibles et santé mentale

Les conditions de travail pénibles jouent un rôle important en matière de santé mentale au travail (Niedhammer et al., 2021). Celles-ci résultent d'une organisation insuffisante du travail ainsi que d'un environnement social au travail défavorable. Par «conditions de travail pénibles», on entend par exemple la *pression du temps au travail*, le *manque de clarté des tâches*, les *problèmes d'organisation du travail*, le *surmenage* ou les *contraintes sociales*. D'autres conditions de travail pénibles sont les *exigences psychologiques élevées*, les *conflits de valeurs*, la *charge émotionnelle*, le *stress*, le *faible soutien social*, la *discrimination*, la *violence* et la *peur au travail* (Elfering et al., 2018). Ces données sont collectées en Suisse au moyen d'enquêtes récurrentes (Promotion Santé Suisse, Job-Stress-Index). D'autres conditions de travail pénibles pertinentes sont par exemple *des conditions d'emploi précaires et incertaines* (Pulford et al., 2022), *un travail émotionnellement éprouvant comme le contact avec la clientèle* (Krieger & Arial, 2021) et *l'équilibre insuffisant entre vie professionnelle et vie privée* (Hämmig & Bauer, 2014; voir aussi l'étude de cas partie 1).

Étude de cas sur les contraintes pour la santé au travail, 1^{ère} partie: les conditions de travail jouent également un rôle chez Madame E.

Madame E. a 43 ans et travaille depuis 2 ans comme employée polyvalente dans le bureau d'une PME du secteur du nettoyage. Elle a suivi une formation d'employée de commerce et est responsable des questions de comptabilité en collaboration avec la société fiduciaire. Elle s'occupe en outre de la gestion simple du personnel et soutient la directrice dans la gestion des offres et la facturation. Au bureau, elle travaille principalement **seule** ou avec la directrice. L'entreprise emploie 6 personnes, principalement du personnel de nettoyage.

Madame E. se sent de plus en plus sous pression ces derniers temps. De nombreux **processus** sont **chaotiques**. Elle le fait remarquer de manière critique et sûre d'elle à sa cheffe, qui ne veut rien entendre.

Les réclamations de clients, que Madame E. doit prendre en charge au téléphone, sont devenues plus fréquentes ces derniers temps. Elle n'est **pas responsable** de cette tâche selon sa description de poste et se plaint auprès de sa cheffe. Celle-ci fait preuve de **peu de compréhension**, et Madame E. se sent mobbée par sa cheffe. Madame E. a du mal à s'endormir et se sent de plus en plus épuisée. Elle se replie sur elle-même, ne déjeune plus avec sa cheffe et néglige ses hobbies le soir.

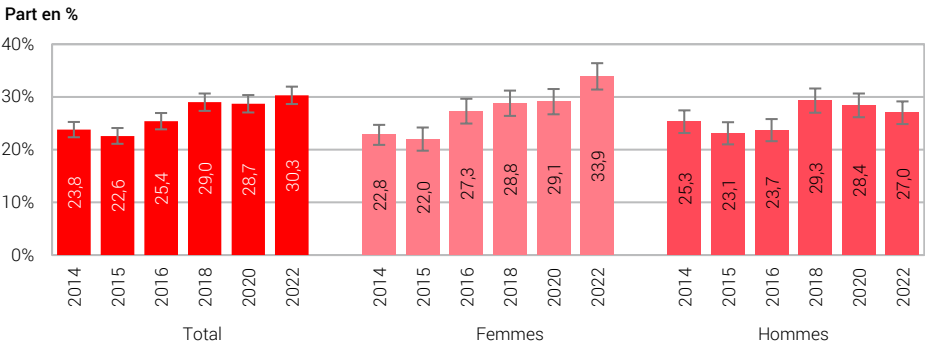
L'intensité des conditions de travail pénibles (tant physiquement et psychosocialement) n'est pas la même dans toutes les branches économiques (Office fédéral de la statistique, 2024b). La proportion de salariés exposés à des contraintes élevées est particulièrement élevée dans l'hôtellerie et la restauration (67% des salariés exposés à au moins trois contraintes psychosociales) et dans le secteur de la santé et de l'action sociale (55%). Les autres secteurs comptant également plus de 50% des travailleurs soumis à des conditions de travail pénibles sont le commerce et la réparation de véhicules à moteur ainsi que la logistique.

Bien que le bien-être soit élevé en Suisse en comparaison avec les pays de l'UE-27, on observe également des contraintes et une détresse au travail. Environ 1/3 des personnes actives occupées en Suisse déclaraient se sentir très souvent *épuisées*, *stressées* ou *insatisfaites* au travail (Pekruhl & Vogel, 2018; Krieger et al., 2017; Tritschler et al., 2022, Krieger et Arial, 2023).

Les personnes travaillant en équipe (rotation des horaires de type «3x8») et celles dont les horaires de travail dépassent 10 heures par jour étaient particulièrement concernées par l'épuisement professionnel (Pekruhl & Vogel, 2018). La proportion de travailleurs se sentant épuisés émotionnellement a augmenté au cours des dix dernières années. Entre 2014 et 2022, elle est passée de 24% à environ 30%, comme le montre le graphique G9.2 ci-dessous établi à partir des données de Promotion Santé Suisse (2022).

Proportion de personnes actives occupées rapportant un épuisement émotionnel

G9.2



Remarque: l'épuisement émotionnel est mesuré à travers 8 affirmations telles que "j'ai de plus en plus souvent le sentiment d'être vidé(e) émotionnellement".

Intervalles de confiance à 95%

Source: Ulshöfer & Jensen (2022)

© Obsan 2025

Selon l'ESS 2022, la proportion des personnes se sentant stressées au travail est passée de 18% à 23% entre 2012 et 2022 (Office fédéral de la statistique, 2024c). Trischler et al. (2022) constatent que le sentiment de stress au travail reste stable à un niveau élevé et que certains facteurs s'aggravent. Alors que les contraintes liées *au sous-emploi* ou à *l'intensité du travail* ont diminué au cours des 12 dernières années (tout en restant à un niveau élevé dans certains cas), certaines contraintes sont restées inchangées (par exemple la conciliation de la vie professionnelle et de la vie familiale). Dans le même temps, les contraintes liées aux conditions de travail (par exemple *la monotonie* et *l'insécurité du travail*) ont augmenté. Cela signifie que les travailleurs perçoivent davantage les *conditions de travail négatives* et évaluent subjectivement *l'atmosphère de travail* de manière moins positive.

L'état de détresse psychologique des personnes actives occupées en Suisse est régulièrement analysé depuis 2014 à l'aide du Job-Stress-Index. Cet indice détermine le rapport moyen entre les contraintes et les ressources liées au travail (Elfering et al., 2018). En 2022, le Job Stress Index était de 50,7 sur 100, ce qui indique en moyenne un rapport équilibré entre les ressources et les contraintes liées au travail. Par rapport à 2014 (moyenne de 50), la valeur a légèrement augmenté. La plupart des personnes actives occupées se trouvent donc dans une situation dans laquelle les contraintes et les ressources au travail sont à peu près équilibrées. Cette valeur est également restée similaire par rapport à 2020, l'indice n'ayant pas changé même pendant la pandémie de COVID-19. En 2022, la proportion de personnes ayant des conditions de travail défavorables – c'est-à-dire avec plus de facteurs de stress que de ressources – était de 28,2%. Cette proportion n'a pas non plus changé de manière significative par rapport à 2020 (29,6%).

La proportion d'environ 30% de personnes actives occupées en Suisse qui, selon le Job Stress Index, sont exposées à des conditions de travail pénibles, coïncide avec les résultats de l'European Working Conditions Survey de 2021. Environ 1/3 des travailleurs en Suisse ont indiqué à cette occasion ressentir plus de contraintes que de ressources dans leur travail. Les données de l'ESS ont en outre montré que 49% des femmes actives professionnellement et 46% des hommes étaient concernés en 2022 par au moins trois des neuf catégories de conditions de travail pénibles (également appelées risques psychosociaux). On constate une augmentation de la proportion de femmes qui déclarent avoir été harcelées sexuellement sur leur lieu de travail. Cette proportion a presque triplé, passant de 0,6% en 2012 à 1,7% en 2022. Chez les hommes, on constate une augmentation de la difficulté à concilier travail et responsabilités familiales (8% en 2012 contre 12% en 2022). La proportion de personnes disposant d'une faible marge de manœuvre ou se sentant sollicitées émotionnellement n'a pas changé entre 2012 et 2022. Dans les deux cas, les femmes se déclarent généralement plus touchées que les hommes. La seule contrainte au travail qui a diminué est la peur de perdre son emploi (Office fédéral de la statistique, 2024b).

La pandémie de COVID-19 a constitué une situation exceptionnelle, tant sur le plan professionnel que sur celui de la santé mentale en général. Les résultats d'une étude longitudinale ont montré que la pandémie a représenté un facteur de stress supplémentaire pour les personnes actives occupées qui étaient déjà soumises à des contraintes au travail. En revanche, pour les personnes qui n'étaient pas exposées à de telles contraintes, le fait de pouvoir travailler entièrement à domicile constituait une ressource supplémentaire. Disposer de davantage de ressources que de contraintes était déjà un atout avant la pandémie et a constitué un facteur de protection pour la surmonter (Galliker et al., 2024).

Les contraintes et les ressources au travail ne se neutralisent pas mutuellement. Environ 1/4 à 1/3 des travailleurs se sentent épuisés, stressés ou insatisfaits. L'épuisement émotionnel au travail a augmenté. Dans l'ensemble, le Job Stress Index révèle toutefois un rapport équilibré: cela signifie que la plupart des personnes actives occupées en Suisse se trouvent dans une situation où les contraintes et les ressources au travail sont globalement équilibrées.

Ressources liées au travail

Conditions liées à l'entreprise

Parallèlement aux conditions de travail pénibles, il existe également des «ressources liées au travail», favorables à la santé mentale au travail. Il s'agit par exemple de disposer d'une bonne marge de manœuvre dans son travail, d'une attribution de tâches globales (les tâches peuvent être planifiées et mises en œuvre par l'employé lui-même, qui reçoit en outre un feedback sur le résultat du travail), d'un soutien de la part du supérieur hiérarchique et d'un certain niveau de reconnaissance générale. Tant les conditions de travail pénibles que les ressources liées au travail sont déterminantes pour le sentiment de stress et la satisfaction au travail.

En plus des conditions de travail pénibles ou des contraintes ressenties de manière subjective (telles que l'épuisement ou le stress), des études ont également analysé et livré des résultats concernant les ressources au travail, par exemple la *satisfaction au travail* en Suisse. En 2015, 88% des personnes actives occupées en Suisse étaient majoritairement satisfaites de leur travail (Pekruhl & Vogel, 2018). En 2021, environ 90% des personnes actives occupées en Suisse trouvaient leur travail utile et avaient l'impression de pouvoir mettre leurs connaissances en pratique (Krieger & Arial, 2023).

Les ressources liées au travail, au sens des conditions de travail liées à l'entreprise en rapport avec la santé mentale, ont également été étudiées à l'aide de données suisses. Les exigences du travail et le degré de participation sont importants: le bien-être au travail en Suisse était particulièrement élevé lorsque les exigences du travail étaient moyennes et que le niveau de contrôle sur ses propres tâches était élevé (Urbanaviciute et al., 2021).

D'autres facteurs, tels que le comportement des supérieurs et le climat organisationnel, se sont révélés essentiels pour le bien-être au travail. Les cadres ont ainsi un rôle important à jouer. Un supérieur hiérarchique valorisant, soutenant et respectueux agit par exemple comme un facteur de protection contre le stress au travail (Stocker et al., 2019). Un climat d'équité et de confiance est également étroitement lié avec la satisfaction au travail. La conciliation du temps de travail avec les obligations sociales et privées est également corrélé à la santé mentale (Hämmig et al., 2009; Hämmig & Bauer, 2009, 2014).

D'autres ressources liées au travail sont la limitation du temps de travail, l'utilisation du temps libre comme contraste avec le travail, la possibilité de se ressourcer en faisant des pauses ou de pouvoir communiquer activement à propos des difficultés rencontrées au travail, c'est-à-dire de «prendre soin de soi» dans le contexte professionnel (Mustafić et al., 2023).

Ressources personnelles

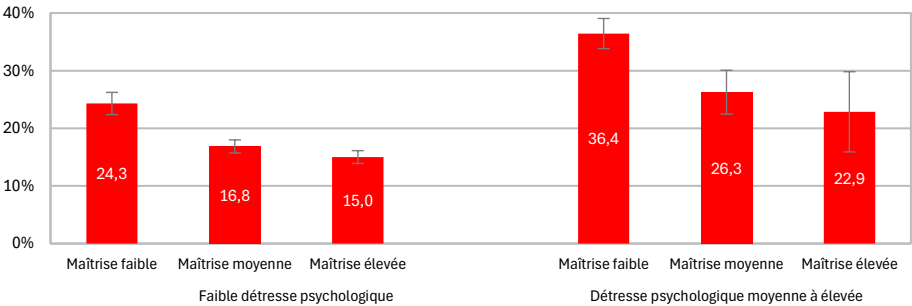
Outre les conditions liées à l'entreprise mentionnées précédemment, les ressources liées au travail peuvent également être des ressources personnelles – telles que la capacité à se déconnecter durant les loisirs (Sonnetag et al., 2010), à faire preuve d'optimisme ou encore à avoir le sentiment de maîtriser sa vie.

Cela est illustré ci-après à travers les données de l'ESS 2022 (graphique G9.3), qui mettent en évidence les liens entre la détresse psychologique générale, le sentiment de maîtrise de la vie et la situation professionnelle (chômage ou absence au travail pour des raisons physiques ou psychiques au cours des 4 dernières semaines).

Chômage ou absence au travail, selon la détresse psychologique et le sentiment de maîtrise de la vie, en 2022

G9.3

Personnes au chômage/en incapacité de travail



Intervalle de confiance à 95%

Source : OFS - ESS

© Obsan 2025

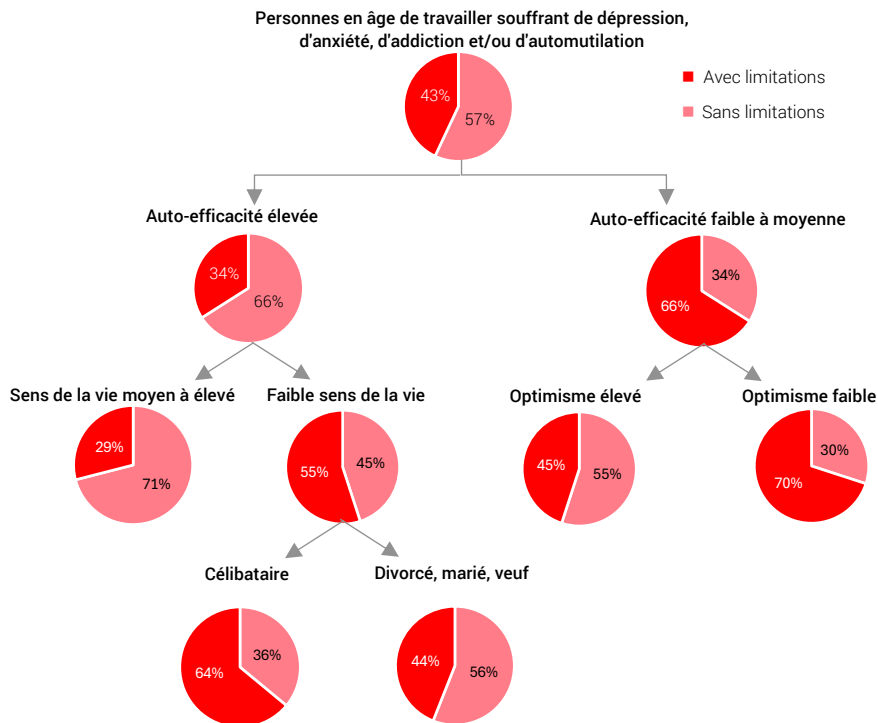
Parmi les personnes interrogées présentant une détresse psychologique faible mais aussi un faible sentiment de maîtrise de la vie, environ un quart (24,3%) étaient au chômage ou en incapacité de travail (absentes) en 2022. Il s'agit là d'un groupe plutôt «sain» sur le plan psychique/symptomatique, qui se sent toutefois soumis aux aléas de la vie. Si l'on considère le groupe présentant les caractéristiques exactement opposées, à savoir une détresse psychologique élevée mais un sentiment de maîtrise de la vie moyen ou élevé, également près d'un quart (respectivement 22,9% et 26,3%) sont au chômage ou en incapacité de travail. Le fait de travailler ou non ne dépend donc pas exclusivement de sa propre santé mentale, mais également de son sentiment de pouvoir influencer sa situation. Les données de l'ESS étant transversales, il est également possible d'argumenter à l'inverse que les personnes au chômage ou en incapacité de travail souffrent, pour un sentiment de maîtrise de la vie comparable, d'une détresse psychologique plus importante que les personnes actives occupées.

Notre analyse des données de l'enquête Omnibus 2022 (Peter et al., 2023) permet d'illustrer l'importance des ressources personnelles dans la corrélation entre les symptômes de maladie et les limitations d'origine psychique dans la vie quotidienne (graphique G9.4). Pour ce faire, seules les personnes en âge de travailler ayant déclaré avoir souffert de dépression, d'anxiété ou d'addiction ou s'être automutilé au cours des 12 derniers mois ont été prises en compte. L'analyse a porté sur les caractéristiques personnelles (sens de la vie subjectif¹, sentiment d'auto-efficacité, optimisme, âge, état civil, partenariat de vie,

¹ L'indicateur «sens de la vie» («Dans quelle mesure avez-vous le sentiment que ce que vous faites en général dans la vie a de la valeur et est utile?»; de Bienassiss et al., 2022) peut être compris à la fois comme le résultat des circonstances et des événements de la vie, et comme une caractéristique personnelle relativement persistante, comme dans cette analyse.

Relation entre les limitations dans le travail et la vie quotidienne et les caractéristiques liées à la personne, en 2022

G 9.4



Exemple de lecture: 43 % des personnes en âge de travailler ayant déclaré une maladie psychique ou une automutilation (N=1490) se disent limitées dans leur vie quotidienne. Le critère de l'auto-efficacité permet la meilleure distinction entre les personnes limitées et celles qui ne le sont pas: 34% des personnes actives occupées déclarant un niveau d'auto-efficacité élevé se sentent limitées dans leur vie quotidienne, contre 66% des personnes déclarant un niveau d'auto-efficacité faible/moyen.

Source: OBSAN, OFS - Enquête Omnibus sur la santé psychique

© Obsan 2025

origine migratoire, région linguistique, degré d'urbanisation, formation et sexe) liées à des limitations dans l'«accomplissement des activités de la vie quotidienne» (travail, ménage, etc.). L'analyse est ce que l'on appelle un arbre de décision. Il s'agit d'une méthode (Breiman, Friedman, Olshen & Stone, 1983) qui examine quelles caractéristiques permettent, hiérarchiquement, le mieux de distinguer entre les personnes limitées dans leur travail et leurs activités quotidiennes et celles qui ne le sont pas.

Au total, 43% des personnes en âge de travailler ayant signalé une maladie psychique ou une automutilation (N = 1490) déclarent se sentir limitées dans leur vie quotidienne. La caractéristique qui distingue le mieux les personnes limitées de celles qui ne le sont pas est l'auto-efficacité (également appelé *efficacité personnelle*). Les personnes actives souffrant d'une maladie psychique et faisant état d'une auto-efficacité élevée sont 34% à déclarer être limitées dans leur vie quotidienne. Inversement, celles ayant un faible sentiment d'auto-efficacité sont 66% à souffrir de limitations, soit environ deux fois plus souvent. D'autres facteurs se révèlent également importants, tels que le sentiment personnel de sens de la vie pour les personnes ayant un sentiment d'auto-efficacité élevé, ainsi que le degré d'optimisme pour les personnes ayant une auto-efficacité faible. Les personnes ayant un sentiment d'auto-efficacité élevé et qui trouvent un sens à leur vie ne sont «que» 29% à se sentir limitées dans leur vie quotidienne en raison d'une maladie psychique (graphique G9.4). Ce profil (auto-efficacité et sens de la vie élevés) représente 58% de l'échantillon étudié. En revanche, parmi les personnes ayant un faible sentiment d'efficacité personnelle et un manque d'optimisme, 70% se sentent limitées dans leur vie quotidienne. Ce profil (faible auto-efficacité et faible optimisme) représente 25% de l'échantillon étudié. Ainsi, outre les conditions de vie et les facteurs liés à la santé, le fait que les personnes aient l'impression de pouvoir relever les défis par leurs propres moyens (auto-efficacité), de trouver un sens à leur vie ou d'envisager l'avenir avec optimisme joue également un rôle. Ces facteurs modèrent le lien entre les problèmes ou les maladies psychiques et les limitations dans la vie quotidienne dans une plus large mesure que les caractéristiques sociodémographiques également étudiées.

Gander et al. (2021) ont également pu démontrer dans leur étude que les ressources personnelles jouent un rôle dans le cadre du travail. Ils ont examiné la santé mentale et la satisfaction de vie de 1231 personnes actives occupées en Suisse durant 2 ans (étude longitudinale). Il s'est avéré que la satisfaction de vie prédit le fait de *trouver* du travail plus tard. En revanche, les problèmes psychiques prédisent une *perte* d'emploi. Les résultats montrent que la satisfaction de vie, parce qu'elle est relativement stable, peut être une ressource personnelle importante pour la réussite professionnelle (Lucas & Donnellan, 2012).

Outre les conditions de travail pénibles, il existe toute une série de caractéristiques concernant le travail qui sont liées à la satisfaction au travail et au bien-être, telles qu'un comportement managérial valorisant, un climat de travail équitable et basé sur la confiance ou le fait de disposer d'une certaine marge de manœuvre. Le sentiment d'auto-efficacité ou de contrôle, l'optimisme, le sens donné à la vie ou la satisfaction dans la vie sont également liés au degré de limitations ou d'incapacité au travail.

Focus sur le burnout

Le terme «burnout» est très répandu lorsqu'il est question de stress dans un contexte professionnel. Le burnout n'est pas un diagnostic, mais décrit un épuisement professionnel chronique. Son nom contient l'expression «être brûlé» ou «être éteint», c'est-à-dire avoir travaillé au-delà de ses limites. Le burnout a été intégré par l'OMS dans le Système international de classification des maladies (CIM) en tant que syndrome associé au travail (CIM-11). Il s'agit d'une étape importante, car elle souligne l'importance du contexte professionnel pour la santé mentale et permet de sensibiliser les entreprises, qui ont un devoir d'assistance envers leurs collaborateurs.

Il est difficile de distinguer le burnout des maladies psychiques telles que les épisodes dépressifs, car les symptômes de burnout et de dépression sont très fortement liés (Bianchi & Brisson, 2019). Une étude exhaustive et une méta-analyse de 72 articles consacrées aux liens entre les conditions de travail pénibles et les maladies somatiques ou psychiques ont mis en évidence un grand nombre de corrélations. Certaines de ces liens sont pertinents pour la thématique du burnout. Les contraintes liées au travail, telles que le stress au travail et les longues heures de travail, étaient par exemple corrélées à la dépression (Niedhammer et al., 2021). Compte tenu du lien étroit entre le burnout et la dépression, ce résultat est intéressant.

Parallèlement, des recherches récentes menées en Suisse remettent en question le burnout en tant que syndrome à part entière et son lien exclusif avec les conditions de travail. Citons à titre d'exemple quelques études de Bianchi et al. (2018; 2019; 2021).

On peut également se demander si le développement d'un burnout est réellement déterminé en premier lieu par le contexte professionnel. Il est intéressant de noter que les personnes présentant des symptômes de burnout ne sont que partiellement de cet avis: dans une enquête menée auprès de quelque 470 professionnels de la santé, 44% ont déclaré que le travail était la cause principale de leur burnout, 43% ont indiqué que le travail n'était pas la cause principale et 13% n'ont pas indiqué de cause (Bianchi et al., 2019). Une autre enquête menée auprès d'environ 270 enseignants a montré que les symptômes de burnout et de dépression ne sont pas plus associés à des facteurs professionnels qu'à des traits de personnalité (Bianchi et al., 2018). Enfin, une autre étude a interrogé environ 5000 enseignants en France, en Espagne et en Suisse. Il est apparu que parmi les nombreux facteurs prédictifs du burnout étudiés, le facteur le plus important était dans tous les échantillons nationaux le trait de personnalité «névrosisme», suivi par les conflits entre travail et loisirs et le stress au travail (Bianchi et al., 2021). Ceci est remarquable, car le burnout est considéré comme un syndrome lié au travail (voir ci-dessus) et est généralement associé dans la vie quotidienne à une charge de travail trop élevée et à des employés particulièrement fiables et ambitieux. En revanche, le neuroticisme (ou névrosisme, Costa & McCrae, 1980), qui en est le facteur prédictif le plus fort, renvoie quant à lui à un trait de personnalité, à savoir l'instabilité psychique.

Maladies psychiques et activité professionnelle

Le taux d'activité des personnes souffrant de maladies psychiques est inférieur à celui des personnes qui n'en souffrent pas. La plupart des personnes atteintes d'une maladie psychique qui travaillent souffrent d'une maladie psychique «modérément» prononcée², une petite partie présente une maladie psychique grave. En Suisse, comme dans d'autres pays industrialisés, le taux d'activité des personnes souffrant de maladies «modérément graves» est réduit d'environ 10% par rapport aux personnes en bonne santé mentale. Pour les personnes souffrant de maladies plus graves, le taux d'activité est réduit de 10 à 15% supplémentaires (OCDE, 2012; 2015). Selon les données de l'OCDE, 70% des personnes souffrant d'une maladie psychique sont actives sur le marché du travail. Cela signifie qu'une activité professionnelle est possible dans la majorité des cas, même avec une maladie psychique. Le nombre de personnes actives occupées en Suisse présentant des problèmes psychiques a été estimé par les responsables RH et les supérieurs hiérarchiques interrogés à environ 20%. Cette estimation s'applique, selon leurs propres déclarations, également aux responsables RH et supérieurs hiérarchiques eux-mêmes (Baer et al, 2017b). Les travailleurs souffrant de maladies psychiques signalent eux-mêmes nettement plus souvent (dans 3 cas sur 4) une baisse de productivité au cours des 4 dernières semaines que les personnes non concernées par une maladie psychique (dans 1 cas sur 4; OCDE, 2012; 2015).

Statut d'activité et maladie psychique

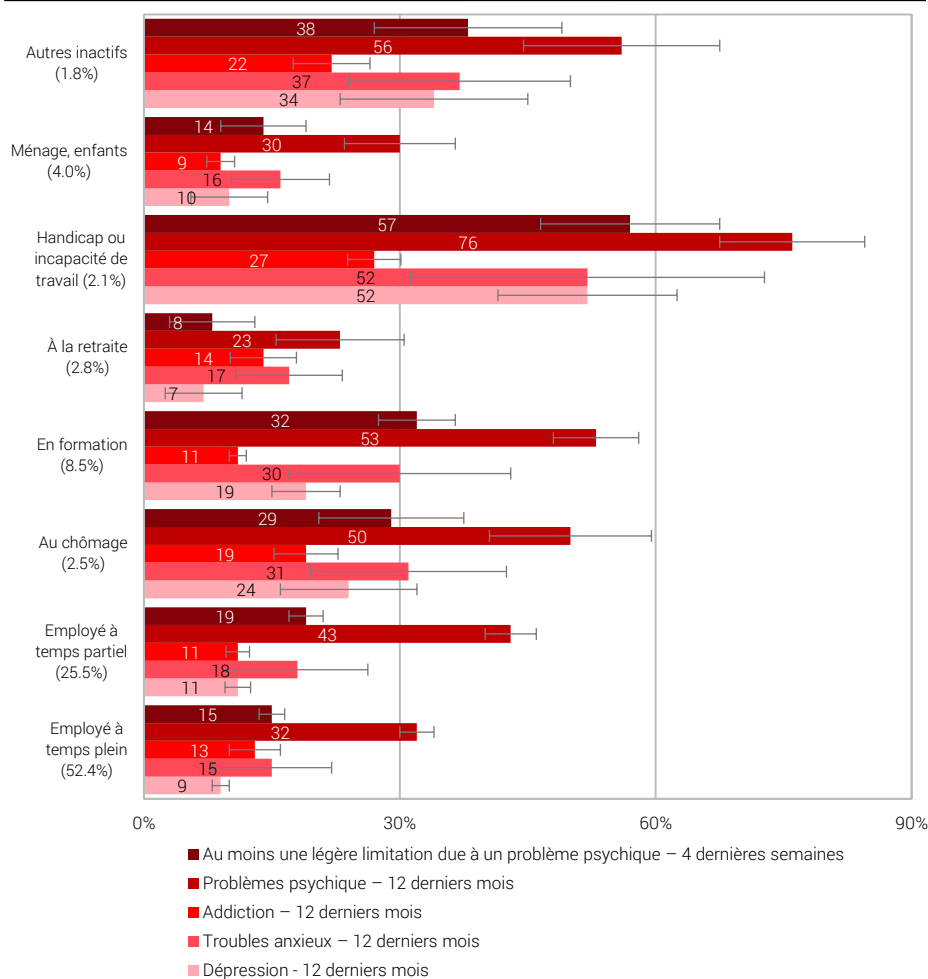
Le signalement de la présence de maladies et de problèmes psychiques au cours des 12 derniers mois (au sens de pensées ou de sentiments négatifs, par exemple une détresse psychologique comme la dépression, l'anxiété ou le stress) ainsi que de limitations dans la vie quotidienne au cours des 4 dernières semaines diffère parfois considérablement en fonction du statut d'activité (graphique G9.5). C'est ce qu'illustrent les analyses de l'enquête Omnibus 2022 (Peter et al., 2023). Les liens de causalité possibles – les personnes souffrant de problèmes psychiques ayant tendance à moins travailler ou le fait d'être sans emploi favorisant les problèmes psychiques – ne peuvent pas être clarifiés ici.

Les personnes les moins affectées sur le plan psychique étaient les préretraités, les personnes travaillant à temps plein et les personnes se consacrant à la garde d'enfants et au ménage (les personnes effectuant leur service militaire ou civil ne sont pas prises en compte ici, car trop peu de valeurs sont disponibles (n<20)). Les personnes travaillant

² OCDE, 2015: sont considérées comme «modérées» les maladies psychiques diagnostiquées selon la CIM ou le DSM, dans lesquelles l'humeur est principalement affectée et/ou l'anxiété est centrale (par exemple, la dépression et les troubles anxieux). Le rapport de l'OCDE ne donne pas de définition des maladies «graves».

à temps partiel ont indiqué plus souvent que celles travaillant à temps plein avoir eu des problèmes psychiques au cours des 12 derniers mois (43% vs 32%). Elles ont en outre plus souvent connu des limitations dans leur vie quotidienne au cours des 4 dernières semaines (9% vs 5%).

Maladies / Problèmes psychiques / limitations dans la vie quotidienne, selon le statut d'activité (de 15 à 64 ans), en 2022

G9.5


Remarque : sans les personnes effectuant un service militaire ou civil.
Intervalles de confiance à 95%

Source : OBSAN, OFS - Enquête Omnibus sur la santé mentale

© Obsan 2025

Les chômeurs, les apprentis et les «autres» personnes inactives – on peut supposer ici que ce sont surtout les bénéficiaires de l'aide sociale – font plus souvent état de dépressions, de problèmes psychiques et de limitations dans leur vie quotidienne que les personnes actives occupées à plein temps. La question se pose ici de savoir combien de personnes perçoivent l'aide sociale parce qu'elles sont malades psychiquement et combien de personnes développent des maladies psychiques au cours de leur période d'inactivité.

La santé mentale des personnes souffrant d'un handicap ou d'une incapacité de travail est très mauvaise. Parmi elles, environ 3 personnes sur 4 ont connu un problème de santé psychique au cours des 12 derniers mois et près de 60% ont fait état de limitations dans leur vie quotidienne (graphique G9.5).

Schémas de problèmes typiques en lien avec des maladies psychiques

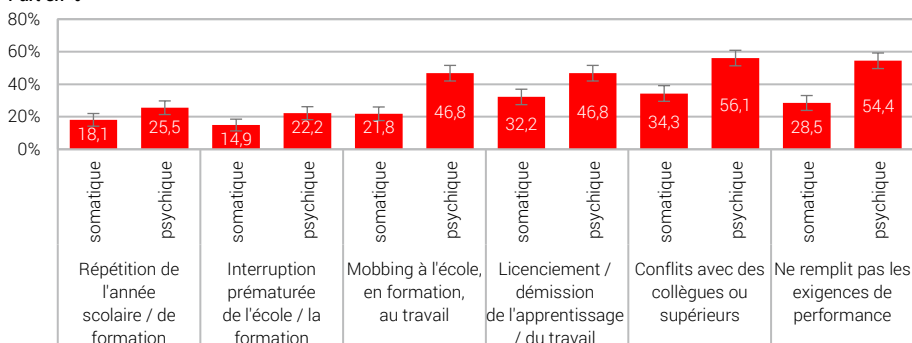
Les problèmes au travail pour des raisons psychiques sont souvent liés à une trop grande sollicitation et une impuissance de toutes les personnes impliquées. Les maladies psychiques présentent en effet quelques particularités : elles apparaissent tôt (voir chapitre 1 Population en général) et entraînent souvent des difficultés ou des limitations dès l'école ou la formation (voir chapitre 2 Enfants, adolescents et jeunes adultes), ce qui rend l'entrée dans la vie professionnelle plus difficile. L'évolution des maladies psychiques est en outre souvent répétitive, fluctuante ou continue (p. ex. Alonso et al., 2004; Kessler et al., 2005). Cela signifie que les personnes souffrant de problèmes psychiques au travail à l'âge adulte présentent souvent aussi un parcours scolaire et professionnel compliqué (cf. Baer 2018a).

Un échantillon aléatoire d'environ 1000 assurés de l'AI souffrant de maladies de l'appareil locomoteur ou de maladies psychiques et bénéficiant ou ayant bénéficié de mesures de réadaptation a été interrogé. Les personnes souffrant d'une maladie psychique présentaient nettement plus souvent des difficultés ou des particularités dans leur parcours scolaire, de formation et professionnel (Baer et al., 2018a). Les assurés souffrant de maladies psychiques font plus souvent état de conflits au travail, de problèmes de performance ou de licenciements, par rapport aux personnes souffrant de maladies de l'appareil locomoteur (graphique G9.6).

Difficultés dans le parcours professionnel de personnes bénéficiant de mesures de réadaptation AI, en 2017

G9.6

Part en %



Remarque:

Somatique: personnes souffrant de maladies de l'appareil locomoteur

Psychique: personnes souffrant de maladies psychiques

Intervalles de confiance à 95%

Source: Baer et al. (2018a)

© Obsan 2025

Une enquête menée auprès des psychiatres de toute la Suisse en 2015 (Baer et al., 2017a) a interrogé les praticiens sur leurs patients exerçant une activité professionnelle et rencontrant des problèmes au travail. Selon les quelque 750 praticiens interrogés, 68% de leurs patients ayant des problèmes au travail présentaient un «schéma de problème typique», qui se retrouvait tout au long de leur parcours scolaire et professionnel. La catégorisation des schémas de problèmes décrits montrait particulièrement souvent un profil avec un sens élevé du devoir, un engagement excessif, une certaine rigidité et une sensibilité, qui a conduit à des conflits au travail et à l'épuisement (voir à ce sujet l'exemple de cas 2).

Un autre schéma constaté est la tendance à des conflits de travail répétés, à des changements de poste et à un comportement externalisant. Il est également frappant de constater que les changements sur le lieu de travail (changement de supérieur, réorganisation, etc.) entraînent régulièrement des arrêts maladie de longue durée en raison de peurs et de comportements d'évitement. Ces schémas sont souvent de nature interactionnelle, ce qui rend difficile la résolution de tels problèmes de travail.

Le fait que de tels schémas de comportement soient si fréquents chez les personnes atteintes de détresse psychique ayant des problèmes professionnels importants est également lié au fait qu'il s'agit souvent de personnes présentant une accentuation de certains traits de la personnalité ou un trouble de la personnalité. L'enquête menée auprès des psychiatres en Suisse a montré que 67% de leurs patients ayant des problèmes au

Exemple de cas, 2^{ème} partie: Madame E. présente également un schéma dans son parcours professionnel.

En raison de ses problèmes de sommeil, Madame E. se rend chez son médecin de famille et se voit prescrire un congé de maladie. Son médecin lui pose des questions plus précises sur le mobbing ressenti et s'enquiert de ses précédents emplois. Madame E. raconte qu'elle **a changé d'emploi** tous les trois ans environ et qu'elle a été confrontée à plusieurs reprises à un manque de reconnaissance de la part de ses supérieurs, bien qu'elle se soit toujours fortement **engagée pour l'entreprise**. Depuis son apprentissage, il lui arrive régulièrement de faire des efforts particuliers, par exemple de remanier le site Internet ou de décorer les vitrines en fonction des saisons. Cela n'est pas du tout apprécié à sa juste valeur, au contraire, on s'en prend violemment à elle. Elle ne peut plus non plus travailler avec sa patronne actuelle, avec laquelle il est impossible d'avoir une conversation normale.

Entre-temps, le médecin de famille a adressé Mme E. à un psychothérapeute. Celui-ci décrit le **schéma** de Madame E.: **c'est toujours la faute des supérieurs et elle tombe rapidement dans le surengagement**. Elle prend en charge des tâches qui ne relèvent pas de son domaine et attend une reconnaissance pour cela.

travail présentaient une accentuation des traits ou un trouble de la personnalité (Baer et al., 2017a). Une analyse approfondie des dossiers d'environ 900 bénéficiaires d'une rente AI en raison de «troubles réactifs du milieu ou psychogènes» a donné un résultat presque identique (Baer et al., 2009). Là aussi, une accentuation des traits ou un trouble de la personnalité était documenté dans 68% des cas. Les 4 types de troubles de la personnalité les plus fréquents étaient les mêmes dans les deux études, à savoir, dans l'ordre: des schémas anxieux-évitant, émotionnellement instable, dépendant et narcissique. Ces données indiquent fondamentalement qu'outre le diagnostic psychiatrique, la personnalité est également importante pour le maintien en emploi et la réinsertion professionnelle. La personnalité influençant la perception et le comportement, un trouble de la personnalité s'accompagne souvent de difficultés pour mener sa vie et interagir avec d'autres personnes (voir aussi Bianchi et al., 2021).

Stigmatisation de la maladie psychique

Dans le cadre d'une enquête menée auprès de 750 PME du canton de Bâle-Campagne, une liste de 9 candidats fictifs a été présentée aux directeurs et aux cadres lors d'un recrutement dans le cadre d'une partie «expérimentale». Il leur a été demandé de classer les candidats par ordre de préférence, en indiquant qui ils embaucheraient en premier, deuxième, troisième, etc. 8 de ces 9 personnes étaient très fiables et prêtes à l'engagement, entièrement aptes au travail et stables depuis 3 ans, mais souffraient toutes d'une potentielle maladie chronique (diabète, rhumatisme, inflammation chronique de l'intestin, cancer de la vessie, sclérose en plaques, dépression, addiction à l'alcool ainsi que schizophrénie). La 9^e personne à postuler a été décrite comme peu fiable et peu opérationnelle, mais en «bonne santé». Les cadres ont choisi en moyenne la personne peu fiable et peu opérationnelle en première position. Sur 100 procédures de candidature, elle aurait été 50 fois en première position. Et ce, bien que les personnes interrogées aient indiqué auparavant que la «fiabilité» était pour elles le facteur «soft» le plus important pour la sélection des personnes à recruter. Les places 2 à 6 du classement étaient occupées par les candidats souffrant de maladies physiques, les places 7 à 9 par ceux souffrant de maladies psychiques. Sur 100 procédures de candidature, les 3 candidats atteints de maladies psychiques ont occupé en tout 3 fois la première place (Baer, 2007).

Bien qu'il s'agisse ici d'une étude déjà un peu ancienne et régionale, il ne faut pas s'attendre, au vu de la recherche sur les stigmatisations, à ce que les résultats soient différents dans d'autres régions. Au contraire, les préjugés et la discrimination attendue ou subie restent fréquents non seulement en Suisse, mais aussi dans d'autres pays (Thornicroft et al., 2022; Thornicroft, 2009).

Lors d'un sondage réalisé en 2015 auprès de quelque 1500 cadres de Suisse alémanique, environ 90% et 80% ont indiqué qu'il serait utile pour eux-mêmes, respectivement pour leur équipe que les collaborateurs souffrant de problèmes psychiques en parlent ouvertement, pour parvenir à gérer cette situation. Environ 40% des cadres ne souhaiteraient pas garder les collaborateurs qui n'ont pas fait état de leurs problèmes psychiques lors de l'entretien d'embauche. Mais dans le même temps, environ 60% des cadres ont déclaré qu'ils ne recruteraient pas les personnes ayant déclaré lors de l'entretien d'embauche avoir eu des problèmes psychiques (Baer et al., 2017b). Face à une image aussi négative et à des déclarations contradictoires des cadres vis-à-vis des problèmes psychiques, il est compréhensible que dans environ 70% des situations problématiques sur le lieu de travail, les collaborateurs ne révèlent pas leurs problèmes psychiques (Baer et al., 2015). L'autre face de la médaille se manifeste dans la réticence des cadres à aborder les problèmes psychiques de leurs collaborateurs. Ils remarquent certes ces problèmes, mais n'en parlent souvent à la personne concernée que tardivement, voire pas du tout (Baer et al., 2017b).

Malgré un recours croissant aux traitements psychiatriques et psychothérapeutiques (voir chapitre 11 Prise en charge) et peut-être une certaine levée des tabous sur les problèmes psychiques (voir chapitre 6 Compétences en santé mentale), on peut supposer que les stéréotypes, la honte et les inhibitions continuent de constituer une barrière centrale au maintien en l'emploi et à la réinsertion. Nordt et al. (2006) ont étudié, dans le cadre de vastes enquêtes menées en Suisse alémanique auprès de profanes et de spécialistes (psychologues et psychiatres), les stéréotypes et la distance sociale à l'égard des personnes souffrant de maladies psychiques. Ils ont montré que malgré leurs connaissances, les spécialistes n'ont ni moins de stéréotypes ni moins de distance sociale vis-à-vis des personnes souffrant de maladie psychique que les profanes. Ces stéréotypes largement répandus ont finalement des effets négatifs considérables sur l'image que les personnes malades psychiquement ont d'elles-mêmes, car elles intériorisent ces images (Rüsch et al., 2014). Cela montre à quel point la stigmatisation et la discrimination vécues dans le milieu professionnel ont un effet négatif sur l'estime de soi et peuvent conduire au découragement et à la résignation (Rüsch et al., 2014).

Limitations fonctionnelles sur le lieu de travail

Pour le travail, les limitations fonctionnelles directes induites par la maladie sont plus pertinentes que les diagnostics sous-jacents. Les personnes qui souffrent par exemple d'une dépression peuvent être limitées de différentes manières et à des degrés divers. La gravité de l'atteinte de la personne dépend non seulement des conséquences directes de la maladie, mais également des caractéristiques de la personne (compétences sociales, disposition à l'effort, auto-efficacité, etc.) et de facteurs environnementaux (conditions de travail, activité professionnelle, soutien social, aides efficaces à disposition, etc.). C'est dans ce contexte que l'Organisation mondiale de la santé définit, dans sa Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (CIF), le «handicap» comme l'interaction entre des facteurs liés à la maladie, à la personne et à l'environnement (OMS, 2001).

Un instrument utile pour évaluer les limitations fonctionnelles chez les personnes atteintes de maladies psychiques est la Mini CIF-APP, un outil pour l'évaluation par autrui et l'auto-évaluation des limitations d'activité et de participation en cas de maladies psychiques, sur le modèle de la CIF (Linden et al., 2009; Baron, 2019). La Mini CIF-APP se compose de 13 questions sur différentes capacités, par exemple la capacité à respecter les règles et les routines au travail, la capacité à persévérer et à résister, la capacité à travailler en groupe, la capacité à s'affirmer ou la capacité à se déplacer. Le degré de limitation résulte de la comparaison entre les capacités d'une personne et les exigences du poste de travail existant.

Chacune de ces capacités peut en principe être altérée dans toutes les maladies psychiques. Par exemple, la capacité à se présenter à l'heure le matin (règles et routines) peut être limitée en cas de dépression, car l'énergie fait défaut. Cette capacité peut également être limitée en cas de troubles obsessionnels compulsifs, parce qu'il faut vérifier plusieurs fois si l'on a bien fermé la porte d'entrée, ce qui fait perdre du temps. Ou cela peut être le cas en cas de trouble de la personnalité narcissique, parce que, contrairement à tous les autres, on ne se sent pas tenu par de telles règles (Linden et al., 2015).

L'importance pratique d'instruments tels que la Mini CIF-APP réside dans le fait qu'ils jettent un pont entre la psychopathologie ou les symptômes de la maladie d'une part et les exigences du poste de travail d'autre part. Les limitations fonctionnelles sont un «langage» que toutes les parties impliquées (les personnes touchées, les soignants et les employeurs) comprennent.

Ce n'est pas encore la norme aujourd'hui : par exemple, les rapports médicaux à l'attention des assurances d'indemnités journalières en cas de maladie ne mentionnent que rarement des limitations fonctionnelles concrètes – et lorsqu'ils le font, ils évoquent généralement des «problèmes de concentration» (Baer et al., 2022). Dans environ 50% des rapports de médecins de famille et un quart des rapports psychiatriques, aucune limitation fonctionnelle n'est mentionnée. De ce fait, il n'est pas clair pourquoi une personne assurée n'est pas en mesure de travailler. Les symptômes (angoisses, compulsions, flashbacks, etc.) sont certes décrits, mais ceux-ci ne permettent généralement pas en soi de conclusion sur la capacité de travail.

Une maladie psychique n'entraîne pas automatiquement des problèmes au travail. Ce qui est déterminant, c'est la gravité de l'atteinte que cela représente pour une personne dans la réalisation de ses tâches. Cela se traduit par des limitations fonctionnelles, qui dépendent elles aussi essentiellement du contexte de travail.

Contraintes pour l'environnement de travail

Les problèmes de performance et surtout de comportement ne sont pas seulement pénibles pour les personnes concernées, mais souvent aussi pour l'environnement de travail. Les problèmes de travail liés à une maladie psychique déclenchent souvent une dynamique émotionnelle sur le lieu de travail. Les supérieurs et les membres de l'équipe ressentent souvent de la compassion, mais aussi de la colère et le sentiment d'être dépassé. Une enquête menée auprès d'un millier de supérieurs hiérarchiques et de responsables du personnel dans la région de Bâle a notamment montré que la colère et

le fait de se sentir dépassé restent chez les responsables du personnel constamment élevés lors de ces situations problématiques, mais que la compassion envers les collaborateurs concernés diminue nettement (Baer et al., 2011).

Dans la même enquête, les cadres et responsables RH ont mentionné avoir particulièrement souvent remarqué les difficultés de comportements suivantes dans le cadre de leurs expériences avec des collaborateurs souffrant de détresse psychologique: nier ses propres erreurs et rejeter la faute sur les autres (46%), sautes d'humeur (39%), problèmes de concentration (35%), non-respect des consignes (34%), incapacité à mener à bien les tâches (34%), l'oubli (31%), la dévalorisation des collègues (29%), le manque d'estime de soi/de confiance en soi (28%), le manque d'initiative personnelle (26%), la dévalorisation des supérieurs hiérarchiques (26%) ou le manque de maîtrise de soi (20%). En revanche, des comportements délicats tels que «avait peur de choses inoffensives» (4%), «semblait compulsif» (7%) ou «semblait déprimé» (7%) sont particulièrement rarement mentionnées. Bien que les troubles anxieux soient particulièrement fréquents, ils ont été particulièrement rarement considérés comme des défis par les supérieurs hiérarchiques. Rétrospectivement, les situations les plus souvent décrites étaient d'une part des processus et des constellations de travail dans lesquels des tensions et des conflits surviennent, où les règles ne sont pas respectées et où les collaborateurs concernés n'assument pas non plus la responsabilité de leur propre comportement. Ou, d'autre part, des difficultés en lien avec un comportement dépressif ou de l'abattement ont été mentionnées, qui ont surtout un impact sur la performance.

La contrainte pour les collègues de travail des collaborateurs présentant des difficultés psychiques peut être très importante. C'est ce qu'a montré par exemple une enquête menée auprès d'environ 300 cadres dans le canton de Berne (Baer et al., 2017). Dans près de 85% des situations, l'équipe s'est plainte auprès de ses supérieurs au sujet de la personne souffrant de détresse psychologique. Dans plus d'un quart des cas impliquant des collaborateurs avec des difficultés psychiques, il est même arrivé que, durant l'emploi de cette personne, les collègues envisagent de changer de poste à cause de cette situation. Les cadres subissaient également cette situation: deux tiers se sont sentis frustrés, impuissants et démunis, 55% sont entrés en conflit avec leur équipe ou leurs propres supérieurs à cause de ces situations et près de 40% ont eu du mal à déconnecter après le travail.

Incapacité de travail pour des raisons psychiques

Les absences au travail, en particulier les absences de longue durée, revêtent une importance particulière pour le maintien sur le marché du travail. En effet, les absences prolongées sont la porte d'entrée la plus fréquente vers le chômage et l'invalidité (OCDE, 2012; OCDE, 2015). Les absences pour raisons psychiques sont en augmentation, en

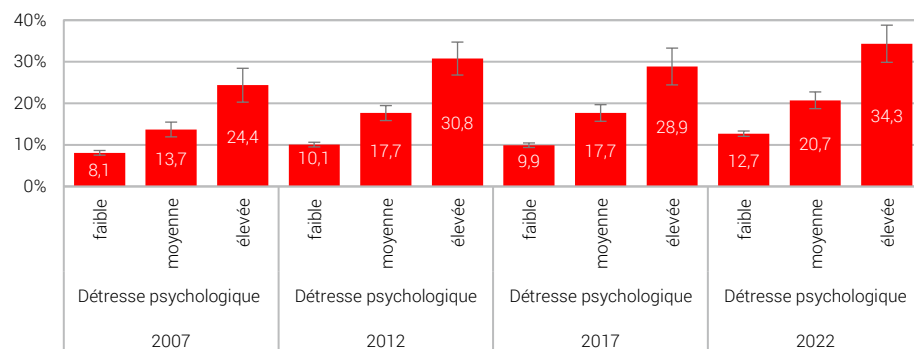
tout cas dans les pays industrialisés (OCDE, 2015). En Suisse, les données relatives aux incapacités de travail pour raisons psychiques ne sont pas collectées de manière systématique. L'ESS fournit toutefois des données sur le nombre de jours d'absence pour des raisons de santé (physiques ou psychiques) des personnes actives occupées souffrant de détresse psychologique.

Le graphique G9.7 montre la proportion de personnes actives occupées souffrant d'une détresse psychologique faible, moyenne ou élevée ayant déclaré au moins 1 jour d'absence pour des raisons de «santé» au cours des 4 dernières semaines. Il convient de noter que l'année 2022 n'est que partiellement comparable en raison de la pandémie de COVID-19. Comme on pouvait s'y attendre, le graphique montre que plus le degré de détresse psychologique est élevé, plus la proportion de personnes ayant des absences au travail augmente, et ceci pour toutes les années. En outre, la part des personnes présentant une détresse psychologique faible ou moyenne et ayant eu des absences au travail a augmenté entre 2007 et 2022. Pour les personnes souffrant d'une forte détresse psychologique, la comparaison des années 2007 à 2022 suggère également une augmentation. Le nombre de cas dans ce groupe est toutefois nettement inférieur à celui des personnes souffrant d'une détresse psychologique faible et moyenne.

Personnes actives occupées avec au moins 1 jour d'absence au cours des 4 dernières semaines, selon la détresse psychologique

G9.7

Part en %



Intervalle de confiance à 95%

Source : OFS - ESS

© Obsan 2025

Concernant les circonstances des arrêts maladie pour raisons psychiques, il existe des données issues d'une analyse de dossiers portant sur environ 1330 cas d'incapacité de travail de l'assurance d'indemnités journalières maladie SWICA d'une durée supérieure à 2 semaines (Baer et al., 2022). Les absences durent souvent longtemps, en moyenne environ 7 mois, et la moitié dure 5 mois ou plus (médiane). La durée moyenne des arrêts maladie varie selon les branches de 171 jours dans la construction à 255 jours dans l'instruction publique, 262 jours dans la finance et 267 jours dans l'administration publique.

Les analyses multivariées montrent notamment une corrélation entre une longue durée de l'incapacité de travail et les facteurs suivants:

- **facteurs sociodémographiques/biographiques:** âge avancé de la personne assurée, contraintes dans la famille d'origine, difficultés précoces à l'école et sur le lieu de travail, isolement social
- **facteurs liés au travail:** forte pression pour réussir, sollicitations émotionnelles élevées, exigences disciplinaires élevées, mouvements répétitifs fréquents, taille de l'entreprise
- **facteurs liés à la maladie:** trouble ou accentuation des traits de la personnalité, trouble affectif, en traitement psychiatrique (plutôt qu'en médecine générale).

Au début de l'incapacité de travail, il s'agit dans environ 95% des cas d'arrêts maladie à temps plein. Dans environ 75% des cas, l'arrêt maladie complet est maintenu jusqu'à la reprise du travail, les reprises graduelles étant l'exception. Environ 50% des employés en arrêt maladie pour raisons psychiques perdent leur emploi dans le cadre de leur arrêt maladie. Ils sont licenciés dans environ deux tiers des cas et ils démissionnent dans un tiers des cas. Les conflits sur le lieu de travail, les frustrations vécues et les vexations sont en outre, avec 57% de tous les cas, le déclencheur (pas forcément la cause) le plus fréquent des arrêts maladie pour raisons psychiques. L'expérience montre que les arrêts maladie, dont la plupart sont liés à des conflits, contribuent souvent à ce qu'une incapacité de travail partielle ne soit pas envisagée ou souhaitée. Le lien étroit entre les arrêts maladie et les situations conflictuelles indique qu'il ne s'agit pas seulement de problèmes individuels, mais aussi d'une dynamique qui caractérise la manière dont toutes les personnes concernées dans l'entreprise gèrent les situations problématiques.

Le rôle du personnel de santé

Le personnel de santé joue un rôle central dans la mise en place et la gestion des arrêts maladie. Il évalue la capacité de travail et est en contact thérapeutique avec les personnes en arrêt maladie. Une enquête auprès de psychiatres de toute la Suisse ayant réuni environ 750 participants (Baer, et al, 2017 a) indique que les professionnels de santé

considèrent la situation de travail de leur clientèle comme importante. En revanche, le traitement des certificats d'incapacité de travail était pour les psychiatres une tâche pénible et liée à des incertitudes. Ils étaient soucieux de ne pas nuire à leurs patients et étaient souvent incertains quant à l'impact d'un retour au travail. De plus, ils ont particulièrement souvent fait preuve d'incertitude sur le plan professionnel lors de l'établissement d'un pronostic. Les professionnels de santé ont trouvé particulièrement difficile de traiter les patients qui demandent un certificat médical sans justification médicale, qui insistent excessivement pour obtenir un certificat ou qui utilisent les arrêts de travail comme «stratégie de résolution de problèmes». À cela s'ajoute le fait que les professionnels de santé ont constaté chez leurs propres patients nettement plus de limitations fonctionnelles qu'ils n'en attribueraient théoriquement à quelqu'un ayant le même diagnostic. Selon le tableau clinique, deux à trois fois plus de limitations ont été diagnostiquées chez leurs propres patients que chez une personne inconnue présentant le même diagnostic (Baer et al., 2017a).

L'analyse des dossiers SWICA sur les incapacités de travail (Baer et al., 2022) a livré un résultat similaire: plus le traitement était long, plus les rapports médicaux à l'attention de l'assurance avaient un effet protecteur. La communication entre les personnes impliquées a joué un rôle important à cet égard. Les psychiatres – ainsi que les médecins de famille – étaient presque toujours exclusivement familiarisés avec le récit de leurs patients. Les rapports médicaux en cas d'incapacité de travail ne demandaient presque jamais d'informations à l'employeur. Dans le cas de nombreuses maladies psychiques (p. ex. dépression, troubles de la personnalité, schizophrénie), la perception personnelle et celle des autres peuvent toutefois diverger, car les fonctions exécutives, par exemple la prise de décisions, sont également touchées. Prendre connaissance de la perception des employeurs permet d'obtenir des informations importantes, d'autant plus que la majorité des incapacités de travail sont déclenchées par des conflits sur le lieu de travail. Cette collecte unilatérale d'informations a des conséquences: pour 75% de tous les patients ayant des problèmes au travail, les psychiatres ont indiqué avoir l'impression de devoir les protéger contre un traitement «injuste ou discriminatoire» de la part de leur environnement de travail (Baer et al., 2017a).

Lorsqu'une prise de contact a lieu entre l'employeur et le personnel de santé, celle-ci est généralement perçue comme utile. La proposition par le personnel de santé d'une aide active à la réinsertion au responsable hiérarchique réduit considérablement le risque de licenciement (Baer et al., 2017b). Jusqu'à présent, de tels cas étaient plutôt l'exception, puisque seuls 20% de tous les responsables ont indiqué en 2015 avoir déjà bénéficié, en tant que cadre, de l'aide d'un professionnel de la psychiatrie dans de telles situations (Baer et al., 2017b).

9.3 Santé mentale des jeunes dans la formation professionnelle

La formation professionnelle représente la voie de formation la plus fréquente en Suisse : en 2022/23, près de 212 400 personnes suivaient une formation professionnelle initiale débouchant sur un certificat fédéral de capacité (CFC) ou une attestation fédérale de formation professionnelle (AFP). Environ deux tiers des diplômés du degré secondaire I se lancent dans une formation professionnelle. Elle représente en outre l'entrée la plus précoce possible sur le marché du travail et revêt donc un intérêt particulier pour les mesures de prévention. En 2022, Basler et Kriesi ont pu montrer dans leur étude que ce système dual favorise de manière optimale les compétences clés ou transversales (comme le goût de l'effort, la persévérance et la volonté) chez les jeunes et favorise le développement d'une identité professionnelle.

Dans une perspective de prévention et compte tenu de l'âge précoce de la première apparition des maladies, il est judicieux d'accorder déjà dans les écoles et centres de formation une attention particulière à la santé mentale des élèves, des apprentis et des étudiants. Les transitions vers les différents niveaux de l'enseignement secondaire II représentent en effet un nouveau défi pour les jeunes en termes de capacités cognitives, motivationnelles et sociales (Silbereisen & Weichold, 2012). Les jeunes doivent s'adapter à la nouvelle situation scolaire ou de formation, nouer de nouvelles relations avec leurs pairs et les adultes, s'habituer à un nouveau rythme quotidien et faire face à de nouvelles exigences de performance (Neuenschwander, 2012).

Les jeunes qui suivent un apprentissage doivent en outre répondre aux attentes de l'entreprise formatrice. L'entreprise formatrice exige des jeunes qu'ils se socialisent dans un nouveau rôle d'apprenti et pose des exigences élevées en matière d'organisation personnelle. Celles-ci peuvent être vécues comme pesantes, au moins temporairement et dans la phase initiale (Berweger et al., 2013).

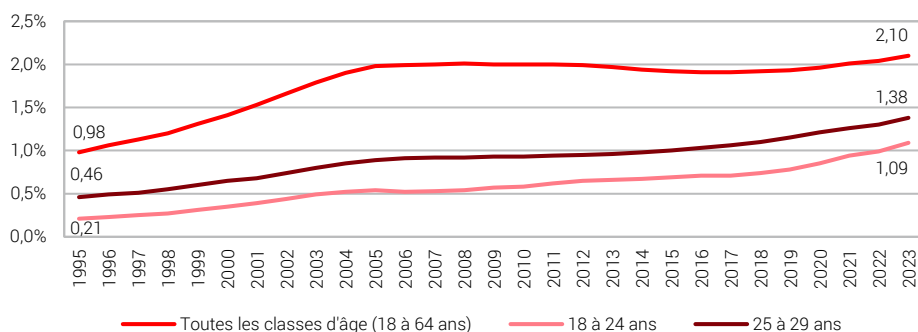
Une formation professionnelle achevée avec succès est un facteur important pour réussir sur le marché du travail. L'absence de formation constitue quant à elle un facteur de risque de chômage de longue durée, de recours à l'aide sociale et d'invalidité (OCDE, 2015).

Rentes AI pour raisons psychiques chez les 18 à 29 ans

Depuis les années 90, on constate une augmentation constante des rentes AI pour les adultes de moins de 30 ans (Office fédéral des assurances sociales, 2023). La part des rentes AI en Suisse s'est globalement stabilisée dans tous les groupes d'âge suite à différentes réformes de l'AI, à des décisions du Tribunal fédéral et à une pratique plus stricte en matière d'octroi de rentes depuis 2004 environ. Toutefois, elle augmente à nouveau ces dernières années (graphique G9.8).

Bénéficiaires de rentes AI pour raison psychiques, en pourcentage de la population active occupée de référence

G9.8



Source : OFAS - Statistique de l'AI

© Obsan 2025

La part des bénéficiaires de rentes AI pour raisons psychiques de moins de 25 ans a quintuplé au cours des 30 dernières années, tandis que celle des 25 à 29 ans a triplé (graphique G9.8). Il s'agit de la plus forte augmentation parmi tous les groupes d'âge. Les causes de cette évolution sont probablement multiples, mais restent à ce jour inexpliquées. Parmi les raisons possibles, on peut citer d'une part le recours accru et de plus en plus précoce à des évaluations et traitements psychiatriques professionnels chez les jeunes. D'autre part, la levée des tabous ou un phénomène de rattrapage chez les jeunes atteints de maladies psychiques autrefois rarement traitées sont également des facteurs explicatifs envisageables. Une invalidité à un très jeune âge est généralement due à une maladie psychique. Cela s'explique également par l'apparition précoce des maladies psychiques (McGrath et al., 2023).

Les jeunes souffrant de maladies psychiques sont deux fois plus nombreux à interrompre leur formation que ceux qui n'ont pas de problèmes psychiques (OCDE, 2015). Il convient toutefois de relativiser ces «résiliations de contrat d'apprentissage» (Stalder & Lüthi, 2017). En effet, 84% des apprentis trouvent une nouvelle place dans la même profession suite à la résiliation de leur contrat d'apprentissage, dont 43% directement après, 21% après une interruption allant jusqu'à 1 an et 20% après une durée plus longue. 5 ans après la rupture du contrat d'apprentissage, 75% ont obtenu un diplôme. Les résiliations de contrat d'apprentissage pour raisons de santé constituent toutefois un groupe à risque, car la reprise d'une formation prend souvent beaucoup de temps.

Le «Case Management Formation professionnelle», déployé par la Confédération entre 2008 et 2015 et encouragé encore aujourd'hui dans les cantons, propose un point de contact pour les jeunes en difficulté dans le degré secondaire II (Egger et al., 2016). Il existe toutefois encore un potentiel de collaboration, car les échanges avec le personnel

de santé chargé du traitement des apprentis souffrant de détresse psychologique sont rares et il manque des points de contact spécialisés et facilement accessibles pour soutenir les personnes formatrices. Un peu plus de la moitié des personnes formatrices de Suisse alémanique expriment un besoin de soutien spécialisé (psychologique ou psychiatrique) dans les situations impliquant des apprentis présentant une détresse psychologique (Schmocker et al., 2022).

Jusqu'en 2014, les principales raisons diagnostiques pour l'octroi d'une rente AI précoce pour raisons psychiques étaient la déficience intellectuelle, la schizophrénie et les troubles de la personnalité. Il est frappant de constater qu'il y a dix ans encore, un nombre non négligeable de personnes ne bénéficiait avant l'octroi d'une rente d'aucune ou tout au plus d'une seule mesure de réadaptation (Baer et al., 2015). L'assurance-invalidité a mis en œuvre la révision de loi «Développement continu de l'AI» au 1^{er} janvier 2022, qui vise spécifiquement les enfants et les jeunes. Celle-ci prévoit entre autres un renforcement du conseil et de l'accompagnement ainsi que des mesures de réadaptation plus fréquentes et renouvelables. Les effets de cette réforme ne peuvent pas encore être évalués à l'heure actuelle.

Caractéristiques des jeunes désintégrés

En 2022, 6,8% des jeunes âgés de 18 à 24 ans sans diplôme du niveau secondaire II se trouvaient hors du système éducatif (Office fédéral de la statistique, 2023). Les analyses montrent que les jeunes «désintégrés», c'est-à-dire ceux qui ne suivent ni une formation ni une scolarité postobligatoire (ceux que l'on appelle les «NEET» – «Not in Employment, Education or Training»), sont nettement plus souvent atteints de maladies psychiques que les jeunes se trouvant dans un contexte scolaire ou professionnel (OCDE, 2015). Les jeunes sans place d'apprentissage se distinguent également de leurs camarades actifs sur le marché du travail par certaines traits de personnalité: la détermination et la sociabilité sont des qualités qui favorisent la recherche d'une place d'apprentissage. En outre, la régulation des émotions et le contrôle de soi sont plus faibles chez les jeunes sans place d'apprentissage, qui présentent également plus fréquemment des troubles du comportement (Baggio et al., 2015; Sabatel-la & Wyl, 2018). Il s'agit donc d'un groupe vulnérable.

Les offres telles que les passerelles ou les semestres de motivation jouent un rôle important dans la détection précoce. Le soutien précoce et adéquat des adolescents souffrant de maladies psychiques est essentiel afin de prévenir leur exclusion. Les enfants et les adolescents qui développent tôt des maladies psychiques et bénéficient d'un soutien adapté à leurs limitations, par exemple dans une école spécialisée, ont plus de chances de participer à la vie active plus tard (Baumann et al., 2018). Les jeunes en détresse qui ne bénéficient pas d'un tel soutien, c'est-à-dire ceux qui passent plutôt «sous le radar» et

sont intégrés dans l'enseignement ordinaire, ont un risque plus élevé de ne pas terminer leur scolarité (Baumann et al., 2018). Dans une étude qualitative basée sur des entretiens avec des apprentis et des personnes formatrices, Duc & Lamamra (2022) arrivent à la conclusion que la transition de l'école au monde du travail est une tâche exigeante, tant sur le plan psychique, physique qu'éthique. Les apprentis du système dual suisse seraient alors particulièrement sous pression, confrontés à la fois à l'exigence de travailler de manière productive et au caractère formateur d'un apprentissage. La formation professionnelle, qui peut être une période psychologiquement éprouvante, devrait donc accorder davantage d'attention au thème de la «santé dans la formation».

Malgré l'importance d'une transition réussie entre la formation professionnelle et le marché du travail, les données disponibles sur la formation et la santé mentale sont jusqu'à présent peu nombreuses. On ignore, par exemple, quel rôle jouent les maladies psychiques dans les interruptions d'apprentissage. Il serait également important de savoir comment les apprentis parviennent à terminer leur formation malgré la détresse psychologique et comment les entreprises formatrices et les écoles professionnelles peuvent y contribuer.

Les parcours de formation professionnelle et leurs caractéristiques

Les expériences faites avec des jeunes qui suivent une formation professionnelle et présentent des problèmes psychiques ont été examinées de manière approfondie en 2022, dans le cadre d'une enquête transversale menée auprès de personnes formatrices en Suisse alémanique. Environ 6400 personnes formatrices ont participé au moins partiellement à cette enquête, et quelque 2900 personnes ont participé entièrement (Schmocker et al., 2022). Les résultats ont montré que des problèmes psychiques avaient été constatés dans 59% des parcours d'apprentissage. 56% des apprentis ayant connu des parcours problématiques ont pu surmonter ces difficultés au cours de leur apprentissage («problématique – résolu»), tandis qu'aucune solution n'a pu être trouvée dans 44% des cas («problématique – non résolu»). Cela ne signifie pas qu'une maladie psychique était présente dans tous ces cas, mais que les parcours d'apprentissage problématiques se distinguaient systématiquement des parcours non problématiques. Cela vaut tant pour l'ampleur des limitations perçues que pour les contraintes psychosociales et familiales. 40 à 50% de tous les apprentis dont le parcours d'apprentissage a été jugé «problématique» par les personnes formatrices ont suivi un traitement en raison d'une détresse psychologique ou d'une maladie psychique, ce qui indique des problèmes de santé importants. Parmi les apprentis perçus comme non problématiques, la proportion de personnes en traitement était de 4,6%.

Les problèmes d'addiction, le contexte migratoire ainsi que les contraintes familiales et psychosociales sont fortement corrélés (multivariable) à un parcours problématique. En revanche, les parcours non problématiques ont été associés à la présence d'amis proches et à des loisirs actifs (Schmocker et al., 2022).

Les limitations fonctionnelles des apprenants étaient également importantes. Une trentaine de limitations fonctionnelles possibles ont été examinées. Chez les apprentis qui, selon les formateurs, avaient des difficultés à respecter les règles et à s'intégrer socialement dans l'équipe de travail, 48% des contrats d'apprentissage ont été résiliés (contre environ 20% de résiliations dans l'ensemble des cas décrits, c'est-à-dire avec ou sans problèmes pendant l'apprentissage). Dans les cas où ni le respect des règles ni l'intégration dans l'équipe ne posaient problème, seuls 10% des contrats ont été résiliés. D'autres fonctions importantes chez les apprentis étaient la capacité de concentration, la capacité d'autoréflexion et la stabilité émotionnelle. Cela montre que ce sont finalement les compétences de base qui sont déterminantes pour la réussite de la formation professionnelle.

La manière dont les apprentis gèrent leurs propres contraintes joue également un rôle (graphique G9.9). Les apprentis qui abordaient ouvertement de leurs problèmes, s'efforçaient de mettre en œuvre les solutions proposées, respectaient les accords, venaient au travail malgré leur malaise, restaient en contact avec l'entreprise formatrice en cas d'absence et n'esquivaient pas les problèmes étaient plus nombreux dans les parcours d'apprentissage où les problèmes avaient pu être résolus.

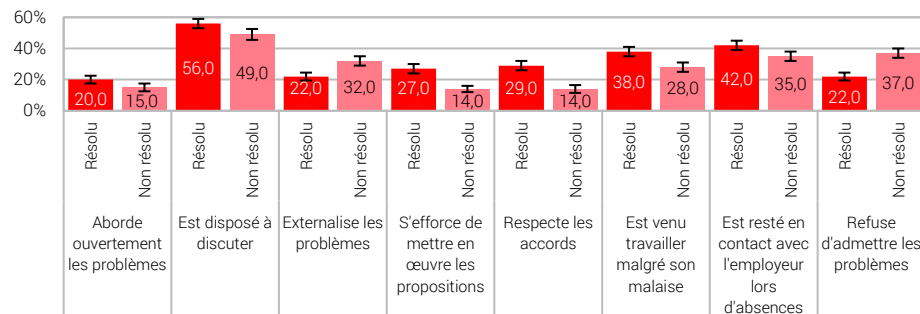
Les facteurs de protection contre les problèmes au travail chez les jeunes sont le soutien social, des loisirs actifs, une attitude ouverte face aux problèmes personnels et des tâches variées dans l'entreprise formatrice. Mais la manière dont les jeunes font face aux défis est également importante. Le soutien précoce et la coordination de l'aide sont essentiels. En effet, les jeunes qui ne se trouvent pas dans un contexte professionnel ou scolaire souffrent souvent de maladies psychiques.

Des liens étroits entre certaines caractéristiques de l'entreprise et le déroulement de l'apprentissage ont également été mis en évidence. Dans les entreprises où les personnes formatrices se montrent peu ouvertes aux problèmes personnels des apprentis, les parcours problématiques sont deux fois plus fréquents que dans les entreprises se montrant ouvertes. Il en va de même dans les entreprises où les apprentis doivent effectuer, d'après leur formateurs, une part importante de tâches répétitives qu'ils jugent peu utiles, par rapport aux entreprises où les tâches répétitives sont moins nombreuses (Schmocker et al., 2022).

Gestion des problèmes au travail rencontrés en apprentissage dans les parcours problématiques et résolution des problèmes, en 2021

G9.9

Part en %



Intervalle de confiance à 95%

Source : Schmocker et al. (2022)

© Obsan 2025

Le rôle des ressources externes à l'entreprise et à l'école pour l'apprentissage est également mis en évidence dans l'étude de Lüthi et al. (2021). Les personnes en formation ont été classées dans des profils disposant de beaucoup, moyennement ou peu de ressources au travail et à l'école professionnelle. Les ressources prises en compte étaient par exemple l'ambiance de travail à l'école et dans l'entreprise, les possibilités d'autonomie des apprentis à l'école et dans l'entreprise ou la qualité des instructions à l'école et dans l'entreprise. 44% des apprentis présentaient des ressources élevées tant en entreprise qu'à l'école. 38% disposaient de ressources moyennes et 13% de ressources élevées sur leur lieu de travail et de peu de ressources à l'école. Enfin, 5% des apprentis disposaient de peu de ressources sur leur lieu de travail et de ressources moyennes à l'école.

9.4 Prévention et mesures: maintien dans l'emploi et insertion professionnelle

La santé mentale doit être protégée par l'employeur (art. 6 LTr et art. 2 OLT 3). De plus, la législation sur la protection des jeunes au travail prévoit des dispositions visant à garantir que les apprentis travaillant dans des entreprises suisses bénéficient de conditions de travail sûres (OLT 5). Si cela constitue une base, la promotion de la santé mentale et la nature précise des mesures à prendre sur le lieu de travail relèvent toutefois largement de la volonté des entreprises. Il existe pourtant des offres destinées aux collaborateurs, telles que la gestion de la santé en entreprise (GSE). Selon une enquête menée auprès

de quelque 800 entreprises, près de trois quarts des entreprises en Suisse de 50 collaborateurs ou plus mettent déjà en œuvre des mesures de GSE (en Suisse alémanique plus souvent qu'en Suisse romande et au Tessin). Un quart d'entre elles (26%) déclarent le faire même systématiquement (Füllemann et al., 2021). La GSE est mise en œuvre de manière plus systématique dans les grandes entreprises. Depuis 2016, le taux de mise en œuvre de la GSE a toutefois surtout augmenté dans les entreprises de taille moyenne (100–249 collaborateurs). La pérennité des mesures dépend fortement de leur ancrage stratégique dans les entreprises. Ces dernières ont exprimé par ailleurs un besoin particulier en matière de mesures dans le domaine du stress et de la santé mentale.

La fondation Promotion Santé Suisse investit également dans la prévention de la santé (psychique) de la population. Les entreprises particulièrement engagées (nombre: 106, état en décembre 2023) qui mettent en œuvre une GSE systématique se voient décerner le label «friendly work space». Comme on pouvait s'y attendre, ce sont jusqu'à présent plutôt les grandes entreprises ou celles qui ont des affinités thématiques qui se soumettent à un tel processus de certification. L'un des défis consiste toujours à convaincre les petites entreprises de mettre en place des mesures durables de promotion de la santé. C'est pourquoi Promotion Santé Suisse a également développé des offres dans ce domaine. Par exemple, le Leadership-Kit et la HR-Tool-Box ont été lancés – des séries d'outils disponibles gratuitement pour les responsables RH et les cadres. Il existe également de plus en plus d'outils en ligne disponibles gratuitement, tels que l'application web «Etwas tun?!», un outil de sensibilisation et d'apprentissage destiné à tous les collaborateurs pour les aider à gérer les défis psychologiques au travail (voir employes.ch).

Il existe également une multitude de prestataires privés proposant des services d'aide aux entreprises. Les assurances privées (principalement les assurances d'indemnités journalières en cas de maladie, mais aussi d'autres) permettent – surtout en cas d'absence, mais aussi de plus en plus à titre préventif – de mettre en place des mesures de soutien telles que le case management.

Les interventions de santé en ligne sont également pertinentes lorsqu'il s'agit de la santé mentale des collaborateurs. Il s'agit de différentes interventions en ligne qui s'étendent généralement sur quelques semaines et qui proposent par exemple des informations sur la gestion du stress au travail, des techniques de thérapie cognitivo-comportementale ou des exercices de pleine conscience. Une métaanalyse internationale prenant en compte 108 études a pu montrer que les interventions de santé en ligne sont efficaces. Dans l'ensemble, toutes les offres de cybersanté analysées ont montré un effet positif sur la santé mentale, dans le sens d'une réduction des symptômes de dépression ou d'anxiété ou du stress ressenti (Stratton et al., 2017).

Sensibilisation et formation des cadres

Lorsque des problèmes surviennent sur le lieu de travail en lien avec un lien avec de la détresse psychologique, des adaptations du poste de travail sont souvent nécessaires. Une étude du Secrétariat d'Etat à l'économie (SECO, 2018) montre que les employeurs ont tendance à considérer les risques psychosociaux comme des problèmes individuels et que les aspects de la situation professionnelle (p. ex. un manque de coordination) sont un peu moins souvent pris en compte. Cette attitude ressort clairement des données qualitatives (entretiens documentés avec des employeurs). Dans le cadre de leur devoir d'assistance, les employeurs sont tenus de garantir des conditions de travail qui ne mettent pas en danger la santé (psychique). Les inspections menées par le SECO et les décisions de justice rendues ces dernières années, qui mettent de plus en plus les entreprises face à leurs responsabilités, favorisent la mise en œuvre de la loi. Par exemple, entre 2014 et 2018, le SECO a multiplié les contrôles auprès des entreprises en lien avec les risques psychosociaux (au sens de conditions de travail pénibles) – il s'agissait d'une «action prioritaire». 185 entreprises ont été contrôlées, les inspections de déroulant toutefois davantage dans une optique de conseil que de contrôle. Une corrélation a été établie entre la taille de l'entreprise et l'efficacité des inspections. Dans les petites entreprises (<100 employés), la situation s'est davantage améliorée par rapport à la situation initiale que dans les grandes entreprises comptant 100 employés et plus. Par exemple, les «compétences en matière de risques psychosociaux» se sont davantage améliorées dans l'ensemble des entreprises et branches interrogées que dans les entreprises qui n'ont pas fait l'objet d'une inspection (SECO, 2018).

Il règne encore beaucoup d'incertitudes concernant la gestion des problèmes sur le lieu de travail pour des raisons psychiques. Environ 90% des cadres suisses alémaniques interrogés en 2015 ont déclaré que, face aux difficultés psychiques de leurs collaborateurs, ils attendaient d'abord avant de réagir, afin de ne pas «agir précipitamment» (Baer et al., 2017b). Chez les personnes formatrices, l'incertitude quant à la manière d'aborder les apprentis présentant des problèmes d'addiction ou d'autres problèmes psychiques est également beaucoup plus grande que dans d'autres situations difficiles, par exemple lorsque les apprentis sont démotivés (Schmocker et al., 2022).

Les supérieurs hiérarchiques ont un rôle important à jouer dans l'insertion professionnelle des collaborateurs atteints d'une maladie psychique (voir exemple de cas, partie 3). Lorsqu'ils suivent une formation sur la manière de gérer les collaborateurs souffrant de maladies psychiques ou de détresse psychologique, cela a un effet positif sur le maintien en emploi (Kreissner, 2019). Un an après la formation de leur supérieur, 41% des collaborateurs concernés sont toujours en poste. À l'inverse, les supérieurs qui n'ont pas bénéficié d'une telle formation n'emploient plus que 24% des collaborateurs concernés un an plus tard (Boehm et al., 2020). De plus, les supérieurs représentent un facteur de protection contre le développement de symptômes dépressifs. Plus le management

est basé sur le respect, les compliments, l'encouragement et la serviabilité, moins les employés présentent des symptômes de dépression (Kizuki & Fujiwara, 2020). Il n'existe pas d'autres données disponibles en Suisse, mais l'efficacité des formations destinées aux cadres est également démontrée à l'étranger. Un travail de synthèse portant sur 188 études arrive à la conclusion que la formation des supérieurs hiérarchique et la mise à disposition d'informations sur la santé mentale et les conditions de travail pénibles ont un effet positif sur la santé mentale des collaborateurs, du moins à court terme (Tsutsumi, 2011). Dans la gestion des collaborateurs atteints de maladies psychiques, il est important de reconnaître qu'il s'agit de collaborateurs en souffrance psychique, de développer une compréhension de la situation et de mettre ensuite en œuvre des mesures (Martin et al., 2018). Pour aborder cette thématique avec des collaborateurs souffrant de maladies psychiques, il est essentiel que leurs supérieurs hiérarchiques aient le courage d'aborder les problématiques psychiques et de lutter contre les préjugés dans ce domaine (Bryan et al., 2018).

Efficacité des mesures d'insertion

Il existe de nombreuses mesures différentes, proposées par divers acteurs et poursuivant des objectifs variés. Certaines mesures sont étayées par des preuves et des données, mais c'est encore rarement le cas pour beaucoup d'autres. Pour faciliter la lecture des exemples suivants, nous distinguons entre les mesures visant à préserver l'emploi et celles visant à favoriser la réinsertion professionnelle.

Mesures de maintien de l'emploi

En cas d'arrêt maladie pour raisons psychiques, la réinsertion éventuelle se fait d'abord généralement à l'interne de l'entreprise – par l'intermédiaire des cadres, des responsables du personnel et, dans les grandes entreprises, éventuellement du service de gestion de la santé, du service social, du case management, etc. Par ailleurs, les assurances privées d'indemnités journalières en cas de maladie avec case/care management, l'assurance-invalidité (AI) à travers l'intervention précoce ainsi que des entreprises privées proposent également un soutien. Diverses mesures peuvent être mises en œuvre: case management, coaching, tables rondes avec toutes les personnes impliquées pour coordonner et planifier le retour au travail, augmentation progressive du taux d'occupation et de la complexité des tâches.

Le case management est une méthode éprouvée et fréquemment utilisée dans le domaine de la réinsertion. Elle a récemment fait l'objet d'une évaluation spécifique en ce qui concerne les personnes atteintes d'une maladie psychique et s'est révélée efficace (PK Rück, 2022). La base de données utilisée était celle d'un réassureur de caisses de pension, qui a permis d'analyser 20 014 cas au total. Les cas ayant bénéficié d'un case management ont été comparés à des cas similaires n'ayant pas bénéficié d'une telle prise en charge et un «jumeau» statistique hypothétique a été construit à l'aide d'une pondération. Un taux de réinsertion hypothétique a ensuite été calculé. Dans ces conditions, le case management a permis de réduire de 33% le risque d'invalidité chez les personnes concernées par des maladies psychiques – et de 16% dans l'ensemble des pathologies (PK Rück, 2022).

Si le maintien en l'emploi d'un collaborateur est menacé ou si des problèmes surviennent sur le lieu de travail, l'employeur peut facilement en informer l'office AI et des prestations de soutien peuvent être accordées dans le cadre de mesures d'intervention précoce. Cette possibilité a toutefois été rarement utilisée ces dernières années. En 2015, seuls 6% des cadres ont indiqué avoir signalé à l'office AI des collaborateurs présentant des difficultés psychiques (Baer, et al., 2017b). Depuis l'introduction de ces mesures en 2008, le nombre de mesures d'intervention précoce de l'AI a toutefois augmenté en moyenne de 1000 par an, passant d'environ 1100 en 2008 à près de 17 000 en 2023. Les personnes formatrices ont cependant encore rarement recours à cet instrument de «déclaration précoce» – qui leur permet de signaler très tôt à l'AI les jeunes en difficulté. Un tel signalement permet à l'AI de contacter les jeunes, qui peuvent alors être inscrits à l'AI. Seuls 2 à 3% environ des apprentis présentant des problèmes psychiques sont toutefois signalés à l'AI (Schmocker et al., 2022).

Mesures d'insertion

En cas de perte d'emploi, l'assurance-chômage offre son aide par l'intermédiaire des offices régionaux de placement (ORP). Depuis 2019, le canton de Bâle-Campagne dispose d'un service spécialisé dans l'insertion, un projet pilote du SECO proposant une approche novatrice: les demandeurs d'emploi souffrant de maladies physiques ou psychiques peuvent, s'ils le souhaitent, bénéficier d'un accompagnement plus étroit grâce à un éventail plus large de mesures d'évaluation et d'insertion. Ce projet, comme d'autres projets pilotes du SECO, fait l'objet d'une évaluation scientifique. Avec ce service spécialisé dans la réinsertion, le SECO reconnaît que les causes du chômage ne peuvent pas toujours être nettement distinctes et que les demandeurs d'emploi inscrits à l'ORP peuvent également être touchés par des maladies psychiques (site du Seco, programme d'impulsion mesure 5, 2024). Du point de vue du droit des assurances, l'assurance-chômage est compétente en cas de perte d'emploi pour des raisons économiques.

Les services de *collaboration interinstitutionnelle* (CII) réalisent également un travail important. Dès que plusieurs assurances sociales sont impliquées, la CII intervient pour assurer la coordination. Comme les maladies psychiques sont souvent des cas complexes, les services de CII sont des interlocuteurs centraux pour la coordination de l'insertion professionnelle. Certains cantons, comme le canton d'Argovie, ont adopté une approche innovante, la «coopération sur le marché du travail», dans laquelle une seule personne assume à la fois le rôle d'interlocuteur AI et ORP. Un autre exemple est le canton de Lucerne, où les ORP, l'AI et les services sociaux ont été regroupés d'un point de vue organisationnel sous un même toit (économie, travail, affaires sociales).

Avec la réforme «*Développement continu de l'assurance-invalidité*» entrée en vigueur en janvier 2022, l'accent a été mis davantage sur les jeunes et les assurés souffrant de maladies psychiques. En outre, depuis 2019, les personnes souffrant d'une maladie en lien avec une addiction ne sont plus automatiquement exclues des prestations de l'AI.

Les chiffres de l'AI montrent l'importance d'une intervention précoce (Schmidlin & Champion, 2021). Dans les cas où plus de six mois se sont écoulés entre l'inscription à l'AI et le début des premières mesures d'insertion, les chances de réinsertion ont été réduites de moitié. Les mesures d'insertion de l'AI sont des mesures particulièrement accessibles (mesures à *bas seuil*), avec un taux de réussite comparativement faible. Il apparaît qu'en moyenne, deux mesures de réinsertion sont accordées par personne assurée. Avec jusqu'à troisième mesures de réinsertion, la probabilité de réussite augmente, mais à partir de la quatrième mesure, les chances de réussite ne progressent plus. Les meilleures chances de succès sont obtenues lorsque la mesure de réinsertion se déroule au moins partiellement sur le marché primaire du travail et lorsqu'un *job coach* est impliqué.

Trois ans après la dernière mesure d'insertion, la situation professionnelle des bénéficiaires (présentant des limitations physiques ou psychiques) se présente comme suit :

Situation professionnelle après des mesures d'insertion AI à bas seuil, de 2015 à 2017 (poolé) **T 9.1**

Situation 3 ans après la mesure d'insertion AI	Proportion
Insertion sur le marché du travail primaire	37%
Rente AI complète	25%
Rente AI partielle	16%
Indemnités de chômage	2%
Aide sociale	9%
Pas d'activité professionnelle, pas de rente d'une ass. sociale / pas d'aide sociale	10%
Décédé	1%

Source: Schmidlin & Champion, 2021 © Obsan 2025

Sachant que 68,5% des bénéficiaires de mesures présentent une maladie principale d'ordre psychique, les chiffres présentés ci-dessus sont importants, même si les taux de réussite soient sans doute moins élevés concernant les personnes souffrant de maladies psychiques. Les raisons qui conduisent à l'abandon des mesures de réinsertion sont généralement une détérioration de l'état de santé, l'absence de progrès ou un manque de motivation ou de coopération de la part des personnes assurées (Schmidlin & Champion, 2021).

La Suisse dispose aujourd'hui d'une offre large, différenciée et en croissance de mesures de soutien permettant à des personnes souffrant de détresse psychologique de conserver leur emploi ou de trouver un nouveau poste de travail. Outre le soutien apporté par l'assurance-invalidité, les mesures proposées par des assurances privées ont nettement augmenté. Des projets pilotes adoptant une approche novatrice ont également été lancés par l'assurance-chômage. D'une manière générale, la tendance est de plus en plus à la mise en œuvre de mesures précoces dans le cadre du marché du travail primaire.

Une étude menée auprès des bénéficiaires de mesures AI en Suisse montre que le taux de succès de mesures d'insertion est généralement plus faible chez les personnes souffrant de problèmes psychiques que chez celles souffrant de problèmes physiques. Alors que 25% des personnes assurées atteintes de maladies psychiques (c'est-à-dire le groupe le plus grand de «troubles réactifs du milieu ou psychogènes») ont retrouvé une activité professionnelle environ un an après avoir bénéficié de mesures de réadaptation de l'AI, cette proportion est presque deux fois plus élevée (45%) chez les assurés atteints de maladies musculosquelettiques. Le «succès» a été défini comme suit: sans rente AI, pas de chômage et au moins CHF 1000 de revenu professionnel par mois (Baer et al., 2018a).

Depuis plus de 40 ans, la méthode la plus ancienne, la mieux étudiée et la plus efficace pour l'intégration des personnes atteintes d'une maladie psychique est celle dite de «Supported Employment». Selon le principe «first place, then train» (d'abord l'emploi, ensuite la formation), les personnes concernées ne sont plus préparées au marché du travail dans des ateliers protégés (comme c'était généralement le cas auparavant), mais directement placées à des postes de travail sur le marché du travail primaire, où elles acquièrent progressivement des compétences. Le travail d'insertion est mené par ailleurs par une équipe interdisciplinaire (Drake et al., 1996). Ce principe, ainsi que d'autres principes du *Supported Employment*, sont basés sur des preuves scientifiques et ont été

testés à plusieurs reprises pour vérifier leur validité (voir Hoffmann & Richter, 2020). Cette approche fondée sur les preuves scientifiques constitue déjà une différence importante par rapport à de nombreuses autres mesures d'insertion.

Le *Supported Employment* se révèle avant tout efficace dans la mesure où il permet plus souvent de trouver un emploi et de générer à nouveau un revenu que dans les groupes de référence (Suijkerbuijk et al., 2017; Besse et al., 2016; Marino & Dixon, 2014; Modini et al., 2016). Il convient toutefois de relativiser ces résultats car le seuil de ce qui est considéré comme une insertion réussie a parfois été fixé très bas. Certaines études ont par exemple considéré un salaire horaire de 10 CHF pendant au moins deux semaines comme un succès. De plus, aucun effet durable n'a été constaté: 3 à 5 ans après la fin de la mesure, aucune différence significative n'a été constatée en termes de situation professionnelle et de salaire (Hoffmann et al., 2014; Jäger et al., 2013; Pichler et al., 2021).

De nombreuses offres de soutien à la réinsertion professionnelle existent en Suisse. À cet égard, des études ont toutefois attiré l'attention sur le fait qu'un budget d'insertion illimité n'est pas toujours favorable à l'insertion, ou du moins qu'un plafonnement des coûts n'est pas préjudiciable (Rössler et al., 2020; Rössler et al., 2019). Avenir Suisse (Cosandey et al., 2021) a constaté que les offices AI qui mettent en œuvre de nombreuses mesures de réadaptation ne sont pas forcément plus efficaces (dans le sens où ils octroieraient moins de rentes), mais qu'ils sont plus coûteux.

Par ailleurs, la Suisse dispose traditionnellement d'une offre bien développée en matière d'ateliers protégés, de lieux d'évaluation et de centres de formation et d'entraînement sur le marché du travail secondaire. Il existe également des formes mixtes, telles que les entreprises sociales, qui proposent des places adaptées aux personnes atteintes dans leur santé, opèrent sur le marché du travail primaire ou à proximité de celui-ci et qui se financent, outre les subventions, par des recettes commerciales significatives (Ferrari et al., 2016). L'AI oriente souvent les assurés présentant des limitations plus importantes ou une stabilité psychique encore insuffisante vers une formation ou un entraînement progressif sur le marché du travail secondaire. Ils y trouvent une charge de travail et une attente de performance adaptée, dans un environnement protégé et accompagné par du personnel formé – généralement des professionnels du travail social, de la psychologie ou de l'accompagnement socioprofessionnel (Deuchert et al., 2013; Hoffmann & Richter, 2020). Il est également important de poursuivre les efforts visant à renforcer l'intégration sur le marché du travail primaire des personnes vivant avec un handicap: ces personnes ont besoin d'une aide spécifique qui les protège contre le surmenage et de la déstabilisation. Mais cette protection peut en principe également être assurée sur le marché du travail primaire.

Enfin, les exigences de la formation professionnelle initiale validée par un CFC ou une AFP pouvant être trop élevées pour les jeunes souffrant de limitations à l'issue de la scolarité obligatoire, l'association sectorielle insos a développé en 2007 la Formation pratique (FPra), qui a été suivie par près de 10 000 personnes à ce jour. Les domaines de formation les plus fréquents sont notamment l'économie domestique, la cuisine ou la logistique, mais quelque 80 possibilités professionnelles différentes sont proposées au total (voir site Internet insos, fiche d'information sur la FPra).

9.5 Synthèse: défis et potentiels

La majorité des personnes actives occupées en Suisse (88%) sont satisfaites de leur travail (cf. section Ressources liées au travail). Parallèlement, environ un tiers des actifs occupés se sentent très souvent, voire constamment épuisés après le travail et font état de davantage de contraintes que de ressources au travail (cf. section Conditions de travail pénibles et santé mentale). Le sentiment d'épuisement ne doit pas être assimilé à une maladie psychique, mais il s'agit néanmoins d'un phénomène à prendre au sérieux et de plus en plus fréquent.

Une perspective intégrative du travail et de la santé mentale est nécessaire

Les liens entre santé mentale et travail sont plus complexes qu'il n'y paraît à première vue. Certaines conditions de travail peuvent déclencher des crises psychiques, voire des maladies. L'ambiance de travail, la relation avec les supérieurs hiérarchiques et la conciliation entre vie professionnelle et vie privée jouent ici un rôle particulièrement important (cf. section Ressources liées au travail). D'autre part, certains collaborateurs présentent des prédispositions qui, combinées à des performances limitées ou à des difficultés de comportement, peuvent mettre leurs supérieurs hiérarchiques à rude épreuve (cf. section Incapacité de travail pour des raisons psychiques). Il existe également une large zone entre les deux, où peuvent se conjuguer des conditions de travail défavorables et des prédispositions psychiques. À cela s'ajoute la stigmatisation sociale des maladies psychiques, qui entraînent un sentiment de honte chez les collaborateurs concernés et une réticence chez leurs supérieurs à intervenir rapidement et de manière objective (cf. section Limitations fonctionnelles sur le lieu de travail).

Le comportement est décisif – pour les collaborateurs comme pour les supérieurs hiérarchiques

Afin d'agir efficacement, il est nécessaire de disposer de résultats de recherche permettant de mieux comprendre comment trouver des solutions malgré les problèmes. Au niveau de l'entreprise, il est important de développer des facteurs de protection tels qu'une bonne gestion, des conditions de travail équitables ou des rapports de travail sûrs (cf. section Ressources liées au travail). Il est tout aussi important de renforcer les facteurs de protection liés à la personne, comme par exemple le sentiment de contrôle, l'auto-efficacité et un sens de la vie élevé (cf. section Maladies psychiques et activité professionnelle). La quantité de facteurs de protection ou de conditions de travail pénibles est ici essentielle.

La gestion des situations problématiques étant souvent plus déterminante que le problème psychique lui-même, les entreprises et les entreprises formatrices devraient communiquer clairement leurs attentes quant au comportement à adopter en cas de situation problématique (cf. section Limitations fonctionnelles sur le lieu de travail). À cet égard, il incombe en premier lieu aux entreprises d'instaurer une culture de gestion des problèmes psychiques. Les mesures de gestion de la santé (GSE) qui se développent de plus en plus, telles que les cours de management, les outils en ligne, etc. sont importantes à cet égard. Il n'est souvent pas possible de prévenir les maladies psychiques, mais l'escalade des conflits, les arrêts maladie et les pertes d'emploi peuvent parfois être évités.

Médicalisation des problèmes de travail

Les cas et les jours d'incapacité de travail pour raisons psychiques augmentent en Suisse comme dans d'autres pays industrialisés (cf. section Le rôle du personnel de santé). Parallèlement, de plus en plus de personnes suivent un traitement pour des maladies psychiques. Conséquence indésirable de cette évolution en soi réjouissante, les arrêts maladie sont devenus plus fréquents, puisque seules les personnes sous traitement peuvent recevoir un certificat d'incapacité de travail. Il est logique de supposer que nous sommes aujourd'hui davantage sensibilisés aux maladies psychiques et que nous les gérons différemment. Si cette prise de conscience était voulue, tous les acteurs concernés ne disposent toutefois pas encore de moyens efficaces pour faire face à ces problèmes perçus de plus en plus fréquemment. Cela vaut également pour le personnel de santé. Les arrêts de travail pour raisons psychiques sont généralement à temps plein et durent en moyenne 7 mois. Dans la moitié des cas d'arrêt maladie pour raisons psychiques, le contrat de travail est résilié. Une pratique des congés maladie plus axée vers la réinsertion et parfois plus restrictive pourrait favoriser le maintien en emploi.

La collaboration entre les parties prenantes est essentielle

Les médecins et les psychothérapeutes devraient développer une conception plus large du traitement, qui mette davantage l'accent sur la situation professionnelle de leurs patients et considère davantage le travail comme un facteur stabilisateur (cf. section Le rôle du personnel de santé). Les stratégies de traitement traditionnelles, telles que la simple décharge et les arrêts de travail souvent prolongés, arrivent trop tard et ne résolvent pas les problèmes, mais conduisent généralement à l'interruption des rapports de travail. Il est difficile de trouver une approche et un langage commun entre le cadre du traitement et le contexte professionnel. Les limitations fonctionnelles, par exemple la Mini ICF-APP (cf. section Contraintes pour l'environnement de travail), constituent un langage commun. Afin de les définir comme base pour une collaboration commune, un échange entre toutes les parties impliquées est nécessaire. Il existe en outre un potentiel pour mieux exploiter les offres existantes. Par exemple, les collaborateurs présentant des difficultés psychiques sont encore rarement annoncés à l'AI, et souvent très tardivement (cf. section Efficacité des mesures d'insertion). Les problèmes psychiques de travail importants ne peuvent généralement être résolus qu'à travers un travail commun.

Les jeunes en détresse et les personnes formatrices ont besoin de davantage de soutien

L'augmentation du nombre de rentes AI pour raisons psychiques est particulièrement marquée chez les personnes de moins de 30 ans – le nombre de rentes ayant quintuplé au cours des 30 dernières années chez les moins de 25 ans (cf. section Rentes AI pour raisons psychiques chez les 18 à 29 ans).

Dans l'ensemble, la formation joue un rôle central, car c'est là que sont posées les bases de la future carrière professionnelle. Une formation achevée augmente les chances sur le marché du travail en général et plus particulièrement pour les personnes souffrant de détresse psychologique. C'est précisément parce que les maladies psychiques commencent souvent tôt qu'il est important de soutenir tout particulièrement les jeunes en détresse psychologique. Cela est d'autant plus important que les nouvelles rentes AI pour raisons psychiques n'ont jamais autant augmenté qu'en 2023.

9.6 Bibliographie

- Alonso, J., Angermeyer, M., Bernert, S., Buffaerts, R., Brugha, T. & Bryson, H. (2004). Prevalence of Mental Disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders. ESEMeD Projects. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 420, 217.
- Aronsson, G., Theorell, T., Grape, T., Hammarström, A., Hogstedt, C., Marteinsdottir, I. & Hall, C. (2017). A systematic review including meta-analysis of work environment and burnout symptoms. *BMC Public Health*, 17, 1–13.
- Baer, N. (2007). Würden Sie einen psychisch behinderten Menschen anstellen? *Zeitschrift für Sozialhilfe*, 1, 104.
- Baer, N., Frick, U., & Fasel, T. (2009). Dossieranalyse der Invalidisierungen aus psychischen Gründen; Typologisierung der Personen, ihrer Belastungen, Erkrankungen und Berentungsverläufe. *Beiträge zur Sozialen Sicherheit, Forschungsbericht 6/09*. Bundesamt für Sozialversicherungen, Bern.
- Baer, N., Frick, U. & Fasel, T. (2011). «Schwierige» Mitarbeiter – Wahrnehmung und Bewältigung psychisch bedingter Problemsituationen durch Vorgesetzte und Personalverantwortliche. *Beiträge zur Sozialen Sicherheit, Forschungsbericht 1/11*. Bundesamt für Sozialversicherungen, Bern.
- Baer, N., Juvalta, S., Altwicker-Hámori, S., Frick, U., & Rüesch, P. (2015). Profile von jungen IV-Neurentenbeziehenden mit psychischen Krankheiten. *Beiträge zur sozialen Sicherheit, Forschungsbericht Nr. 16/15*. Bundesamt für Sozialversicherungen, Bern.
- Baer, N., Frick, U., Aebi, C., Rota, F., Romann, C., Vallon, P., & Kurmann, J. (2017a). Patienten mit Arbeitsproblemen Befragung von Psychiaterinnen und Psychiatern in der Schweiz. *Beiträge zur Sozialen Sicherheit, Forschungsbericht 11/17*. Bundesamt für Sozialversicherungen, Bern.
- Baer, N., Frick, U., Auerbach, S., & Basler, M. (2017b). «Der tägliche Wahnsinn». Psychisch auffällige Mitarbeitende und ihr Problemverlauf aus Sicht von Deutschschweizer Führungskräften. Publication en ligne: <https://workmed.ch/wp-content/uploads/hslu-2017-psychisch-krank-ma-studie.pdf>
- Baer, N., Frick, U., Besse, C., Cuonz, N., Matt, M. (2018a). Beruflich-soziale Eingliederung aus Perspektive von IV-Versicherten. Erfolgsfaktoren, Verlauf und Zufriedenheit; [Bern: BSV]. *Beiträge zur sozialen Sicherheit; Forschungsbericht Nr. 8/18*: <https://www.bsv.admin.ch/bsv/de/home/publikationen-und-service/forschung/forschungspublikationen.html>
- Baer, N., Frick, U., Besse, C., Cuonz, N., & Matt, M. (2018b). Beruflich-soziale Eingliederung aus Perspektive von IV-Versicherten. Erfolgsfaktoren, Verlauf und Zufriedenheit. *Beiträge zur Sozialen Sicherheit, Forschungsbericht 8/18*. Bundesamt für Sozialversicherungen, Bern.
- Baer, N., Frick, U., Aebbersold, P., Ammann, J., Baer, J., Caduff, S., Flammer, F., Grütter, M., Käser, F., Matt, M., Meier, E., Müller, R., Plattner, Z., Schwarz, L., Schwerzmann, A., Stalder, K., Wade, A., Wiesli, F., Wollschläger, M., Wyss, C., & Ritler, R. (2022). Krankenschreibungen aus psychischen Gründen in der Schweiz: Hintergründe, Verläufe und Verfahren – Eine Analyse von Versichertendossiers der SWICA Krankentaggeldversicherung. Publication en ligne 2022, <https://workmed.ch/wp-content/uploads/studie-krankschreibungen-aus-psychischen-gruenden-ch.pdf>
- Baggio, S., Iglesias, K., Deline, S., Studer, J., Henchoz, Y., Mohler-Kuo, M., & Gmel, G. (2015). Not in Education, Employment, or Training status among young Swiss men. Longitudinal associations with mental health and substance use. *The Journal of Adolescent Health: Official Publication of the Society for Adolescent Medicine*, 56(2), 238–243. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2014.09.006>
- Baron, S. (2019). Erfassung von Fähigkeitsbeeinträchtigungen mit dem Mini-ICF-APP und Mini-ICF-APP-S. *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation*, 32, 237–250.
- Basler, A., & Kriesi, I. (2022). Die Veränderung informeller Kompetenzen zwischen dem Ende der obligatorischen Schulzeit und dem frühen Erwachsenenalter. *Schweizerische Zeitschrift für Soziologie*, 48(2), 285–315.
- Baumann, I., Altwicker-Hámori, S., Juvalta, S., Baer, N., Frick, U., & Rüesch, P. (2018). Employment prospects of young adults with mental disorders. *Swiss Journal of Sociology*, 44(2), 259–280. <https://doi.org/10.1515/sjs-2018-0012>
- Berweger, S., Krattenmacher, S., Salzmann, P., & Schönenberger, S. (2013). LiSA Lernende im Spannungsfeld von Ausbildungserwartungen, Ausbildungsrealität und erfolgreicher Erstausbildung.
- Besse, C., Silva, B., Dutoit, M., & Bonsack, C. (2016). Individual placement and support (IPS) for people with mental illness: A retrospective naturalistic study. *Swiss Archives of Neurology, Psychiatry and Psychotherapy*, 167(7), 215–221. <https://doi.org/10.4414/sanp.2016.00434>
- Bianchi, R., & Brisson, R. (2019). Burnout and depression: Causal attributions and construct overlap. *Journal of Health Psychology*, 24(11), 1574–1580. <https://doi.org/10.1177/1359105317740415>

- Bianchi, R., Manzano-García, G., & Rolland, J.-P. (2021). Is Burnout Primarily Linked to Work-Situated Factors? A Relative Weight Analytic Study. *Frontiers in Psychology*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.623912>
- Bianchi, R., Mayor, E., Schonfeld, I. S., & Laurent, E. (2018). Burnout and depressive symptoms are not primarily linked to perceived organizational problems. *Psychology, Health & Medicine*, 23(9), 1094–1105. <https://doi.org/10.1080/13548506.2018.1476725>
- Boehm, S., Baumgärtner, M., & Brzykcy, A. (2020). The Role of Leadership Behaviour for the Workplace Inclusion and Job Retention of Employees with Psychological Disabilities. *The Palgrave Handbook of Disability at Work*. 443–448. https://doi.org/10.1007/978-3-030-42966-9_25
- Breiman, L., Friedman, J.H., Olshen, R.A., and Stone, C.J. (1983). Classification and Regression Trees. Wadsworth, Belmont, Ca.
- Bryan, B. T., Gayed, A., Milligan-Saville, J. S., Madan, I., Calvo, R. A., Glozier, N., & Harvey, S. B. (2018). Managers' response to mental health issues among their staff. *Occupational Medicine*, 68(7), 464–468. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqy103>
- Cosandey, J., Taboada, D., & Neuenschwander, S. (2021) Eingliedern statt ausschliessen. avenir-suisse. <https://www.avenir-suisse.ch/publication/invaliditaet-ingliedern-statt-ausschliessen/>. Consulté le 10.07.2024
- Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1980). Influence of extraversion and neuroticism on subjective well-being: happy and unhappy people. *Journal of personality and social psychology*, 38(4), 668.
- Deuchert, E., Kauer, L., & Meisen Zannol, F. (2013). Would you train me with my mental illness? Evidence from a discrete choice experiment. *The Journal of Mental Health Policy and Economics*, 16(2), 67–80.
- Duc, B., & Lamamra, N. (2022). Apprentices' health: Between prevention and socialization. *Safety Science*, 147. <https://doi.org/10.1016/j.ssci.2021.105584>
- Egger, Dreher, & Partner AG. (2016). Schlussbericht. Nationale Evaluation Case, Management Berufsbildung.
- Elfering, A., Brunner, B., Igic, I., Keller, A. C., & Weber, L. (2018). Gesellschaftliche Bedeutung und Kosten von Stress. In R. Fuchs & M. Gerber (Eds.), *Handbuch Stressregulation und Sport* (pp. 123–141). Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-662-49411-0_6-1
- Ferrari, D., Adam, S., Amstutz, J., Avilés, G., Crivelli, G., Greppi, S. Lucchini, A., Pozzi, D., Schmitz, D., Wüthrich, B., & Zöbeli, D. (2016): Sozialfirmen in der Schweiz. Grundlagen zur Beantwortung des Postulats Carobbio Guscetti «Rolle der Sozialfirmen» (13.3079). *Beiträge zur sozialen Sicherheit. Forschungsbericht Nr. 9/16*. Bern, BSV.
- Füllemann, D., Schönholzer, T., Flückiger, N., Nauser, O., Jenny, G., Jensen, R. & Krause, A. (2021). Gestion de la santé en entreprise en Suisse. Résultats du monitoring 2020. Document de travail 54. Berne et Lausanne: Promotion Santé Suisse.
- Galliker, S., Igic, I., Elfering, A., Semmer, N., Brunner, B., & Wieser, S. (2018). Job-Stress-Index 2018. Erhebung von Kennzahlen zu psychischer Gesundheit und Stress bei Erwerbstätigen in der Schweiz. Kommentierter Tabellenband. Bern, Zürich: Universität Bern, ZHAW.
- Galliker, S., Igic, I., Semmer, N. K., & Elfering, A. (2024). Stress at Work and Well-being Before and During the COVID-19 Pandemic: A 1-Year Longitudinal Study in Switzerland. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 66(1), 56–70. <https://doi.org/10.1097/jom.0000000000002995>
- Gander, F., Hofmann, J., & Ruch, W. (2021). From Unemployment to Employment and Back: Professional Trajectories and Well-Being. *Applied Research in Quality of Life*, 16(2), 739–751. <https://doi.org/10.1007/s11482-019-09797-y>
- Gerber, M., Feldmeth, A. K., Lang, C., Brand, S., Elliot, C., Holsboer-Trachsler, E., & Pühse, U. (2015). The Relationship between mental Toughness, stress, and Burnout among Adolescents: a longitudinal study with swiss vocational students. *Psychological Reports*, 117(3), 703–723. <https://doi.org/10.2466/14.02.PR0.117c2926>
- Guthier, C., Dormann, C., & Voelkle, M. C. (2020). Reciprocal effects between job stressors and burnout: A continuous time meta-analysis of longitudinal studies. *Psychological Bulletin*, 146(12), 1146–1173. <https://doi.org/10.1037/bul0000304>
- Hämmig, O., & Bauer, G. (2009). Work-life imbalance and mental health among male and female employees in Switzerland. *International Journal of Public Health*, 54(2), 88–95. <https://doi.org/10.1007/s00038-009-8031-7>
- Hämmig, O., & Bauer, G. F. (2014). Work, work-life conflict and health in an industrial work environment. *Occupational Medicine* (Oxford, England), 64(1), 34–38. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqt127>
- Hämmig, O., Gutzwiller, F., & Bauer, G. (2009). Work-life conflict and associations with work- and nonwork-related factors and with physical and mental health outcomes: A nationally representative cross-sectional study in Switzerland. *BMC Public Health*, 9, 435. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-9-435>

Headey, B., Muffels, R. & Wagner, G. G. (2013). Choices Which Change Life Satisfaction: Similar Results for Germany, Britain and Australia. *Social Indicators Research*, 112(3), 725–748, 2013.

Hoffmann, H., Jäckel, D., Glauser, S., Mueser, K. T., & Kupper, Z. (2014). Long-term effectiveness of supported employment: 5-year follow-up of a randomized controlled trial. *The American Journal of Psychiatry*, 171(11), 1183–1190. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2014.13070857>

Hoffmann, H., & Richter, D. (2020). Supported employment in Switzerland—Are we on track? Psychiatric rehabilitation journal. <https://psycnet.apa.org/record/2019-78138-001>

ICD-11: <https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/en#129180281>. Consulté le 01.09.2024

Jäger, M., Paras, S., Nordt, C., Warnke, I., Bärtsch, B., Rössler, W., & Kawohl, W. (2013). How sustainable is supported employment? A follow-up investigation. *Neuropsychiatrie*, 27(4), 196–201. <https://doi.org/10.1007/s40211-013-0085-3>

Jäggi, J., Liechti, L., Künzi, K. (2022). Der Einfluss der COVID-19-Pandemie auf die psychische Gesundheit in der Schweiz. Bern: Bundesamt für Gesundheit.

Kessler, D., Höglinger, M., Heiniger, S., Läser, J., & Hümbelin, O. (2021). Gesundheit von Sozialhilfebeziehenden – Analysen zu Gesundheitszustand, -verhalten, -leistungsanspruchnahme und Erwerbsreintegration. Schlussbericht zuhanden Bundesamt für Gesundheit.

Kessler, R.C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K.R., Walters, E.E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV Disorders in the national comorbidity survey replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 593–602.

Keyes, C. (2007). Promoting And Protecting Mental Health as Flourishing: A Complementary Study for Improving National Mental Health. 2007, *American Psychologist*, 62(2), 95.

Kizuki, M., & Fujiwara, T. (2020). Quality of supervisor behaviour, workplace social capital and psychological well-being. *Occupational Medicine*, 70(4), 243–250. <https://doi.org/10.1093/occmed/kqaa070>

Krause, A. in Blaser, M.; Amstad, F. T. (Hrsg.) (2016). Psychische Gesundheit über die Lebensspanne. Grundlagenbericht. Kapitel 9 Psychische Gesundheit und Erwerbstätigkeit. Gesundheitsförderung Schweiz Bericht 6, Bern und Lausanne

Kreissner, M. (2019). Psychische Erkrankung im Arbeitskontext: Einfluss von Führung auf den Arbeitsplatzverlust von psychisch erkrankten Mitarbeitern. Dissertation Nr. 4898. Universität St. Gallen (HSG), St. Gallen, Schweiz.

Krieger, R., Graf, M., & Vanis, M. (2017). 6. Europäische Erhebung über die Arbeitsbedingungen 2015. Bern: SECO.

Krieger, R., & Arial, M. (2021). Ausgewählte Ergebnisse der Europäischen Unternehmensbefragung über neue und aufkommende Risiken 2019. Bern: SECO.

Krieger, R., & Arial, M. (2023). Conditions de travail et santé en Suisse et en Europe. Berne: SECO.

Linden M, Baron S, Muschalla B. (2009). Mini-ICF-Rating für Aktivitäts- und Partizipationsbeeinträchtigungen bei psychischen Erkrankungen (Mini-ICF-APP). Ein Kurzinstrument zur Fremdbeurteilung von Aktivitäts- und Partizipationsbeeinträchtigungen bei psychischen Erkrankungen in Anlehnung an die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation. Bern: Verlag Hans Huber.

Linden, M., Baron, S., Muschalla, B. (2015). Mini-ICF-Rating für Aktivitäts- und Partizipationsbeeinträchtigungen bei psychischen Erkrankungen – Kurzinstrument zur Fremdbeurteilung von Aktivitäts- und Partizipationsstörungen bei psychischen Erkrankungen in Anlehnung an die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation, 2., überarbeitete und erweiterte Auflage 2015

Lucas, R.E., & Donnellan, M.B. (2012). Estimating Reliability of Single-Item Life Satisfaction Measures: Results from Four National Panel Studies. *Social Indicators Research*, 105, 323–331.

Lüthi, F., Stalder, B., & Elfering, A. (2021). Apprentices' resources at work and school in Switzerland: A person-centred approach. *International Journal for Research in Vocational Education and Training*, 8(2), 224–250. <https://doi.org/10.13152/IJRVE.8.2.5>

Marino, L. A., & Dixon, L. B. (2014). An update on supported employment for people with severe mental illness. *Current Opinion in Psychiatry*, 27(3), 210–215. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000058>

Martin, A., Woods, M., & Dawkins, S. (2018). How managers experience situations involving employee mental ill-health. *International Journal of Workplace Health Management*, 11(6), 442–463. <https://doi.org/10.1108/IJWHM-09-2017-0069>

McGrath, J.J., et al. (2023). Age of onset and cumulative risk of mental disorders: a cross-national analysis of population surveys from 29 countries. *Lancet Psychiatry*, 10(9), 668–681. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(23\)00193-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(23)00193-1)

- Modini, M., Tan, L., Brinchmann, B., Wang, M., J., Killackey, E., Glozier, N., & Harvey, S.B. (2016). Supported employment for people with severe mental illness: Systematic review and meta-analysis of the international evidence. *The British Journal of Psychiatry*, 209, 14–22
- Mustafić, M., Krause, A., Dorsemagen, C., Baeriswyl, S., & Knecht, M. (2023). Fragebogen zur Messung arbeitsbezogener Selbstsorge (SESO) – Gesundheitsförderliche Routinen für die beschleunigte, ergebnisorientierte Arbeitswelt. *Psychologie des Alltagshandelns*, 16(2).
- Neuenschwander, M. P. (2012). Schule und Beruf: Wege in die Erwerbstätigkeit (1. Aufl.). VS-Verlag.
- Niedhammer, I., Bertrais, S., & Witt, K. (2021). Psychosocial work exposures and health outcomes: A meta-review of 72 literature reviews with meta-analysis. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 47(7), 489.
- Nordt, C., Rössler, W., & Lauber, C. (2006). Attitudes of mental health professionals toward people with schizophrenia and major depression. *Schizophrenia bulletin*, 32(4), 709–14. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbj065>
- OCDE (2012). Sick on the Job? Myths and Realities about Mental Health and Work, Mental Health and Work. Paris: OCDE Publishing. <https://doi.org/10.1787/9789264124523-en>.
- OCDE (2014) Mental Health and Work: Switzerland. Paris: OCDE Publishing.
- OCDE (2015). Fit Mind, Fit Job: From Evidence to Practice in Mental Health and Work, Mental Health and Work. Paris: OCDE Publishing.
- OCDE/EU (2018), Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle. OCDE Publishing, Paris. https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en
- OCDE (2022) Beschäftigungsquote: <https://www.oecd.org/berlin/statistiken/beschaeftigungsrate.htm>
 Erwerbsquote: <https://www.oecd.org/berlin/statistiken/beschaeftigungsrate.htm>
 Taux d'emploi à temps partiel: <https://www.oecd.org/fr/data/indicators/part-time-employment-rate.html>
 Salaires: <https://www.oecd.org/en/data/indicators/average-annual-wages.html>. Consulté le 16.06.2024
- Office fédéral des assurances sociales (2024). Statistiques de l'AI 2023.
- Office fédéral de la statistique OFS (2022). Enquête suisse sur la population active et statistiques dérivées: heures de travail. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/catalogues-banques-donnees.gnpdetail.2025-0576.html>. Consulté le 01.07.2024
- Office fédéral de la statistique OFS (2023). Jeunes hors du système de formation. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/education-science/indicateurs-formation/indicators/daccrochage-scolaire.html>. Consulté le 01.07.2024
- Office fédéral de la statistique OFS (2024a). Taux d'activité en Suisse. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/themes-transversaux/mesure-bien-etre/indicateurs/taux-activite.html>. Consulté le 01.07.2024
- Office fédéral de la statistique OFS (2024b). Enquête suisse sur la santé: travail et santé 2012–2022. Toujours plus de personnes sont stressées au travail. Communiqué de presse 05/2024
- Office fédéral de la statistique OFS (2024c). Enquête suisse sur la santé: Conditions de travail et état de santé, entre 2012 et 2022.
- Organisation mondiale de la Santé OMS (2001). Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé: CIF. <https://iris.who.int/handle/10665/42418>
- Pekruhl, U., & Vogel, C. (2018). Zusammenhänge zwischen ausgewählten Arbeitsbedingungen und Zufriedenheit, Engagement und Erschöpfung von Arbeitnehmenden in der Schweiz.
- Peter, C., Tuch, A., & Schuler, D. (2023). Psychische Gesundheit – Erhebung Herbst 2022. Wie geht es der Bevölkerung in der Schweiz? Sucht sie sich bei psychischen Problemen Hilfe? (Obsan Bericht 03/2023). Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.
- Pichler, E., Stulz, N., Wyder, L., Heim, S., Watzke, B., & Kawohl, W. (2021). Long-term effects of the individual placement and support intervention on employment status: 6-year follow-Up of a randomized controlled trial. *Frontiers in psychiatry*, 12, 709732. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.709732>
- PK Rück AG (2022). Wirksamkeitsstudie Wiedereingliederung.
- Promotion Santé Suisse (2022). Job Stress Index 2022. Feuille d'information 72: Monitoring des indicateurs du stress chez les personnes actives en Suisse. Berne et Lausanne: Promotion Santé Suisse.
- Pulford, A., Thapa, A., Thomson, R. M., Guilding, A., Green, M. J., Leyland, A., Popham, F., & Katikireddi, S. V. (2022). Does persistent precarious employment affect health outcomes among working age adults? A systematic review and meta-analysis. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 76(11), 909–917. <https://doi.org/10.1136/jech-2022-219292>

- Richter, D. (2020). Die vermeindliche Zunahme psychischer Erkrankungen – Gesellschaftlicher Wandel und psychische Gesundheit. *Psychiatrische Praxis*, 47(07), 349–351. <http://dx.doi.org/10.1055/a-1228-9503>
- Rössler, W., Kawohl, W., Nordt, C., Haker, H., Rüsch, N., & Hengartner, M. P. (2020). «Placement budgets» for supported employment: Impact on employment rates in a multicentre randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 216(6), 308–313. <https://doi.org/10.1192/bjp.2019.154>
- Rössler, W., Ujeyl, M., Kawohl, W., Nordt, C., Lasalvia, A., Haker, H., & Hengartner, M. P. (2019). Predictors of employment for people with mental illness: Results of a multicenter randomized trial on the effectiveness of placement budgets for supported employment. *Frontiers in Psychiatry*, 10, 518. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00518>
- Rüsch, N., Nordt, C., Kawohl, W., Brantschen, E., Bärtsch, B., Müller, M., Corrigan, P. W., & Rössler, W. (2014). Work-related discrimination and change in self-stigma among people with mental illness during supported employment. *Psychiatric Services* (Washington, D.C.), 65(12), 1496–1498. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201400073>
- Sabatella, F., & Wyl, A. von. (2018). Jugendliche im Übergang zwischen Schule und Beruf (rayyan-1167749024). Springer. <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/978-3-662-55733-4.pdf>
- Schmidlin, S., & Champion, C. (2021). Les mesures de réinsertion favorisent la réadaptation professionnelle. <https://sozialesicherheit.ch/fr/les-mesures-de-reinsertion-favorisent-la-readaptation-professionnelle/>
- Schmocker, B., Kuhn, T., Frick, U., Schweighauser, C., Baumgartner, R., Diesch, R., Frei, A., & Baer, N. (2022) Umgang mit psychisch belasteten Lernenden. Eine Befragung von Berufsbildner*innen in der Deutschschweiz. Online Publikation 2022, <https://workmed.ch/wp-content/uploads/2022-03-30-studienbericht-bb-befragung.pdf>
- SECO (2018). Mesures des effets de l'action prioritaires des inspections du travail sur les risques psychosociaux en entreprise. Bern.
- SECO (2024). Programme d'impulsion mesure 5: https://www.arbeit.swiss/secoald/de/home/menue/institutionen-medien/projekte-massnahmen/bundesmassnahmen_2020_2022.html. Consulté le 29.08.2024
- Silbereisen, R. K., & Weichold, K. (2012). Jugend (12–19 Jahre). In W. Scheider & W. Lindenberg (Hrsg.), *Entwicklungspsychologie* (7. überarb. Aufl., S 235–258). Beltz Verlag.
- Sonnentag, S., Binnewies, C., & Mojza, E. J. (2010). Staying well and engaged when demands are high: The role of psychological detachment. *Journal of Applied Psychology*, 95(5), 965–976. <https://doi.org/10.1037/a0020032>
- Stalder, Barbara E.; Lüthi, Fabienne (2017). Nach der Lehrvertragsauflösung packen viele Lernende die zweite Chance. *Education*, 17(1), pp. 40–41.
- Stocker, D., Keller, A. C., Meier, L. L., Elfering, A., Pfister, I. B., Jacobshagen, N., & Semmer, N. K. (2019). Appreciation by supervisors buffers the impact of work interruptions on well-being longitudinally. *International Journal of Stress Management*, 26(4), 331–343. <https://doi.org/10.1037/str0000111>
- Stratton, E., Lampit, A., Choi, I., Calvo, R. A., Harvey, S. B., & Glozier, N. (2017). Effectiveness of eHealth interventions for reducing mental health conditions in employees: A systematic review and meta-analysis. *PLOS ONE*, 12(12), e0189904. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0189904>
- Suijkerbuijk, Y., Schaafsma, F. G., van Mechelen, J. C., Ojajärvi, A., Corbiere, M., & Anema, J.R. (2017). Interventions for obtaining and maintaining employment in adults with severe mental illness, a network meta analysis. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Nr. 9 <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011867.pub2>
- Thornicroft, G., Brohan, E., Rose, D., Sartorius, N., & Leese, M. (2009). Global pattern of experienced and anticipated discrimination against people with schizophrenia: a cross-sectional survey. *The Lancet*, 373(9661), 408–415.
- Thornicroft, G., Sunkel, C., Aliev, A.A., Baker, S. et al. (2022). The Lancet Commission on ending stigma and discrimination in mental health. *Lancet*, 400, 1438–1480.
- Tritschler, N., Meier, L., & Elfering, A. (2022). Stress lié au travail, bien-être et conditions de travail des personnes actives entre 2005 et 2019: évolutions et causes potentielles. Berne: SECO.
- Tsutsumi, A. (2011). Development of an Evidence-based Guideline for Supervisor Training in Promoting Mental Health: Literature Review. *Journal of Occupational Health*, 53(1), 1–9. <https://doi.org/10.1539/joh.R10002>
- Urbanaviciute, I., Massoudi, K., Toscanelli, C., & De Witte, H. (2021). On the dynamics of the psycho-social work environment and employee well-being: A latent transition approach. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(9). <https://doi.org/10.3390/ijerph18094744>
- Waddell, G., & Burton, A. K. (2006). Is work good for your health and well-being? TSO. <https://huddersfield.box.com/s/kmyygl6clmsap4m3femp6wb7joaxd87d>
- Webapp «Etwas Tun». <https://angestellte.ch/angebote/apps-und-tools/etwastun>. Consulté le 31.08.2024

10 Promotion de la santé mentale et prévention des troubles psychiques



Messages clés

- La promotion de la santé mentale (au sens du bien-être) et la prévention des troubles psychiques se complètent, l'une développant les ressources et l'autre minimisant les facteurs de contraintes.
- Renforcer les ressources internes et externes pour promouvoir la santé mentale permet par ailleurs de lutter préventivement contre les troubles psychiques, la violence ainsi que la dépendance et le suicide.
- En Suisse, tous les cantons mettent en œuvre des mesures ciblées pour promouvoir la santé mentale et regroupent ces mesures dans un programme d'action cantonal.
- Il n'est pas possible de se prononcer de manière fondée sur la diffusion de toutes les activités de promotion de la santé mentale en Suisse. Les exemples de bonnes pratiques (des projets éprouvés qui ont fait l'objet d'une évaluation et dont la mise en œuvre est répandue) montrent toutefois que la portée de ces activités a pu être étendue ces dernières années.
- Les projets de bonnes pratiques donnent des résultats réjouissants dans leurs groupes cibles respectifs en matière de renforcement des ressources (telles que l'intégration sociale, les connaissances sur les questions de santé ou la régulation émotionnelle).
- L'égalité des chances constitue un défi majeur pour la promotion de la santé et la prévention, notamment en raison de l'intersectionnalité (cumul de facteurs défavorables).
- Les mesures de promotion de la santé peinent à trouver un ancrage financier et structurel en raison du fédéralisme et de l'absence de base légale.
- La promotion de la santé mentale et la prévention des troubles psychiques relèvent de la responsabilité de nombreux secteurs (éducation, santé, affaires sociales, sécurité, etc.) et doivent donc être renforcées dans tous ces domaines.

10.1 Introduction

La promotion de la santé mentale et la prévention dans ce domaine font partie des éléments centraux à prendre en compte pour avoir une vue d'ensemble complète de la situation dans le domaine de la santé en Suisse. Ce chapitre porte principalement sur les questions :

- Que font les différents acteurs en Suisse pour renforcer la santé mentale de la population résidant en Suisse? Quel est l'impact de ces projets et mesures?
- Est-ce que l'on en fait assez pour promouvoir la santé mentale et prévenir les troubles psychiques?
- Quels sont les principaux défis qui se posent à la promotion de la santé et à la prévention, et comment les aborder?

Les résultats des études menées dans ce domaine ont servi de base à la formulation des réponses à ces questions, de même que les informations obtenues auprès de diverses institutions nationales au sujet de leurs activités.

Dans ce chapitre, le terme «santé mentale» fait exclusivement référence à la santé mentale positive, telle que définie dans le chapitre 1 consacré à la santé mentale de la population en général. L'usage de ce terme dans le présent chapitre correspond au langage couramment utilisé dans le contexte de la promotion de la santé et de la prévention, et s'inspire de la définition de l'OMS (2019). Cet usage diffère de celui d'autres chapitres, où «santé mentale» est utilisé comme un terme générique désignant l'état psychique général.

Définition de la promotion de la santé et de la prévention

La promotion de la santé et la prévention ont pour but commun une amélioration de l'état de santé individuel et collectif. Si la promotion de la santé consiste en des interventions ou des mesures servant à «améliorer les conditions de vie de la population ayant une incidence sur sa santé» (Hurrelmann et al., 2018, p. 24), la prévention désigne les mesures visant à «éviter l'apparition ou la propagation d'une maladie» (Hurrelmann et al., 2018, p. 24). Ces deux formes d'intervention se complètent, ont un objectif commun, mais se focalisent sur des principes différents. En raison de son caractère salutogénétique, la promotion de la santé vise à renforcer les ressources, sans viser une maladie en particulier. La prévention en revanche, dont l'approche est également pathogénétique, vise par ailleurs à identifier les facteurs de risque de maladies spécifiques pour pouvoir intervenir à temps (Hurrelmann et al., 2018; Riedel-Heller, Reininghaus et Schomerus, 2023).

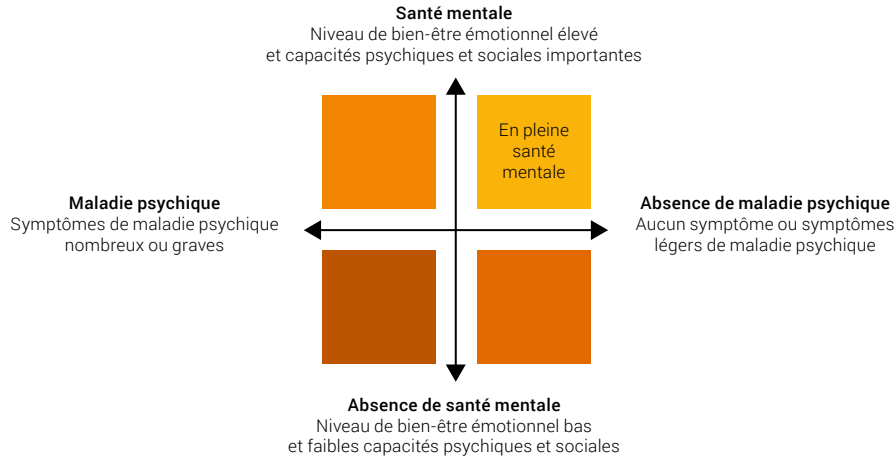
La promotion de la santé et la prévention visent le même objectif: améliorer la santé. Tant la promotion de la santé (approche salutogénétique) que la prévention (approche tant salutogénétique que pathogénétique) visent à améliorer la santé aux niveaux individuel et collectif (Hurrelmann et al., 2018).

Il existe plusieurs types de prévention, qui concernent chacun une phase de la maladie: la *prévention primaire* (qui consiste à intervenir avant que des symptômes reconnaissables de la maladie ne soient visibles), la *prévention secondaire* (qui vise à intervenir lorsqu'une maladie est déjà manifeste) et la *prévention tertiaire* (dont le but est de rétablir la capacité fonctionnelle et la qualité de vie après une maladie) (Leppin, 2018). Une autre distinction, désormais plus courante, se réfère à différents groupes cibles d'interventions. On distingue la *prévention universelle* (interventions généralisées pour l'ensemble de la population), la *prévention sélective* (interventions pour des groupes cibles présentant un facteur de risque pour le développement d'une maladie) et la *prévention indiquée* (pour les personnes présentant une anomalie psychopathologique déjà constatée, mais minime) (Leppin, 2018). Les interventions de promotion de la santé ont traditionnellement une orientation universelle, bien qu'elles soient de plus en plus appliquées de manière sélective ces dernières années dans le cadre des efforts visant à accroître l'égalité des chances en matière de santé (p. ex. avec des projets destinés aux personnes en situation de vulnérabilité). L'approche sélective, tant dans la promotion de la santé que dans la prévention, permet de mieux cibler les mesures, ce qui augmente le potentiel d'impact sur le groupe cible défini (voir Dodge, 2019).

Pour comprendre l'interaction entre la promotion de la santé mentale et la prévention des troubles psychiques, on peut se référer au modèle du double continuum (Keyes, 2005; Fusar-Poli et al., 2020) (figure G 10.1, pour plus d'informations, voir également le chapitre 1 Population en général). Alors que les interventions en matière de promotion de la santé mentale se concentrent sur l'axe vertical, la prévention des maladies mentales vise à influencer l'axe horizontal (Fusar-Poli et al., 2020). L'objectif commun de gain de santé (et d'absence de maladie) est représenté dans le quadrant supérieur droit (voir G 10.1). Les deux axes étant en interaction dans une certaine mesure (Keyes, 2007), ils ne doivent pas être pris indépendamment l'un de l'autre. La promotion de la santé et la prévention se complètent et se recourent, comme l'illustre la figure G 10.1.

Santé mentale: le modèle à deux continuums

G10.1



Source: Représentation réalisée par nos soins sur la base de Keyes (2005, 2007) et Westerhof & Keyes (2010).
Conforme au graphique G1.1, seule la terminologie utilisée diffère (cf. encadré à la section 10.1). © Obsan 2025

Effets de la promotion de la santé et de la prévention

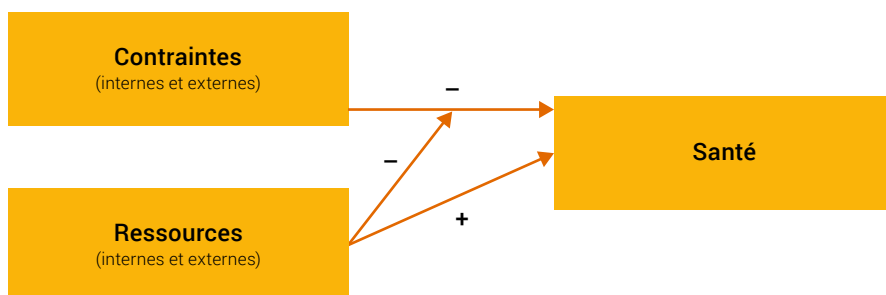
Le modèle des contraintes et des ressources (voir figure G 10.2, Blaser et Amstad, 2016) montre les éléments qui favorisent la santé et ceux qui la fragilisent. Les contraintes ont un effet négatif sur la santé, qui est atténué par l'effet positif des ressources sur la santé mentale. Les ressources peuvent être internes (inhérentes à la personne elle-même) ou externes (liées à son environnement).

Les contraintes ont un effet négatif sur la santé, que compense celui généralement positif des ressources.

Le *sentiment d'auto-efficacité* constitue par exemple une ressource importante en matière de santé mentale (Mann, Hosman, Schaalma et de Vries, 2004; Sheeran et al., 2016). Il décrit la conviction subjective qu'a la personne de disposer des compétences requises pour pouvoir réaliser avec succès les actions souhaitées (Schwarzer et Jerusalem, 2002).

Modèle des ressources et des contraintes

G10.2



Source: Blaser & Amstad (2016)

© Obsan 2025

Le soutien social constitue une autre ressource ayant des effets positifs constants sur la santé mentale (Harandi, Taghinasab et Nayeri, 2017; Wang, Chung, Wang, Yu et Kenardy, 2021). Le *soutien social* décrit l'aide que s'apportent les membres d'un réseau social. Il peut s'agir d'une aide pratique, de reconnaissance ou encore de l'échange d'informations (Bachmann, 2014). Bon nombre d'autres ressources ont un effet sur la santé mentale (Salazar de Pablo et al., 2020). C'est le cas par exemple des *compétences psychosociales*, à savoir les facultés qu'a une personne de gérer sa vie, sa capacité à évoluer, à s'adapter aux changements de son environnement et à en provoquer. En font partie entre autres la pensée créative et critique (compétences cognitives), la communication et les aptitudes relationnelles (compétences sociales) ou encore la conscience et l'acceptation de soi (stratégies d'autogestion; OMS, 1997; Eschen et Zehnder, 2019).

Encadré: Effets démontrés de la promotion de la santé et de la prévention

En matière de promotion de la santé et de prévention, il est important de vérifier l'efficacité des mesures prises. Cela permet de légitimer ces dernières, mais aussi d'en identifier les facteurs de succès et les points faibles, afin d'en tenir compte au moment du déploiement et de l'extension des mesures (Guggenbühl, 2017).

Le standard de référence pour évaluer l'effet des mesures consiste entre autres à procéder à des études de contrôle dans lesquelles les participants sont sélectionnés de manière aléatoire et à évaluer certaines caractéristiques (par exemple, le sentiment d'auto-efficacité) avant et après une intervention. On s'attend à ce que l'intervention apporte un changement à cette caractéristique dans le groupe où elle a eu lieu. Dans l'idéal, ce changement ne se produit pas seulement juste après l'intervention, mais perdure longtemps ou pendant une certaine période. On évalue par ailleurs le même caractère (également dans le temps) dans un groupe de contrôle qui n'a pas participé à l'intervention (Meyer, 2018). Si le changement est significativement plus marqué dans le groupe d'intervention que dans celui de contrôle, on peut supposer que l'intervention a eu un effet. L'attribution des personnes à ces groupes doit se faire par randomisation, de sorte que les caractères observés soient répartis de manière aléatoire et aussi uniforme que possible dans l'échantillon.

Dans la pratique, former des groupes parallèles qui soient représentatifs et y répartir les personnes au hasard à des fins d'évaluation constituent un défi majeur (en raison p. ex. des différences dans la motivation à participer ou de considérations éthiques). De multiples facteurs influencent par ailleurs les caractères déterminants de la santé. Pour distinguer l'effet d'une intervention parmi la multitude de facteurs d'influence, il faut un design d'étude minutieux et complexe, ce qui induit des coûts élevés (Süss et Trojan, 2018).

Dans le domaine de la promotion de la santé et de la prévention, il n'est pas rare que le financement d'une évaluation soit remis en question, les coûts associés étant souvent plus élevés que le budget alloué au projet. Il arrive donc fréquemment qu'on procède à une évaluation formative, consistant à identifier les facteurs de succès et les points à améliorer dans un projet, plutôt qu'à l'évaluation sommative de l'impact à l'aide d'un groupe de contrôle randomisé. Il serait toutefois important de compléter ce genre d'évaluation par une autre approche. Les évaluations formatives sont importantes, par exemple, pour déterminer comment augmenter la participation aux interventions et en améliorer la mise en œuvre. Les évaluations sommatives d'impact sont essentielles si l'on veut démontrer l'efficacité des interventions et donc leur légitimité (Guggenbühl, 2017).

Une des approches souvent choisies consiste à adapter des projets éprouvés (bonnes pratiques) de l'étranger à la réalité de la Suisse ou de ses régions linguistiques.

Points de jonction et de convergence

Les ressources ne renforcent pas seulement la santé mentale, mais favorisent également d'autres dimensions de la santé. Elles aident à prévenir les troubles psychiques les plus divers, ainsi que la violence, la dépendance et le suicide. Il en résulte de nombreux points de jonction et de convergence avec d'autres domaines de promotion de la santé et de prévention.

Les ressources sont efficaces non seulement dans la prévention des troubles psychiques les plus divers, mais aussi dans celle de la violence, de la dépendance et du suicide.

Domaines de promotion de la santé: alimentation et exercice physique

Outre la santé mentale, l'OMS aborde également la santé physique et sociale. La promotion de la santé physique vise avant tout une alimentation saine et une activité physique suffisante (Boucard, Blair, et Haskell, 2012; Sofi, Cesari, Abbate, et al., 2008). La santé physique et la santé mentale ne sont pas des notions juxtaposées, mais s'influencent mutuellement (pour une vue d'ensemble chez les enfants: Schiffan et Wittgenstein Mani, 2022a; chez les adolescents et les jeunes adultes: Schiffan et Wittgenstein Mani, 2022b; chez les personnes âgées: Weber, 2022). Il a par exemple pu être démontré de manière cohérente que l'activité physique a également un effet positif sur la santé mentale (Buecker, Simacek, Ingwersen, Terwiel et Simonsmeier, 2021).

Certaines ressources sont importantes pour promouvoir tant la santé mentale que l'activité physique ou une alimentation saine. C'est le cas du sentiment d'auto-efficacité, par exemple. Le fait d'avoir fortement confiance en ses capacités a une influence positive non seulement sur la santé mentale en général, mais aussi sur la propension à faire de l'exercice (p. ex. Szczuka, Banik, Abraham, Kulis et Luszczyńska, 2020; Liu, Wo et Ming, 2015). En favorisant le sentiment d'auto-efficacité, on peut donc renforcer simultanément plusieurs dimensions de la santé.

Domaines de prévention: dépendances, violence, suicide

Les mesures prises pour prévenir les dépendances, la violence et le suicide viennent également renforcer les ressources. Il ressort ainsi d'une étude réalisée par Unisanté à Lausanne (Bize, Stadelmann, Debons, Amiguet, Vujovic et Lucia, 2020) que les jeunes qui ont suivi le programme de prévention de la violence «Sortir ensemble et se respecter» («Herzsprung – Freundschaft, Liebe und Sexualität ohne Gewalt» en Suisse alémanique) y ont appris à mieux exprimer leurs besoins et poser des limites dans leurs relations amoureuses. La régulation des émotions et la promotion des compétences sociales étant des ressources essentielles pour favoriser la santé mentale, elles jouent également un rôle important dans la prévention de la violence.

Encadré: Plan d'action pour la prévention du suicide

Le plan d'action pour la prévention du suicide (Walter, Duetz Schmucki, Bürli, Amstad, Haas, Schibli et Kaufmann, 2016) met clairement en évidence le lien entre la promotion de la santé et la prévention des troubles psychiques (comme facteur central d'influence sur la suicidalité). Si on ne dispose pas en Suisse de chiffres sur les raisons poussant au suicide, l'OMS (2014) estime qu'environ 90% des adultes qui font une tentative de suicide présentent des symptômes de troubles psychiques (surtout des symptômes de dépression). Il en résulte toute une série de mesures visant à promouvoir la santé mentale et à prévenir les troubles psychiques et le suicide.

La première mesure du plan d'action pour la prévention du suicide vise le but suivant: faire en sorte que la population de la Suisse dispose de ressources personnelles et sociales lui donnant la force psychique requise pour faire face aux aléas de la vie (Walter et al., 2016). Il est donc explicitement question de promouvoir les ressources personnelles (internes) et sociales (externes).

La figure G10.3 dresse la liste des mesures prévues par le plan d'action et présente les progrès réalisés cinq ans après son lancement (Trageser, Petry, von Stokar et Reisch, 2021). La première mesure, «renforcer les ressources personnelles et sociales», est mise en œuvre en Suisse dans le cadre des programmes d'action cantonaux de promotion de la santé psychique.

Mise en œuvre du plan d'action pour la prévention du suicide, en 2021 G10.3

Objectifs	Nombre de mesures	Progrès depuis 2017	Degré de réalisation des objectifs
1. Renforcer les ressources personnelles et sociales	1		
2. Sensibiliser et informer	2		
3. Garantir un accès facile à l'aide	1		
4. Identifier les facteurs de risque et intervenir précocement	2		
5. Assurer une prise en charge et un traitement efficaces	3		
6. Limiter l'accès aux moyens pour se suicider	4		
7. Soutenir les survivants et les personnes impliquées	1		
8. Promouvoir la prévention du suicide dans les médias et une utilisation responsable des médias	2		
9. Fournir des bases et des données scientifiques	2		
10. Donner des exemples de bonnes pratiques	1		

Source: Trageser et al. (2021)

© Obsan 2025

10.2 Activités en Suisse

La section suivante décrit quelles mesures de promotion de la santé mentale et de prévention des maladies psychiques sont mises en œuvre en Suisse, par quels acteurs et pour quels groupes cibles.

Acteurs du domaine de la promotion de la santé et de la prévention

En Suisse, les acteurs de la promotion de la santé et de la prévention sont en général aussi les instances compétentes du domaine de la santé (Amstad, Ducarroz, Dobler et Mullis, 2020). Outre les principaux acteurs au niveau international (p. ex. OMS, OCDE), la Confédération, les cantons et les communes, les hautes écoles (spécialisées) et les fondations d'utilité publique ainsi que la fondation Promotion Santé Suisse et les organisations non gouvernementales jouent un rôle important dans la promotion de la santé mentale et la prévention des troubles psychiques en Suisse.

Confédération

Au niveau fédéral, il manque des bases légales spécifiques pour la promotion de la santé mentale, ce qui rend difficile l'intégration des mesures de promotion de la santé et de prévention dans les structures ordinaires et donc dans le budget ordinaire. Dans la législation s'y rapportant, la définition de la santé englobe toutefois implicitement la notion de santé mentale (OMS, 1997). De plus, le rapport «La santé psychique en Suisse: état des lieux et champs d'action» (OFSP, 2015) prévoit des mesures au niveau national, que soutiennent et mettent en œuvre tant la Confédération que les cantons et la fondation Promotion Santé Suisse. La promotion de la santé psychique figure par ailleurs explicitement dans le plan de mesures révisé pour la stratégie nationale de prévention des maladies non transmissibles (plan de mesures Stratégie MNT; OFSP 2024).

En matière de promotion de la santé mentale, la Confédération assume avant tout des tâches de coordination et veille au développement des bases de connaissances nécessaires (Pucci-Meier, Steiner et Amstad, 2022). La prévention des troubles psychiques est en lien avec la stratégie Addictions (2017–2024; OFSP), la stratégie nationale en matière de démences 2014–2019 et le plan d'action pour la prévention du suicide (2016): les addictions et la démence sont classées comme des troubles psychiques et les tendances suicidaires y sont très souvent associées (Fu et al., 2023). Ces approches différant fortement de la stratégie MNT pour ce qui est de leur organisation et de leur financement, le présent chapitre ne traite ni de la prévention des addictions ni de celle de la démence. La prévention du suicide en Suisse fait l'objet d'un encadré (voir plus haut).

Acteurs nationaux

À l'échelle nationale, la *fondation Promotion Santé Suisse* propose, coordonne et évalue de nombreuses activités qui s'inscrivent dans la promotion de la santé mentale. Pour les groupes cibles des enfants et des jeunes ainsi que des personnes âgées, elle travaille en étroite collaboration avec les cantons, en apportant son soutien technique et financier aux programmes d'action cantonaux (voir l'encadré PAC). La fondation soutient en outre le développement, la coordination, la diffusion et le lancement de campagnes et de projets de prévention dans toute la Suisse, et collabore avec des organisations faitières et des associations professionnelles. Pour le groupe cible des adultes, la fondation collabore avec des organisations, des associations et des sociétés dans le cadre de la gestion de la santé en entreprise. En 2024, elle a de plus apporté son soutien à huit forums cantonaux ou supracantonaux de gestion de la santé en entreprise (Argovie, Berne-Soleure, Suisse orientale, région bâloise, Suisse romande Tessin, Suisse centrale et Zurich). Dans le domaine des soins, la fondation Promotion Santé Suisse soutient et coordonne en outre des projets de prévention, qui sont mis en œuvre par des groupes de scientifiques et de professionnels de la santé. Elle fait par ailleurs partie, avec l'Office fédéral de la santé publique, l'Office fédéral des assurances sociales et la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé, des instances initiatrices et responsables du Réseau Santé Psychique Suisse (RSP).

Le *Réseau Santé Psychique Suisse (RSP)* sert à la mise en réseau multisectorielle (c'est-à-dire composée de nombreux secteurs différents) des acteurs et des mesures dans le domaine de la promotion de la santé mentale et de la réduction des troubles psychiques. Il crée des synergies entre les acteurs et rend les mesures visibles et accessibles. Celles-ci sont appliquées à plus grande échelle, ce qui en augmente l'efficacité et en renforce les acteurs. Le réseau compte désormais 538 organisations membres (état à avril 2025), qui s'engagent dans la promotion de la santé mentale ou la prévention des troubles psychiques. Les 26 cantons de Suisse figurent parmi les organisations membres. Les organismes responsables du réseau sont multisectoriels (OFSP, OFAS, CDS, Promotion Santé Suisse), ce que l'évaluation présente comme un facteur de succès (Hadorn, Stauffer, Birboutsakis, Ruedin, et Hediger, 2023). Une multisectorialité toutefois quelque peu affaiblie par le départ du Secrétariat d'État à l'économie en 2025.

Cantons

En Suisse, la promotion de la santé et la prévention sont de la compétence des cantons, qui prennent désormais tous des mesures pour promouvoir la santé mentale. La fondation Promotion Santé Suisse soutient des programmes d'action cantonaux (PAC) depuis 2017. En 2025, tous les cantons mettront en œuvre au moins un programme de ce type pour la promotion de la santé mentale. L'Association des responsables cantonaux pour la promotion de la santé (ARPS) coordonne les activités dans ce domaine pour tous les cantons suisses. Les cantons latins sont en outre organisés au sein de la CPPS (Commission de Prévention et de Promotion de la Santé) et réalisent ensemble des projets dans ce contexte.

Tous les 26 cantons prennent des mesures pour promouvoir la santé mentale mesures qu'ils ont intégrés dans leur programme d'action cantonal.

Communes

Les villes et les communes occupent une place prépondérante dans la promotion de la santé et la prévention, bon nombre de projets étant réalisés au niveau municipal ou communal. Les communes ont des structures et des compétences qui leur donnent accès à des groupes cibles spécifiques (p. ex. par le biais de l'animation jeunesse en milieu ouvert), ce qui en fait des acteurs importants pour la réalisation des projets (Pucci-Meier, Steiner et Amstad, 2022)

Organisations non gouvernementales (ONG), associations professionnelles, hautes écoles

Il n'est pas rare que des projets et initiatives soient mis en œuvre par des organisations non gouvernementales et des associations spécialisées, en collaboration avec les communes et les cantons. Les ONG et les associations professionnelles sont souvent organisées en fonction de thèmes ou de groupes cibles spécifiques, ou se focalisent sur un domaine en particulier. Les hautes écoles jouent également un rôle important par les enseignements qui sont tirés des recherches menées sur des questions ou des groupes spécifiques. Les activités sont variées et comprennent d'importants projets de développement et d'évaluation. Ces acteurs apportent ainsi une contribution importante à la promotion de la santé mentale et à la prévention des maladies psychiques en Suisse (Pucci-Meier, Steiner et Amstad, 2022).

Types de mesures de promotion de la santé et de prévention

L'expérience a montré que cinq facteurs sont déterminants pour le succès des programmes de promotion de la santé et de prévention en Suisse (Balthasar et Lussi, 2020). Quatre d'entre eux se réfèrent à des niveaux d'action auxquels sont mis en œuvre les programmes de promotion de la santé. Ces quatre niveaux d'action sont (Promotion Santé Suisse, 2023):

- **Les interventions:** des mesures et des processus fondés sur une expertise professionnelle, conçus de manière systématique et dans l'idéal selon une approche participative, qui visent à modifier les conditions structurelles, les compétences et les comportements individuels, dans le but de promouvoir la santé ou de prévenir des maladies. À ce niveau, on travaille directement avec le groupe cible.
- **Les mesures politiques:** ces mesures visent à inscrire la thématique à long terme dans des dispositions réglementaires, des bases stratégiques ou des structures et processus cantonaux. Elles préparent les décisions politiques et visent des changements structurels durables de grande portée.
- **Les activités de mise en réseau:** ces activités ont pour objectif premier de réunir les acteurs autour d'une question, d'encourager l'échange d'expériences et une compréhension commune de la thématique, d'apprendre les uns des autres et de coordonner les mesures. Cela permet d'exploiter les synergies et de réunir les forces pour des activités communes. Les activités menées à ce niveau s'adressent aux professionnels.
- **Les relations publiques:** ces activités ont pour objectif premier de sensibiliser, d'informer et de mobiliser le public, certains groupes cibles, les spécialistes ou les décideurs politiques sur des thématiques précises.

Il est important d'harmoniser et de coordonner les mesures prises aux quatre niveaux d'action. La qualité de la planification et de l'organisation d'un programme constitue le cinquième facteur de succès identifié. Les mesures prises dans le cadre des projets de promotion de la santé et de prévention seront d'autant plus efficaces que les critères de qualité sont respectés (pour un aperçu de ces critères, voir Promotion Santé Suisse, 2018).

Encadré : Programmes d'action cantonaux (PAC)

Dans les programmes d'action cantonaux (PAC), les quatre niveaux tirés du modèle des facteurs de succès ont la même structure, ce qui facilite la collaboration au niveau national ainsi que l'échange de connaissances et d'informations entre les acteurs. Promotion Santé Suisse participe au financement des PAC (en fonction de la population et de la participation financière du canton), leur garantissant ainsi une certaine sécurité financière pendant la durée du contrat (quatre ans). L'ancrage financier des PAC dans la structure ordinaire demeure néanmoins un objectif important (Trageser, Fries, Wick et Stokar, 2023).

Depuis 2007, les cantons participants mettent en œuvre des programmes visant à encourager les enfants et les jeunes à bouger et à se nourrir sainement. En 2017, les PAC ont été étendus à la santé mentale et au groupe cible des personnes âgées. Selon le dernier rapport d'évaluation intermédiaire des PAC, la santé mentale a continué de gagner en importance dans ces programmes entre 2021 et 2024 (Trageser, Fries, Wick et Stokar, 2023). Les mesures de promotion dans ce domaine sont en effet de plus en plus nombreuses. Certaines viennent en outre compléter des projets visant à promouvoir l'activité physique et une alimentation saine.

Mesures spécifiques aux groupes cibles

Cette section donne un aperçu des activités de promotion de la santé et de prévention en Suisse. Elle commence par décrire des activités de promotion de la santé plutôt générales et des mesures de prévention universelles, avant d'aborder de plus près une sélection d'activités spécifiques. Les premières concernent les mesures ordonnées tout au long de la vie, ou plutôt aux différentes phases de l'existence. Cette section se concentre sur les mesures prises à l'échelle de la Suisse, voire des régions linguistiques. Certaines activités cantonales ou communales sont présentées à titre d'exemple. Nous donnons un exemple de projet de bonnes pratiques pour chaque phase de l'existence et pour les groupes de personnes présentant certaines caractéristiques (facteurs de vulnérabilité), en précisant dans quelle mesure ces bonnes pratiques sont répandues en Suisse. Les projets de bonnes pratiques associent enseignements scientifiques et expériences tirées de la pratique. S'ils répondent à divers critères de qualité (voir Ekeles, Kilian, von Rüden et Ackermann, 2021), il n'en demeure pas moins qu'ils doivent avant tout avoir démontré leur efficacité.

Zoom sur les activités de promotion de la santé pendant la pandémie de coronavirus

Pendant la pandémie de COVID-19, les conditions requises pour appliquer des mesures de promotion de la santé et de prévention ont fortement changé, ce qui a constitué un grand défi pour les acteurs sur le terrain (Kessler, 2021).

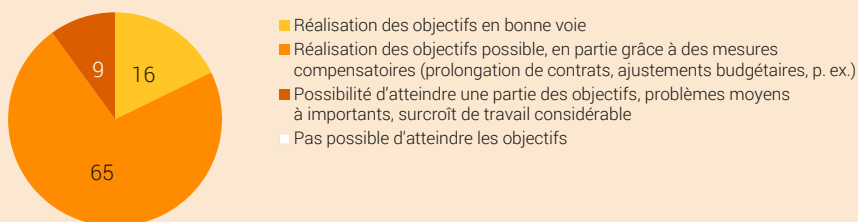
Si bon nombre des mesures ont été adaptées aux nouvelles conditions (G10.4), il a tout de même été difficile d'atteindre les objectifs fixés avant la pandémie. Selon une estimation portant sur 90 projets de promotion de la santé mentale, de l'activité physique et de l'alimentation, les chances d'atteindre les objectifs étaient limitées dans la plupart des cas en ces conditions défavorables.

La plupart des projets ont toutefois pu être réalisés grâce à des mesures compensatoires. Kessler (2021) constate que des projets pourtant très différents visant divers groupes cibles présentaient des similitudes dans les solutions élaborées, dont certaines ont pu être appliquées ensuite dans d'autres contextes. Le contact personnel par téléphone ou via des plateformes en ligne, par exemple, s'est avéré important aussi bien dans les projets sur l'alimentation menés avec des personnes âgées que dans ceux de promotion de la santé mentale réalisés auprès des jeunes. Quatre champs d'action ont été mis en évidence en lien avec la pandémie: poursuivre les mesures destinées à des groupes (après les avoir adaptées aux nouvelles conditions), créer des accès numériques vers les groupes cibles, garder le contact, en particulier avec les personnes vulnérables, s'adapter en permanence aux changements au niveau organisationnel. Les acteurs s'accordent à dire que la promotion de la santé mentale devrait être une priorité pour tous les groupes cibles, notamment en ce qui concerne

- les mesures visant à promouvoir l'auto-efficacité, la résilience ou les compétences psychosociales,
- les mesures contre la solitude, celles pour la promotion de la solidarité et du soutien social, ainsi que
- la détection et l'intervention précoces chez les personnes souffrant de problèmes psychiques.

Estimation de la possibilité d'atteindre les objectifs pour 90 projets pendant la pandémie de Covid-19, en 2021

G 10.4



Source: résultats tirés d'une analyse interne réalisée par Promotion Santé Suisse le 16 mars 2021 et mis à jour selon le rapport annuel 2020

© Obsan 2025

Population générale

Les mesures universelles de promotion de la santé et de prévention sont rares, car elles sont coûteuses et difficiles à mettre en œuvre. Les deux *campagnes nationales* de sensibilisation et d'information sur la santé mentale, menées au niveau des régions linguistiques, constituent ici une exception. En Suisse alémanique, il s'agit de la campagne *Wie geht's Dir?* et en Suisse latine de la campagne *santépsy.ch* (*salutepsi.ch* en italien). Ces campagnes ont été réalisées par les cantons sur mandat de Promotion Santé Suisse, en collaboration avec Pro Mente Sana pour la Suisse alémanique et avec la Coraasp (Coordination Romande des Associations d'Action pour la Santé Psychique) pour la Suisse latine.

Ces campagnes couvrent l'ensemble des cantons. Elles sont intégrées dans les PAC dans les cantons qui en ont un et associées ainsi à d'autres mesures (réseautage ou relations publiques, p. ex.).

En Suisse, les cantons alémaniques ont lancé la campagne «Wie geht's Dir?», et les cantons latins, la campagne santépsy.ch (salutepsi.ch en italien) pour sensibiliser et informer la population sur la santé mentale.

La campagne pour la Suisse alémanique existe depuis 2014, celle pour la Suisse latine depuis 2018. L'une comme l'autre n'ont cessé de gagner en visibilité depuis leur lancement. La campagne «*Wie geht's Dir*» est connue de 51% de la population de Suisse alémanique et *santépsy.ch/salutepsi.ch* de 61% de celle de Suisse latine (Promotion Santé Suisse, 2022). Selon les évaluations, plus de 400 000 personnes ont consulté les sites Web de ces campagnes. Parmi ces personnes, 80% étaient d'avis que la campagne les encourageait à parler des problèmes psychiques (Endes, Kraft, Lehmann, Büchler et Manike, 2023; Ettlin et Geiger, 2023).

Il y a plus de 20 ans, l'université de Nuremberg a développé le programme *Alliances contre la dépression*, fondé sur des données empiriques et agissant à différents niveaux, dont la licence a pu être reprise et adaptée pour la Suisse (Schibli, Huber et Wyss, 2010). Zoug a joué le rôle de canton pilote. Huit cantons (ZG, AR, BE, GE, GR, LU, TG, BS) ont ensuite mis en œuvre des mesures s'adressant à l'ensemble de la population dans le cadre des alliances cantonales contre la dépression. Les PAC de promotion de la santé mentale, dont le nombre a fortement augmenté à partir de 2017, ne visent pas, comme les alliances, à prévenir la dépression, mais adoptent une approche transdiagnostique (efficace contre de nombreux troubles psychiques) favorable à la santé. Les mesures de prévention contre la dépression ont donc été abandonnées au profit des mesures de promotion de la santé ou intégrées dans les programmes d'action. En 2025, il n'existe plus que l'alliance bernoise contre la dépression.

Enfants/adolescents¹

La fondation Promotion Santé Suisse renforce depuis 2017 la promotion de la santé mentale des enfants et des adolescents dans le cadre des PAC. Le nombre de cantons ayant mis en place un programme d'action pour promouvoir la santé mentale est passé de 11 en 2017 à 26 en 2025.

Au total, 661 mesures² sont mises en œuvre dans les 26 cantons, entre les quatre niveaux d'action (voir section Types de mesures de promotion de la santé et de prévention). Elles sont regroupées et coordonnées dans les programmes d'action cantonaux. D'autres activités existent par ailleurs dans de nombreux cantons, qui sont généralement mises en œuvre par des organisations non gouvernementales ou des associations professionnelles. Un exemple de bonnes pratiques est donné ci-après concernant la diffusion d'une mesure de promotion de la santé mentale chez les enfants et les adolescents.

MindMatters est un projet scolaire d'origine australienne, fondé sur des données scientifiques (Rowling et Mason, 2000; Franze, et Paulus, 2009; Franze et al., 2007), dont l'objectif est de promouvoir tous les aspects de la santé mentale dans les écoles. En plus du matériel pédagogique, du matériel didactique est mis à la disposition du personnel ainsi que des modules pour l'ensemble de l'école (visant p. ex. à promouvoir un climat scolaire respectueux). Les résultats d'évaluations menées en Suisse à partir d'enquêtes quantitatives descriptives auprès des élèves ainsi que sur la base d'entretiens avec les enseignants et les personnes chargées de la mise en œuvre du projet montrent par ailleurs que ce dernier favorise le développement des compétences socio-émotionnelles chez les élèves (p. ex. dans la gestion des émotions, du stress et des problèmes psychiques) et qu'il renforce les relations sociales de tous les membres de l'école (en valorisant et sécurisant les élèves p. ex.). Du matériel spécifique étant fourni pour chaque degré d'enseignement, il est possible de mener le projet aux cycles I, II et III ainsi que dans les formations transitoires. La réussite du projet dépend également d'autres facteurs tels que l'accompagnement des écoles sur place et la formation continue du personnel enseignant (Grünenfelder, Palanza et Zumbach, 2024).

MindMatters est inscrit structurellement dans douze cantons (année scolaire 2023/2024; p. ex. comme composante du PAC). La figure G 10.5 montre combien d'écoles et d'enseignants ont rejoint le projet par année scolaire.

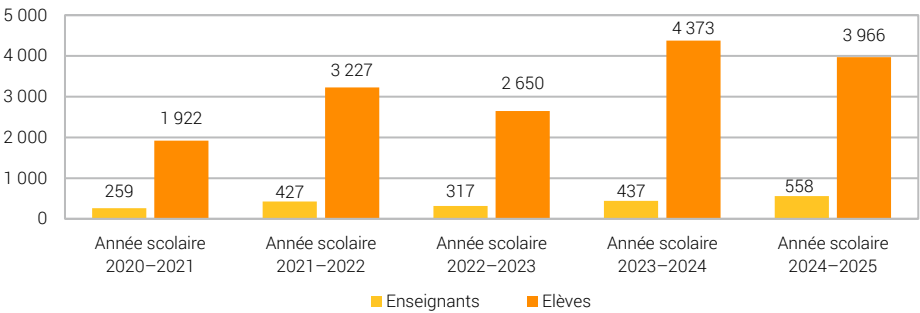
Jusqu'en avril 2025, 28 176 élèves en Suisse alémanique, environ 5100 élèves en Suisse romande et 3800 enseignants répartis sur 236 sites scolaires ont ainsi pu profiter du projet.

¹ Les bases scientifiques de la promotion de la santé sont résumées pour les enfants dans Amstad et al. (2022a) et pour les adolescents et les jeunes adultes dans Amstad et al. (2022b).

² Certains cantons regroupent plusieurs mesures sous une catégorie principale. Il s'agit donc d'un nombre minimal, à considérer plutôt comme une valeur indicative.

Groupes cibles atteints chaque année (valeurs non cumulées)
par MindMatters

G10.5



Source: correspondance personnelle 2025, MindMatters, Radix

© Obsan 2025

Adultes

Plusieurs cantons prennent des mesures pour renforcer la santé mentale des adultes. Ces mesures s'adressent en priorité aux parents et aux proches aidants, en raison du rôle de «multiplicateurs» qu'ils jouent par rapport aux enfants ou aux proches dont ils s'occupent. On part en effet du principe qu'en renforçant la santé mentale de ces personnes, on renforcera également celle des enfants et des proches dont elles ont la charge (Kessler et Boss, 2019). C'est pourquoi les parents et les proches aidants sont pris en compte en tant que groupe cible dans les PAC, les premiers dans ceux destinés aux enfants et aux jeunes et les seconds dans ceux s'adressant aux personnes âgées. Le projet AEMMA «Apprendre à être mieux pour mieux aider» est un exemple de bonnes pratiques, qui est intégré dans les PAC. Ce projet, développé au Canada et adapté à la Suisse, constitue avant tout une intervention psychoéducative. Les proches aidants qui s'occupent de personnes atteintes de démence y apprennent à mieux gérer leur propre stress. Ils peuvent en outre échanger avec d'autres proches aidants. Au terme du programme, les participants ont ressenti une amélioration de leur situation, moins de stress et un plus grand sentiment d'auto-efficacité (Pihet et Kipfer, 2018). Jusqu'à fin 2023, 80 personnes avaient fait office de multiplicateurs et 162 proches soignants et aidants avaient participé au projet, lequel était mis en œuvre dans six cantons (FR, GE, JU, NE, VD, VS) et intégré dans un PAC.

Atteindre les adultes n'est pas chose aisée: il n'est pas évident de savoir comment les joindre, leur milieu dépendant fortement de leur projet de vie. Le plus simple est de les sensibiliser via leur activité professionnelle (voir à ce sujet le chapitre 9 Formation et travail).

Depuis 2025, cinq cantons (BS, BL, SO, GE, TI) ont lancé des programmes pilotes de promotion de la santé mentale des adultes, qui ne passent pas par l'activité professionnelle. Un de ces programmes se concentre par exemple sur la promotion de la santé mentale des personnes touchées par la pauvreté, tandis qu'un autre met l'accent sur la solitude. Les programmes pilotes sont évalués afin de déterminer dans quelle mesure on peut cibler les adultes en dehors de leur activité professionnelle ou de leur fonction d'éducation ou de prise en charge. Le défi pour ces programmes pilotes consiste à lancer des mesures coordonnées à tous les niveaux de manière à renforcer leur succès (Balthasar et Lussi, 2020). Il ne suffit pas en effet de prendre des mesures isolées de relations publiques ou de mise en réseau se limitant à un programme.

Les *cours de premiers secours en santé mentale (ensa)*, proposés par la fondation Pro Mente Sana, constituent une mesure de prévention répandue dans toute la Suisse et axée sur les adultes. Le programme *Ensa* a été développé en 2000 en Australie pour permettre aux adultes d'apporter les premiers secours aux personnes de leur entourage en proie à des troubles psychiques ou en crise. Les secouristes apportent leur soutien jusqu'à ce qu'une aide professionnelle soit disponible. Outre les thèmes fondamentaux à prendre en compte en cas de difficultés mentales, le cours permet de se familiariser avec les grandes lignes de quatre troubles psychiques courants (dépression, troubles anxieux, psychoses³ et addictions). Une étude scientifique menée en Suisse romande (avec un groupe de contrôle) a pu montrer que six et douze mois après le cours, les participants avaient davantage de connaissances sur les troubles psychiques et une plus grande confiance en eux pour aider les autres en cas de crise. Ces effets ont été démontrés tant par rapport aux valeurs initiales qu'à celles d'un groupe de contrôle (Dzemaili, Pasquier, Oulevey Bachmann et Mohler-Kuo, 2023).

Il existe également des cours de premiers secours destinés aux personnes qui travaillent avec des adolescents (p. ex. dans l'enseignement ou l'animation jeunesse) ou axés sur les cadres, qui les suivent en lien avec leur fonction dirigeante. Plus de 9000 secouristes ont été formés en 2023 (Pro Mente Sana, 2024).

³ Les psychoses ont une prévalence relativement faible et font partie des troubles plutôt rares. Dans le cadre de la prévention, elles sont généralement au centre de l'attention en raison de leur évolution à long terme et de leur fort impact sur l'individu et sur la société.

Encadré : Personnel des établissements scolaires

Compte tenu des liens de cause à effet complexes entre la santé des enseignants et celle des élèves, il paraît particulièrement intéressant de mener des activités de promotion de la santé mentale dans le domaine de la formation (Achermann Fawcett, Keller et Gabola, 2018).

L'école en action est un projet qui vise à promouvoir la santé mentale de l'ensemble du personnel des écoles (corps enseignant, membres de la direction et autres professionnels). Il est mené dans toute la Suisse par la fondation pour la santé Radix en collaboration avec certaines hautes écoles pédagogiques. Le projet aide les écoles à analyser les contraintes auxquelles elles sont confrontées et leurs ressources, afin de mettre en œuvre des mesures ciblées. Le tableau T 10.1 montre l'ampleur du projet *L'école en action*.

Le projet *L'école en action* étant intégré dans trois PAC (GL, GR, SH), il est aussi relié à d'autres mesures.

L'école en action depuis 2015 (état au 31 décembre 2024) T 10.1

Mise en œuvre de L'école en action	Écoles	Personnel enseignant, membre de la direction	Élèves
D-CH	148	8 782	59 960
F-CH	29	3 411	24 597
I-CH	1	37	137
Total	188	12 230	84 694

Source: L'école en action (rapport annuel) © Obsan 2025

Personnes âgées 4

De nombreux cantons mettent en œuvre des programmes d'action visant à promouvoir la santé mentale des personnes âgées (c'est-à-dire des 65 ans ou plus) : c'était le cas de 11 cantons en 2017 et de 25 en 2025 (exception : GL). Ces programmes englobent 458 mesures entre les quatre niveaux d'action5.

Le projet *Tavolata* est un exemple de bonnes pratiques destinées à favoriser le soutien social et la participation des personnes âgées. Ce réseau de tables d'hôtes gérées de manière autonome vise également à renforcer les compétences psychosociales des personnes âgées, en particulier leurs compétences sociales et leur aptitude à communiquer, ainsi que leur capacité à gérer leurs émotions (Thorshaug, Rickenbacher et Fässler, 2023).

4 Weber (2022) propose un résumé des enseignements scientifiques concernant la promotion de la santé chez les personnes âgées.
5 Ce chiffre doit également être considéré comme une valeur indicative (voir note de bas de page 1).

Encadré : Professionnels des soins

Tant le secteur de la formation (voir encadré) que celui des soins font partie des professions de services à la personne. Les professionnels de ces deux domaines sont soumis à des contraintes psychiques importantes (Jacobs, Kuhlmeier, Gress, Klauber et Schwinger, 2019; Sandmeier, Mustafic et Krause, 2020). La santé mentale du personnel soignant est particulièrement affectée dans les soins de longue durée (Maier, 2011).

Le sondage *Job-Stress-Analysis* est un projet de Promotion Santé Suisse réalisé dans toute la Suisse dans le domaine des soins de longue durée. Il vise à analyser, comme dans *L'école en action*, les ressources, les contraintes et l'état de santé du personnel, afin d'identifier et de prendre des mesures ciblées pour promouvoir sa santé. Dans le domaine des soins, les institutions n'ont aucune influence sur bon nombre de conditions, qui leur sont imposées (p. ex. dans le cadre du financement des prestations). Elles ont néanmoins une marge de manœuvre lorsqu'il s'agit de témoigner de la reconnaissance au personnel, de planifier le travail ou de gérer les comportements difficiles des patients (Stocker, Jäggi, Künzi, Göbel et Zumstein, 2020). Jusqu'en 2025, le projet a été réalisé dans 69 établissements de toutes les régions linguistiques de Suisse.

Le projet Tavolata est mis en œuvre dans 25 cantons et intégré dans quatre PAC (BL, NW, OW, UR). En tant que réseau, il propose différentes occasions de s'informer et d'échanger. L'organe responsable gère un site Web, met en contact les personnes intéressées et offre son soutien lors de la création de nouvelles tables d'hôtes ou en cas de dynamique de groupe difficile. Le projet Tavolata est présent dans toutes les régions linguistiques et comptait 263 tables d'hôtes de quatre à huit personnes chacune en 2023 (Tavolata, 2025).

Personnes en situation de vulnérabilité

Des inégalités ont été observées en Suisse en matière de santé mentale. Les personnes en situation de vulnérabilité, telles que celles issues de la migration, la population ayant un faible niveau de formation ou appartenant au groupe des personnes LGBTI, font état d'une moins bonne santé mentale que les autres (voir chapitre 1 Population en général). Il est donc judicieux de leur proposer des activités de prévention spécifiques (voir section Définition de la promotion de la santé et de la prévention).

Des projets sont réalisés en Suisse pour ces groupes cibles et avec eux dans le but de promouvoir l'égalité des chances (pour un aperçu, voir Weber, 2020). Atteindre les groupes cibles socialement défavorisés constitue un des principaux défis à relever lorsqu'il s'agit

de prendre des mesures de promotion de la santé et de prévention (Hurrelmann, Richter, Klotz et Stock, 2018). Il faut entre autres s'adresser à ces personnes de manière adéquate, s'assurer qu'elles auront accès aux messages véhiculés et que ceux-ci seront compréhensibles. Un message sur la santé visant le groupe des proches aidants, par exemple, n'atteindra que les personnes qui s'identifient comme tels. Or, ce n'est souvent pas le cas, notamment chez les jeunes aidants (ou «Young Carers»; Leu et al., 2019). Les offres de proximité représentent une bonne méthode pour pallier cette difficulté. Pour savoir dans quelle mesure un groupe de personnes participe à telle ou telle activité, il faut avant tout savoir qui sont ses membres. D'où l'importance de demander explicitement lors de l'enquête aux personnes interrogées si elles font partie de tel ou tel groupe (Thorshaug, Schwegler et Müller, 2021).

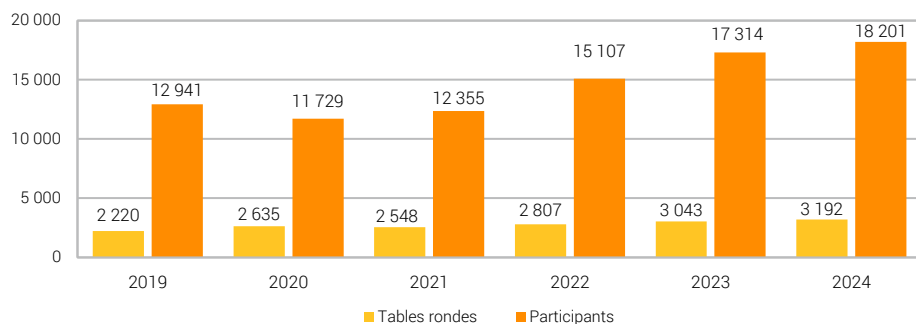
Atteindre les groupes cibles socialement défavorisés fait partie des principaux défis à relever lorsqu'il s'agit de prendre des mesures de promotion de la santé et de prévention.

L'examen de projets de bonnes pratiques en matière de promotion de la santé mentale (pour un aperçu, voir Ackermann et Amstad et al., 2022) montre que bon nombre de ces projets s'adressent à des groupes de personnes qui présentent plusieurs facteurs de vulnérabilité (voir aussi l'encadré: Intersectionnalité). Il est ainsi d'autant plus difficile de tirer des conclusions sur des groupes de personnes en particulier.

Les tables rondes de *Femmes-Tische* (et de *Hommes-Tische* depuis 2014) sont des groupes de discussion animés dans différentes langues. En 2023, les trois les plus fréquentes étaient l'albanais, l'arabe et l'allemand (pour les allophones). Ce projet s'adresse aux personnes issues de la migration auxquelles il n'est pas possible d'accéder dans le cadre des projets ordinaires. Son action est celle d'une offre de pair à pair, où les participants discutent en petits groupes de questions relatives à la famille, à la santé et à l'intégration. Parmi les thèmes les plus populaires en 2024, la santé mentale occupe la troisième place, après «Être en bonne santé» et «compétence médiatique». Le secrétariat suisse de *Femmes-Tische/Hommes-Tische* s'occupe de la coordination au niveau national, créant un cadre important pour le travail des antennes dans les cantons et les communes. Il garantit la qualité de l'offre, soutient sa multiplication dans les régions, veille à son développement qualitatif et accomplit un grand travail de mise en réseau et de relations publiques. Les participants (et les intervenants) aux tables rondes indiquent qu'ils ont acquis de nouvelles connaissances, renforcé leur sens des responsabilités, adopté une attitude plus positive et changé de comportement, qu'ils se sentent plus autonomes, qu'ils participent davantage à la vie sociale et qu'ils ressentent un soulagement psychologique. Il ressort de l'évaluation que les principaux facteurs de succès

Nombre de tables rondes de Femmes-Tische/Hommes-Tische, et de personnes y ayant participé en cinq ans

G10.6



Source: rapport annuel Femmes-Tische, 2023

© Obsan 2025

de ces réunions sont leur accès aisé, le fait qu'elles aient lieu dans la langue d'origine des personnes qui y participent, qu'on y tienne compte de la compréhension qu'ont ces personnes de leur rôle (approche genre), que les connaissances qui y sont transmises répondent à un besoin et que ces réunions se déroulent selon une approche participative (Schuwey, Müller de Menezes et Chiapparini, 2021).

La figure G10.6 montre le nombre de tables rondes recensées. Plus de 18 000 personnes ont participé aux 3192 tables rondes organisées en 2024 et 371 personnes en ont assuré l'animation. Le projet *Femmes-Tische/Hommes-Tische* est présent dans 21 cantons et inscrit dans 17 PAC.

Le programme de développement de la petite enfance *Apprendre avec les parents (PAT pour Parents as Teachers en anglais)* est un projet basé sur des données probantes qui vient en aide aux familles en difficulté psychosociale (p. ex. en raison du chômage ou d'un problème de dépendance). Dans le cadre de ce programme d'éducation parentale de proximité, des conseillers parents-enfants spécialement formés viennent en aide aux familles bénéficiaires pendant trois ans à partir de la naissance de leur enfant. Le programme vise à renforcer les compétences parentales, à favoriser un lien sécurisant entre les parents et leur(s) enfant(s), à accroître les connaissances sur le développement de la petite enfance et à détecter rapidement les retards de développement ou les problèmes de santé. Il favorise en outre l'intégration de la famille dans son environnement, l'amélioration des conditions de vie et de la santé de tous ses membres et les prépare à l'étape de l'école maternelle. Les résultats de la recherche concomitante ont montré que les enfants du groupe d'intervention avaient des atouts significatifs en matière de développement par rapport à ceux du groupe de contrôle (Neuhauser et al., 2018; Richner et al., 2017), notamment un vocabulaire plus riche, un comportement moins craintif, une meilleure qualité du sommeil et davantage de facilité à contrôler leurs impulsions.

Des effets positifs ont été observés également du côté des mères (qui se sont montrées plus attentives p. ex.) et au niveau de l'intégration des familles dans leur quartier ou leur commune. Le projet, qui est en place dans huit cantons (BS, GR, LU, SG, TG, TI, ZG, ZH), est inscrit dans six PAC et lié ainsi à d'autres mesures.

Le projet *AltuM* (âge et migration) soutient les personnes issues de la migration et leurs proches en leur fournissant des informations et une offre ciblée en matière de santé. Les personnes interviewées au sujet de leur participation à ce projet ont déclaré y avoir trouvé de quoi approfondir leurs connaissances sur plusieurs questions en lien avec l'âge et renforcer leur sentiment d'appartenance, leur autonomie et leur santé (Thorshaug, Stamm, Martin et Müller, 2021). L'un des points forts du projet consiste à associer les participants au développement de l'offre et à l'intégrer dans des programmes au niveau régional et local. Des cafés-rencontres ont lieu dans le cadre du projet *AltuM*, qui contribuent à la promotion de la santé des personnes âgées (Ackermann et Amsstad, 2022). Les compétences transculturelles des personnes qui travaillent pour le programme et la facilité d'accès à l'offre (accueil à bas seuil) sont d'autres facteurs clés de succès du projet. *AltuM* est présent dans six cantons (AG, BS, BL, VD, GE, ZH) et intégré dans quatre PAC.

Encadré: Intersectionnalité (Weber, 2020)

Dans les modèles théoriques et les rapports sur l'état de santé des groupes de population, les désavantages et discriminations sont présentés côte à côte, ce qui permet de bien les distinguer les uns des autres. Dans la réalité, il n'est cependant pas rare que ces désavantages s'entrecroisent et que plusieurs facteurs d'inégalité s'influencent mutuellement. En règle générale, ces facteurs accentuent les inégalités sociales. Une image souvent citée est celle d'une femme noire confrontée à la fois au racisme et au sexisme.

L'intersectionnalité montre que les facteurs d'inégalité se cumulent et doivent être considérés ensemble. En général, un facteur d'inégalité entraîne d'autres : un faible niveau de formation, par exemple, va généralement de pair avec un bas revenu, ce qui a tendance à se traduire par une situation de logement défavorable.

Le thème de l'égalité des chances dans la promotion de la santé mentale et la prévention des troubles psychiques représente un défi majeur, qui est encore exacerbé par le phénomène de l'intersectionnalité.

Prévention dans le domaine des soins

La prévention dans le domaine des soins de santé peut se concevoir comme une prévention sélective et pas uniquement comme une prévention indiquée. Elle peut permettre de prévenir des maladies non (encore) déclarées chez les personnes auxquelles on accède dans le cadre des soins de santé. Des personnes souffrant de diabète pourraient par exemple prendre part dans le cadre de leurs soins de santé à des activités visant à prévenir la dépression. En Suisse, cette approche de la prévention est appliquée dans les soins de santé au niveau national depuis 2017. Promotion Santé Suisse a soutenu 76 projets dans ce sens depuis 2019. Plus de la moitié de ces projets mettaient l'accent sur la prévention des troubles psychiques et des rechutes dans ce domaine. Quelques-uns de ces projets ont fait l'objet d'une évaluation, dont les résultats mettent en évidence dans certain cas un potentiel préventif (p. ex. Rhiner, Schwarz et Halbright, 2023). Un autre des principaux objectifs de la prévention en matière de soins de santé consiste à remédier à la discontinuité entre les soins somatiques et les soins psychiatriques et psychothérapeutiques. Les spécialistes travaillent de manière ciblée pour améliorer la coordination entre ces domaines (qui fonctionnent souvent chacun de leur côté).

10.3 Conclusions et recommandations

La promotion de la santé mentale et la prévention des troubles psychiques jouent un rôle important dans le domaine de la santé en Suisse. Si bon nombre de projets de promotion de la santé et de prévention n'ont pas (encore) fait l'objet d'une évaluation systématique, l'examen des projets présentés ici a mis en évidence un grand potentiel. Les ressources personnelles et sociales étant essentielles pour la santé mentale, il est judicieux de prendre des mesures de promotion de la santé et de prévention pour les renforcer.

Bien que peu de projets de promotion de la santé et de prévention aient fait l'objet (jusqu'ici) d'une évaluation systématique, les résultats de l'évaluation de projets de bonnes pratiques a mis en évidence un grand potentiel en matière de renforcement de la santé mentale.

La promotion de la santé mentale et la prévention de troubles psychiques en Suisse impliquent de relever plusieurs défis (G10.7):

1. Promouvoir l'égalité des chances

En Suisse comme ailleurs, les chances de jouir d'une bonne santé mentale sont inégalement réparties. Les mesures destinées aux personnes présentant un ou plusieurs facteurs de vulnérabilité (intersectionnalité) sont donc particulièrement pertinentes si l'on veut minimiser les risques pour leur santé. Il serait par ailleurs judicieux de prendre automatiquement en compte dans tous les projets les personnes présentant des facteurs de vulnérabilité (approche intégrée de l'égalité, *mainstreaming* en anglais). Atteindre ces personnes constitue cependant un défi que les offres de proximité peuvent permettre de relever. Il est également essentiel de renforcer les liens entre les différents acteurs des domaines sanitaire et social (Weber, 2020). Autant de facteurs de succès et de critères de qualité qui demandent des ressources financières et structurelles.

2. Couvrir l'entier du territoire suisse

Il est réjouissant de constater que les programmes d'action cantonaux de promotion de la santé mentale sont déployés dans presque toute la Suisse. Dans les cantons, ce-là ne signifie pas pour autant que les interventions ont lieu sur tout le territoire, comme le montrent les chiffres sur la diffusion des projets et leur réalisation. Or, il importe aussi pour l'égalité des chances que les mesures efficaces soient appliquées dans tout le pays, malgré les difficultés liées à la structure fédérale de la Suisse. Pour y parvenir, les responsables des projets doivent parfois accomplir un grand travail de persuasion et s'adapter aux particularités linguistiques, voire locales. Des tâches supplémentaires qui devraient être reconnues et faire l'objet d'un financement.

3. Ancrer le financement de l'offre dans les structures ordinaires

Des projets efficaces de promotion de la santé mentale sont mis en œuvre en Suisse (voir les exemples de bonnes pratiques), dont le financement n'est toutefois pas assuré sur le long terme. L'offre n'est souvent pas inscrite durablement dans les structures ordinaires (au budget ordinaire, p. ex.), ce qui n'en facilite ni le financement ni la mise en réseau. L'absence de base légale et la structure fédérale des institutions responsables de la santé rendent la coordination nationale et l'ancrage des projets encore plus difficiles. Les responsables de projets sont souvent accaparés par la recherche de fonds, alors qu'ils devraient pouvoir se concentrer sur la diffusion des mesures et leur assurance qualité. Le fait d'intégrer certaines mesures et interventions dans les programmes d'action cantonaux est important, car cela permet d'en assurer la coordination avec d'autres mesures et d'en accroître l'efficacité. Du point de vue financier, cela revient pourtant à n'en assurer qu'une partie du financement. Même en cas de diffusion à large échelle, l'argent disponible ne permet pas d'étendre les mesures à d'autres territoires, freinant ainsi leur multiplication. À long terme, les fonds nécessaires pour assurer la qualité de ces mesures et leur développement font défaut.

4. Garantir une prise de responsabilité multisectorielle

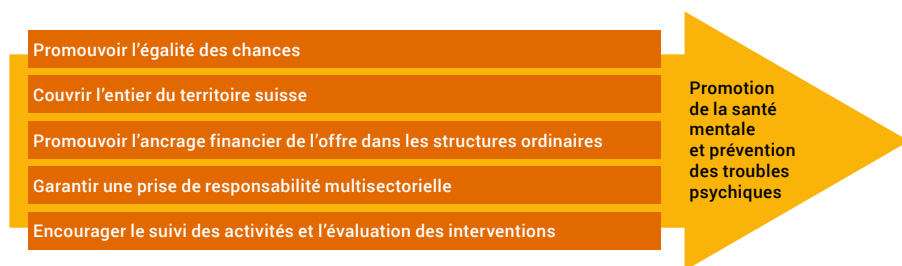
D'une part, les mesures de promotion de la santé et de prévention sont mises en œuvre dans les domaines les plus divers, telles que la formation, la santé ou encore la sécurité et le domaine social. D'autre part, les interventions visant à promouvoir la santé mentale ont également des effets dans d'autres domaines, comme la prévention de la violence. Si ces recoupements peuvent représenter un élément moteur, ils peuvent aussi constituer un frein à l'ancrage des activités de promotion de la santé mentale dans les structures ordinaires, si personne n'en assume la responsabilité au niveau des autorités. Celles-ci devraient par conséquent travailler ensemble au développement de mesures efficaces et à leur financement multisectoriel.

5. Encourager le suivi des activités et l'évaluation des interventions

En Suisse, toutes les activités de promotion de la santé ne font pas l'objet d'un relevé et d'une évaluation systématiques. Les informations concernant les activités de promotion de la santé et de prévention en Suisse (leur diffusion, p. ex.) sont collectées dans le cadre de projets individuels ou au niveau supérieur des PAC. Les résultats des projets décrits comme des exemples de bonnes pratiques sont prometteurs. En l'absence d'une vue d'ensemble systématique, il n'est pas possible à ce jour de tirer des conclusions fondées sur le degré de diffusion de toutes les mesures de promotion de la santé en Suisse. Des mesures de promotion de la santé mentale sont mises en œuvre dans toute la Suisse. On ne sait toutefois pas dans quelle mesure elles atteignent leur cible. Des données systématiques permettraient de tirer des conclusions plus nuancées sur les besoins. Les évaluations de qualité permettent certes d'obtenir des informations pertinentes sur les effets des interventions, mais elles sont demeurées rares jusqu'ici, ne portant que sur une poignée de projets.

Recommandations visant à renforcer la promotion de la santé mentale et la prévention des troubles psychiques en Suisse

G10.7



© Obsan 2025

10.4 Bibliographie

- Achermann Fawcett, E., Keller, R. & Gabola, P. (2018). *Bedeutung der Gesundheit von Schulleitenden und Lehrpersonen für die Gesundheit und den Bildungserfolg von Schülerinnen und Schülern*. Wissenschaftlich Grundlagen für das Argumentarium «Gesundheit stärkt Bildung». Allianz Betriebliche Gesundheitsförderung in der Schule.
- Ackermann, G. & Amstad, F.T. et al. (2022). *Orientierungsliste KAP 2022*. Bern und Lausanne: Gesundheitsförderung Schweiz.
- Amstad, F.T. et al. (2022a). *Gesundheitsförderung für und mit Kindern – Wissenschaftliche Erkenntnisse und Empfehlungen für die Praxis. Grundlagenbericht 8*. Bern und Lausanne: Gesundheitsförderung Schweiz.
- Amstad, F.T. et al. (2022b). *Gesundheitsförderung für und mit Jugendlichen und junge Erwachsene – Wissenschaftliche Erkenntnisse und Empfehlungen für die Praxis. Grundlagenbericht 8*. Bern und Lausanne: Gesundheitsförderung Schweiz.
- Amstad, F.T., Kucarroz, L., Dobler, S. & Mullis, S. (2020). Gesundheitsförderung und Prävention. In: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Hrsg.), *Gesundheit in der Schweiz – Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene. Nationaler Gesundheitsbericht 2020*. Bern: Hogrefe.
- Bachmann, N. (2014). *Soziale Ressourcen als Gesundheitsschutz: Wirkungsweise und Verbreitung in der Schweizer Bevölkerung und in Europa*. (Obsan Dossier 27). Neuenburg.
- Balthasar, A. & Lussi, I. (2020). Erfolgsfaktoren für kantonale Programme im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention. Bericht zuhanden der Arbeitsgruppe «Massnahmenbereich 1» der NCD-Strategie, Interface Politikstudien Forschung Beratung, Luzern.
- Bize, R., Stadelmann, S., Debons, J., Amiguet, M., Vujovic, K. & Lucia, S. (2020). Evaluation des Programms «Sortir Ensemble et Se Respecter» und «Herzprung – Freundschaft, Liebe und Sexualität ohne Gewalt»: das Wichtigste in Kürze. Lausanne, Unisanté – Centre universitaire de médecine générale et santé publique, 2020 (Raisons de Santé: Les Essentiels 18b) <http://dx.doi.org/10.16908/rds-essentiels/18b>
- Blaser, M. & Amstad, F.T. (Hrsg.) (2016). *Psychische Gesundheit über die Lebensspanne. Grundlagenbericht. Gesundheitsförderung Schweiz Bericht 6*, Bern und Lausanne.
- Boucard, C., Blair, S.N., & Haskell, W.L. (2012). *Physical activity and health*. Human Kinetics.
- Buecker, S., Simacek, T., Ingwersen, B., Terwiel, S. & Simonsmeier, B.A. (2021). Physical activity and subjective well-being in healthy individuals: a meta-analytic review. *Health psychology Review*, 15, 574–592.
- Dodge, K. (2019). Annual Research Review: Universal and targeted strategies for assigning interventions to achieve population impact. *The Journal of child psychology and psychiatry*, 61, 255–267.
- Dzemaili, S.; Pasquier, J.; Oulevey Bachmann, A.; Mohler-Kuo, M. (2023). The Effectiveness of Mental Health First Aid Training among Undergraduate Students in Switzerland: A Randomized Control Trial. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20, 1303.
- Endes, S., Kraft, E., Lehmann J., Büchler, S. & Manike, K. (2023). Evaluation der Kampagne «Wie geht's dir?» 2018–2022. *Im Auftrag von Gesundheitsförderung Schweiz*. Bern: Ecoplan.
- Elkeles, T., Kilian, H., von Rüden, U. & Ackermann, G. (2021). Good Practice / Best Practice in der Gesundheitsförderung. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.). Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden. <https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-i141-2.0>
- Eschen, A. & Zehnder, F. (2019). *Förderung von Lebenskompetenzen bei älteren Menschen*. Grundlagenpapier Arbeitspapier 49. Bern und Lausanne : Gesundheitsförderung Schweiz.
- Ettlin, R. & Geiger, L. (2023). *Évaluation de la campagne de santé psychique en Suisse latine. Im Auftrag von Gesundheitsförderung Schweiz*. Lausanne: social design.
- Falkai, P. & Wittchen, H.U. (Hrsg.). (2015). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-5*. Göttingen: Hogrefe.
- Femmes-Tische (2025). Jahres- und Wirkungsbericht 2024.
- Franze, M., Meierjürgen, R., Abeling, I., Rottländer, M., Gerdon, R. & Paulus, P. (2007). MindMatters. Ein Programm zur Förderung der psychischen Gesundheit in Schulen der Sekundarstufe 1 – deutschsprachige Adaptation und Ergebnisse des Modellversuchs. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 2, 221–227.
- Franze, M., & Paulus, P. (2009). MindMatters – a programme for the promotion of mental health in primary and secondary schools: Results of an evaluation of the German language adaptation. *Health Education*, 109(4), 369–379.

- Fu, X. L., Qian, Y., Jin, X. H., Yu, H. R., Wu, H., Du, L., Chen, H. L., & Shi, Y. Q. (2023). Suicide rates among people with serious mental illness: a systematic review and meta-analysis. *Psychological medicine*, 53(2), 351–361. <https://doi.org/10.1017/S0033291721001549>
- Fusar-Poli, P., Salazar de Pablo, G., De Micheli, A., Nieman, D.H., Correll, C.U., Kessing, L. V. et al. (2020). What is good mental health? A scoping review. *European Neuropsychopharmacology*, 31, 33–46.
- Grünenfelder, R., Palanza, A., Zumbach, D. (2024). *Evaluation MindMatters. Im Auftrag von Gesundheitsförderung Schweiz*. Zürich: Grünenfelder Zumbach GmbH – Sozialforschung und Beratung
- Guggenbühl, L. (2017): Wirkungen der Gesundheitsförderung nachweisen und optimieren. Einblicke in die Arbeitsweise des Wirkungsmanagements von Gesundheitsförderung Schweiz sowie in die Ergebnisse der Gesundheitsförderungskonferenz 2017 zum Thema «Gesundheitsförderung wirkt!», Arbeitspapier 42. Bern und Lausanne: Gesundheitsförderung Schweiz.
- Hadorn, S., Stauffer, B., Birboutsakis, J., Ruedin, B., & Hediger, M. (2023). *Evaluation des Netzwerks Psychische Gesundheit NPG*. Kompetenzzentrum für public management der Universität Bern.
- Harandi, T. F., Taghinasab, M. M., & Nayeri, T. D. (2017). The correlation of social support with mental health: A meta-analysis. *Electronic physician*, 9(9), 5212.
- Hurrelmann, K., Richter, M., Klotz, T. & Stock, S. (2018). Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. In: K. Hurrelmann, M. Richter, T. Klotz & S. Stock (Hrsg.), *Referenzwerk Prävention und Gesundheitsförderung*. Bern: Hogrefe.
- Jacobs, K., Kuhlmei, A., Gress, S., Klauber, J & Schwinger, A. (2019). *Pflege-Report 2019*. Berlin: Springer.
- Jungmann, T., Sierau, S., Dähne, V., Serbati, S., Dugravier, R., & Lanfranchi, A. (2017). Effectiveness of four early intervention programs in Europe: How do the results inform program development and dissemination? *Nursing and Health Sciences*, 3(3).
- Kessler, C. (2021). *Auswirkungen der Corona-Pandemie auf die Gesundheitsförderung: Erfahrungen aus der Praxis und Perspektiven, Stand 2021*. Arbeitspapier 56. Bern und Lausanne: Gesundheitsförderung Schweiz.
- Kessler, C. & Boss, V. (2019). Förderung der psychischen Gesundheit von betreuenden Angehörigen älterer Menschen. Eine Orientierungshilfe für die Gesundheitsförderung im Alter. Bern: Gesundheitsförderung Schweiz.
- Keyes, C. L. M. (2005). Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 73(3), 539–548. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.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), 95–108. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.62.2.95>
- Leppin, A. (2018). Konzepte und Strategien der Prävention. In: K. Hurrelmann, M. Richter, T. Klotz & S. Stock (Hrsg.), *Referenzwerk Prävention und Gesundheitsförderung*. Bern: Hogrefe.
- Leu, A., Frech, M., Wepf, H., Sempik, J., Joseph, S., Helbling, L. et al. (2019). Counting young carers in Switzerland – a study of prevalence. *Children & Society*, 33, 53–67.
- Liu, M., Wu L. & Ming, Q. (2015). How does physical activity intervention improve self-esteem and self-concept in children. And adolescents? Evidence from a meta-analysis. *PLoS ONE*, 10. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0134804>
- Maier, M. (2011). Psychische Belastung des Personals in Institutionen der Langzeitpflege. *Prävention und Gesundheitsförderung*, 4, 223–228.
- Mann, M., Hosman, C.M.H., Schaalma, H.P., & de Vries, N.K. (2004). Self-esteem in a broad-spectrum approach for mental health promotion. *Health Education Research*, 19, 357–372. <https://doi.org/10.1093/her/cyg041>
- Meyer, T. (2018). Evidenzbasierte Entscheidungen. In, C.-W. Kohlmann, C. Salewski & M. A. Wirtz (Hrsg.), *Psychologie in der Gesundheitsförderung*. Bern: Hogrefe.
- Neuhauser, A., Ramseier, E., Schaub, S., Burkhardt, A., & Lanfranchi, A. (2018). Mediating Role of Maternal Sensitivity: Enhancing Language Development in At-Risk Families. *Infant Mental Health Journal*, 39(5):522–536.
- Office fédéral de la santé publique OFSP (2015). *Stratégie nationale Addictions 2017–2024*. Berne: Office fédéral de la santé publique.
- OFSP, Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) & Promotion Santé Suisse (2015). *Santé psychique en Suisse – État des lieux et champs d'action*. Rapport sur mandat du Dialogue Politique nationale de la santé. Berne: Office fédéral de la santé publique.
- OFSP (2018). *Promotion de la santé et prévention durant la petite enfance*. Berne: Office fédéral de la santé publique.
- OFSP, Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) & Promotion Santé Suisse (2024). *Stratégie nationale Prévention des maladies non transmissibles*. Berne: Office fédéral de la santé publique.

OFSP & Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) (2016). *Stratégie nationale Prévention des maladies non transmissibles (2017–2024)*. Berne: Office fédéral de la santé publique.

Organisation mondiale de la Santé OMS (1997). Life skills education for children and adolescents in schools. Pt. 1, Introduction to life skills for psychosocial competence. Pt. 2, Guidelines to facilitate the development and implementation of life skills programmes, 2nd rev. Organisation mondiale de la Santé. <https://iris.who.int/handle/10665/63552>

Organisation mondiale de la Santé OMS (2014). *Preventing suicide – A global imperative*. Organisation mondiale de la Santé.

Pihet, S. & Kipfer, S. (2018). Coping with dementia caregiving: a mixed-methods study on feasibility and benefits of a psycho-educative group program. *BMC Geriatrics*, 18, 209–222.

Pro Mente Sana (2024). Jahresbericht 2023. *Aktiv für die psychische Gesundheit: Fokussierung auf unsere Angebote*.

Promotion Santé Suisse (2018). *Cratères de qualité des programmes et projets de promotion de la santé et de prévention*. Berne et Lausanne: Promotion Santé Suisse.

Pucci-Meier, L, Steiner S. & Amstad, F.T. (2022). Förderung der psychischen Gesundheit in der Schweiz: Handlungsfelder. In: Gesundheitsförderung Schweiz (Hrsg.), Prävention von chronischen Krankheiten: Strategien und Beispiele aus der Schweiz. Bern: Hogrefe.

Resmark, G. & Zipfel, S. (2018). Prävention von Anorexia nervosa. In: K. Hurrelmann, M. Richter, T. Klotz & S. Stock (Hrsg.), *Referenzwerk Prävention und Gesundheitsförderung*. Bern: Hogrefe.

Richardson R, Dale HE, Robertson L, Meader N, Wellby G, McMillan D, & Churchill R. (2023). Mental Health First Aid as a tool for improving mental health and well-being. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 8, CD013127. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013127.pub2>

Riedel-Heller, S.G., Reininghaus, U. & Schomerus, G. (2023). Public mental health: Kernstück oder Stiefkind von Public Health? *Bundesgesundheitsblatt*, 66, 356–362.

Rhiner, F., Schwarz, C. & Halbricht, R. (2023). Evaluationsbericht «Brückenbauer:innen für die psychische Gesundheit von Geflüchteten». Thalwil: NCBI Schweiz.

Rolling, L. & Mason, J. (2006). A Case Study of Multimethod Evaluation of Complex School Mental Health Promotion and Prevention: The MindMatters Evaluation Suite. *Australian Journal of Guidance & Counselling*, 15, 125–136.

Salazar de Pablo, G., De Micheli, A., Nieman, D.H., Correll, C.U., Kessing, L.V., Pfennig, A. et al. (2020). Universal and selective interventions to promote good mental health in young people: Systematic review and meta-analysis. *European Neuropsychopharmacology*, 41, 28–39.

Sandmeier, A., Mustafic, M., & Krause, A. (2020). 14 Gesundheit und Selbstregulation in der Lehrerinnen- und Lehrerbildung. *Handbuch Lehrerinnen- und Lehrerbildung*, 123.

Schwarzer, R. & Jerusalem, M. (2002). Das Konzept der Selbstwirksamkeit. Selbstwirksamkeit und Motivationsprozesse in Bildungsinstitutionen. *Zeitschrift für Pädagogik*, 44, 28–53.

Schiftan, R. & Wittgenstein Mani, A.-F. (2022a). Zusammenspiel von Bewegung, Ernährung und psychischer Gesundheit. In: F.T. Amstad et al., *Gesundheitsförderung für und mit Kindern. Grundlagenbericht 8*. Bern und Lausanne: Gesundheitsförderung Schweiz.

Schiftan, R. & Wittgenstein Mani, A.-F. (2022b). Zusammenspiel von Bewegung, Ernährung und psychischer Gesundheit. In: F.T. Amstad et al., *Gesundheitsförderung für und mit Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Grundlagenbericht 9*. Bern und Lausanne: Gesundheitsförderung Schweiz.

Schuwey, C., Müller de Menezes, R. & Chiapparini, E. (2021). *Evaluation Femmes-Tische und Männer-Tische. Schlussbericht zuhanden von Gesundheitsförderung Schweiz*. Bern: Berner Fachhochschule, Departement Soziale Arbeit.

Sheeran, P., Maki, A., Montanaro, E., Avishai-Yitshak, A., Bryan, A., Klein, W. M., ... & Rothman, A. J. (2016). The impact of changing attitudes, norms, and self-efficacy on health-related intentions and behavior: A meta-analysis. *Health psychology*, 35(11), 1178.

Sofi, F., Cesar, F., Abbate, R. et al. (2008). Adherence to mediterranean diet and health status: meta-analysis. *BMJ*, 337.

Stocker, D., Jäggi, J., Künzi, K., Goebel, S. & Zumstein, N. (2020). *Fachkräfte-Erhalt in der Langzeitpflege – FWS Job-Stress-Analysis: Praxisbeispiel für Alters- und Pflegeheime. Faktenblatt 46*. Bern und Lausanne: Gesundheitsförderung Schweiz.

Süß, W., & Trojan, A. (2018). Prävention und Gesundheitsförderung in Kommunen. *Referenzwerk Prävention und Gesundheitsförderung. Grundlagen, Konzepte und Umsetzungsstrategien*, 6, 405–418.

- Szczuka, Z., Banik, A., Abraham, C., Kulis, E., & Luszczynska, A. (2020). Associations between self-efficacy and sedentary behaviour: a meta-analysis. *Psychology & Health*, 36(3), 271–289. <https://doi.org/10.1080/08870446.2020.1784419>
- Tavolata (2025). Jahresbericht 2024. Füreinander kochen, miteinander essen und geniessen.
- Thorshaug, K., Rickenbacher, J. & Fässler, S. (2023). Evaluation «Tavolata». Bericht zuhanden Gesundheitsförderung Schweiz. Interface Politikstudien Forschung Beratung.
- Thorshaug, K., Schwegler, C. & Müller, F. (2021). *Wie erheben wir Geschlecht, Migrationshintergrund und sozioökonomischen Status? Methodische Ansätze zur Evaluation der Zielgruppenerreichung*. Luzern: interface Politikstudien Forschung Beratung.
- Thorshaug, K., Stamm, M., Martin, J. & Müller, F. (2021). Evaluation von HEKS Alter und Migration (AltuM). Schlussbericht zuhanden Gesundheitsförderung Schweiz. Interface Politikstudien Forschung Beratung, Luzern.
- Trageser, J., Fries, S., Wick, A. & Stokar, T. (2023). Nationale Evaluation der kantonalen Aktionsprogramme für die Jahre 2021–2024. Zwischenbilanz. Zwischenbericht zuhanden Gesundheitsförderung Schweiz. Zürich.
- Trageser, J., Petry, C., von Stokar, Th., & Reisch, T. (2021). *Zwischenstand Umsetzung Nationaler Aktionsplan Suizidprävention. Schlussbericht*. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- Walter, E., Duetz Schmucki, M., Bürli, C., Amstad, F., Haas, A. Schibli, D. & Kaufmann, M. (2016). *Suizidprävention in der Schweiz: Ausgangslage, Handlungsbedarf und Aktionsplan*. Bern: Bundesamt für Gesundheit, Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren und Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz.
- Wang, Y., Chung, M. C., Wang, N., Yu, X., & Kenardy, J. (2021). Social support and posttraumatic stress disorder: A meta-analysis of longitudinal studies. *Clinical psychology review*, 85, 101998.
- Weber, D. (2020). *Chancengleichheit in der Gesundheitsförderung und Prävention in der Schweiz : Begriffsklärungen, theoretische Einführung, Praxisempfehlungen. Grundlagenbericht 10*. Bern : GFCH, BAG, GDK.
- Weber, D. (2022). *Gesundheitsförderung für und mit älteren Menschen – Wissenschaftliche Erkenntnisse und Empfehlungen für die Praxis. Grundlagenbericht 10*. Bern und Lausanne: Gesundheitsförderung Schweiz.
- Westerhof, G. J., & Keyes, C. L. (2010). Mental illness and mental health: The two continua model across the lifespan. *Journal of adult development*, 17, 110–119.

11 Situation de la prise en charge des personnes atteintes de maladies psychiques



Alexandre Tuch & Reto Jörg
Observatoire suisse de la santé (Obsan)

Messages clés

- Différences régionales dans les structures de soins psychiatriques: alors qu'en Suisse latine, les soins ambulatoires et intermédiaires (p. ex. cabinets, services ambulatoires et cliniques de jour) sont dans l'ensemble bien répandus, en Suisse alémanique, ce sont les soins stationnaires qui prédominent (p. ex. cliniques et services psychiatriques dans les hôpitaux de soins aigus).
- Le recours aux prestations de soins psychiatriques et psychothérapeutiques n'a cessé d'augmenter au cours des dix dernières années, tant dans le domaine stationnaire que dans le domaine ambulatoire.
- En Suisse, on dénombre chaque année environ 18 000 placements à des fins d'assistance, et la tendance est à la hausse. Les adolescentes de 15 à 19 ans, les jeunes hommes de 18 à 31 ans et les personnes âgées de 80 ans ou plus sont les groupes les plus souvent placés contre leur gré dans des institutions résidentielles.
- Dans environ 9% des hospitalisations en établissement psychiatrique, on recourt à des mesures limitatives de liberté telles que la médication forcée et la contention.
- Les prestataires de soins observent une pénurie de personnel qualifié, tant dans le domaine ambulatoire que dans le domaine stationnaire. Le nombre d'équivalents plein temps a cependant augmenté chez les psychiatres et les psychologues, aussi bien dans les hôpitaux que dans les cabinets médicaux, entre 2015 et 2023. Le recours aux soins s'étant également accru, il n'est pas certain que les ressources en personnel existantes suffisent pour couvrir les besoins dans tous les domaines.
- Plus de 93% de la population peut accéder en moins de 30 minutes à des soins psychiatriques de base (p. ex. en clinique ou dans un hôpital où l'admission est obligatoire). Il s'agit ici uniquement de l'accessibilité géographique. Dans les régions rurales périphériques, l'accessibilité et la densité des soins (nombre de psychiatres et de psychologues par habitant) sont nettement moins bonnes que dans les zones urbaines.
- La qualité des soins est actuellement considérée comme bonne. Elle risque cependant de se détériorer à l'avenir, étant donné que le personnel qualifié tend à manquer – selon les prestataires de soins – et le recours aux soins à augmenter.

11.1 Introduction

Le présent chapitre vise à donner un aperçu de la manière dont les personnes souffrant de maladies psychiques sont traitées en Suisse et de leur possibilité de recourir aux offres proposées. Il apporte des réponses à plusieurs questions clés pour décrire la situation actuelle en Suisse.

- **Structure et organisation des soins psychiatriques:** comment les soins psychiatriques sont-ils organisés en Suisse et quelles sont les différences entre les cantons et les régions?
- **Soins adaptés aux besoins:** les soins psychiatriques en Suisse répondent-ils de manière adéquate aux besoins des personnes souffrant de maladies psychiques? Y a-t-il suffisamment de structures offrant des soins psychiatriques et de personnel qualifié pour couvrir les besoins? Et leur financement est-il approprié?
- **Accès et disponibilité des soins psychiatriques:** tout le monde peut-il avoir accès aux offres de soins psychiatriques? Les possibilités de recourir à des soins psychiatriques sont-elles les mêmes dans toutes les régions de Suisse?
- **Qualité des soins psychiatriques et normes en la matière:** quel est le niveau de qualité des soins psychiatriques en Suisse?
- **Défis actuels et futurs:** quels sont les défis auxquels sont confrontés les services de soins psychiatriques en Suisse, par exemple en ce qui concerne le manque de personnel qualifié et l'augmentation du recours aux soins? Quelles sont les possibilités pour relever ces défis à l'avenir?

Nous avons utilisé différentes sources de données et procédé à des évaluations spécifiques pour formuler des réponses à ces questions. L'encadré «Données utilisées» à la fin du chapitre renseigne sur les sources de données utilisées. La méthodologie fait l'objet d'une description détaillée dans un document d'accompagnement séparé.¹

11.2 Structures de soins psychiatriques

La prise en charge de personnes atteintes de maladies psychiques s'articule autour de différentes structures. Il s'agit notamment des structures psychiatriques et psychologiques, qui se concentrent sur le traitement médicamenteux des troubles psychiques (cliniques psychiatriques, services ambulatoires et cliniques de jour, cabinets de psychiatres et de psychologues pratiquant la psychothérapie). Ces structures sont complétées par:

¹ Voir https://www.gesundheitsbericht2025.ch/docs/NGB_Begleitdokument.pdf

- des formes de logement adaptées aux besoins des personnes souffrant de troubles psychiques (logements protégés, foyers et institutions similaires);
- des offres d'intégration professionnelle et sociale, dont font notamment partie les ateliers, les programmes d'insertion professionnelle, les centres de jour (voir également à ce sujet le chapitre 9 Formation et travail);
- d'autres offres qui ne relèvent pas des soins de santé «classiques» (voir à ce sujet l'encadré sur les autres prestations).

Le présent chapitre est dédié avant tout aux structures de soins psychiatriques et psychologiques et donc (surtout) aux prestations financées par l'assurance obligatoire des soins (AOS). Les offres visant à favoriser l'intégration sociale et professionnelle constituent certes un élément important de la prise en charge des malades psychiques, mais ne sont pas traitées dans le cadre de ce chapitre.

L'offre de soins psychiatriques et psychologiques s'articule autour de trois structures principales.

Les **structures de soins stationnaires** comprennent les soins médicothérapeutiques donnés dans les cliniques psychiatriques, les hôpitaux de soins aigus et les établissements médicosociaux (EMS). Font notamment partie de ces derniers, pour la psychiatrie, les institutions accueillant des adultes en situation de handicap et les soins résidentiels dans le domaine des dépendances (voir Conférence des directrices et directeurs cantonaux des affaires sociales (CDAS,) s. d.). Les données les concernant étant lacunaires, les soins fournis par les EMS ne sont pas abordés plus en détail dans ce chapitre.

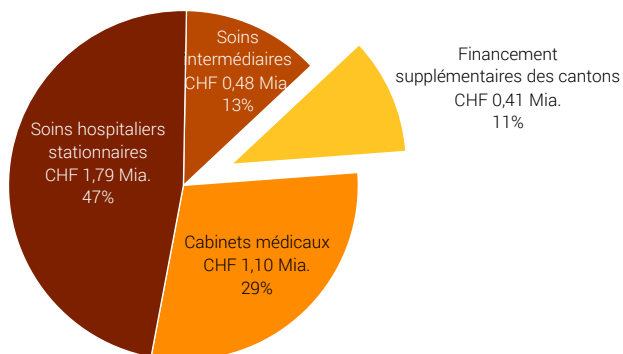
Les **soins ambulatoires en cabinet** comprennent les consultations chez les médecins de premier recours, les spécialistes établis en psychiatrie et en psychothérapie ainsi que les psychologues psychothérapeutes.

Les **structures intermédiaires** englobent les offres qui se situent entre les consultations ambulatoires et les soins stationnaires. En font partie les services de soins ambulatoires, les cliniques de jour ainsi que les soins de proximité tels que les soins à domicile et les services mobiles. Ces offres figurent souvent parmi les prestations proposées par les hôpitaux et les cliniques en tant que prestations hospitalières ambulatoires (voir aussi OFSP, 2016).

Dans le domaine de la prise en charge des personnes souffrant de troubles psychiques, on distingue les structures hospitalières (notamment les cliniques psychiatriques et les services psychiatriques des hôpitaux généraux), les structures ambulatoires (psychiatres et psychologues exerçant en cabinet privé avant tout) et les structures intermédiaires (notamment les services ambulatoires, les cliniques de jour et les services mobiles).

Volume de prestations selon la structure de soins, en 2021

G11.1



Remarque: le graphique est tiré du Bulletin 03/2024 de l'Obsan, qui présente des informations détaillées sur les données utilisées (voir Tuch et al., 2024).

Sources: SASIS SA — pool tarifaire et pool de données; OFS — KS / analyse Obsan, état des données: 16.08.2023

© Obsan 2025

Le graphique G11.1 montre la part du volume de prestations imputable aux différentes structures de soins psychiatriques, c'est-à-dire l'argent dépensé pour ces prestations. Le volume des prestations financées par l'AOS et les cantons, en francs suisses ou en pourcentage, sert d'unité de mesure. La plus grande part revient au domaine hospitalier stationnaire, qui pesait 1,79 milliard de francs en 2021, soit 47% du volume total. Le volume des prestations des cabinets médicaux s'élevait à 1,10 milliard de francs, soit 29% du total. Enfin, 13% des prestations ont été fournies par des structures intermédiaires et 11% ont été couvertes par un financement supplémentaire des cantons, il s'agit principalement de prestations d'intérêt général (PIG).

Les PIG sont des prestations financées par le canton qui ne sont pas ou pas suffisamment couvertes par l'AOS. En psychiatrie, elles sont fournies en particulier dans les structures intermédiaires (voir à ce sujet Müller et al., 2019), où les prestations proposées ne sont souvent pas entièrement couvertes par les tarifs ambulatoires. Le soutien cantonal apporté dans le cadre des PIG est limité dans le temps et dépend de décisions politiques. Maintenir durablement les offres proposées dans le cadre de ces prestations représente donc un défi important. Les personnes auxquelles s'adressent les prestations des structures intermédiaires ont souvent simultanément des problèmes psychiques et des problèmes sociaux et ont donc besoin d'une structure de soins de jour stable. Il est par conséquent d'autant plus important pour ces structures de pouvoir compter sur un financement durable (OFSP, 2016; voir aussi le chapitre 12 Coûts et financement).

L'organisation des soins peut varier considérablement d'un canton à l'autre. Les différences régionales sont décrites plus en détail dans la section Composition de la structure de soins (combinaison des soins).

Autres prestations

Outre les structures décrites dans le texte, il existe également des offres importantes qui ne relèvent pas des soins de santé classiques, tels que les services psychologiques scolaires et les offres à bas seuil comme le service de soutien téléphonique.

Les *services psychologiques scolaires* offrent un soutien et des conseils aux élèves, aux parents et aux enseignants en cas de problèmes psychologiques et sociaux liés à l'environnement scolaire; ils ne dispensent toutefois pas de traitements psychiatriques ou psychothérapeutiques. Par contre, ils jouent un rôle important dans la détection précoce et l'intervention en cas de problèmes de santé mentale, et contribuent à promouvoir le bien-être et à renforcer les performances des élèves. Cependant, les données relatives aux services psychologiques scolaires sont souvent limitées, ces offres n'étant pas standardisées et documentées à l'échelle nationale.

Les *prestations à bas seuil* comme le service de soutien téléphonique offrent un accès simple et anonyme à un soutien en situation de crise. Elles constituent un point de contact important pour les personnes en situation de détresse psychologique aiguë et peuvent être sollicitées 24 heures sur 24. Ces services dépendent souvent de dons et du bénévolat, de sorte qu'il est difficile d'identifier et d'analyser le recours qui y est fait. Compte tenu de la difficulté à obtenir des données dans ces domaines, ces offres ne seront pas abordées plus en détail dans la suite de ce chapitre. Il convient de souligner que les proches des personnes souffrant de troubles psychiques apportent également une contribution importante aux soins (voir chapitre 1 Population en général).

11.3 Recours aux soins

Selon l'enquête suisse sur la santé (ESS), 7,8% de la population résidente de la Suisse a été traitée pour des problèmes psychiques en 2022 au cours des douze mois ayant précédé l'enquête, les femmes plus souvent que les hommes (9,5% contre 6,0%). La proportion de personnes en traitement était comparable chez les 15 à 34 ans (9,9%), les 35 à 49 ans (9,7%) et les 50 à 64 ans (8,2%), alors qu'elle n'était que de 2,6% chez les 65 ans ou plus. Le recours aux traitements pour des problèmes psychiques n'a cessé d'augmenter entre 1997 et 2022, indépendamment du sexe (de 4,1% à 7,8%). Il s'est accru dans tous les groupes d'âge, sauf chez les 65 ans ou plus, mais le plus fortement dans le groupe des 15 à 34 ans (+5,6%).

Parmi les personnes qui ont suivi un traitement pour des problèmes psychiques au cours des 12 mois précédant l'enquête, 50,5% ont été traitées par un psychiatre, 48,7% par un psychologue et 17,2% par un médecin de famille. Comme il était possible de consulter plusieurs spécialistes, les réponses multiples étaient autorisées. Aucune différence ne distingue les femmes et les hommes en ce qui concerne le choix des prestataires. Celui-ci varie cependant selon l'âge: les plus jeunes (15 à 34 ans) consultent par exemple le plus souvent des psychologues (59,8%), les personnes âgées de 65 ans ou plus s'adressent en premier lieu à un psychiatre (52,4%). La répartition des prestataires de soins consultés a changé depuis 1997: les personnes souffrant de problèmes psychiques se font de plus en plus souvent soigner par des professionnels (spécialistes) de la psychiatrie et de la psychologie. La part des traitements administrés par des médecins de famille a en revanche nettement diminué, passant de 34,2% en 1997 à 17,2% en 2022.

Domaine hospitalier stationnaire

Les maladies psychiques nécessitent parfois une hospitalisation. Les personnes concernées peuvent dans ce contexte se faire soigner dans une clinique psychiatrique ou dans un hôpital général, une clinique de réadaptation ou une autre clinique spécialisée, en gériatrie ou en pédiatrie par exemple (voir typologie des hôpitaux, Office fédéral de la statistique, 2023). Si l'on considère toutes les hospitalisations dues à une maladie psychique² en 2023, 56,6% (64 689 cas) ont eu lieu dans des cliniques psychiatriques. Les autres cas se répartissaient entre les hôpitaux généraux (37,4%), les cliniques de rééducation (4,0%) et les autres cliniques spécialisées (2,0%). Il s'agissait en partie de traitements dans des hôpitaux généraux ayant un mandat de prestations psychiatriques (p. ex. service psychiatrique dans un hôpital de soins aigus) et en partie de traitements

² Sont considérées comme des hospitalisations pour cause de maladie psychique les hospitalisations pour lesquelles le diagnostic principal est cité au chapitre «Troubles mentaux et du comportement» de la CIM-10-GM (Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, 10^e révision, German Modification).

somatiques ou de réadaptation de personnes souffrant de maladies psychiques (p. ex. mesures de médecine intensive en cas d'intoxication alcoolique ou réadaptation psychosomatique en cas de douleurs chroniques d'origine psychique).

Les résultats présentés dans la suite de ce chapitre concernent les soins psychiatriques au sens strict (désignés ci-après par le terme de psychiatrie). On entend par là les séjours hospitaliers dans une clinique psychiatrique ou dans les services psychiatriques d'un hôpital général. Il s'agit de cas dans lesquels le traitement psychiatrique est au premier plan et non le traitement somatique ou de réadaptation (définition détaillée dans le document d'accompagnement, voir note de bas de page 1).

Hospitalisations (nombre de cas et nombre de patients)

En psychiatrie, les diagnostics relevant des troubles de l'humeur (CIM F30–F39) faisaient partie des diagnostics principaux les plus fréquents (34%), suivis de ceux des groupes «Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives» (F10–F19; 21%) et «Schizophrénie, trouble schizotypique et troubles délirants» (F20–F29; 15%). Le code diagnostique le plus souvent attribué était «Trouble dépressif récurrent» (F33); il a été codé comme diagnostic principal dans 17% des cas de psychiatrie.

Dans les soins psychiatriques, on distingue habituellement trois domaines spécifiques à l'âge: la psychiatrie pour enfants et adolescents pour les patients âgés de 0 à 17 ans, la psychiatrie pour adultes (18 à 64 ans) et la psychiatrie de la personne âgée, soit des patients âgés de 65 ans ou plus. En 2023, 5783 enfants et adolescents, 65 830 adultes et 13 008 personnes âgées ont été hospitalisés en psychiatrie. Cela correspond à des taux standardisés selon le sexe et l'âge de respectivement 3,7, 11,8 et 7,4 hospitalisations pour 1000 personnes de chaque groupe d'âge^{3,4}. Comme le montre le graphique G11.2, le recours aux soins a nettement augmenté, surtout dans le domaine de la psychiatrie pour enfants et adolescents. Le taux d'hospitalisation a doublé (+115%) entre 2012 et 2023. Le recours à la psychiatrie pour adultes et à la psychiatrie de la personne âgée s'est également accentué sur la même période, mais de manière plus modérée (respectivement +24% et +12%). Il faut tenir compte du fait qu'une personne peut être hospitalisée

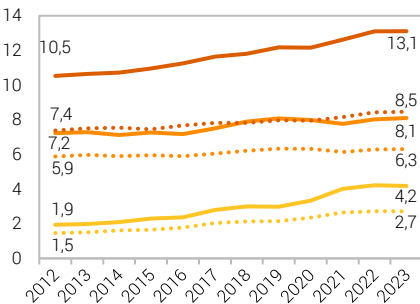
³ Les taux standardisés permettent d'établir des comparaisons dans le temps en gommant sur la durée les différences de structure par âge et par sexe de la population. Cela permet de s'assurer que les variations dans les taux d'hospitalisation ne sont pas dues à des changements démographiques, mais bien à une évolution de la charge de morbidité ou du recours aux soins.

⁴ Le nombre de cas et les taux standardisés ne correspondent pas à ceux présentés dans le graphique. Les chiffres indiqués dans le texte se basent sur la définition des cas en vigueur depuis l'introduction de TARPSY (2018), tandis que ceux présentés dans le graphique renvoient à la définition utilisée précédemment, pour des raisons de comparabilité temporelle.

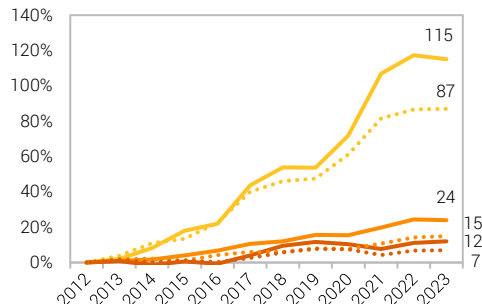
Hospitalisations en psychiatrie, de 2012 à 2023

G11.2

Taux standardisé pour 1000 habitants



Variation en % par rapport à 2012 (année de référence)



- Psychiatrie pour enfants et adolescents (0 à 17 ans)
- Psychiatrie pour adultes (18 à 64 ans)
- Psychiatrie pour pers. âgées (65 ans ou plus)
- Patients

Remarque: la variation par rapport à l'année de référence (graphique de droite) repose sur des taux standardisés selon l'âge et le sexe. Afin d'éviter une rupture dans la série chronologique, on a renoncé à regrouper les cas en lien avec l'introduction de TARPSY, de sorte que chaque hospitalisation a été comptée. Les taux présentés dans le graphique de gauche et dans le texte ne correspondent par conséquent pas aux pourcentages indiqués dans le graphique de droite.

Les lignes en pointillé indiquent l'évolution au niveau des patients (et non des cas) pour les trois domaines de la psychiatrie spécifiques à l'âge (psychiatrie pour enfants et adolescents, psychiatrie pour adultes, psychiatrie pour personnes âgées).

Source: OFS – MS / analyse Obsan

© Obsan 2025

plusieurs fois par an. Si l'on considère l'évolution au niveau du nombre de patients pour 1000 personnes, on constate une hausse de respectivement 87%, 15% et 7% (voir lignes pointillées G11.2).

L'évolution des chiffres concernant les patients et les cas montre que les séjours multiples ont augmenté: le nombre moyen de séjours par patient à l'hôpital / en clinique est passé de 1,38 en 2012 à 1,49 en 2023 (en hausse de 7,7%). La proportion de patients effectuant plus d'un séjour par an est passée de 23,4% (2012) à 26,7% (2023). C'est en psychiatrie pour enfants et adolescents que l'augmentation des séjours multiples a été la plus marquée, passant de 1,32 à 1,51 séjour par an et par personne (+14,1%), suivie de la psychiatrie pour adultes (de 1,42 à 1,53 séjour; +8,1%) et de la psychiatrie de la personne âgée (de 1,22 à 1,28 séjour; +4,7%). Cette évolution est une conséquence de la pratique actuelle en matière de traitement psychiatrique, qui vise à éviter autant que possible les longs séjours en clinique (Forster, 1997; OMS, 2021). Selon des experts (voir Pellegrini et al., 2024), il est avantageux que les patients puissent retourner le plus rapidement possible dans leur environnement habituel et que les séjours en clinique soient aussi courts que possible. Dans la grande majorité des cas, on envisage dès lors aussi un suivi ambulatoire (ou intermédiaire). Depuis quelque temps déjà, on observe par conséquent

en psychiatrie une mobilité accrue des patients entre prises en charge stationnaire et ambulatoire (avec des sorties précoces délibérées; Kuhl, 2008). C'est surtout en raison du transfert de patients atteints de maladies chroniques vers des structures de soins ambulatoires et des cliniques de jour que les hospitalisations sont devenues plus fréquentes et plus courtes et que le nombre de réadmissions à l'hôpital s'est accru (Jöger et Rössler, 2012).

Les séjours multiples sont devenus plus fréquents également en raison des traitements administrés de nos jours en psychiatrie. Ceux-ci visent à éviter autant que possible les longs séjours en clinique et à permettre aux patients de retourner le plus rapidement possible dans leur environnement habituel.

Durée des séjours

Le nombre moyen de journées de soins par séjour stationnaire en psychiatrie a baissé, passant de 35,7 jours en 2012 à 34,3 en 2023. C'est en psychiatrie pour enfants et adolescents que la baisse a été la plus nette (de 45,3 jours à 35,7), suivie par la psychiatrie de la personne âgée (de 43,3 jours à 39,2). La diminution a été relativement modérée en psychiatrie pour adultes (de 33,8 jours à 33,2).

La durée de séjour varie non seulement selon le groupe d'âge, mais aussi clairement selon le diagnostic. En psychiatrie pour enfants et adolescents, par exemple, les séjours pour cause de réaction à un facteur de stress sévère et troubles de l'adaptation (F43) sont nettement plus courts (26 jours en moyenne) que pour les troubles de l'alimentation (F50; 73 jours). En psychiatrie pour adultes, la durée de séjour est également bien plus courte (28 jours) pour les troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool (F10) que pour la schizophrénie (F20; 43 jours).

Mais la durée de séjour varie parfois considérablement entre les diagnostics d'une même catégorie, comme dans le cas des troubles de l'alimentation (F50) en psychiatrie pour enfants et adolescents: la durée de séjour des 50% des cas qui se situe autour de la médiane varie entre 28 et 101 jours.

Nombre de journées de soins

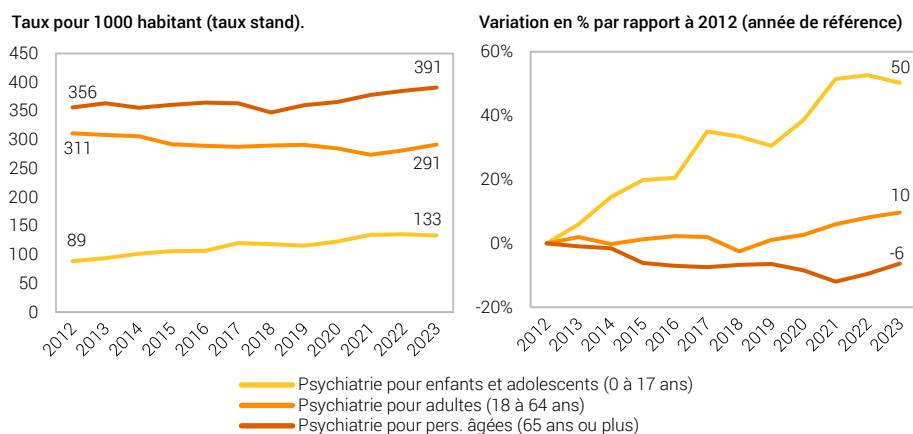
Le nombre annuel de journées de soins correspond à la somme des journées de soins de toutes les hospitalisations au cours d'une année (soit au nombre de jours où un lit a été occupé). Il renseigne sur l'ampleur des soins stationnaires sur une période donnée et sert souvent à planifier les capacités (p. ex., besoins en personnel, capacité en lits et ressources financières nécessaires).

Entre 2012 et 2023, le nombre de journées de soins a nettement moins augmenté que le taux d'hospitalisation (nombre de cas et de patients). En psychiatrie pour enfants et pour adolescents, il s'est accru de 50% (G11.3), tandis que le nombre de cas a augmenté de 115% et celui des patients de 87%. En psychiatrie de la personne âgée, en revanche, il a diminué de 6% pendant cette période.

Le nombre d'hospitalisations en psychiatrie s'est accru au cours des dix années sous revue. Dans le même temps, la durée moyenne des hospitalisations s'est raccourcie, en particulier en psychiatrie pour enfants et pour adolescents et en psychiatrie de la personne âgée. Dans l'ensemble, le nombre de cas s'est accru, mais la durée de séjour s'est raccourcie, de sorte que le nombre de journées de soins n'a augmenté que modérément. Ce dernier a même diminué en psychiatrie de la personne âgée.

Journées d'hospitalisation en psychiatrie, de 2012 à 2023

G11.3



Remarque: la variation par rapport à l'année de référence (graphique de droite) repose sur des taux standardisés selon l'âge et le sexe.

Source: OFS — MS / analyse Obsan

© Obsan 2025

Placement à des fins d'assistance

Dans le cas d'un placement à des fins d'assistance (PAFA), les patients sont placés en psychiatrie sans leur consentement. Le Code civil suisse prévoit qu'une personne ne peut être placée contre son gré dans une institution appropriée en raison de troubles psychiques, d'une déficience mentale ou d'un grave état de négligence que s'il n'est pas possible de lui fournir autrement (p. ex. en ambulatoire) l'assistance ou le traitement dont elle a besoin. La charge que la personne concernée représente pour ses proches et pour les tiers ainsi que leur besoin de protection sont pris en compte dans la décision d'ordonner un PAFA. Cette décision incombe en principe à l'autorité de protection de l'enfant et de l'adulte (APEA) du canton. Dans la plupart des cas, elle est toutefois prise par un médecin. En cas de danger imminent, la loi prévoit la possibilité d'ordonner un PAFA par voie de prescription médicale, afin de garantir un placement immédiat. Les cantons peuvent désigner des groupes de médecins spécifiques qui, dans ces situations d'urgence, peuvent ordonner un PAFA pour une durée maximale de six semaines. L'APEA réexamine, au plus tard après ce délai, le placement ordonné par le médecin, et évalue s'il y a lieu de le poursuivre.

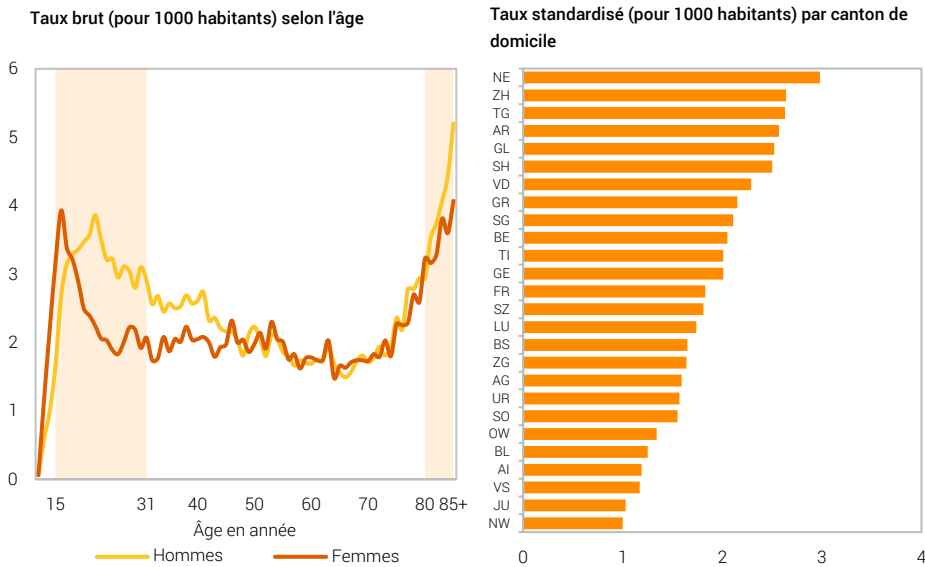
En 2023, on a recensé 18 347 cas de PAFA en Suisse, soit environ 33% de plus qu'en 2018 (13 768 cas). Même si l'on tient compte de la croissance démographique, cela correspond à une hausse de 27% (taux standardisé en 2018: 1,60 cas pour 1000 personnes; en 2022: 2,03 cas pour 1000 personnes).

Les adolescentes de 15 à 19 ans, les jeunes hommes de 17 à 31 ans et les personnes âgées de 80 ans ou plus (G11.4) sont particulièrement concernés. Chez les personnes âgées, la plupart des PAFA sont ordonnés sur la base de diagnostics du groupe «Troubles mentaux organiques, y compris les troubles symptomatiques» (F00–F09, G30–G32), comme la maladie d'Alzheimer. La palette des diagnostics est en revanche beaucoup plus vaste chez les jeunes, la schizophrénie (F20–29) et les troubles de l'humeur (F30–39) faisant partie des diagnostics les plus fréquents.

La fréquence à laquelle sont prescrits les PAFA varie fortement d'un canton à l'autre (voir G11.4). En 2023, le taux de PAFA se situait par exemple à 2,98 cas pour 1000 personnes dans le canton de Neuchâtel, alors qu'il n'était que de 1,00 dans celui de Nidwald. Ces inégalités sont dues en partie au fait que la compétence pour prescrire un placement n'est pas réglée de la même manière dans tous les cantons (dans certains cantons, tous les médecins peuvent le faire, dans d'autres seulement les psychiatres) et à d'autres facteurs tels que le degré d'urbanisation, les curatelles officielles et les structures de soins, qui diffèrent d'une région à l'autre (voir Jäger et al., 2024).

Placements en psychiatrie à des fins d'assistance, cumulés pour 2021 à 2023 (par âge), en 2023 (par canton de domicile)

G11.4



Source: OFS – MS / analyse Obsan

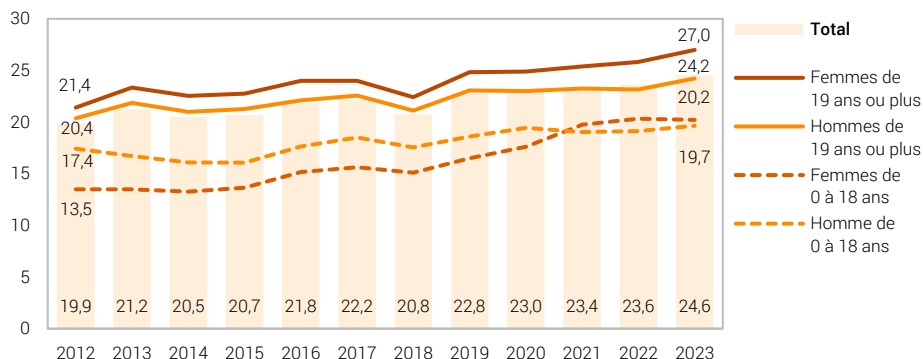
© Obsan 2025

Soins hospitaliers ambulatoires (intermédiaires)

Dans le domaine de la psychiatrie hospitalière ambulatoire, environ 220 000 patients ont été traités en 2023 par des médecins spécialisés en psychiatrie et en psychothérapie ou par des psychologues (voir G11.5). Cela correspond à 24,6 personnes pour 1000 assurés. À titre de comparaison, en 2012, le taux correspondant était de 19,9 personnes pour 1000 assurés. Au total, cela correspond à une augmentation de 23,6%, soit une hausse annuelle de 1,9% en moyenne. L'augmentation était plus marquée chez les femmes. Entre 2012 et 2023, elle a été de 50,1% pour les femmes âgées de 0 à 18 ans (de 3,8% par an en moyenne) et de 26,1% (2,1% par an en moyenne) pour celles de 19 ans ou plus.

Patients traités en psychiatrie hospitalière ambulatoire, de 2012 à 2023**G11.5**

Nombre de patients pour 1000 assurés



Source: SASIS SA — pool de données / analyse Obsan, état des données: 13.9.2024

© Obsan 2025

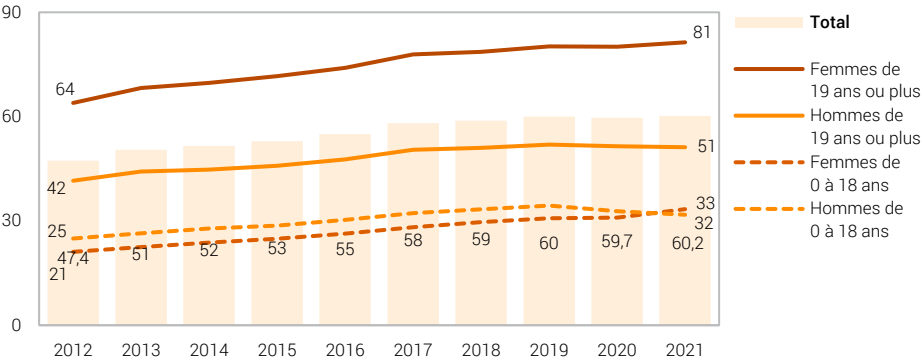
Soins ambulatoires en cabinet

En 2021, environ 531 000 patients (soit 60,2 personnes pour 1000 assurés) ont été traités par des médecins spécialisés en psychiatrie et en psychothérapie ou des psychologues dans un cabinet (G11.6). En 2012, c'était le cas de 47,4 personnes pour 1000 assurés, soit une augmentation de 27,1% en neuf ans (augmentation annuelle moyenne de 2,7%). Pendant cette période, la hausse a été la plus marquée chez les femmes âgées de 0 à 18 ans (+de 58,1%; augmentation annuelle moyenne de 5,2%). Depuis le passage au modèle de la prescription à la mi-2022 (voir l'encadré «Passage au modèle de la prescription»), les patients sont comptés différemment dans le pool de données (voir le document d'accompagnement pour plus d'informations). Il n'est par conséquent plus possible d'interpréter de manière univoque l'évolution des données dans le temps au-delà de 2021, de sorte que les données pour 2022 et 2023 ne sont pas présentées ici. Les effets du passage au modèle de la prescription, notamment en ce qui concerne l'évolution des coûts, sont décrits dans le rapport de suivi de la nouvelle réglementation concernant la psychothérapie psychologique (Tuch, Fischer & Jörg, 2025).

Patientèle en cabinets ambulatoires de psychiatrie psychothérapeutique, de 2012 à 2021

G11.6

Nombre de patients pour 1000 assurés



Remarque: le passage au modèle de prescription et l'introduction du tarif 581 Psychothérapie LAMal à la mi-2022 ont modifié la manière de compter le nombre de patients dans le pool de données. Le graphique ne présente que les données jusqu'en 2021, celles des années suivantes ne pouvant plus être interprétées de manière univoque.

Source: SASIS SA – pool de données / analyse Obsan, état des données: 13.9.2024

© Obsan 2025

Passage au modèle de la prescription

Depuis juillet 2022, les psychologues psychothérapeutes peuvent exercer leur activité de manière indépendante et à leur propre compte dans un cabinet ou un service ambu-latoire et, pour autant qu'il y ait une prescription médicale, la facturer à l'AOS (modèle de la prescription). Si le modèle de la délégation pouvait encore être appliqué jusqu'à fin 2022, la psychothérapie déléguée n'existe plus depuis janvier 2023. Pendant le deuxième semestre de 2022, les psychologues pratiquant la psychothérapie pouvaient donc être soumis aux deux modèles: celui de la délégation et celui de la prescription. Voir la nouvelle réglementation de la psychothérapie pratiquée par des psychologues (OFSP) pour plus d'informations.

Médicaments (consommation de médicaments)

Selon l'ESS 2022, 4,0% de la population suisse a pris quotidiennement **des somnifères ou des tranquillisants** au cours de la semaine ayant précédé l'enquête (G11.7). Les femmes consomment plus de médicaments que les hommes (4,8% contre 3,1%). Avec l'âge, la consommation devient plus fréquente: la part des personnes qui prennent quotidiennement des somnifères ou des tranquillisants est de 1,6% chez les 15 à 34 ans, contre 7,5% chez les 65 ans ou plus. Au fil du temps, la tendance a évolué légèrement à la baisse: la part des personnes interrogées qui prennent quotidiennement des somnifères ou des tranquillisants a diminué entre 1992 et 2022, passant de 4,8% à 4,0%.

La remise de benzodiazépines dans le secteur ambulatoire a par ailleurs diminué entre 2015 et 2022 (Obsan, 2023a). Les benzodiazépines constituent le principal groupe de psychotropes parmi les somnifères et les tranquillisants. Ils ont un effet anxiolytique, calmant, favorisant le sommeil, relaxant les muscles et antispasmodique, et sont donc utilisés en cas d'anxiété, de troubles du sommeil, de forte tension et de nervosité (p. ex. avant une opération).

Dans le cadre de l'enquête Omnibus sur la santé mentale réalisée à l'automne 2022, 5% des personnes interrogées ont déclaré avoir pris un somnifère au moins une fois au cours de la semaine ayant précédé l'enquête. Dans 53,4% des cas, les somnifères avaient été prescrits par le médecin de famille, dans 21,0% des cas par le psychiatre et dans 3,6% des cas par un autre médecin. Les 22,0% restants n'avaient pas de prescription médicale. En outre, 3,6% des personnes interrogées ont déclaré avoir pris un tranquillisant au moins une fois au cours de la semaine ayant précédé l'enquête. Les tranquillisants avaient été prescrits par le médecin de famille dans 49,2% des cas, par le psychiatre dans 31,1% des cas et par un autre médecin dans 5,3% des cas. Les 14,3% restants n'avaient pas de prescription médicale (Peter et al., 2023).

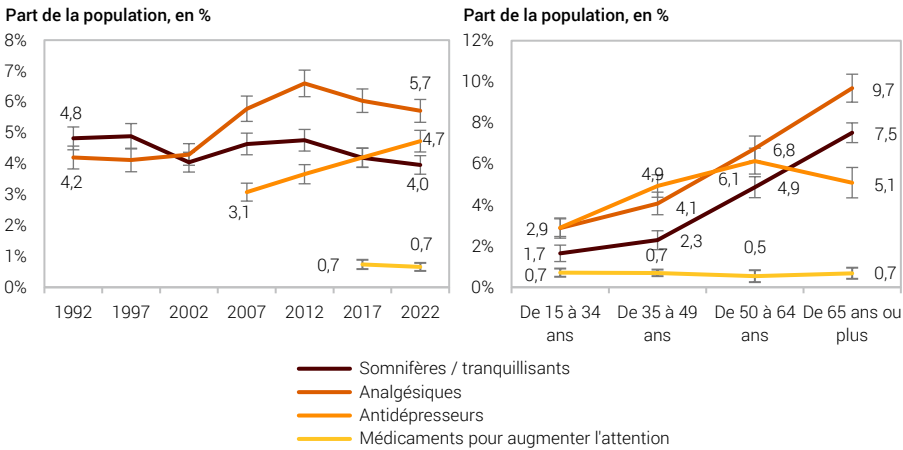
En 2022, selon l'ESS, 4,7% de la population suisse avaient pris **des antidépresseurs** quotidiennement au cours de la semaine ayant précédé l'enquête (G11.7). La part des personnes concernées n'a cessé d'augmenter au fil des ans depuis 2007 (3,1%). Il faut toutefois tenir compte du fait que dans le traitement de la dépression par des antidépresseurs, la prise quotidienne est la règle. Les femmes consomment plus souvent des antidépresseurs que les hommes (5,9% contre 3,5%). Parmi les personnes qui en consomment quotidiennement, la part des 15 à 34 ans est moins élevée (2,9%) que celle des 35 ans ou plus (de 4,9% à 6,1%). Chez les premiers, elle a toutefois augmenté par rapport à 2017 (1,7% contre 2,9%). Selon l'Atlas suisse des services de santé, la remise d'antidépresseurs par les prestataires de soins ambulatoires a légèrement augmenté, de 2,9%, entre 2015 et 2022 (Obsan, 2023b).

Il ressort de l'enquête Omnibus sur la santé mentale réalisée à l'automne 2022 que les personnes qui ont déclaré prendre des antidépresseurs se sont vu prescrire ces médicaments par leur médecin généraliste dans 30% des cas. Dans la plupart des cas,

la prescription a été faite par un psychiatre (50%). Parmi les personnes interrogées, 7% environ ont déclaré qu'un autre médecin leur avait prescrit le médicament et environ 10% ont dit n'avoir pas de prescription médicale (Peter et al., 2023).

Selon l'ESS 2022, la part des personnes qui ont pris quotidiennement des **analgésiques** pendant la semaine ayant précédé l'enquête (G11.7) était de 5,7%. Elle était plus faible entre 1992 et 2002 (de 4,1% à 4,3%), un peu plus élevée entre 2005 et 2012 (de 5,8% à 6,6%) et à nouveau un peu plus basse entre 2017 et 2022 (de 6,0% à 5,7%). Comme pour les tranquillisants et les somnifères, la consommation quotidienne d'analgésiques est plus fréquente chez les femmes (6,9%) que chez les hommes (4,5%) et augmente avec l'âge: elle est passée de 2,9% chez les 15 à 34 ans à 9,7% chez les personnes de 65 ans ou plus.

Prise quotidienne de médicaments (7 derniers jours), de 1992 à 2022 G11.7



Remarque: les barres d'erreur représentent les intervalles de confiance à 95%.

Source: OFS — ESS / analyse Obsan

© Obsan 2025

Il ressort de l'Atlas suisse des services de santé que la distribution d'opioïdes, des analgésiques puissants à fort potentiel de dépendance, est en recul. Entre 2015 et 2022, la remise d'opioïdes dans le secteur ambulatoire a diminué de 7,6% (Obsan, 2023c).

Selon l'enquête Omnibus (Peter et al., 2023), les analgésiques ont été prescrits par le médecin de famille dans 49,1% des cas, par le psychiatre dans 1,5% et par un autre médecin dans 8,7% des cas. Les 40,7% restants en ont pris sans prescription médicale.

Selon l'ESS, 0,7% seulement de la population consommait des **médicaments destinés à augmenter l'attention** (Ritaline, Medikinet, Concerta, Modasomil, etc.) en 2022, soit autant qu'en 2017. Aucune différence de consommation n'a été constatée selon l'âge et le sexe.

Contrairement à l'ESS, l'atlas des services de santé fait état d'une augmentation de la remise de médicaments contre le TDAH par les prestataires de soins ambulatoires. Entre 2015 et 2022, la quantité de ces médicaments distribuée pour 100 000 habitants a augmenté d'environ 76%, la hausse étant plus marquée chez les 19 ans ou plus (+113%) que chez les 0 à 18 ans (+35%). L'atlas montre aussi que ces médicaments sont nettement plus souvent remis à des jeunes âgés de 11 à 18 ans qu'à des adultes (Obsan, 2023d). L'écart avec les résultats de l'ESS n'est pas étonnant, car celle-ci ne prend en compte que les personnes âgées de 15 ans ou plus.

La consommation de somnifères et de tranquillisants a diminué depuis 1992. En revanche, celle d'analgésiques a augmenté en 2022 par rapport à 1992. Quant à la consommation d'antidépresseurs, elle s'est fortement accrue ces dernières années.

11.4 Professionnels de la santé

Les sections suivantes portent sur les ressources en personnel du secteur hospitalier et des cabinets médicaux. Pour tenir compte du fait que de nombreux médecins et professionnels de la santé travaillent à temps partiel, les effectifs du personnel de santé sont exprimés en équivalents plein temps (EPT).

Soins hospitaliers (stationnaires et intermédiaires)

En 2023, la psychiatrie hospitalière comptait 3353 EPT pour le personnel médical, 8758 EPT pour le personnel de soins et d'accompagnement et 2464 EPT pour les psychologues.⁵ En termes d'EPT, le personnel de soins et d'accompagnement représente la plus grande partie du personnel en psychiatrie (60%, contre 23% de médecins et 17% de psychologues).

⁵ Pour faciliter la comparaison, on est parti d'un standard de 2100 heures par an pour un EPT. L'interprétation n'est ainsi pas influencée par le fait que certains hôpitaux ne comptent pas le même nombre d'heures de travail annuelles pour un poste à 100% dans la statistique des hôpitaux (KS).

Si l'on considère l'évolution des EPT dans le temps, en valeur absolue, on constate une augmentation dans les trois groupes de professionnels entre 2012 et 2023. Le taux de croissance annuel moyen était ainsi de 3,0% pour le personnel médical, de 2,0% pour le personnel de soins et d'accompagnement et de 7,5% pour les psychologues. En ce qui concerne le personnel des soins et d'accompagnement, l'augmentation est due principalement au personnel diplômé du degré secondaire II (certificat fédéral de capacité ou attestation fédérale de formation professionnelle; +3,9% par an en moyenne). La part du personnel ayant une formation spécialisée du degré tertiaire et celle du personnel sans formation ou ayant une autre formation tendent également à augmenter, mais dans une moindre mesure (respectivement +1,6% et +2,4%). La part du personnel de soins titulaire d'un diplôme du degré tertiaire a baissé de 77,1% à 73,4% entre 2012 et 2023.

En 2023, la psychiatrie hospitalière comptait en moyenne 1,36 médecin par psychologue. En comparaison, le ratio était encore de 2,18 médecins par psychologue en 2012. La proportion de psychologues s'est donc accrue au cours des onze dernières années. Différentes études (voir Stocker et al., 2016; OFSP, 2016; Giacometti-Bickel et al., 2013) mettent l'augmentation du nombre de psychologues en relation avec la pénurie de médecins spécialistes en psychiatrie et psychothérapie, ce qui paraît plausible.

Si l'on considère les ressources en personnel par rapport au volume de soins, c'est-à-dire le nombre d'EPT disponibles pour 1000 équivalents journées de soins⁶, on constate, sur l'ensemble de la période considérée, une tendance stable ou à la hausse selon la catégorie de personnel (G11.8). Entre 2013 et 2023, le nombre d'EPT pour 1000 équivalents journées de soins a augmenté de 4% pour le personnel médical, de 59% pour les psychologues et est resté stable pour le personnel de soins. Le **ratio de personnel** (rapport entre le personnel et les journées de soins) s'est donc globalement amélioré pour les médecins et les psychologues au cours des dix dernières années, alors qu'il est resté largement inchangé pour le personnel d'accompagnement. De l'avis d'experts, ce résultat ne correspond pas aux expériences faites dans la pratique, selon lesquelles les personnes interrogées perçoivent plutôt un manque de personnel qui conduit à une surcharge de travail (voir Pellegrini et al., 2024). Lors de l'interprétation du ratio de personnel, il faut toutefois tenir compte du fait que la durée de séjour en psychiatrie n'a cessé de se réduire au fil des ans, de sorte que le personnel de soins dispose globalement de moins de temps pour fournir des prestations à chaque patient, ce qui augmente potentiellement la charge de travail. De plus, depuis l'introduction de TARPSY (structure tarifaire uniforme pour la psychiatrie stationnaire dans toute la Suisse), la charge administrative induite par l'obligation de documenter a considérablement augmenté pour le personnel médical, thérapeutique et de soins (Pellegrini et al., 2024).

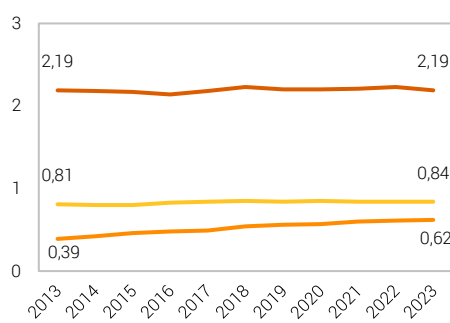
⁶ Afin de pouvoir mettre en relation les ressources en personnel avec le volume total des prestations de la psychiatrie hospitalière (journées de soins stationnaires et consultations ambulatoires confondues), il a d'abord fallu convertir les consultations en équivalents journées de soins, puis les additionner aux journées de soins (pour plus d'informations, voir le document d'accompagnement sur https://www.gesundheitsbericht2025.ch/docs/NGB_Begleitdokument.pdf).

Le personnel de soins et d'accompagnement représente de loin la part la plus importante (60%) du personnel de santé en psychiatrie hospitalière. Seuls 23% des EPT sont imputables aux médecins, les psychologues représentant 17%. La part des psychologues a toutefois nettement augmenté ces dernières années.

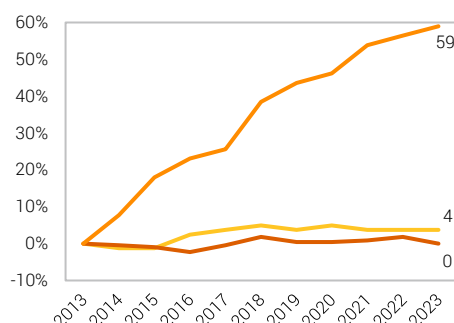
Ressources en personnel par rapport au volume de soins dans le domaine hospitalier, de 2013 à 2023

G11.8

Nombre d'équivalents plein temps pour 1000 journées de soins



Variation en % par rapport à 2013 (année de référence)



— Médecins (y c. assistants)
— Psychologues
— Personnel de soins et d'accompagnement

Source: OFS – MS, KS / analyse Obsan

© Obsan 2025

Soins ambulatoires en cabinet

Psychiatres installés en cabinet

En 2023, les médecins spécialistes en psychiatrie et psychothérapie installés en cabinet et exerçant dans le cadre de l'AOS représentaient environ 2786 EPT (G 11.9). S'y ajoutent quelque 318 EPT de spécialistes en psychiatrie et psychothérapie pour enfants et adolescents (PPEA). Leur nombre n'a cessé d'augmenter entre 2015 et 2023 en hausse de 29% dans la psychiatrie et la psychothérapie pour adultes et de 37 % dans celles pour enfants et adolescents. Compte tenu de la croissance démographique sur la même période, cela correspond à une augmentation de respectivement 20% et 27%⁷.

Les femmes représentent 44% des effectifs en psychiatrie et psychothérapie et 64% en PPEA. Les analyses sur la structure par âge montrent que 61% des psychiatres travaillant actuellement en cabinet ont 55 ans ou plus (état en 2022) et atteindront donc l'âge de la retraite en 2032 ou sont déjà à la retraite. Une part considérable (23% en psychiatrie et psychothérapie pour adultes et 19% en PPEA) des psychiatres actifs ont déjà 65 ans ou plus (calcul selon Burla, Widmer et Zeltner, 2022; voir document d'accompagnement).

Psychologues

En 2023, les psychologues travaillaient à hauteur d'environ 2527 EPT dans le secteur ambulatoire des cabinets médicaux à la charge de l'AOS (G 11.9). Entre 2015 et 2023, leur nombre n'a fait qu'augmenter (+74%).

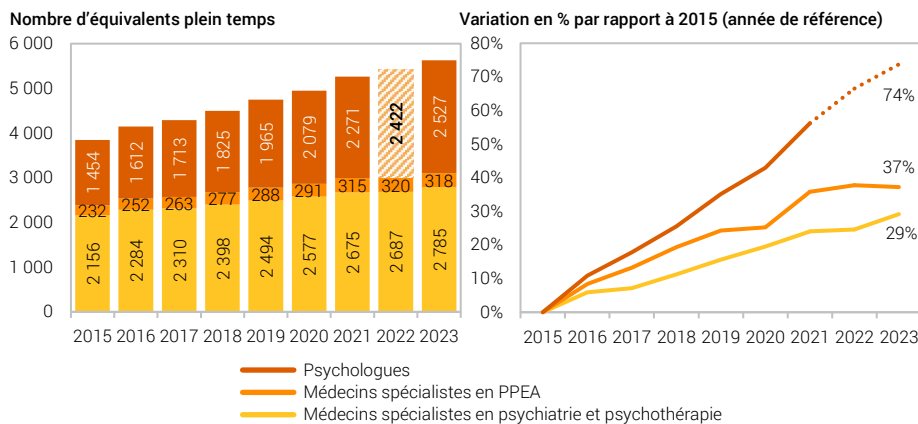
Compte tenu de la croissance démographique, cela correspond à une hausse de 61%. Exprimé en EPT, le nombre de psychologues a donc fortement augmenté par rapport à la croissance démographique et de manière plus marquée que celui des psychiatres.

Selon une enquête réalisée sur mandat de la Fédération suisse des psychologues (FSP) auprès des membres de plusieurs associations professionnelles, la proportion de femmes parmi les psychothérapeutes travaillant à la charge de l'AOS est d'environ 80%. La moitié des psychologues interrogés avaient 55 ans ou plus au moment de l'enquête (en 2023) (Iseli, Kaderli et Künzi, 2024).

⁷ La méthode et la source des données utilisées ici (pour plus d'informations, voir le document d'accompagnement) ne sont pas les mêmes que pour les analyses sur l'effectif du corps médical effectuées jusqu'à présent par l'Obsan (p. ex. Burla, Widmer und Zeltner, 2022).

Psychiatres et psychologues travaillant dans le secteur ambulatoire des cabinets médicaux (AOS), de 2015 à 2023

G11.9



Remarque: le passage au modèle de la prescription et l'introduction du tarif 581 Psychothérapie LAMal en découlant ayant eu lieu à la mi-2022, il y a eu une phase de transition pendant laquelle il était possible de facturer de diverses manières. Il convient par conséquent de faire preuve de prudence dans l'interprétation des ETP de psychologues calculés pour 2022, représentés en hachuré ou en pointillé dans le graphique. Les ETP ont été calculés sur la base des tarifs horaires. Pour de plus amples informations, veuillez consulter le document d'accompagnement.

PPEA = Psychiatrie et la psychothérapie d'enfants et d'adolescents

Source: SASIS SA — pool de données / analyse Obsan, état des données: 17.2.2025

© Obsan 2025

11.5 Accès aux soins et différences régionales

L'analyse ci-après analyse les différences régionales dans le recours aux soins psychiatriques, leur structure ainsi que leur accessibilité et la densité des offres de soins psychiatriques. L'objectif est d'identifier les particularités qui permettent, le cas échéant, de tirer des conclusions sur la situation en matière de soins.

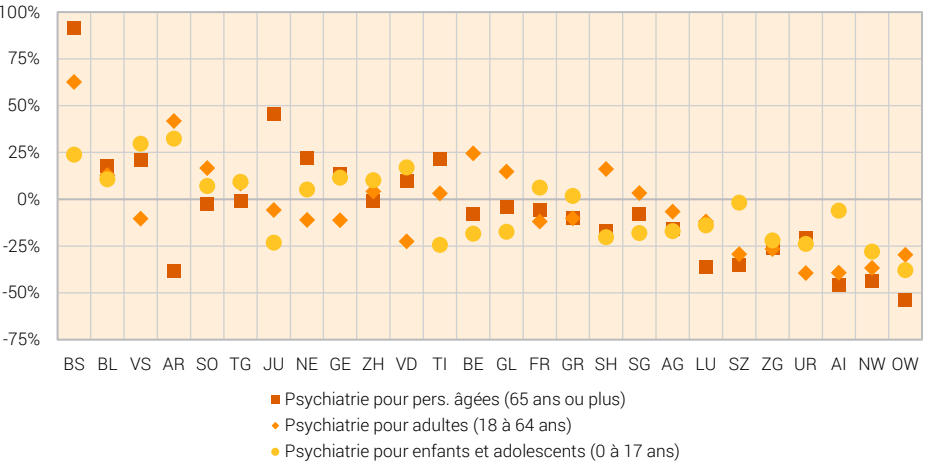
Recours aux soins (indice d'une offre surabondante ou insuffisante)

Si l'on compare le taux d'hospitalisation (standardisé selon l'âge et le sexe) entre les cantons, on constate de nettes différences dans le recours aux soins psychiatriques du domaine stationnaire. En d'autres termes, la part des habitants qui sont hospitalisés est plus élevée dans certains cantons que dans d'autres. En psychiatrie pour adulte (18 à 64 ans), on dénombrait par exemple 23,9 hospitalisations pour 1000 habitants à Bâle-Ville en 2023, contre seulement 8,9 dans le canton d'Appenzell Rhodes-Intérieures, soit presque deux tiers de moins. Comme le montre le graphique G11.10, les taux d'hospitalisation varient considérablement entre les cantons dans tous les groupes d'âge. Selon le

Taux d'hospitalisation en psychiatrie par canton de domicile et par domaine, en 2023

G11.10

Écart en % par rapport à la moyenne suisse



Source: OFS – MS / analyse Obsan

© Obsan 2025

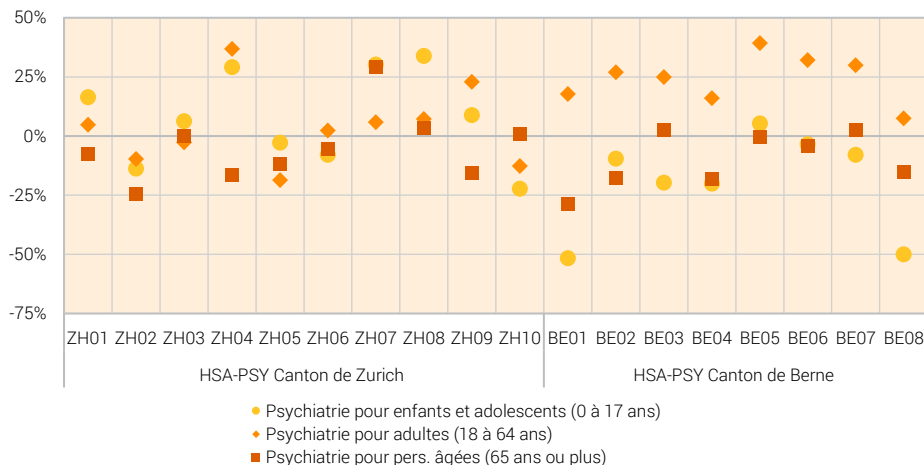
domaine, 10 à 13 cantons s'écartent d'au moins 20% de la moyenne suisse. Ces écarts proviennent de causes diverses telles que des facteurs sociodémographiques, la manière dont les soins sont organisés (p. ex. ambulatoires vs stationnaires) ou des facteurs géographiques (p. ex. régions rurales ou urbaines). En l'absence d'autres explications, les différences marquées peuvent toutefois aussi être dues à une offre surabondante ou insuffisante de soins (Birkmeyer et al., 2013; Schwenkglenks, 2022). Ces différences entre les cantons dans le recours aux soins stationnaires sont à interpréter avec prudence, en tenant compte de toutes les explications possibles et d'autres facteurs pouvant être déterminants (p. ex. les délais d'attente pour les traitements). En Suisse, elles s'expliquent souvent par les différences intercantionales dans l'organisation des soins (Schuler, Tuch et Peter, 2020; Tuch et al., 2024 et section ci-dessous).

Les cantons ne constituent pas toujours une base appropriée pour les analyses régionales: les grands cantons comprennent souvent plusieurs régions de soins, qui se distinguent fortement sur le plan structurel. Les zones d'agglomération s'étendent parfois sur plusieurs cantons, les personnes se déplacent en conséquence au-delà des frontières cantonales. Cela vaut pour la mobilité en général, mais aussi pour les soins médicaux. Afin de permettre des analyses à petite échelle sur la base de régions pertinentes, l'Obsan a défini pour la Suisse 68 régions de soins psychiatriques (HSA-PSY) en collaboration avec des experts nationaux et internationaux (voir Stulz et al., 2023). Ces régions se basent sur les flux effectifs de patients et reflètent ainsi les bassins de santé des offres de soins locales.

Taux d'hospitalisation par région de soins psychiatriques (HSA-PSY) pour les cantons de Zurich et de Berne, en 2023

G11.11

Écart en % par rapport à la moyenne suisse



Source: OFS – MS / analyse Obsan

© Obsan 2025

Le graphique G11.11 montre qu'une analyse spatiale plus fine (selon HSA-PSY) met également en évidence des différences au sein des cantons. Alors que le taux d'hospitalisation en psychiatrie pour adultes, par exemple, est globalement un peu plus élevé que la moyenne suisse dans le canton de Zurich (+6%), il est inférieur à celle-ci dans certaines régions du canton (p. ex. à ZH05 – Bülach, -19%), mais nettement supérieur en termes relatifs dans d'autres (p. ex., à ZH04 – Wetzikon, +37%).

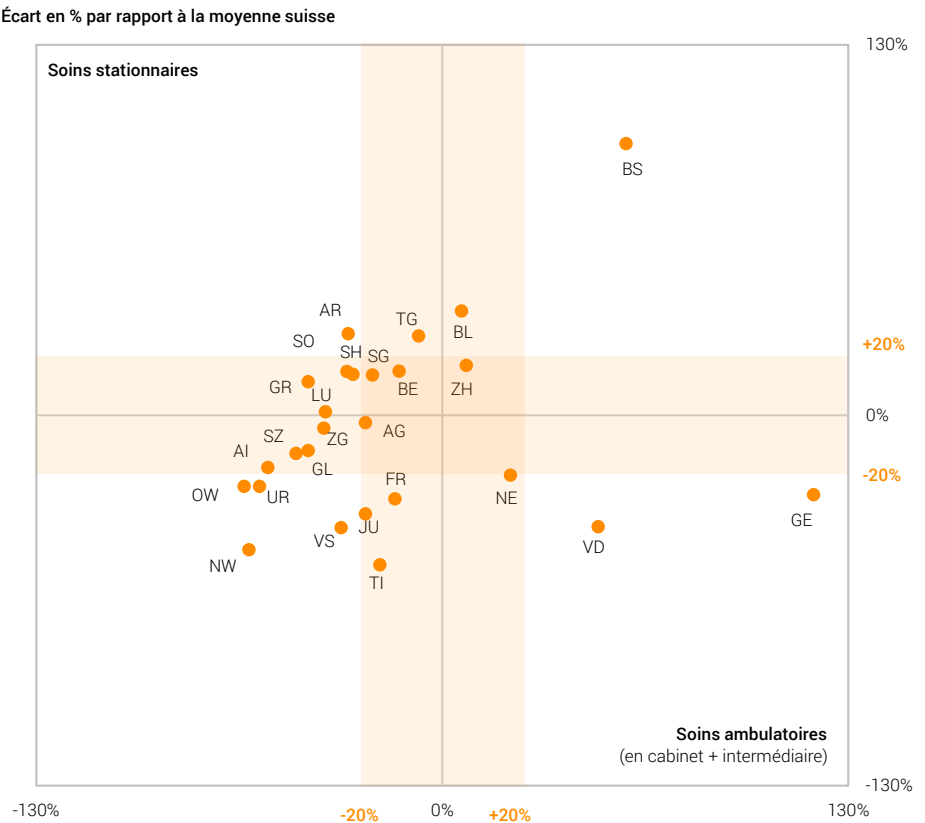
Composition de la structure de soins (combinaison des soins)

Comme indiqué dans la section précédente, il y a en Suisse de nettes différences régionales dans le recours aux soins psychiatriques. Ces inégalités peuvent s'expliquer entre autres par les différences entre les régions quant à la manière dont les soins sont organisés, c'est-à-dire des différences régionales dans la composition des structures de soins (stationnaires, intermédiaires et ambulatoires en cabinet) ou dans **la combinaison des soins**. Cette dernière varie considérablement d'un canton à l'autre. La part des prestations stationnaires en Suisse romande et au Tessin se situe entre 27% (Genève) et 50% (Jura). Elle est nettement plus faible qu'en Suisse alémanique, où les prestations stationnaires représentent entre 55% (Zurich) et 70% (Obwald). Les structures intermédiaires et les cabinets ambulatoires jouent donc proportionnellement un rôle plus important dans les

soins psychiatriques en Suisse latine. Le graphique G11.12 illustre les différences entre les structures de soins cantonales. Le volume des prestations stationnaires et ambulatoires y est représenté par rapport à la moyenne nationale. Les cantons dont le volume des prestations (par habitant) est inférieur à la moyenne nationale, tant en ambulatoire qu'en stationnaire, apparaissent dans le quadrant inférieur gauche. Il s'agit principalement de cantons ruraux comme Nidwald, Obwald, Uri, Valais et Jura. Le quadrant supérieur droit réunit les cantons où le volume de prestations par habitant est élevé, tant dans le domaine ambulatoire que dans le domaine stationnaire. C'est surtout le cas du canton de Bâle-Ville. Le quadrant inférieur droit, où figurent les cantons de Neuchâtel, de Vaud et

Volume de prestations ambulatoires et stationnaires par habitant, en 2021

G11.12



Remarques: les volumes de prestations représentés se rapportent au nombre de personnes assurées domiciliées dans le canton. Les résultats ne sont pas standardisés selon l'âge ou le sexe.

de Genève, illustre un système de soins affichant un volume de prestations supérieur à la moyenne dans le domaine ambulatoire et, en parallèle, un volume de prestations relativement faible dans le domaine stationnaire. À l'inverse, le quadrant supérieur gauche du graphique englobe les cantons présentant un grand volume de prestations stationnaires et un faible volume de prestations ambulatoires. Le graphique révèle deux tendances : premièrement, les cantons ruraux comptent en général moins de prestations que les cantons plutôt urbains ; deuxièmement, tous les cantons romands, ainsi que le Tessin, font état d'un volume de prestations relativement faible dans le domaine stationnaire (voir aussi Tuch et al., 2024).

Accessibilité et densité des soins

Cette section se concentre davantage sur les aspects géographiques et spatiaux des soins, en abordant leur accessibilité. Elle porte sur l'accessibilité des offres de soins psychiatriques et la densité régionale des soins.

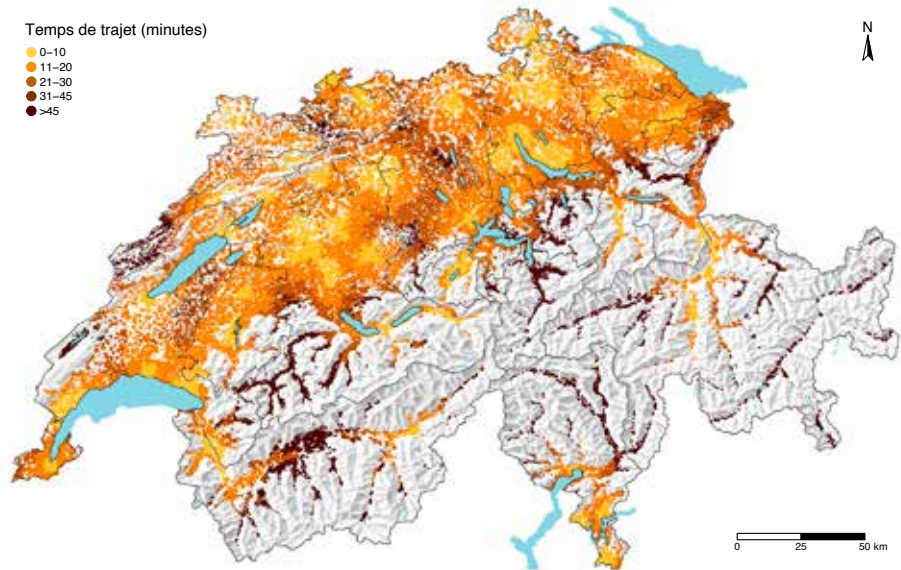
Pour garantir une prise en charge adaptée aux besoins, il ne suffit pas de proposer des soins, il faut également faire en sorte que la patientèle puisse y avoir recours. Le guide de planification de la psychiatrie élaboré par la CDS en 2008 définit même à cet égard une valeur cible, selon laquelle des soins psychiatriques stationnaires de base doivent être accessibles en 30 minutes pour 90% de la population (CDS, 2008). Dans le domaine ambulatoire, il semble judicieux, en raison de la fréquence plus élevée des consultations et de la nécessité de disposer de soins à proximité du domicile, de fixer comme objectif des temps de trajet nettement plus courts (par exemple 10 minutes).

Dans ce contexte, la carte du graphique G11.13 présente les temps de trajet jusqu'au prestataire de soins psychiatriques stationnaires de base le plus proche. Il en ressort, sans surprise, que l'accessibilité est meilleure dans les régions urbaines que dans les régions rurales ou alpines. Au total, 95% de la population résidante suisse peut accéder aux soins psychiatriques stationnaires de base les plus proches en moins de 30 minutes, 3,7% de la population doit compter entre 31 et 45 minutes, 0,8% entre 46 et 60 minutes et 0,4% (environ 37 000 personnes) plus d'une heure.

L'accessibilité représentée dans le graphique G11.13 permet des analyses jusqu'à un hectare près. Les résultats peuvent ensuite être agrégés selon les besoins. Le tableau T11.1 montre, pour chaque grande région, la part de la population qui peut atteindre l'offre la plus proche en moins de 10 et 30 minutes. Ces proportions sont les plus faibles au Tessin, tant pour les soins de base stationnaires que pour les soins ambulatoires à l'hôpital (10% à 41% en 10 minutes et 50% à 87% en 30 minutes). Un résultat qui paraît plausible si l'on tient compte de la topographie de ce canton, marquée par les Alpes, et des temps de trajet qui en découlent entre les régions périphériques et les centres. Dans le domaine des soins ambulatoires en cabinet, en revanche, plus de 90% de la population

Accessibilité des soins stationnaires de base, psychiatrie pour adultes, en 2022

G 11.13



Remarque: Le temps de trajet jusqu'au prestataire le plus proche a été calculé pour le transport individuel motorisé (voiture).

Source: OFS – KS, STATPOP / analyse Obsan/Geo7

© Obsan 2025

Accessibilité des soins psychiatriques de base par grande région, en 2022

T 11.1

Grande région	Part de la population dont le temps de trajet jusqu'à l'offre la plus proche est maximal de 10 ou 30 minutes					
	Soins stationnaires		Soins ambulatoires en hôpital		Soins ambulatoires en cabinet	
	PA	PEA	PA	PEA	PTP	MSP
Région lémanique	39/92%	35/91%	44/95%	36/89%	92/99%	94/99%
Espace Mittelland	39/97%	29/92%	57/99%	38/95%	89/99%	92/99%
Suisse du Nord-Ouest	27/98%	22/99%	73/100%	55/100%	98/100%	99/100%
Zurich	44/100%	28/100%	81/100%	58/100%	100/100%	99/100%
Suisse orientale	31/92%	20/87%	54/97%	25/90%	90/98%	88/98%
Suisse centrale	22/91%	30/89%	63/99%	46/98%	88/100%	91/100%
Tessin	41/87%	16/79%	20/82%	10/50%	90/100%	94/100%
Total	36/95%	27/93%	60/98%	41/93%	93/99%	94/99%

Remarque: PA = Psychiatrie pour adultes, PEA = Psychiatrie pour enfants et adolescents, PTP = Psychothérapie psychologique, MSP = Médecins spécialistes en psychiatrie et psychothérapie ou en psychiatrie et psychothérapie d'enfants et d'adolescents. En moyenne, une personne peut parcourir en voiture 5,5 kilomètres en 10 minutes et 21,5 kilomètres en 30 minutes depuis son domicile. Dans les zones rurales, ces distances sont plus importantes que dans les zones urbaines (6,2 km contre 4,7 km en 10 minutes et 22,2 km contre 20,8 km en 30 minutes).

Source: OFS – KS, STATPOP, Geo7 / analyse Obsan/Geo7

© Obsan 2025

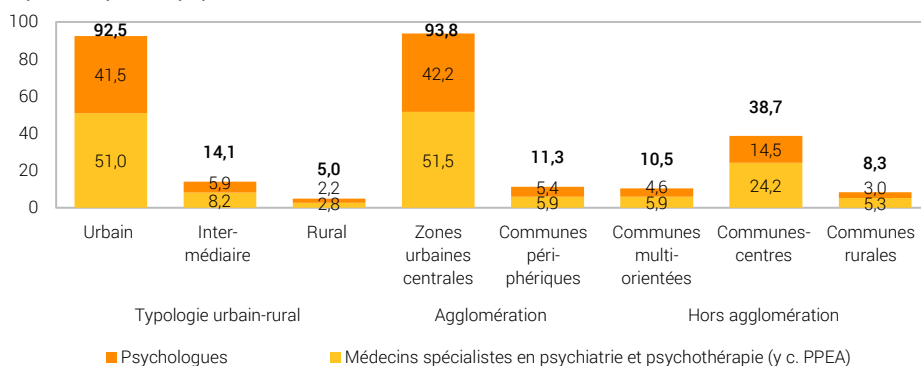
peut accéder à une offre dans un délai de 10 minutes ou moins dans la plupart des régions. En règle générale, l'accessibilité est moins bonne dans les régions rurales que dans les régions urbaines.

Une prise en charge adéquate passe par des soins faciles d'accès, mais aussi par des capacités suffisantes pour répondre aux besoins régionaux. Le graphique G11.14 montre le nombre d'équivalents plein temps (EPT) pour les psychologues en cabinet et les médecins spécialistes en psychiatrie et psychothérapie par rapport à la population. Il en ressort clairement que les ressources en matière de soins psychiatriques ambulatoires en cabinet sont fortement concentrées dans les régions urbaines. Dans ces dernières, la population dispose d'environ 92 EPT pour 100 000 habitants, contre à peine 5 dans les régions rurales. Le graphique G11.14 montre en outre que la densité de psychiatres et de psychologues établis est la plus élevée dans les centres urbains des agglomérations, alors qu'elle est nettement plus faible dans les communes périphériques. Cette concentration sur les centres urbains s'explique facilement et ne pose pas de problème majeur du point de vue de l'accès aux soins, celui-ci étant généralement aisé dans les agglomérations et la population des communes périphériques se rendant généralement dans les centres urbains pour d'autres affaires. En dehors des agglomérations, la densité de l'offre est nettement plus faible. L'offre de soins psychiatriques par habitant est certes plus importante dans certains centres urbains que dans d'autres, mais elle est comparativement plus faible dans les communes rurales et celles multi-orientées.

Densité des soins ambulatoires en cabinet, selon le degré d'urbanisation et le type d'agglomération, en 2023

G11.14

Équivalents plein temps pour 100 000 habitants



Remarque: dans ce graphique, les répartitions spatiales se basent sur les typologies «urbain-rural», «espace à caractère urbain» et «agglomérations» 2020 de l'OFS (OFS, 2024). La typologie des agglomérations a été légèrement adaptée (voir document d'accompagnement).

Source: SASIS SA – pool tarifaire & OFS – STATPOP / analyse Obsan, état des données: 17.2.2025

© Obsan 2025

Ces analyses confirment des études antérieures qui, en 2016 déjà, avaient mis en évidence, à l'aide d'enquêtes auprès de professionnels, une pénurie de psychiatres et de psychothérapeutes établis dans les régions rurales et périphériques (Stocker et al., 2016). Une situation qui est particulièrement problématique si la population des communes rurales ne peut pas accéder dans un délai raisonnable à l'offre en soins des centres urbains. Pour pouvoir en juger définitivement, il faut tenir compte des dépendances régionales en matière de soins en analysant simultanément l'accessibilité et la disponibilité des structures de soins. Si les approches de ce genre existent (voir Jörg et al., 2023; Jörg et Haldimann, 2023; Jörg et Haldimann, 2022), elles n'ont pas encore été appliquées à la psychiatrie en Suisse.

11.6 Qualité des soins et offre

Domaine hospitalier stationnaire

Dans le domaine de la psychiatrie stationnaire, l'ANQ (*Association nationale pour le développement de la qualité dans les hôpitaux et les cliniques*) coordonne et réalise chaque année des mesures pour évaluer la qualité des soins, en collaboration avec les cliniques et les hôpitaux. Elle utilise pour ce faire comme indicateurs la différence entre l'intensité des symptômes indiquée en début et en fin de traitement (valeurs au moment de l'admission et au moment de la sortie) par le personnel soignant (HoNos)⁸ et par les patients (BSCL)⁹, ainsi que la proportion de cas pour lesquels des mesures limitatives de liberté (MLL)¹⁰ ont été ordonnées. Le but premier des rapports de l'ANQ est de permettre aux hôpitaux et aux cliniques de comparer leurs résultats avec ceux d'autres hôpitaux et cliniques de toute la Suisse. Les résultats de ces évaluations sont également intéressants pour les assureurs et les cantons. Les assureurs s'y réfèrent pour négocier les tarifs, les cantons pour établir les conventions de prestations.

⁸ Pour évaluer l'intensité des symptômes, le personnel soignant utilise l'échelle HoNos (*Health of the Nation Outcome Scale*), un instrument de mesure standardisé permettant d'évaluer l'état clinique des patients psychiatriques à l'aide de 12 items.

⁹ L'évaluation par les patients de l'intensité des symptômes est réalisée à l'aide du questionnaire BSCL (*Brief Symptom Checklist*), un instrument d'autoévaluation standardisé pour saisir les problèmes et symptômes psychiques. Ce questionnaire, utilisé au niveau international, est une version abrégée de l'inventaire des symptômes SCL-90-R.

¹⁰ Les MLL sont des interventions (p. ex. médication forcée, contention) effectuées sans le consentement du patient lors d'un séjour à l'hôpital ou en clinique. Ces mesures ne sont prises en psychiatrie que dans des cas exceptionnels et bien justifiés, à savoir lorsque la maladie psychique entraîne une mise en danger aiguë du patient pour lui-même ou pour autrui. Leur application est soumise à des règles juridiques et éthiques strictes.

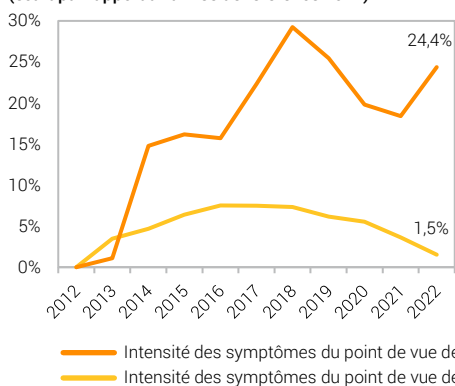
Le graphique G11.15 présente l'évolution de l'intensité des symptômes et des MLL pour la psychiatrie pour adultes. La différence entre l'intensité des symptômes relevés par le personnel soignant à l'admission et à la sortie (HoNoS) s'est accentuée de 24% entre 2012 et 2022, avec un pic en 2017 (+29%). Celle ressortant de l'évaluation des patients (BSCL) en revanche n'a augmenté que de 2% sur la même période, avec un pic en 2016 (+8%). Une augmentation des différences peut être interprétée comme une amélioration du succès thérapeutique et partant, de la qualité des résultats. Il montre que l'intensité des symptômes entre l'admission et la sortie a pu être réduite davantage (Pellegrini et al., 2024).

Les mesures limitatives de liberté (MLL) peuvent être interprétées comme un indicateur de qualité dans le sens où il n'y a pas assez de personnel soignant disponible pour s'occuper des patients de manière adéquate en permanence, et que l'on a donc davantage recours aux MLL. Selon la SSPP, leur application peut être motivée par différentes raisons et dépend des patients (certaines maladies psychiques exigeant plus souvent que d'autres le recours aux MLL). Les MLL ne sont pas toujours évitables et sont parfois nécessaires pour assurer le bien-être du patient ou d'autres personnes (SSPP, 2024). Il importe que les MLL soient réfléchies, justifiées et documentées, car elles peuvent être vécues comme très intrusives (Pro Mente Sana, 2014). Actuellement, les cliniques déclarent elles-mêmes lorsqu'elles recourent aux MLL ; il n'existe pas de contrôle externe.

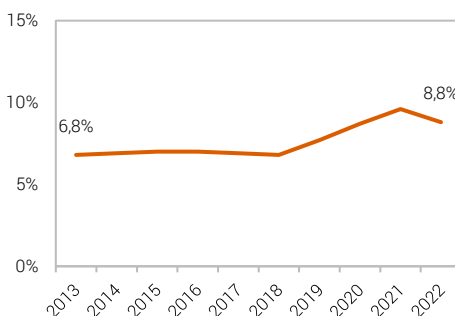
ANQ Mesure de la qualité des soins en psychiatrie pour adultes, de 2012/2013 à 2022

G11.15

**Différences quant à l'intensité des symptômes
(écart par rapport à l'année de référence 2012)**



Mesures limitatives de liberté (part en %)



Remarque: les valeurs inégales concernant l'intensité des symptômes correspondent à la différence entre l'intensité des symptômes perçue à l'admission et celle à la sortie. Une valeur positive signifie que l'intensité des symptômes a diminué. Si l'écart se creuse par rapport à l'année de référence, c'est que l'intensité des symptômes a diminué.

La proportion de cas dans lesquels on a recouru à au moins une MLL est restée plus ou moins constante sur l'ensemble de la période 2013 à 2017, atteignant un peu moins de 7%. À partir de 2018, elle a augmenté, s'élevant à 9,6% en 2021, pour s'abaisser légèrement à 8,8% en 2022. Les spécialistes voient plusieurs raisons à l'augmentation des MLL : le manque de personnel, celui en place étant par conséquent surchargé, une meilleure documentation des MLL au fil des ans et l'admission en psychiatrie stationnaire de cas de plus en plus graves (Pellegrini et al., 2024).

Dans une étude réalisée sur mandat de l'OFSP dans le cadre de l'introduction de TARPSY, l'Obsan a examiné la qualité des soins en psychiatrie stationnaire à l'aide des indicateurs de l'ANQ ainsi que d'autres indicateurs et évaluations d'experts (Pellegrini et al., 2024). L'analyse des indicateurs n'a pas mis en évidence de changement dans la qualité des soins entre 2012 et 2022. Certains indicateurs ont certes montré des tendances qui peuvent être interprétées comme une stagnation, voire une légère détérioration de la qualité des soins. Mais ces résultats sont difficiles à interpréter, car la période étudiée a été fortement influencée par des changements dans les pratiques de codage (codage plus précis des diagnostics et des traitements suite à l'introduction de TARPSY) et par des événements tels que la pandémie de COVID-19 (Pellegrini et al., 2024). Les experts interrogés (représentants des fournisseurs de prestations, des assureurs, des cantons, des organisations de patients et des associations professionnelles) étaient pour la plupart d'avis que la pression dans les soins psychiatriques avait augmenté, mais que la Suisse était encore bien placée en comparaison internationale en ce qui concerne la qualité des soins. Les principales raisons invoquées pour expliquer cette pression croissante sont l'augmentation du recours aux soins et l'accroissement des cas plus complexes et plus graves, associés à un manque chronique de personnel¹¹. Ces évolutions s'inscriraient dans une tendance globale. Les experts ajoutent pour terminer que la qualité de la prise en charge reste élevée, mais qu'il sera difficile de maintenir ce niveau si la pression sur les coûts se poursuit.

La FMH commande chaque année une enquête représentative sur l'environnement de travail des médecins qui est menée auprès des médecins travaillant à l'hôpital et de ceux pratiquant en cabinet ambulatoire. L'enquête 2023 mettait l'accent sur la qualité des soins (gfs. berne, 2023). En psychiatrie, seule la moitié environ des médecins jugent encore la qualité des soins comme bonne. Les raisons invoquées sont l'augmentation de la charge de travail et la pression des délais. De plus, 73% des psychiatres interrogés considèrent que la pénurie de personnel qualifié dans leur environnement de travail est un problème. Celui-ci se fait surtout sentir au niveau des délais d'attente pour une place

¹¹ Les analyses présentées dans la section 11.4 sous Soins hospitaliers (stationnaires et intermédiaires), qui montrent plutôt une amélioration de la situation en matière de personnel, semblent être en contradiction avec les avis des professionnels sur le manque de personnel. Le temps à disposition pour les soins étant toujours plus court, du fait de la diminution de la durée d'hospitalisation, de l'augmentation de la charge administrative induite par la documentation ainsi que du taux de rotation élevé (changement fréquent de personnel), il se peut que la charge de travail ait augmenté malgré une meilleure clé de répartition du personnel et que les ressources ne soient pas suffisantes.

de traitement. Selon 44% des médecins spécialistes interrogés, les délais d'attente se sont (nettement) allongés par rapport à 2019. Environ un tiers indique qu'il faut un mois ou plus pour que les patients obtiennent un rendez-vous. Plus de 80% des psychiatres dont les patients doivent attendre plus longtemps pour obtenir un rendez-vous sont d'avis que cela a clairement ou du moins en partie des conséquences négatives pour ceux-ci. Dans le domaine de la psychiatrie stationnaire, seule la moitié environ des personnes interrogées estiment que le moment de la sortie est généralement bien choisi, ce qui pourrait avoir un impact négatif sur la qualité des soins.

Structures intermédiaires et soins ambulatoires en cabinet

La qualité des soins fournis par les structures intermédiaires et en cabinet n'est pas mesurée de manière systématique et régulière, contrairement à celle de la prise en charge en psychiatrie stationnaire. L'ANQ travaille à l'extension des indicateurs de qualité, en vue de couvrir également les soins psychiatriques **intermédiaires et ambulatoires hospitaliers**. Dans le cadre d'un projet pilote, des aspects qualitatifs ont été mesurés pour la première fois dans les cliniques psychiatriques de jour entre 2022 et 2023. L'objectif était de créer des mesures de qualité uniformes et comparables, d'évaluer la qualité des traitements et d'établir des comparaisons au niveau national. Pour ce faire, il a fallu vérifier si les indicateurs du domaine stationnaire étaient applicables à celui des cliniques de jour et tester de nouveaux instruments pour mesurer la satisfaction des patients quant aux traitements. L'ANQ en a conclu qu'il fallait pour l'instant renoncer à des mesures comparatives au niveau national dans le domaine des soins ambulatoires. Elle évalue actuellement, dans le cadre du développement des mesures, si la possibilité d'étendre celles-ci sur une base volontaire est réalisable. Pour l'heure, il n'existe pas de mesures de la qualité à l'échelle de la Suisse pour le secteur ambulatoire des cabinets, au sens de celles effectuées par l'ANQ dans les hôpitaux et les cliniques.

Selon l'enquête Omnibus sur la santé mentale menée à l'automne 2022, la grande majorité des patients jugent la qualité du traitement reçu (très) positive, seuls 7% la jugent moins bonne ou mauvaise (Peter et al., 2023). Environ 95% des personnes interrogées ont par ailleurs déclaré que le personnel soignant leur avait accordé suffisamment de temps, donné des explications compréhensibles, s'était impliqué dans les décisions et les avait traités de manière respectueuse. Ces valeurs sont plutôt élevées en comparaison internationale (de Bienassis et al., 2022). Les résultats de l'enquête peuvent être rapportés au secteur ambulatoire, la grande majorité des traitements ayant été donnés dans ce domaine, par exemple, sous la forme de consultations dans un cabinet ou un centre ambulatoire (95,8%).

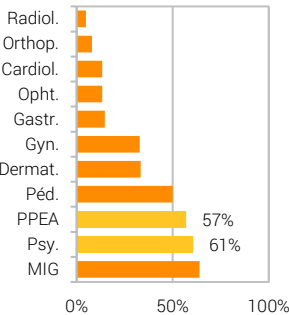
Des indices clairs pointent le manque de capacités en psychiatrie ambulatoire. Selon une enquête réalisée en 2024, à laquelle ont participé 4747 médecins, dont 537 psychiatres et psychothérapeutes et 131 spécialistes en psychiatrie et psychothérapie pour enfants et adolescents (PPEA), la psychiatrie semble être la discipline dans laquelle la situation est la moins bonne (voir Kaiser et al., 2024). Sur l'ensemble des psychiatres interrogés, 55% estiment que les capacités de prise en charge sont insuffisantes dans leur domaine. C'est aussi l'avis de 71% des spécialistes en pédopsychiatrie. Plus de la moitié des psychiatres indiquent qu'ils n'acceptent plus (en principe) de nouveaux patients par manque de ressources. Le taux de refus de nouveaux patients n'est aussi élevé qu'en médecine interne générale (G11.16). Le délai d'attente entre la prise de contact et la consultation en PPEA est en moyenne de 56 jours, contre 41 jours en psychiatrie pour adultes. Bien qu'elles fassent partie des soins de base (élargis), les spécialités psychiatriques comptent ainsi parmi les domaines dans lesquels les temps d'attente sont les plus longs. Il n'est donc pas surprenant que les psychiatres déclarent ne pouvoir proposer des rendez-vous dans un délai raisonnable que dans moins de 40% des cas. Ces déclarations coïncident avec la perception qu'ont les médecins de famille et ceux

Perception de la situation en matière de soins
psychiatriques ambulatoires, en 2024

G11.16

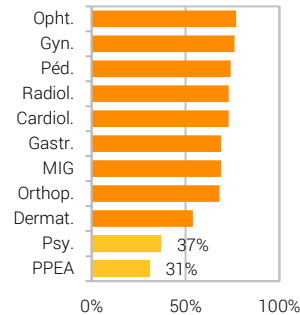
Refus de nouveaux patients

Proportion de médecins n'acceptant (en principe) plus de nouveaux patients



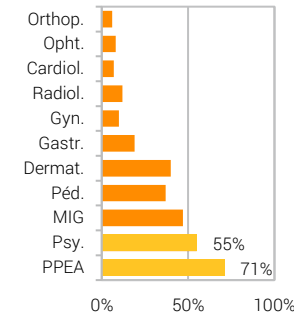
Délai d'attente

Proportion de médecins pouvant proposer un rendez-vous dans un délai utile du point de vue médical.



Situation en matière de prise en charge

Proportion de médecins estimant que l'offre de soins dans leur spécialité est insuffisante.



Remarque: MIG= médecine interne générale, Psy = psychiatrie et psychothérapie, PPEA = psychiatrie et psychothérapie pour enfants et adolescents, pédiatrie = médecine pour enfants et adolescents, Dermat. = dermatologie et vénéréologie, Gynéc. = gynécologie et obstétrique, Gastro = gastroentérologie, Opht. = ophtalmologie, Cardiol. = cardiologie, Orthop. = chirurgie orthopédique et traumatologie, Radio = radiologie.

Source: Kaiser et al. (2024)

© Obsan 2025

d'autres disciplines fournissant des soins de base¹². Les médecins de premier recours sont 95% à estimer qu'il est difficile ou plutôt difficile de prendre un rendez-vous chez un spécialiste en psychiatrie et psychothérapie. D'après eux, la psychiatrie et la psychothérapie sont les spécialités où la sous-dotation est la plus marquée (voir Kaiser et al., 2024).

11.7 Conclusions

Différences régionales dans les structures de soins psychiatriques

La Suisse se caractérise par une grande palette de soins psychiatriques et de **structures de soins** allant des soins hospitaliers dans les cliniques psychiatriques et les hôpitaux généraux aux consultations dans les cabinets médicaux, en passant par les structures intermédiaires telles que les services ambulatoires et les cliniques de jour. Les soins de santé en Suisse étant décentralisés, l'organisation et la structure des soins psychiatriques varient d'un canton à l'autre. Les cantons de Suisse latine, par exemple, ont tendance à miser davantage sur les structures intermédiaires et ambulatoires, tandis qu'en Suisse alémanique, les soins hospitaliers jouent un rôle plus important. À noter que l'obligation de planifier n'est inscrite dans la loi que pour le secteur hospitalier. La planification hospitalière est du ressort des cantons (art. 39 LAMal). C'est sur la base de cette planification que ces derniers attribuent des mandats de prestations aux hôpitaux et aux cliniques figurant sur leur liste cantonale des hôpitaux. Dans les structures intermédiaires, le canton exerce un contrôle indirect sur la prise en charge par le biais du financement des prestations. L'influence des cantons est indirecte également dans le domaine ambulatoire, où elle se traduit par la limitation du nombre de cabinets médicaux pour certaines disciplines (les dits nombres maximaux).

¹² Font partie de la médecine de premier recours au sens strict les médecins dont la spécialité principale est la médecine interne générale, les médecins praticiens, les spécialistes de médecine tropicale et médecine des voyages (qui sont pour la plupart des médecins de premier recours) ou les pédiatres (spécialistes en médecine de l'enfance et de l'adolescence).

Des traitements de haute qualité malgré des capacités insuffisantes

Il n'est pas possible de répondre de manière satisfaisante à la question de savoir si le recours aux prestations psychiatriques et psychothérapeutiques en Suisse correspond aux besoins. Définir les besoins en matière de traitement (de même que leur nécessité du point de vue médical) et leur financement revient à soulever une question socio-politique (Jacobi et al., 2016). Des critères clairs faisant souvent défaut pour évaluer l'adéquation aux besoins, on utilise généralement, pour des raisons pragmatiques, la moyenne des prestations fournies comme référence (Jörg et al., 2022). En Suisse, les soins psychiatriques sont multiples et complexes, et se caractérisent par des structures différentes selon les régions. Les écarts par rapport à la moyenne suisse ne reflètent pas forcément une situation de soins inadéquate, mais peuvent être liés aux particularités régionales dans l'organisation des soins. Le fait que le recours aux soins stationnaires soit relativement faible dans le canton de Genève ne signifie donc pas nécessairement que l'offre y est insuffisante, celle des structures intermédiaires et ambulatoires y étant bien développée (Tuch et al., 2024). La situation est différente dans les cantons ruraux de Suisse centrale, par exemple : les cantons de Schwyz, Obwald, Nidwald et Uri présentent un taux de recours aux soins psychiatriques inférieur à la moyenne, tant dans le domaine hospitalier que dans le domaine ambulatoire en cabinet et dans celui des soins intermédiaires. À noter que les problèmes psychiques semblent être moins fréquents dans la population de ces cantons (voir le chapitre 1 Population en général). Pour évaluer la question de l'adéquation des soins aux besoins, il ne suffit donc pas de se baser sur le recours aux soins, mais il faut aussi prendre en compte les indicateurs épidémiologiques. Cela n'est pas toujours possible dans la pratique, car ces données sont rarement disponibles au degré d'agrégation et d'actualité voulu.

Bien qu'il ne soit guère possible de définir les besoins de manière objective, ni au niveau régional ni au niveau national, les médecins qui travaillent en estiment qu'il y a **sous-dotation** dans le domaine stationnaire (voir gfs. berne, 2023) et dans le domaine ambulatoire (voir Kaiser et al., 2024). Étant donné les longs délais d'attente, les patients souffrant de troubles psychiques ne peuvent pas être traités en temps utile.

En ce qui concerne la **qualité des soins psychiatriques**, les mesures effectuées selon l'ANQ peuvent servir de référence pour le domaine stationnaire. Au niveau national, les soins ambulatoires ne font l'objet d'aucune mesure de qualité comparable réalisée de manière uniforme. Au vu des mesures de l'ANQ et d'autres indicateurs, la qualité des soins psychiatriques stationnaires n'a pas changé de manière significative entre 2012 et 2022 (Pellegrini et al., 2024). Les experts la juge actuellement bonne en Suisse, notamment par rapport à celle mesurée dans les autres pays (Pellegrini et al., 2024). La psychiatrie est cependant soumise à une pression croissante : le recours aux soins augmente, les cas deviennent plus complexes et sévères, et le domaine fait face à un manque chronique de personnel.

La forte proportion de médecins étrangers travaillant en psychiatrie et en psychothérapie est un autre indicateur de la **pénurie de personnel qualifié**. Les barrières linguistiques et culturelles sont particulièrement problématiques dans ce contexte, car elles peuvent nuire à la qualité du traitement (Burla, Widmer et Zeltner, 2022). Selon les prévisions sur l'évolution du personnel, il ne sera pas possible de couvrir entièrement les besoins en la matière, même si l'on recourt à davantage de psychothérapeutes non-médecins (*task shifting*). On s'attend à devoir embaucher beaucoup de main-d'œuvre spécialisée étrangère pour pouvoir couvrir ces besoins à l'avenir (Burla, Widmer et Zeltner, 2022).

Il est intéressant de noter que la pénurie de personnel qualifié perçue sur le terrain ne se reflète pas dans les chiffres disponibles ni dans les analyses présentées ici. Le rapport entre le personnel et les journées de soins (clé de répartition du personnel) s'est amélioré dans la plupart des hôpitaux et des cliniques. Le nombre d'EPT calculé sur la base des factures transmises à l'AOS a également augmenté entre 2015 et 2023 pour les médecins et les psychologues exerçant en cabinet. C'est toujours le cas si l'on tient compte de l'évolution démographique: le nombre de médecins et de psychologues travaillant en cabinet a augmenté dans une proportion plus élevée que la population. En termes relatifs, c'est chez les psychologues que l'augmentation a été la plus marquée.

Ce que montrent les chiffres n'est pas nécessairement en contradiction avec ce que l'on perçoit en matière de pénurie de main-d'œuvre qualifiée. Il est possible que cette pénurie varie d'une région à l'autre et qu'elle ne se reflète donc pas dans la moyenne nationale. La diversité des patients augmente et, avec elle, le nombre de cas plus complexes et plus graves. En psychiatrie stationnaire, la charge induite par le travail de documentation a augmenté, alors que la durée de séjour s'est raccourcie, laissant moins de temps à disposition pour le traitement des patients et les soins directs (Pellegrini et al., 2024). À cela s'ajoute une forte fluctuation du personnel dans les cliniques, ce qui peut peser sur la charge de travail des personnes qui y travaillent (Stocker et al., 2016). Compte tenu de cette évolution, il est possible que la charge de travail ait augmenté malgré l'amélioration du ratio personnel/patient et que les ressources en personnel soient parfois insuffisantes pour garantir des soins adaptés aux besoins.

La situation pourrait s'aggraver considérablement à l'avenir étant donné l'âge des psychiatres. À cela s'ajoute, outre le recours croissant aux soins, un manque de relève: le nombre de titres de formation postgrade en psychiatrie obtenus en Suisse ne suffit pas à couvrir les besoins (Burla, Widmer & Zeltner, 2022, 2023). Une pénurie risque de se faire sentir ces prochaines années si le nombre de médecins spécialistes étrangers recrutés est insuffisant.

Le nombre croissant de psychologues exerçant une activité de psychothérapeutique pourrait quelque peu y remédier. Selon la Société suisse de psychiatrie et de psychothérapie (SSPP), le passage de la psychothérapie psychologique au modèle de la prescription a facilité l'accès à la thérapie, en particulier dans la psychiatrie pour enfants et adolescents ainsi que dans les situations de crise et les régions périphériques, et a donc permis de

désengorger la situation en matière de soins (du moins dans le secteur ambulatoire). Reste à savoir si ce changement permettra de combler à moyen ou à long terme les lacunes en matière de soins psychothérapeutiques. Selon les expériences faites à l'étranger, la prise en charge des cas légers s'est améliorée, tandis que celle des cas nécessitant des soins conséquents pourrait rester problématique (Seifritz et al., 2023).

Bonne accessibilité aux soins psychiatriques, mais disponibilité variable

Les cantons doivent garantir l'**accès** aux soins psychiatriques dans un délai raisonnable. Plus de 93% de la population résidant en Suisse ont accès à une offre de soins psychiatriques de base stationnaires en moins de 30 minutes de voiture. Il s'agit d'une bonne accessibilité selon les recommandations de la CDS concernant la planification de la psychiatrie (2008). La majeure partie de la population a par ailleurs facilement accès aux soins psychiatriques du domaine hospitalier ambulatoire. Et environ 93% de la population peut rejoindre un cabinet médical proposant des soins psychiatriques en moins de 10 minutes. Dans certaines régions, il faut toutefois compter plus de temps pour se rendre dans les structures de soins, notamment en montagne et en zone rurale.

Malgré tout, le recours aux soins stationnaires n'est pas plus faible dans les zones rurales que dans les régions urbaines (Tuch et al., 2024). En d'autres termes: rien n'indique qu'il existe un clivage ville-campagne dans les soins psychiatriques stationnaires (voir aussi Stulz et al., 2024).

Il ressort des études sur le domaine ambulatoire que les cabinets médicaux se concentrent clairement dans les centres urbains. La densité de psychiatres et de psychologues établis est nettement plus élevée dans les régions urbaines que dans les régions rurales. Elle l'est particulièrement dans les centres des agglomérations. Rien d'étonnant à cela, car c'est souvent vers ces centres — qui sont en général facilement accessibles — que se tourne de toute façon la population des communes environnantes. En comparaison, l'offre de soins psychiatriques et psychothérapeutiques par habitant est relativement faible dans les communes à caractère rural. C'est problématique dans la mesure où le recours aux soins ambulatoires diminue avec la distance, contrairement au recours aux soins stationnaires (Stulz et al., 2024). Les personnes concernées peuvent donc avoir tendance à renoncer à un traitement psychiatrique ou psychothérapeutique si le trajet à parcourir est trop long. Dans l'ensemble, les résultats font donc toujours état d'un manque de psychiatres et de psychothérapeutes établis dans les zones rurales et périphériques (voir aussi Stocker et al., 2016).

Outre l'accessibilité et la disponibilité, les coûts sont un autre facteur entravant le recours aux soins. La question est surtout de savoir si les coûts sont pris en charge par l'AOS ou par les moyens généraux de la politique de santé (p. ex. PIG et autres financements cantonaux supplémentaires) ou si le financement est assuré par des assurances complémentaires ou par les patients (de leur propre poche). En Suisse, l'accès aux traitements psychiatriques et psychothérapeutiques devrait être garanti pour toute la population, ceux-ci faisant partie du catalogue de prestations de l'AOS. Or, selon le montant de leur franchise, les assurés doivent prendre en charge une part importante des coûts. Cette problématique concerne l'ensemble du système de santé, mais elle est particulièrement importante pour les soins psychiatriques et psychothérapeutiques, car les personnes vivant dans un ménage à faibles revenus sont le plus souvent touchées par les contraintes psychiques (voir aussi le chapitre 5 Contexte social).

Enfin, l'accès aux soins peut être entravé par des barrières psychosociales et culturelles, telles que le manque de connaissances sur les maladies psychiques (*littératie*), la stigmatisation (peur d'être perçu socialement de manière négative en tant que malade psychique) ainsi que des barrières linguistiques et culturelles (Stocker et al., 2016).

Défis actuels et futurs

D'ici 2032, plus de la moitié des psychiatres exerçant en cabinet et environ un tiers de ceux travaillant dans les hôpitaux auront atteint l'âge de la retraite. La relève formée en Suisse ne sera pas en mesure de combler ce manque. La psychiatrie devra encore plus que par le passé recruter sa relève de médecins à l'étranger et compter sur la venue de spécialistes étrangers. Cette menace de pénurie de personnel qualifié, associée à l'augmentation constante du recours aux soins, représente pour la Suisse un risque de sous-dotation en soins psychiatriques. Le nombre croissant de psychologues pourrait quelque peu y remédier. Selon la Société suisse de psychiatrie et de psychothérapie (SSPP), le passage de la psychothérapie psychologique au modèle de la prescription a facilité l'accès à la thérapie, en particulier dans la psychiatrie pour enfants et adolescents ainsi que dans les situations de crise et les régions périphériques, et a donc permis de désengorger la situation en matière de soins (du moins dans le secteur ambulatoire). Reste à savoir si ce changement permettra de combler à moyen ou à long terme les insuffisances en matière de soins psychothérapeutiques. Compte tenu de la pénurie de médecins spécialistes et des besoins croissants en soins, le comité de la Société suisse de psychiatrie et psychothérapie (SSPP) a appelé à repenser de manière critique les structures et les processus des soins psychiatriques et psychothérapeutiques (Seifritz et al., 2023). Les champs d'action suivants ont été mis en évidence:

- Promouvoir la prise en charge psychosociale: celle-ci doit être renforcée par un financement tarifaire pérenne, pour assurer le traitement et la prise en charge interprofessionnels des cas complexes de maladies psychiques.
- Créer un cadre pour les applications thérapeutiques numériques: il s'agit de mettre l'accent sur le potentiel des offres de thérapie numérique permettant d'obtenir de bons résultats à moindre coût dans le domaine ambulatoire.
- Maintenir un accès direct aux soins ambulatoires de psychiatrie et de psychothérapie: offrir un accès direct à ces prestations contribue à améliorer l'évolution de la maladie et le pronostic. Cela réduit la chronicisation, les arrêts de travail pour cause de maladie, les mises en invalidité et les suicides, tout en diminuant les coûts directs et indirects.
- Recourir à des professionnels non médecins: les infirmières de pratique avancée devraient être davantage impliquées dans les soins ambulatoires. Il faudrait pour ce faire adapter la structure tarifaire, car les modèles de soins intégrés ne sont actuellement viables que grâce à des subventions cantonales.

Au vu de ce qui précède, il faut souligner l'importance pour des soins psychiatriques durables de disposer d'un financement stable qui couvre les coûts. Un pas a déjà été fait dans ce sens avec le passage au modèle de la prescription, qui garantit désormais le financement des prestations psychothérapeutiques fournies par des psychologues dans le cadre de l'AOS. Ce pas doit encore être franchi dans le domaine des soins intermédiaires. Dans ce dernier, les fournisseurs de prestations dépendent aujourd'hui encore du financement supplémentaire des cantons.

Autre point à mentionner: le potentiel de la numérisation dans le domaine des soins psychiatriques et psychothérapeutiques. Les soins par télémedecine, en particulier, permettent déjà aux patients, via des plateformes numériques, de bénéficier d'une aide psychiatrique ou psychothérapeutique, quel que soit l'endroit où ils se trouvent. Un point important en particulier dans les zones rurales qui manquent de personnel qualifié. Les consultations téléphoniques ont par exemple joué un rôle crucial pour répondre aux besoins de traitements ambulatoires pendant la pandémie de COVID-19 (Stocker et al., 2021).

De plus, les applications mobiles de santé offrent aux patients la possibilité de surveiller certains paramètres psychiques et de bénéficier d'un soutien continu, par exemple entre les séances de thérapie (Eisenstadt et al, 2021). L'intelligence artificielle (IA) présente également un certain potentiel pour soutenir les soins psychiatriques et psychothérapeutiques. De premiers résultats montrent que l'IA pourrait contribuer à la détection précoce des troubles psychiques en analysant des caractéristiques telles que la parole, les textes et les expressions du visage. Les applications numériques telles que les chatbots et les offres de thérapie virtuelle (p. ex. Woebot, Wysa) peuvent fournir à cet

égard un soutien et des recommandations accessibles à tout moment, sur la base de la thérapie cognitivo-comportementale. Ces outils faisant appel à l'IA pourraient permettre des interventions évolutives et personnalisées, et constituer une solution complémentaire aux thérapies traditionnelles. Ils pourraient donc offrir des possibilités de prise en charge indépendantes du lieu et une solution pour lutter contre la pénurie de personnel qualifié dans le domaine de la santé mentale. Il reste toutefois un certain nombre de questions éthiques et de protection des données à régler et un cadre juridique à mettre en place avant de pouvoir profiter du potentiel de ce genre d'applications. Une tâche qui prendra vraisemblablement encore un certain temps (Graham et al., 2019; Olawade et al., 2024).

Données utilisées

La statistique médicale des hôpitaux (MS) de l'Office fédéral de la statistique (OFS) documente tous les cas d'hospitalisation en Suisse et donne des informations détaillées sur les diagnostics et les traitements. Les prestations ambulatoires sont en revanche documentées dans les données de facturation tirées du pool de données et du pool tarifaire de SASIS SA, ainsi que dans les données des patients ambulatoires des hôpitaux de l'OFS. Ces sources de données sont en partie limitées au domaine de l'assurance obligatoire des soins (AOS). Les diagnostics n'y étant pas ou pas complètement saisis, elles ne permettent pas de procéder à des analyses en fonction du trouble. L'enquête suisse sur la santé (ESS) de l'OFS sert de source de données complémentaire sur le recours aux soins (en particulier sur la consommation de médicaments). La statistique des hôpitaux (KS) de l'OFS permet d'établir quelles sont les ressources en personnel du secteur hospitalier, mais pas de savoir dans quelle mesure le personnel travaille dans le domaine stationnaire ou ambulatoire (intermédiaire).

Des informations détaillées sur les sources de données et les méthodes utilisées pour ce chapitre sont disponibles dans la documentation accompagnant le rapport national sur la santé.

11.8 Bibliographie

- Birkmeyer JD, Reames BN, McCulloch P, Carr AJ, Campbell WB, Wennberg JE (2013). Understanding of regional variation in the use of surgery. *Lancet (London, England)*, 382(9898), 1121–1129. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61215-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61215-5)
- Burla, L., Widmer, M. & Zeltner, C. (2022). Zukünftiger Bestand und Bedarf an Fachärztinnen und -ärzten in der Schweiz. Teil 1: Total der Fachgebiete, Hausarztmedizin, Pädiatrie, Psychiatrie und Psychotherapie sowie Orthopädie. Schlussbericht des Obsan und des Gremiums «Koordination der ärztlichen Weiterbildung» im Auftrag des Dialogs Nationale Gesundheitspolitik (Obsan Bericht 04/2022). Neuchâtel: Observatoire Suisse de la santé.
- Burla, L., Widmer, M., Haldimann, L. & Zeltner, C. (2023). Zukünftiger Bestand und Bedarf an Fachärztinnen und -ärzten in der Schweiz. Teil 2: Total der Fachgebiete, Gynäkologie und Geburtshilfe, Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, Ophthalmologie sowie Kardiologie. Schlussbericht des Obsan und des Gremiums «Koordination der ärztlichen Weiterbildung» im Auftrag des Dialogs Nationale Gesundheitspolitik (Obsan Bericht 05/2023). Neuchâtel: Observatoire Suisse de la santé.
- Conférence des directrices et directeurs cantonaux des affaires sociales (CDAS) (n. d.). CIIS général. <https://sodk.ch/fr/ciis/ciis-general/>
- de Bienassiss, K., Hewlett, E., Kendir, C., Kristensen, S., Mainz, J., & Klazinga, N. (2022). Establishing standards for assessing patientreported outcomes and experiences of mental health care in OECD countries: Technical report of the PaRIS mental health working group pilot data collection OECD Health Working Papers (Vol. 135). *Paris: OECD Publishing*
- Eisenstadt, M., Liverpool, S., Infanti, E., Ciuvat, R. M., & Carlsson, C. (2021). Mobile apps that promote emotion regulation, positive mental health, and well-being in the general population: systematic review and meta-analysis. *JMIR mental health*, 8(11), e31170.
- Forster R (1997) Psychiatriereformen zwischen Medikalisation und Gemeindeorientierung: Eine kritische Bilanz. Opladen: Westdeutscher Verlag. Hoffmann H (2014) Transinstitutionalisierung – eine Folge des Bettenabbaus? *Kerbe*, 32, 2, 33–35
- gfs.bern. (2023). Brennpunkt Versorgungsqualität: Fachkräftemangel und zunehmender Einfluss nicht kurativ tätiger Akteure sichtbar. Studie im Auftrag der FMH. FMH. https://www.fmh.ch/files/pdf29/2023-10-25_fmh_schlussbericht_repraesentative-befragung.pdf
- Graham, S., Depp, C., Lee, E. E., Nebeker, C., Tu, X., Kim, H. C., & Jeste, D. V. (2019). Artificial intelligence for mental health and mental illnesses: an overview. *Current psychiatry reports*, 21, 1–18.
- Iseli, S., Kaderli, T., & Künzi, K. (2024). Mitgliederbefragung und Arbeitszeiterhebung psychologische Psychotherapie [Im Auftrag der Föderation der Schweizer Psychologinnen und Psychologen FSP]. Bern: Büro BASS.
- Jacobi, F., Becker, M., Bretschneider, J., Müllender, S., Thom, J., Hapke, U., & Maier, W. (2016). Ambulante fachärztliche Versorgung psychischer Störungen. *Der Nervenarzt*, 87(11).
- Jäger, M., Tuch, A., Theodoridou, A., Hepp, U., & Stulz, N. (2024). Regionale Varianz der Raten Fürsorgerischer Unterbringungen in der Schweiz. *Psychiatrische Praxis*, 51(08), 434–440.
- Jörg, R., Haldimann, L., Rozsnyai, Z. & Streit S. (2023). Hausarztversorgung im Kanton Bern. Regionale Unterschiede im Zugang zur Hausarztversorgung (Obsan Bulletin 03/2023). Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.
- Jörg, R. & Haldimann, L. (2023). MHV3SFCA: A new measure to capture the spatial accessibility of health care systems. *Health Place*. Volume 79, 2023, 102974, ISSN 1353-8292, <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2023.102974>. Epub 2023 Jan 26. PMID: 36708664.
- Jörg, R. & Haldimann, L. (2022). Regionale Unterschiede im Zugang zur medizinischen Versorgung. Methodik zur Analyse der Versorgungsdichte und Anwendung am Beispiel der Hausarztmedizin (Obsan Bericht 07/2022). Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.
- Jörg, R., Kaiser, B., Burla, L., Haldimann, L. & Widmer, M. (2022). Regionale Versorgungsgrade pro Fachgebiet als Grundlage für die Höchstzahlen in der ambulanten ärztlichen Versorgung. Schlussbericht des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums (Obsan) und von BSS Volkswirtschaftliche Beratung im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit (BAG) (Obsan Bericht 05/2022). Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé
- Kaiser, Boris, Victor Legler, Miriam Frey & Tino Schönleitner (2024). Indikatoren für die ambulante Versorgungssituation nach Fachgebiet. Bericht im Auftrag der Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK). BSS Volkswirtschaftliche Beratung.

- Müller, A., Iseli, S. & Büchler, S. (2019). Finanzierung der gemeinwirtschaftlichen Leistungen, Anlagenutzungskosten und Defizitdeckungen der Spitäler durch die Kantone. Bern: Ecoplan.
- Obsan (2023a). Atlas suisse des services de santé: Benzodiazépines. https://www.versorgungsatlas.ch/fr/indicator/_021/a
- Obsan (2023b). Atlas suisse des services de santé: Antidépresseurs. https://www.versorgungsatlas.ch/fr/indicator/_131/a
- Obsan (2023c). Atlas suisse des services de santé: Opioïdes. https://www.versorgungsatlas.ch/fr/indicator/_022/a
- Obsan (2023d). Atlas suisse des services de santé: Médicaments contre le TDAH. https://www.versorgungsatlas.ch/fr/indicator/_042
- Office fédéral de la santé publique OFSP (2016). Die Zukunft der Psychiatrie in der Schweiz: Bericht in Erfüllung des Postulats von Philipp Stähelin (10.3255). Berne: Office fédéral de la santé publique.
- Office fédéral de la statistique OFS (2022). Statistique des établissements hospitaliers de santé – Typologie des hôpitaux (Version 5.3). <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/sante/enquetes/ks.assetdetail.23546403.html>
- Office fédéral de la statistique OFS (2024). Aktualisierung 2020 der nichtinstitutionellen Raumgliederungen: Raum mit städtischem Charakter, Agglomerationen und Typologien – Erläuterungsbericht (Florian Kohler & Daniel von Siebenthal, Red.). Neuchâtel: Statistik der Schweiz. www.statistik.ch
- Olawade, D. B., Wada, O. Z., Odetayo, A., David-Olawade, A. C., Asaolu, F., & Eberhardt, J. (2024). Enhancing mental health with Artificial Intelligence: Current trends and future prospects. *Journal of medicine, surgery, and public health*, 100099.
- Organisation mondiale de la Santé OMS (2021). Plan d'action global pour la santé mentale 2013–2030. Geneva: Organisation mondiale de la Santé. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240031029?ua=1>
- Pellegrini, S., Tuch, A., Roth, S., Haldimann, L., Jörg, R. & Jäggi, Y. (2024). Étude d'accompagnement à l'introduction de TARPSY (Obsan Rapport 14/2024). Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.
- Pro Mente Sana (2014). Autonomie stärken, Zwang eindämmen. Positionspapier der Stiftung Pro Mente Sana zu Zwangsmassnahmen in der Psychiatrie. Zürich 2013.
- Schuler, D., Tuch, A. & Peter, C. (2020). Psychische Gesundheit in der Schweiz. Monitoring 2020. (Obsan Bericht 15/2020). Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.
- Schwenkglenks, M., Ulyte, A., & Dressel, H. (2022). Geografische Unterschiede in der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen. *PrimaryCare*, 22, 21–23.
- Schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP). (2018). Positionspapier: Freiheitsbeschränkende Massnahmen in der Psychiatrie. https://www.psychiatrie.ch/fileadmin/SGPP/user_upload/UEber_Uns/SGPP-Positionspapier_Freiheitsbeschaenkende_Massnahmen.pdf
- Seifritz, E., Bachmann, R., Traber, R., & Rota F. (2023). Herausforderungen der Psychiatrie. *Schweizerische Ärztezeitung*, 104(46), 42–44. <https://doi.org/10.4414/saez.2023.1300950453>
- Stocker, D., Stettler, P., Jäggi, J., Bischof, S., Guggenbühl, T., Abrassart, A., Rüesch, P., & Künzi, K. (2016). Versorgungssituation psychisch erkrankter Personen in der Schweiz. Bern: Bundesamt für Gesundheit
- Stocker, D., Jäggi, J., Liechti, L., Schläpfer, D., Németh, P., & Künzi, K. (2021). Der Einfluss der COVID-19-Pandemie auf die psychische Gesundheit der Schweizer Bevölkerung und die psychiatrischpsychotherapeutische Versorgung in der Schweiz. Schlussbericht.
- Stulz, N., Dubno, B., Gebhardt, R., & Hepp, U. (2024). Wie gemeindenah soll Psychiatrie sein? Distanzeffekte auf die Inanspruchnahme psychiatrischer Leistungen in einer Schweizerischen Versorgungsregion. *Psychiatrische Praxis*, 51(5), 270–276. <https://doi.org/10.1055/a-2265-8375>
- Tuch, A., Jörg, R., Stulz, N., Heim, E., Hepp, U. (2024). Angebotsstrukturen in der psychiatrischen Versorgung: Regionale Unterschiede im Versorgungsmix (Obsan Bulletin 03/2024). Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.
- Tuch, A., Fischer, F. & Jörg, R. (2025). Monitoring zur Neuregelung der psychologischen Psychotherapie. Zweiter Bericht im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit (BAG) (Obsan Bericht 07/2025). Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.

12 Coûts et financement



Simon Wieser, Belinda Müller, Michael Stucki, Christoph Thommen,
Christina Vetsch-Tzogiou & Yaroslava Zemlyanska
Université des sciences appliquées de Zurich (ZHAW)

Messages clés

- Les coûts sociaux des maladies psychiques comprennent les coûts de la santé (coûts propres au système de santé), les coûts extérieurs au système de santé ainsi que les pertes de production dues à la réduction, voire à la perte totale, de la capacité de travail des personnes concernées.
- En 2022, les coûts de la santé liés aux maladies psychiques se sont montés à 9,5 milliards de francs, soit 10% de toutes les dépenses de santé. Les maladies psychiques ont ainsi constitué, à égalité avec les maladies cardiovasculaires, le deuxième groupe de maladies le plus coûteux, juste après les maladies neurologiques.
- Les pertes de production dues aux maladies psychiques se sont établies à 11,9 milliards de francs en 2022, soit 17% du total des pertes de production. Elles sont particulièrement élevées, car les maladies psychiques apparaissent souvent tôt dans la vie, touchent de nombreuses personnes et restreignent en général sévèrement leur capacité de travail.
- En 2022, les dépenses consacrées à la promotion de la santé et à la prévention dans le domaine de la santé mentale se sont élevées à près de 300 millions de francs, soit 22% des dépenses totales destinées à ce type de mesures. Elles ont principalement servi à informer et à sensibiliser la population.
- Seules de rares informations renseignent sur l'économicité des traitements de maladies psychiques. Une partie des traitements stationnaires pourraient sans doute être remplacés par des traitements ambulatoires tout aussi efficaces et moins coûteux.
- En 2022, le traitement des maladies psychiques était financé à 45% par l'assurance-maladie obligatoire (AOS), les dépenses de promotion de la santé et de prévention l'étaient surtout par des fonds publics et privés.
- L'introduction de nouvelles structures tarifaires de même que le passage du modèle de délégation au modèle de la prescription entraînent de profonds changements dans les tarifs des traitements ambulatoires psychiatriques et psychothérapeutiques.
- En matière de financement des traitements, des défis se présentent surtout au niveau des prestations qui sortent des structures tarifaires classiques, telles les prestations intermédiaires et psychosociales. Quant au financement de la promotion de la santé et de la prévention, c'est surtout la disponibilité incertaine des moyens publics qui pose problème.

12.1 Introduction

Quels sont les coûts sociaux des maladies psychiques? Quels sont les montants dédiés à la promotion de la santé mentale et à la prévention des maladies psychiques? Quelle est l'économicité des traitements des maladies psychiques, qui les finance et comment sont-ils remboursés? Quels défis représente le financement?

Le présent chapitre s'articule autour de ces aspects économiques de la santé. La section 12.2 décrit les coûts sociaux des maladies psychiques et la section 12.3 les dépenses consacrées à la promotion de la santé et à la prévention dans le domaine de la santé mentale. La section 12.4 traite de l'économicité des interventions dans ce domaine, c'est-à-dire du rapport entre les coûts des interventions et leurs bénéfices pour la santé. La section 12.5 présente les modalités du financement de la prévention et du traitement des maladies psychiques et les défis propres à ce financement. Pour étudier ces différents aspects, nous avons analysé les statistiques disponibles, entrepris des recherches et des analyses bibliographiques et mené des entretiens avec des personnes représentant le secteur de la santé.

12.2 Coûts sociaux des maladies psychiques

Les coûts sociaux des maladies psychiques englobent différentes catégories :

- les *coûts de la santé* (également appelés coûts médicaux directs) comprennent tous les coûts générés à l'intérieur du système de santé. Ils comprennent aussi bien les coûts de traitement et de soin (médicaments, psychothérapies, soins à domicile, etc.) que les coûts de la promotion de la santé et de la prévention. L'ensemble de ces coûts est calculé chaque année par l'OFS dans la statistique intitulée «coûts et financement du système de santé» (COU; OFS, 2024a);
- les *coûts extérieurs au système de santé* (également appelés coûts directs non médicaux) sont générés par l'intervention de personnes qui apportent un soutien, rémunéré ou non, aux personnes atteintes de maladies psychiques. Les interventions en question comprennent par exemple les conseils fournis par les services sociaux ou la prise en charge assurée par des proches. Ces coûts incluent de plus les dépenses engendrées par la gestion des problèmes sociaux pouvant être induits par des maladies psychiques, telles les dépenses des autorités policières et judiciaires dans le cadre d'infractions commises par des personnes souffrant d'une addiction;
- les *pertes de production* (également appelées coûts indirects) surviennent lorsque les personnes atteintes de maladies psychiques perdent entièrement ou partiellement leur capacité de travailler, et sont ainsi privées du revenu correspondant. Ces pertes résultent des diverses conséquences causées par la maladie sur l'activité

professionnelle: productivité réduite au travail (*présentéisme*), absence temporaire du travail (*absentéisme*), réduction permanente du *taux d'activité*, incapacité totale de travailler (*invalidité*) et années de travail productif perdues en raison d'un *décès prématuré*.

- Les *pertes de santé* dues à la perte de qualité de vie et d'années de vie (également appelées coûts intangibles) sont mesurées en années perdues en pleine santé («années de vie pondérées par la qualité»). Les chapitres 1 à 4 décrivent l'ampleur de l'impact des maladies psychiques sur la santé.

Coûts de la santé

En Suisse, plusieurs études se sont penchées sur les coûts de la santé associés à toutes les maladies psychiques ou à certaines d'entre elles. Leurs résultats varient parfois énormément. Les écarts peuvent s'expliquer par les différences entre les sources de données et les méthodes de calcul utilisées, ainsi que par la prise en compte de prestations de santé et d'agents payeurs différents.

Pour commencer, nous présentons les résultats d'une étude complète et récente sur les coûts de la santé, réalisée par les auteurs de ce chapitre (Stucki et al., 2025). Nous les comparons ensuite aux résultats d'études antérieures. Se fondant sur un grand nombre de sources de données, l'étude de Stucki et al. ventile les dépenses de santé, déterminées par la statistique COU pour 63 maladies, entre 19 groupes de maladies, 20 groupes de prestations, 17 agents payeurs, 20 groupes d'âge de 5 ans et 2 sexes pour les années 2012, 2017 et 2022. La répartition simultanée des coûts entre toutes les maladies a le mérite d'éviter de surestimer les coûts, un inconvénient typique des études limitées à certaines maladies. Ces dernières tendent en effet à inclure des coûts qu'il conviendrait en réalité d'attribuer à d'autres maladies.

Les coûts de la santé sont déterminés pour six maladies ou groupes de maladies psychiques: TDAH (trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité), alcoolisme, autres addictions, dépression et troubles anxieux, schizophrénie et troubles bipolaires, autres maladies psychiques. La somme de ces coûts correspond au total des coûts de la santé engendrés par toutes les maladies psychiques. Contrairement à d'autres études, l'étude de Stucki et al. ne se limite pas aux fournisseurs de prestations spécialisés dans le traitement de maladies psychiques, mais prend également en compte les fournisseurs de prestations offrant un large éventail de traitements, tels que les médecins de famille et les établissements médico-sociaux.

Le total des coûts de la santé engendrés par le traitement de maladies psychiques en Suisse s'élevait à 9,5 milliards de francs en 2022.

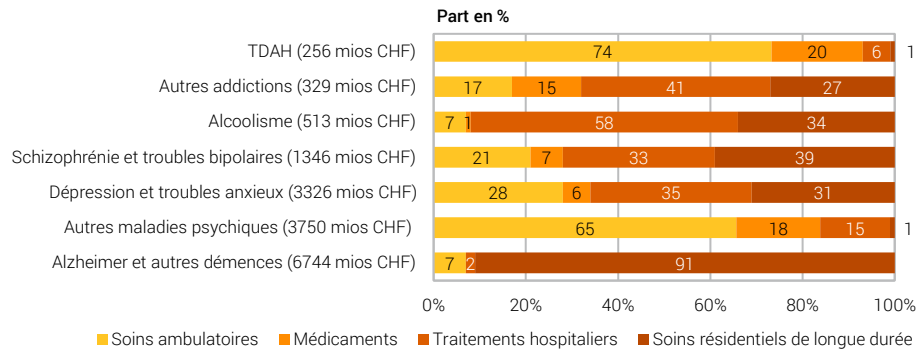
Ce montant correspond à 10,4% de tous les coûts de la santé.

Le groupe de maladies le plus coûteux était celui des «dépressions et troubles anxieux», qui représentait 3,3 milliards de francs.

En 2022, les coûts de la santé liés aux maladies psychiques se montaient à 9,5 milliards de francs, soit 10% de toutes les dépenses de santé. Les maladies psychiques constituaient donc le deuxième groupe de maladies le plus coûteux, à égalité avec les maladies cardiovasculaires, après les maladies neurologiques, qui représentaient 11% des coûts totaux. La part des maladies psychiques dans l'ensemble des coûts de la santé est restée pratiquement constante entre 2012 et 2022. En 2022, 42% des coûts de la santé associés aux maladies psychiques ont été occasionnés par les soins ambulatoires, 27% par les soins hospitaliers dans les cliniques psychiatriques et les hôpitaux, 20% par les soins stationnaires de longue durée dans les établissements médico-sociaux et 11% par les médicaments. Le graphique G12.1 illustre les parts des diverses maladies psychiques dans les coûts de la santé. Le secteur «soins ambulatoires» comprend non seulement les prestations psychiatriques et psychothérapeutiques fournies dans les hôpitaux ou par des psychiatres ou des psychothérapeutes psychologues établis en cabinet, mais aussi les soins ambulatoires de longue durée (soins à domicile) et les prestations fournies par des médecins de famille.

Parts des divers secteurs de prestations dans le total des coûts des maladies psychiques, en 2022

G12.1



Source: Stucki et al., 2025

© Obsan 2025

Les maladies psychiques les plus coûteuses ont été les dépressions et les troubles anxieux (3326 millions de francs), suivis par la schizophrénie et les troubles bipolaires (1346 millions), l'alcoolisme (513 millions), le TDAH (256 millions) et diverses addictions (329 millions). Les 3750 millions de francs restants ont été attribués aux «autres maladies psychiques». Ils comprennent aussi bien les coûts induits par d'autres maladies psychiques (tels les troubles de la personnalité) que les coûts engendrés en réalité par des maladies identifiées, sans pouvoir cependant leur être attribués. De tels coûts apparaissent par exemple lorsqu'une personne suit une psychothérapie ambulatoire et que les données disponibles ne fournissent aucune information sur la maladie psychique traitée. La maladie d'Alzheimer et les autres démences sont des maladies neurologiques, que l'on traite parfois aussi en psychiatrie ambulatoire et hospitalière. Leur traitement ayant représenté 6727 millions de francs, soit 7,4% du total des dépenses de santé, elles ont constitué les maladies les plus coûteuses en 2022.

Le tableau T 12.1 donne un aperçu des études disponibles sur les coûts de santé engendrés par les maladies psychiques en Suisse. Les études sont classées selon le type de maladie psychique et mentionnent l'année de leur publication. Lorsqu'un groupe de recherche a publié plusieurs versions d'une étude basée sur la même conception, nous ne reprenons que les résultats de leur version la plus récente¹. Les coûts estimés varient considérablement pour certaines maladies, ces variations s'expliquant en partie par des différences dans les données utilisées, les méthodes appliquées, de même que les domaines de prestations et les groupes d'âge pris en compte (voir le tableau T 12.1, colonne «Commentaire»).

¹ Pour améliorer la comparabilité, les montants estimés dans les études précédentes ont été extrapolés à l'année 2022. À cet effet, les résultats en monnaies étrangères ont été convertis en francs suisses (CHF) à l'aide d'un taux de change moyen et des parités de pouvoir d'achat (OFS, 2023b; Banque nationale suisse, 2024) et adaptés à l'année 2022 selon l'évolution des coûts de la santé par personne (OFS, 2024a).

Aperçu des études sur les coûts de la santé associés aux maladies psychiques en Suisse, de 2000 à 2024

T12.1

Maladie – année de calcul des coûts	Estimation 2022 (mios CHF)	Commentaire	Auteurs
Toutes les maladies psychiques – 2022	9498	étude exhaustive	Stucki et al. (2025)
Dépression – 2007/2008	7045	y c. les soins de longue durée	Tomonaga et al. (2013)
Troubles de l'humeur – 2010	1391	sans les soins de longue durée	Maercker et al. (2013)
Dépression et troubles anxieux – 2022	3312	y c. les soins de longue durée	Stucki et al. (2025)
Troubles anxieux – 2010	2462	trouble anxieux généralisé; âge: 14 ou plus	Maercker et al. (2013)
Troubles psychotiques – 2010	1553		Maercker et al. (2013)
Schizophrénie – 2012	445		Pletscher et al. (2014)
Schizophrénie et troubles bipolaires – 2022	1343		Stucki et al. (2025)
Toxicomanie – 2002	234	sans les coûts de maladies secondaires	Jeanrenaud et al. (2005)
Dépendances (à des substances) – 2010	1224	addiction aux opioïdes; âge: 15 à 65 ans	Maercker et al. (2013)
Toxicomanie – 2017	309	y c. les coûts des maladies secondaires	Polynomics (2021)
Autres dépendances (en dehors de l'alcoolisme) – 2022	328	sans les coûts de maladies secondaires	Stucki et al. (2025)
Alcoolisme – 2017	538	y c. les coûts des maladies secondaires	Polynomics (2021)
Alcoolisme – 2022	513	sans les coûts de maladies secondaires	Stucki et al. (2025)
Tabagisme – 2017	3432	y c. les coûts des maladies secondaires	Polynomics (2021)
Dépendance au jeu – 2007	12		Jeanrenaud et al. (2012)
Dépendance au jeu – 2008	4	jeux de hasard (casino) uniquement	Künzi et al. (2009)
Dépendance au jeu – 2017	4	y c. les coûts des maladies secondaires	Polynomics (2021)
TDAH – 2022	255		Stucki et al. (2025)
Troubles alimentaires – 2010	32		Maercker et al. (2013)
Troubles du sommeil – 2010	1049		Maercker et al. (2013)
Troubles chez les enfants/adolescents – 2010	135	âge: 0 à 17 ans	Maercker et al. (2013)
Troubles de la personnalité – 2010	180		Maercker et al. (2013)
Tentatives de suicide – 2003	296		Czernin et al. (2012)

Remarque: L'estimation des coûts de 2022 résulte d'une extrapolation.

© Obsan 2025

Coûts extérieurs au système de santé

Le tableau T 12.2 présente les résultats de différentes études sur les coûts, générés hors du système de santé, de certaines maladies psychiques. Les études sont classées par type de maladie, avec mention de l'année de leur publication. Les coûts estimés ont été extrapolés à l'année 2022, comme dans le tableau T 12.1.

Les coûts générés par la *dépression et les troubles anxieux* hors du système de santé sont estimés respectivement à 769 millions et à 5 millions de francs suisses, les services sociaux et les soins informels représentant les principales composantes. Pour les *troubles psychotiques*, ces coûts ont été chiffrés à 252 millions de francs. Selon une autre étude, les coûts associés à la *schizophrénie* se monteraient à 225 millions de francs et seraient principalement générés par les foyers d'accueil et les soins informels prodigués par les proches.

Dans le domaine des *dépendances* ou des *addictions*, les coûts extérieurs au système de santé sont générés tant par la prise en charge des personnes concernées que par la gestion des conséquences financières. Une étude appliquant une définition plus large

Études consacrées aux coûts de maladies psychiques générés à l'extérieur du système de santé, de 2000 à 2024 T 12.2

Maladie – année de calcul des coûts	Estimation 2022 (mios CHF)	Commentaire	Auteurs
Dépendances – 2004	225	âge: 15 ans ou plus	Jäger et al. (2008)
Dépendances (à des substances) – 2010	717	addiction aux opioïdes; âge: 15 à 65 ans	Maercker et al. (2013)
Alcoolisme – 2017	242	poursuites pénales	Polynomics (2021)
Toxicomanie – 2017	527	poursuites pénales	Polynomics (2021)
Dépendance au jeu – 2009	8	jeux de hasard (casino)	Künzi et al. (2009)
Troubles de l'humeur – 2010	684		Maercker et al. (2013)
Troubles anxieux – 2010	5	TSPT seulement; âge: 14 ans ou plus	Maercker et al. (2013)
Troubles psychotiques – 2004	252		Jäger et al. (2008)
Schizophrénie – 2012	225	Foyers et soins informels	Pletscher et al. (2014)
Troubles alimentaires – 2010	3		Maercker et al. (2013)
Troubles chez les enfants/adolescents – 2013	936	âge: 0 à 17 ans	Maercker et al. (2013)
Troubles de la personnalité – 2010	135	troubles de la personnalité borderline	Maercker et al. (2013)

Remarque: TSPT: troubles de stress post-traumatique. L'estimation des coûts de 2022 résulte d'une extrapolation.

des coûts estime respectivement à 225 millions et à 717 millions de francs les coûts de transport, des services sociaux et de l'hébergement encadré des patients souffrant d'*alcoolisme ou de toxicomanie*. Quant aux coûts de la répression, ils sont estimés à 242 millions de francs pour l'*alcoolisme* et à 527 millions de francs pour la *toxicomanie*. Une étude consacrée à la *dépendance aux jeux de hasard dans les casinos* a évalué à 8 millions de francs les coûts administratifs liés à la criminalité, aux divorces et aux transferts.

D'autres études ont estimé les coûts extérieurs au système de santé pour les *troubles alimentaires* (4 millions de francs, occasionnés principalement par l'anorexie et la boulimie) ou les *troubles de la personnalité* (135 millions, sans les troubles borderline). Chez les enfants et les adolescents jusqu'à l'âge de 17 ans, ces coûts se sont élevés à 936 millions de francs et ont principalement été associés à l'*autisme* (726 millions), aux *troubles du comportement* (162 millions) et au *TDH* (48 millions). Les résultats de ces études comportent de nombreuses incertitudes, car ils reposent souvent sur des enquêtes menées auprès de petits échantillons de personnes concernées. De plus, les données auto-déclarées (issues d'enquêtes par questionnaire) peuvent conduire à des distorsions en raison du comportement des personnes interrogées (voir également le chapitre 1 Population en général).

Pertes de production

Les pertes occasionnées par une réduction ou une perte totale de la capacité de travail correspondent à des pertes de revenus sociaux. Elles comprennent non seulement les pertes de production dues au présentéisme et à l'absentéisme de personnes encore actives, mais aussi la valeur représentée par les années de travail perdues pour cause d'invalidité ou de décès prématuré. Dans leur cas aussi, nous présentons tout d'abord les résultats de l'étude exhaustive et récente sur les coûts (Stucki et al., 2025), avant de les comparer avec les résultats d'études antérieures.

L'étude de Stucki et al. estime certes les pertes de production de certaines maladies psychiques en Suisse, mais pas de toutes. En 2022, les pertes de production de ces maladies s'élevaient à 11,9 milliards de francs, soit 17% des pertes de production engendrées par l'ensemble des maladies. Se chiffrant à 6530 millions de francs, l'invalidité totale ou partielle a représenté la plus grande part des pertes de production dues aux maladies psychiques (55%). Le présentéisme (27%), c'est-à-dire la productivité réduite au travail causé par la maladie, arrivait en deuxième position avec 3197 millions de francs. Il était suivi de l'absentéisme avec 2048 millions de francs (17%). Relevons que ces pertes de production, associées au présentéisme et à l'absentéisme, sont dues uniquement à la dépression.

Le tableau T 12.3 donne un aperçu, selon la maladie avec indication de l'année sous revue, des études consacrées aux pertes de production causées par les maladies psychiques en Suisse. Comme dans le tableau T 12.1, les pertes estimées ont été extrapolées à l'année 2022.

Études sur les pertes de production dues aux maladies psychiques en Suisse, de 2000 à 2024 T 12.3

Maladie – année de calcul des coûts	Estimation 2022 (en mios CHF)	Commentaire	Auteurs
Toutes les maladies psychiques	11 930	absentéisme, invalidité, présentéisme, décès	Stucki et al. (2025)
Dépression – 2022	5245	absentéisme, présentéisme	Stucki et al. (2025)
Dépression – 2010	2033		Maercker et al. (2013)
Dépression – 2007/2008	6658		Tomonaga et al. (2013)
Troubles anxieux – 2010	1091	sans les TSPT; âge: 14 ans ou plus	Maercker et al. (2013)
Troubles psychotiques – 2010	2620		Maercker et al. (2013)
Schizophrénie – 2012	1038		Pletscher et al. (2014)
Dépandances – 2004	2371	sans la nicotine; âge: 15 ans ou plus	Jäger et al. (2008)
Dépandances (à des substances) – 2010	976	hors nicotine et cannabis; âge pour la dépendance aux opioïdes: 15 à 65 ans	Maercker et al. (2013)
Alcoolisme – 2017	3618	y c. les maladies secondaires	Polynomics (2021)
Tabagisme – 2017	3413	y c. les maladies secondaires	Polynomics (2021)
Toxicomanie – 2017	594	y c. les maladies secondaires	Polynomics (2021)
Toxicomanie – 2002	3265	y c. les maladies secondaires	Jeanrenaud et al. (2005)
Dépendance au jeu – 2007	489–517		Jeanrenaud et al. (2012)
Dépendance au jeu – 2017	239	y c. les maladies secondaires	Polynomics (2021)
Dépendance au jeu – 2008	68	jeux de hasard (casino)	Künzi et al. (2009)
Troubles alimentaires – 2010	6		Maercker et al. (2013)
Troubles du sommeil – 2010	608	hors insomnie	Maercker et al. (2013)
Troubles de la personnalité – 2010	831		Maercker et al. (2013)
Suicides avec issue fatale – 2014	77	tentatives de suicide non comprises	Doran und Kinchin (2020)

Remarque: TSPT: troubles de stress post-traumatique. L'estimation des coûts de 2022 résulte d'une extrapolation.

Les pertes de production dues aux maladies psychiques sont particulièrement élevées par rapport à d'autres maladies. Leur niveau s'explique par la prévalence, souvent élevée, des maladies psychiques, leur évolution fréquemment chronique, leur apparition précoce et la réduction considérable de la capacité de travail de nombreuses personnes concernées.

Les études sur les pertes de production dues aux dépendances se distinguent notamment par le type d'addiction et le type de pertes de production prises en compte. Une étude a estimé à 7864 millions de francs le coût total du présentisme, de l'absentéisme et des décès prématurés dus à l'alcoolisme, à la toxicomanie, à la dépendance au jeu et au tabagisme, en tenant compte des maladies secondaires. Par conséquent, les résultats d'autres études sur les dépendances sont en général inférieurs.

Les pertes de production causées par la dépression ont été estimées entre 2033 et 6658 millions de francs et celles dues aux troubles anxieux entre 1091 et 1240 millions de francs. Ces pertes sont particulièrement élevées pour les troubles psychotiques, car ceux-ci sont souvent chroniques et apparaissent tôt dans la vie. Une étude les estime à 1038 millions de francs, soit 60% du total des coûts engendrés par ces troubles.

Total des coûts

Les coûts sociaux des maladies mentales s'élevaient au total à 23,1 milliards de francs en 2022. Les pertes de production en représentaient plus de la moitié (52%), soit 11,9 milliards. Venaient ensuite les coûts de la santé, avec 9,5 milliards (41%), et les coûts extérieurs au système de santé, avec 1,7 milliard (7% ; pour la somme des résultats des dernières études disponibles, voir le tableau T 12.3). Soulignons cependant que, pour diverses raisons, les coûts totaux sont sous-estimés. Le calcul de certains types de pertes de production et des coûts extérieurs au système de santé n'a par exemple pu prendre en compte qu'une partie des maladies psychiques. De plus, les coûts des maladies secondaires, pourtant loin d'être négligeables dans de nombreuses maladies psychiques, n'ont que rarement pu être pris en considération. Enfin, le calcul ne tient pas non plus compte de la «santé perdue» en raison de la détérioration de la qualité de vie et des années de vie en bonne santé perdues (voir à ce sujet les chapitres 1 à 4 qui traitent de l'épidémiologie des maladies psychiques).

12.3 Dépenses consacrées à la promotion de la santé et à la prévention des maladies psychiques

Promotion de la santé, prévention et traitement – définitions

La promotion de la santé et la prévention sont deux concepts interdépendants. La prévention englobe toutes les mesures qui visent à empêcher l'apparition et la propagation de maladies en réduisant les facteurs de risque et en renforçant les facteurs de protection. La promotion de la santé a en revanche pour but de renforcer la santé et les ressources favorables à la santé, indépendamment de toute maladie. Elle se concentre sur les conditions favorables à la santé et sur sa préservation, et examine dès lors ce qui maintient les personnes en bonne santé malgré les risques et les contraintes auxquels elles sont exposées (approche salutogénique). Elle a par ailleurs pour but d'améliorer l'état de santé aussi bien de l'individu que de la collectivité (Hurrelmann, 2018). Le chapitre 10 Promotion et prévention donne une définition plus précise de la promotion de la santé et de la prévention.

Dans la pratique, il est souvent difficile d'établir une distinction claire entre la promotion de la santé, la prévention et le traitement de maladies. L'affectation des ressources financières et des dépenses à ces domaines d'activité comporte dès lors forcément des incertitudes.

En réalité, il est souvent difficile d'établir une distinction claire entre les mesures de promotion de la santé et de prévention, d'une part, et les traitements médicaux, d'autre part. D'où la difficulté à déterminer les coûts de la promotion de la santé et de la prévention, de même que leur financement. D'autant que ce dernier varie beaucoup d'un canton à l'autre (OFSP & Obsan, 2023).

Volume et évolution des dépenses

En Suisse, la responsabilité du système de santé incombe en premier lieu aux cantons et aux communes et il en va de même pour la promotion de la santé et la prévention. Ce sont les médecins cantonaux et les délégués cantonaux à la promotion de la santé qui coordonnent les activités dans ce domaine. Au niveau national, la fondation Promotion Santé Suisse harmonise les efforts des cantons. Outre cette fondation, d'autres instances mènent des activités au niveau national. Elles comprennent la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) et différents offices fédéraux tels que l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), le Secrétariat d'État à l'économie (SECO) et l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS). À ces organes publics, il convient d'ajouter d'innombrables organisations d'utilité publique comme les ligues de santé, les organisations de patients et les organisations d'entraide (voir chapitre 10, section «Acteurs du domaine de la promotion de la santé et de la prévention»).

En 2022, les dépenses de la promotion de la santé mentale et de la prévention des maladies psychiques se sont montées à 289 millions de francs. Elles ont servi à financer la sensibilisation aux maladies psychiques ainsi que le dépistage précoce, les conseils et les traitements destinés à prévenir l'alcoolisme, la toxicomanie et l'abus de médicaments. Ces dépenses ne comprennent toutefois pas celles qui sont consacrées à la prévention incluse dans les soins de santé, comme les consultations médicales, et celles consenties par des entreprises et des assureurs-maladie dans le cadre de l'assurance complémentaire. Sur les 289 millions de francs, 230 millions ont été alloués à la prévention des dépendances et 59 millions à la prévention générale de maladies psychiques. Environ 76% des 289 millions de francs ont été versés à des organisations d'utilité publique comme Addiction Suisse, la fondation Ulmenhof, IOGT Schweiz ou Pro Mente Sana. La Confédération, les cantons et les communes ont par ailleurs alloué 19% du total à des associations axées sur l'abstinence, à des centres de désintoxication ou à la remise contrôlée de drogue. Enfin, la fondation Promotion Santé Suisse a consacré les 5% restants, soit 14 millions de francs, au domaine de la santé mentale. Ce montant a occupé une grande place dans les dépenses de cette fondation, puisqu'il en a représenté 32%² (Promotion Santé Suisse, 2023).

En 2019, les dépenses consacrées à la promotion de la santé et à la prévention dans le domaine de la santé mentale ont représenté environ 22% de toutes les dépenses de prévention. Le graphique G12.2 illustre le volume de ces dépenses par domaine de prévention. Elles ont en grande partie servi à informer et à sensibiliser la population et

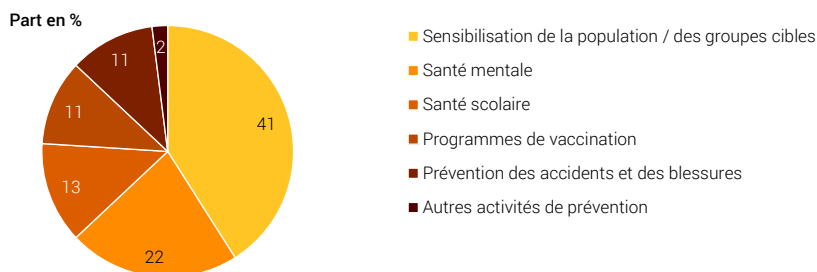
² Il comprend les dépenses destinées aux programmes d'action cantonaux «Santé psychique», à la gestion de la santé en entreprise et au Réseau santé psychique Suisse.

les groupes cibles (41%). Les données présentées proviennent de 2019, car les chiffres des années 2020 à 2022 sont faussés par les dépenses allouées à la prévention dans le cadre de la pandémie de COVID-19.

Alors que les dépenses de santé ont augmenté en Suisse au cours des dernières années, les dépenses de promotion et de prévention dans le domaine de la santé mentale sont restées relativement stables de 2018 à 2022: leur montant s'est situé entre 278 à 297 millions de francs par an après avoir enregistré une hausse en 2017. Cette hausse s'explique par le renforcement de programmes cantonaux d'action après la publication du rapport *Santé psychique en Suisse* (OFSP, 2015). Pour financer ces dépenses, la contribution que toutes les personnes assurées selon la LAMal versent chaque année avec leur prime d'assurance-maladie a été augmentée en 2017 et en 2018. La section Financement selon le type d'agent payeur fournit des informations plus détaillées sur le financement des dépenses.

Dépenses par domaine de prévention, en Suisse, en 2019

G12.2



Source: ZHAW, sur la base de la statistique COU de l'OFSP

© Obsan 2025

12.4 Économicité de la prévention et du traitement de maladies psychiques

Rôle de l'efficacité et de l'économicité

Le critère d'économicité occupe une place centrale dans le système de santé. Selon la loi fédérale sur l'assurance-maladie obligatoire (LAMal), les prestations de santé, tels les traitements médicaux et les médicaments, doivent être *efficaces, appropriés et économiques* (c'est-à-dire répondre aux critères EAE; art. 32, al. 1, LAMal). Des prestations sont dites économiques lorsque leur coût est proportionnel à leur utilité pour la santé. Les critères EAE servent à garantir que les prestations ne sont fournies que si elles sont efficaces et sûres, qu'elles servent un but utile et qu'elles sont économiques (Office fédéral de la santé publique, 2022).

Pour remplir le critère d'*économicité*, l'une des conditions qu'un traitement doit remplir est d'être *efficace* et de contribuer à améliorer la santé, à la stabiliser ou à ralentir l'évolution de la maladie. L'efficacité d'un traitement devrait être démontrée par des études scientifiques et, dans l'idéal, confirmée par une organisation ou une autorité sanitaire indépendante, tel le réseau Cochrane (cochrane.org), après analyse systématique de toutes les études d'efficacité disponibles. Les études portant sur l'efficacité des traitements de maladies psychiques sont confrontées à des défis particuliers, car il est souvent difficile de mesurer les symptômes de ces maladies de même que leur amélioration. D'autres difficultés résident, d'une part, dans la comparabilité des nombreuses approches psychothérapeutiques et, d'autre part, dans les obstacles pratiques et éthiques à surmonter pour les réaliser. Il arrive par conséquent que l'efficacité d'un traitement donné ne fasse l'objet d'aucune étude. Et même lorsque des études sont disponibles, elles ne prouvent pas nécessairement l'efficacité, car il n'est pas toujours possible de transposer de manière concluante les résultats de ces études à la pratique locale.

L'*économicité* d'un nouveau traitement est évaluée dans le cadre d'études qui comparent des aspects économiques et sanitaires. Pour une maladie donnée, ces études consistent à mettre en rapport les coûts et l'utilité pour la santé du nouveau traitement et ceux du traitement actuellement appliqué. Les coûts prennent en compte aussi bien les coûts du nouveau traitement que les coûts de santé que celui-ci permet éventuellement d'éviter. Selon la manière de mesurer les bienfaits pour la santé, on distingue différents types d'évaluation (Drummond et al., 2015). Dans les *analyses coût-efficacité*, les effets bénéfiques pour la santé sont mesurés en termes cliniques, à l'image d'une amélioration sur une échelle de sévérité des troubles anxieux. Dans les *analyses coût-utilité*, les effets bénéfiques pour la santé sont mesurés en années de vie pondérées par la qualité (QALY), qui tiennent compte à la fois de la qualité de vie gagnée et des années de vie gagnées.

Les analyses coût-utilité revêtent une importance particulière. Dans de nombreux pays, elles servent de critère décisif pour déterminer si les coûts d'un traitement seront pris en charge ou non par le système de santé publique ou l'assurance-maladie obligatoire. Si les

coûts par unité QALY gagnée sont trop élevés, le traitement ne sera pas pris en charge. S'ils sont en revanche jugés raisonnables ou si le traitement permet même de réaliser des économies, il sera considéré comme *économique* et ses coûts seront pris en charge.

La littérature internationale comprend de nombreuses publications scientifiques qui évaluent des traitements de maladies psychiques du point de vue économique et sanitaire. Les types de traitement et les niveaux des prix étant différents, il s'avère cependant impossible de transposer directement les résultats de ces études à la Suisse. Il est donc souvent difficile de savoir dans quelle mesure les traitements psychiatriques et psychologiques appliqués en Suisse sont efficaces et économiques. Il se pourrait fort bien que des traitements plus rentables puissent remplacer de nombreux traitements actuels. Tout porte à croire, par exemple, qu'une partie des traitements psychiatriques hospitaliers pourraient être remplacés par des traitements ambulatoires au moins aussi efficaces, mais moins coûteux (Stulz et al., 2023).

Résultats de quelques études sur l'économicité d'interventions dans le domaine de la santé mentale en Suisse

Seules de rares études se sont penchées sur l'économicité d'interventions dans le domaine de la santé mentale en Suisse. À titre d'exemples, le tableau T 12.4 présente quelques études menées en Suisse pour évaluer l'économicité de traitements et de mesures de prévention dans ce domaine. La deuxième colonne indique l'élément avec lequel l'étude a comparé le traitement du point de vue économique. La première ligne de ce tableau indique par exemple qu'une thérapie multisystémique de proximité peut s'avérer plus avantageuse sur le plan économique que des placements extrafamiliaux dans le cas de jeunes présentant de graves troubles du comportement social. De même, divers traitements des addictions peuvent être rentables, voire plus économiques que d'autres interventions, en Suisse. C'est le cas, par exemple, du traitement avec prescription d'héroïne par rapport au recours à la méthadone ou à la morphine, en cas de dépendance chronique à l'héroïne, ou de différents traitements de la dépendance à la nicotine. Un résultat similaire ressort de la comparaison d'un programme d'intervention à court terme auprès de personnes ayant déjà fait des tentatives de suicide avec un autre programme du même genre.

Aperçu de quelques études sur l'économicité d'interventions
dans le domaine de la santé mentale en Suisse

T 12.4

Maladie et intervention	Comparaison (traitement comparatif)	Résultat	Auteurs
Troubles du comportement social – thérapie multisystémique (TMS)	autres mesures	plus économique	Rehberg et al. (2011)
Traitement avec prescription d'héroïne	méthadone ou morphine	plus économique	Frei (2001)
Dépendance à la nicotine – traitement pharmacologique	conseils de désaccoutumance sans traitement pharmacologique	selon l'économicité: bupropion; patchs, sprays, inhalateurs ou gommes à mâcher à la nicotine	Cornuz et al. (2003, 2006)
Dépendance à la nicotine – programme de formation pour les conseils en matière de sevrage	séances sur la gestion de la dyslipidémie	économique	Pinget et al. (2007)
Suicide – programme d'intervention à court terme	évaluation unique du risque de suicide	plus économique	Park et al. (2018)

© Obsan 2025

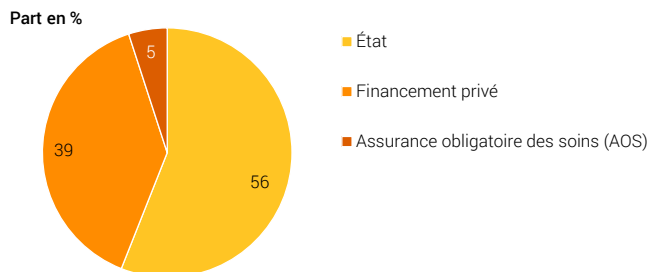
12.5 Financement de la prévention et du traitement de maladies psychiques

Financement selon le type d'agent payeur

En 2022, la Suisse a consacré 289 millions de francs à la promotion de la santé et à la prévention dans le domaine de la santé mentale et 9346 millions de francs aux traitements des maladies psychiques (voir section Volume et évolution des dépenses). Comme le montre le graphique G12.3, les dépenses en matière de promotion de la santé et de prévention ont principalement été financées par l'État et par des fonds privés. L'État en a pris en 56%, soit 161 millions de francs, qui ont principalement été alloués à la prévention de la toxicomanie. Ces ressources proviennent notamment de financements spéciaux tels que la dîme de l'alcool (10% de l'impôt sur les spiritueux), la taxe sur la dépendance au jeu (0,5% du produit brut des loteries) ou la redevance versée au fonds de prévention du tabagisme (0,3% par cigarette). La part du secteur privé, soit 39% ou 114 millions de francs, provient de fondations, de dons et du financement assuré par les prestataires. Les 5% restants, soit 14 millions de francs, proviennent du supplément annuel sur les primes de l'assurance obligatoire des soins, qui s'élevait en 2024 à 4 fr. 80 par personne assurée.

Financement de la prévention des maladies psychiques par agent payeur, en 2022

G12.3



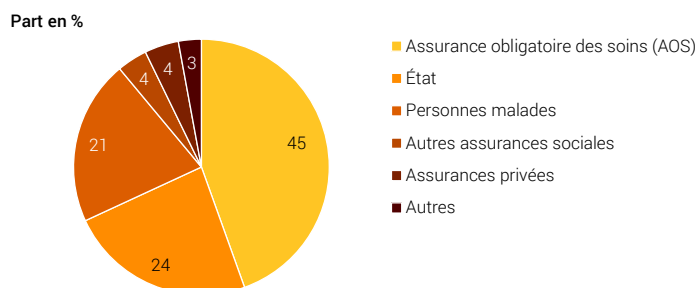
Source: ZHAW, sur la base de la statistique COU de l'OFS

© Obsan 2025

Le graphique G12.4 illustre le régime de financement des traitements des maladies psychiques en 2022. Plus de deux tiers des dépenses ont été prises en charge par l'AOS (45%) ou par l'État (24%). Les autres grandes sources de financement ont inclus les paiements directs des patients ainsi que leurs participations aux coûts (21%) et les autres assurances sociales (4%) comme l'AI et l'AVS.

Financement des prestations psychiatriques par agent payeur, en Suisse, en 2022

G12.4



Source: OFS – COU

© Obsan 2025

Tarifs du traitement de maladies psychiques

Tandis que le financement des soins vise à déterminer qui paie les coûts des traitements, les tarifs définissent les montants que les prestataires peuvent facturer pour les traitements prodigués ou les médicaments administrés. Les tarifs jouent un rôle important dans le système de santé. Ils sont l'un des principaux facteurs qui déterminent les recettes des cliniques et des entreprises pharmaceutiques de même que le revenu des psychologues et des psychiatres indépendants. S'ils sont trop élevés, trop bas ou mal définis, ils peuvent conduire à une prise en charge excessive, insuffisante ou inadéquate. Une prise en charge excessive consiste par exemple à prolonger une psychothérapie ambulatoire au-delà de ce qui est nécessaire du point de vue médical; une prise en charge insuffisante se présente lorsque des adolescents en situation de crise psychique doivent attendre longtemps une intervention en raison d'un manque de professionnels spécialisés; une prise en charge inadéquate, enfin, réside dans l'application d'un traitement hospitalier qui pourrait être remplacé par un traitement ambulatoire plus économique (Frank & McGuire, 2000).

Les principaux tarifs du système de santé suisse sont ceux des prestations et produits de santé pris en charge totalement ou partiellement par l'AOS. Nous nous limitons dès lors ici à l'examen de ces tarifs, qui sont fixés sur la base de listes et de structures tarifaires uniformes au niveau national. Alors que les listes des tarifs contiennent les prix des différentes prestations et produits, les structures tarifaires comprennent des règles pour définir certaines prestations et leurs coûts relatifs (*cost weights*), exprimés par exemple en nombre de «points tarifaires». Pour calculer le tarif proprement dit d'une prestation, il faut multiplier le coût relatif par le prix d'une unité du coût relatif, par exemple la valeur en francs suisses du point tarifaire. Ces prix font l'objet de négociations entre les assureurs-maladie et les fournisseurs de prestations de santé et peuvent varier d'un canton à l'autre et parfois même d'un prestataire à l'autre. Voici un exemple de calcul: si le coût relatif par 5 minutes de thérapie psychiatrique individuelle est fixé à 17,92 points tarifaires et la valeur d'un point à 0 fr. 90, le tarif de 50 minutes de thérapie psychiatrique individuelle se monte à 161 fr. 28 ($= 10 \times 17,92 \text{ points tarifaires} \times 0 \text{ fr. } 90 \text{ par point}$). Les listes tarifaires, les structures tarifaires et l'ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins (OPAS) contiennent des prescriptions supplémentaires ou des restrictions à respecter pour que les coûts d'une prestation ou d'un produit soient pris en charge par l'AOS. Ces prescriptions concernent par exemple le type de maladie traitée, la qualification professionnelle de la personne qui prodigue le traitement ou de celle qui le prescrit, de même que la durée maximale du traitement (OFSP, 2024b, 2024a; DFI, 2024).

Dans le traitement des maladies psychiques, la principale liste tarifaire est la liste dite des spécialités, qui contient tous les médicaments pris en charge par l'AOS. Établie par l'OFSP, cette liste ne fixe pas seulement le prix des médicaments. Elle contient souvent aussi des restrictions qui spécifient par exemple qu'un médicament ne peut être

administré que pendant une certaine période ou pour un certain degré de gravité de la maladie, ou encore uniquement si le recours à un autre médicament a échoué. Voici un exemple de calcul : la dexamphétamine, utilisée pour traiter le TDAH, ne peut par exemple être prescrite que par certains médecins spécialistes et uniquement en cas d'intolérance, de contre-indication ou de non-réponse au méthylphénidate chez les enfants et les adolescents. La nécessité du traitement doit par ailleurs être réévaluée au terme d'une année.

Dans le domaine du traitement ambulatoire ou hospitalier des maladies psychiques, les tarifs des prestations sont en majorité fixés dans le cadre de structures tarifaires. Comme indiqué dans la section 12.1 sur les coûts de traitement des maladies psychiques, ces traitements ne sont pas uniquement appliqués par des professionnels et des institutions spécialisés tels que les psychologues ou les cliniques psychiatriques, mais également par des hôpitaux de soins généraux, des médecins de famille ou des établissements médico-sociaux. Les secteurs stationnaires disposent de structures tarifaires spécifiques, tels les forfaits par cas SwissDRG pour les traitements assurés dans les hôpitaux de soins aigus. Les structures tarifaires ambulatoires, comme la tarification à la prestation (TARMED) pour les prestations médicales ambulatoires, sont appliquées aussi bien dans les soins ambulatoires en cabinet que dans les soins ambulatoires en hôpital. Dans cette section, nous nous concentrons uniquement sur les structures tarifaires spécifiques aux cliniques psychiatriques et aux psychothérapeutes psychologues, et présentons de plus quelques aspects des soins psychiatriques ambulatoires.

TARPSY pour les traitements stationnaires dans les cliniques psychiatriques

TARPSY est la structure tarifaire qui régit le remboursement des traitements stationnaires dans les cliniques psychiatriques. L'introduction de TARPSY, en janvier 2018, a permis de respecter l'exigence de la LAMal qui veut que les traitements stationnaires soient rémunérés sur la base de forfaits liés aux prestations et reposant sur des structures uniformes dans toute la Suisse. L'expression «liés aux prestations» signifie que les coûts relatifs de la structure tarifaire sont calculés sur la base des coûts moyens de certains traitements appliqués à certaines maladies et à certains groupes de patients. Alors que la LAMal prévoit de fixer en règle générale des forfaits par cas, comme dans la structure tarifaire pour les hôpitaux de soins aigus (SwissDRG), TARPSY définit des forfaits journaliers. Cette spécificité est due au fait que les séjours dans les hôpitaux psychiatriques peuvent durer de quelques jours à plusieurs mois et qu'aucune caractéristique, qu'elle soit propre aux patients ou aux traitements, ne parvient à expliquer ces grandes différences de manière concluante. TARPSY définit des coûts relatifs journaliers uniformes au niveau national, qui varient en fonction du diagnostic principal, de l'âge et de la gravité de la maladie (SwissDRG, 2023). Le degré de gravité est déterminé ici à partir du type de diagnostics secondaires, des traitements et d'une évaluation standardisée

de la sévérité du trouble psychique, des compétences sociales et de la limitation des fonctions motrices. La structure des groupes de coûts («PCG» pour groupes de coûts psychiatriques) de TARPSY est relativement simple, puisqu'elle compte neuf groupes principaux, comprenant chacun un à quatre sous-groupes. Les groupes principaux sont associés aux principaux diagnostics de la CIM-10-F (le PCG 21 correspond p. ex. aux diagnostics du chapitre F1 de la CIM-10, qui englobe les addictions). Les sous-groupes se distinguent principalement par l'âge et le degré de gravité (ordinaire ou élevé). Dans TARPSY, les coûts relatifs journaliers diminuent avec l'allongement de la durée de séjour. Affichant une fourchette comprise entre 2,009 et 0,895 et une accumulation autour de la valeur moyenne de 1, ils sont aussi nettement plus proches les uns des autres que les forfaits par cas d'établissements de soins aigus. Cette situation s'explique d'une part par le mode de calcul: contrairement au montant des forfaits journaliers, celui des forfaits par cas est aussi fonction de la durée moyenne de séjour. D'autre part, le type de traitement dans les hôpitaux psychiatriques est généralement assez similaire, quel que soit le diagnostic. Seuls les enfants, les adolescents, les personnes âgées et les patients aux exigences spéciales bénéficient d'une prise en charge particulièrement intensive (Swiss-DRG SA, 2024).

Par rapport aux tarifs précédents des soins stationnaires, TARPSY présente quelques avantages importants pour les établissements psychiatriques. Désormais, il est par exemple nettement plus facile de comparer les traitements et les coûts entre les établissements et les cantons. Alors que la plupart des établissements appliquaient auparavant des forfaits journaliers identiques en psychiatrie adulte, les coûts relatifs des PCG échelonnés leur assurent une rémunération plus élevée pour les patients dont on peut prévoir qu'ils nécessiteront une prise en charge accrue, comme ceux de la psychiatrie de la personne âgée. La résolution des problèmes que pose le sous-financement de la prise en charge de ces groupes de patients spécifiques va dans le bon sens, car elle supprime les raisons conduisant à un manque de soins. Par rapport aux tarifs précédents, TARPSY a toutefois réduit dans de nombreux cantons les incitations à raccourcir la durée de séjour. Dans de nombreux cantons, les tarifs étaient par exemple nettement plus bas auparavant à partir du 60^e ou du 90^e jour de séjour que ce n'est le cas aujourd'hui avec TARPSY (Gesundheitsdirektion Zürich, 2024; Morger et al., 2018). L'affaiblissement des incitations tarifaires pourrait en partie expliquer pourquoi la durée moyenne de séjour dans les cliniques psychiatriques a cessé de diminuer entre 2018 et 2023 et qu'elle s'est même légèrement allongée, alors qu'elle avait raccourci d'un quart entre 2002 et 2018, passant de 45,9 à 33,8 jours (Obsan, 2025).

Les évaluations montrent jusqu'ici que l'introduction de TARPSY a un impact relativement faible sur la qualité des traitements et la situation financière des hôpitaux psychiatriques (Hepp et al., 2020; Pellegrini et al., 2024). Les craintes d'assister à des sorties trop précoces pour des raisons financières ne se sont ainsi pas confirmées et l'on n'a jusqu'à présent observé aucun impact sur la qualité des soins. Le principal effet produit

par l'introduction de TARPSY réside probablement au niveau des tarifs pour une journée de traitement. Ces tarifs dits de base n'ont plus augmenté par rapport à la période qui a précédé l'introduction de TARPSY, et ont même légèrement baissé dans de nombreuses cliniques. Cette évolution pourrait s'expliquer par l'accroissement de la transparence des coûts et de la comparabilité des cliniques grâce à TARPSY, qui a renforcé la position des assureurs-maladie dans les négociations tarifaires avec les cliniques.

Les tarifs des prestations psychiatriques et psychothérapeutiques ambulatoires n'ont guère évolué durant une longue période. L'introduction de la nouvelle structure tarifaire pour les prestations médicales (TARDOC) et de la psychothérapie psychologique de même que le passage du modèle de délégation au modèle de la prescription entraînent un changement en profondeur.

Tarifs des prestations psychiatriques et psychothérapeutiques ambulatoires

Les tarifs des prestations psychiatriques ambulatoires se fondent actuellement sur la structure tarifaire TARMED valable pour les prestations médicales ambulatoires, qui doit être remplacée à partir de 2026 par une structure similaire, abrégée TARDOC. Ces tarifs s'appliquent aussi bien aux cabinets psychiatriques qu'aux prestations médicales ambulatoires des cliniques et des hôpitaux. Le chapitre 02 de TARMED, de même que le chapitre E correspondant du futur TARDOC, englobe toutes les prestations psychiatriques (thérapie individuelle, thérapie familiale, consultation téléphonique, etc.) avec les points tarifaires idoines ainsi que les spécifications et les restrictions correspondantes. Les restrictions concernent surtout le nombre de prestations facturables en l'absence du patient. Les points tarifaires TARMED pour les prestations psychiatriques n'ont pas changé depuis l'introduction de TARMED en 2004 et la valeur du point a eu tendance à baisser durant la même période. Par conséquent, la rémunération d'une prestation psychiatrique a eu tendance à diminuer. Si l'on compare la psychiatrie avec d'autres spécialités médicales, comme la radiologie ou l'ophtalmologie, les progrès techniques n'ont pas non plus permis de gagner du temps. Le diagnostic et la thérapie psychiatriques se déroulent toujours pour l'essentiel sous la forme d'un entretien avec le patient. Cela vaut également pour les consultations effectuées par téléphone ou en ligne. Cette évolution tarifaire est sans doute l'une des raisons qui expliquent le niveau des revenus soumis à l'AVS des médecins indépendants dans les domaines de la pédopsychiatrie ainsi que de la psychiatrie et de la psychothérapie : ils étaient les plus bas de tous les groupes de médecins spécialistes en 2014, s'établissant respectivement à 187 000 et à 219 500 francs (Künzi & Morger, 2018). Un lien entre cette situation et la pénurie actuelle de médecins spécialistes en psychiatrie paraît plausible.

Outre la psychothérapie médicale, la psychothérapie psychologique est également remboursée par l'AOS. Jusqu'en 2022, les prestations des psychothérapeutes psychologues ne l'étaient que lorsqu'elles étaient fournies sur délégation d'un médecin au bénéfice de l'autorisation requise (modèle de délégation). Dans ce modèle, les tarifs des thérapeutes psychologues étaient régis par TARMED. Depuis le 1^{er} juillet 2022, c'est le modèle de la prescription qui s'applique. Celui-ci permet aux psychologues pratiquant la psychothérapie de facturer, moyennant l'autorisation correspondante (art. 11b, OPAS), directement leurs prestations via l'AOS. Pour ce faire, un médecin dispensant des soins généraux ou des soins psychiatriques et psychosomatiques doit établir une ordonnance de psychothérapie psychologique (modèle de la prescription). Cette ordonnance est valable pour quinze séances diagnostiques et thérapeutiques et peut être suivie d'une deuxième ordonnance pour quinze autres séances. Au-delà, la poursuite de la thérapie n'est possible que si une garantie de prise en charge est fournie par l'assurance, celle-ci s'appuyant à cet effet sur une évaluation du cas par un psychiatre. Des règles légèrement différentes s'appliquent aux interventions de crise et aux thérapies brèves n'excédant pas dix séances (art. 11b OPAS). Les tarifs de la psychothérapie psychologique sont désormais réglés séparément. Il existe actuellement une convention tarifaire provisoire qui était en vigueur jusqu'à fin 2024. La plupart des cantons l'ont reconduite pour l'année 2025; dans certains cas, les tarifs pour 2025 font encore l'objet de négociations.

Le nouveau modèle de la prescription doit faciliter l'accès à la psychothérapie psychologique et améliorer la situation en matière de soins psychothérapeutiques. Il simplifie d'une part la prescription d'une psychothérapie psychologique, tout médecin de premier recours étant en mesure de le faire. D'autre part, il facilite et rend plus attractive l'activité des psychologues en cabinet, ces derniers travaillant désormais de manière indépendante (et non sur délégation). Le législateur a clairement exprimé le souhait d'élargir les prestations de la psychothérapie psychologique. Reste à savoir si la nouvelle réglementation sera mise en œuvre avec succès, dans quelle mesure elle permettra d'atteindre les objectifs et quels changements elle entraînera. Pour le déterminer, l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) a chargé la Haute école des sciences appliquées de Zurich (ZHAW) de procéder à une évaluation formative, dont les résultats devraient être publiés fin 2025.

Le *Monitoring zur Neuregelung der psychologischen Psychotherapie* réalisé par Polynomics (Bill & Fischer, 2024) fournit de premiers résultats concernant les effets à court terme de la nouvelle réglementation sur les prestations et les coûts de la psychothérapie psychologique au cours de la première année d'application. Se fondant sur les données SASIS des assureurs-maladie, les auteurs estiment que les dépenses consacrées à la psychothérapie ambulatoire ont augmenté d'environ 175 à 200 millions de francs en 2023 par rapport à 2022. Il est possible de mettre près de la moitié de cette augmentation sur le compte des tarifs de la psychothérapie psychologique, qui ont progressé d'environ 16%. Une part de 29% de la hausse des coûts s'explique par des facteurs non

observables, tel le transfert dans l'AOS de prestations financées jusque-là par les patients eux-mêmes ou par les assurances complémentaires ou une réduction de la pénurie de soins. D'autres raisons comprennent la croissance démographique et l'accroissement du recours aux soins. Une étude de suivi (à paraître) réalisée dans le cadre de ce monitoring se base sur les données de facturation AOS de deux assureurs et devrait fournir d'autres informations encore. De telles études ne permettent cependant pas de prévoir l'impact de la nouvelle réglementation à moyen et à long termes. Le monitoring devrait se poursuivre.

Défis en matière de financement

Le financement de la promotion de la santé, de la prévention et du traitement de maladies psychiques pose divers défis. Ceux-ci relèvent notamment des systèmes tarifaires décrits dans la section précédente, mais vont également au-delà. Les structures et les prestations ci-après seront plus particulièrement confrontées à ce genre de défis.

- **Structures intermédiaires:** ces structures comprennent entre autres des cliniques de jour, des services ambulatoires d'hôpitaux ou des services à domicile, tels les services mobiles, qui ne peuvent être classés ni dans les structures ambulatoires ni dans les structures stationnaires. Étant donné que l'ordonnance sur le calcul des coûts et le classement des prestations par les hôpitaux, les maisons de naissance et les établissements médico-sociaux dans l'assurance-maladie ne comprend plus la notion de *traitements semi-hospitaliers* depuis 2009, les prestations intermédiaires sont la plupart du temps facturées au titre de prestations ambulatoires (bureau BASS, 2018). Or les tarifs ambulatoires ne couvrent souvent pas les coûts, comme c'est le cas pour le maintien de réserves de capacités ou les prestations de traitement de plus de quatre heures par semaine (Conseil fédéral, 2016). Les structures intermédiaires dépendent donc du financement supplémentaire assuré par les pouvoirs publics, comme les fonds cantonaux pour les prestations d'intérêt général (Tuch et al., 2024). Cette part élevée de prestations non couvertes par l'AOS entraîne des incertitudes de planification pour les fournisseurs de prestations et une pression financière, par exemple lorsque les cantons appliquent des mesures d'économie.
- **Aide en cas de dépendance:** selon la Coordination politique des addictions (NAS-CPA; 2017), TARMED est conçu pour financer les prestations de médecins travaillant en cabinet et ne couvre pas suffisamment la prise en charge de personnes dépendantes dans les centres spécialisés. Ce manque de couverture touche surtout le travail de coordination, les interfaces et les activités en l'absence des patients. De plus, le traitement des personnes souffrant de dépendances exige souvent des mesures sociales de stabilisation (dans les domaines des finances, du logement et de l'activité professionnelle, p. ex.) qui vont au-delà du traitement purement médical. Or TARMED

ne couvre de telles mesures que de manière limitée (NAS-CPA, 2017). Aux dires de la NAS-CPA (2017), ces problèmes de financement provoquent d'onéreux allers-retours de certains cas entre le secteur de la santé et celui des services sociaux.

- **Services de la psychiatrie de consultation et de liaison:** sont par exemple concernées les prestations liées aux comorbidités somatopsychiques, c'est-à-dire les prestations fournies à des patients qui souffrent d'une maladie psychique alors qu'ils présentent déjà une pathologie physique de base. De tels cas sont fréquents dans les hôpitaux de soins aigus et les services psychiatriques de consultation et de liaison (prestations psychiatriques dans le domaine somatique) peuvent assurer leur traitement (Tuch, 2018). Ne pouvant pas planifier leurs activités et devant intervenir dans l'urgence, ces services nécessitent, selon Hepp (2023), de considérables réserves de capacités, qui ne sont cependant pas couvertes par TARMED.
- **Télémédecine:** selon TARMED, seule une consultation télé médicale d'une durée de 20 minutes peut être facturée à chaque fois en psychiatrie. Des exceptions ne sont possibles que pour les patients de moins de 6 ans ou de plus de 75 ans, en cas de besoin accru d'intervention ou pour les interventions de crise (Zimmer, 2023). La structure tarifaire à venir, TARDOC, prévoit aussi des restrictions, mais moins contraignantes, et couvre également les consultations télé médicales différées (FMH, 2024). Les consultations en différé sont un élément typique des thérapies hybrides innovantes de la télé médecine. Par ailleurs, la rémunération des programmes d'auto-assistance en ligne n'est en général pas encore réglée.
- **Prestations relevant à la fois du système de santé et de l'assistance sociale:** les personnes souffrant de maladies psychiques ont souvent besoin de prestations qui relèvent à la fois du domaine de la santé et du domaine social. Il arrive que ces personnes soient prises en charge par la mauvaise institution, ce qui peut engendrer des coûts inutiles. Des cliniques psychiatriques sont par exemple souvent obligées d'accueillir des personnes qui n'ont pas vraiment besoin d'un traitement psychiatrique hospitalier, mais qui ne peuvent pas, pour diverses raisons, être prises en charge par des institutions sociales ou des homes médicalisés. Une intervention sociale à bas seuil constituerait parfois un complément efficace et peu coûteux à un traitement ambulatoire, mais il s'avère impossible d'y recourir parce que son financement n'est pas réglé (Stamm & Rhiner, 2022).
- **Prestations ambulatoires et stationnaires:** pour les cliniques psychiatriques, la rémunération des traitements ambulatoires prodigués en milieu hospitalier est nettement moins bonne que celle des traitements hospitaliers et ne couvre le plus souvent pas les coûts. Cet écart entrave le transfert, pourtant souhaitable, des traitements hospitaliers vers les soins ambulatoires. Le traitement hospitalier des patients souffrant de maladies somatiques et psychiatriques est par ailleurs sous-financé, car les tarifs (TARPSY ou SwissDRG) ne tiennent pas assez compte de la prise en charge plus intensive de ces personnes et de la durée plus longue de leur séjour en clinique (Hepp, 2023).

- **Promotion de la santé et prévention – grevées par l’incertitude en termes de planification:** les dépenses consacrées à la promotion de la santé et à la prévention dans le domaine de la santé mentale sont en majeure partie financées par des fonds publics et privés. La place de ces fonds dans le financement engendre une grande dépendance à l’égard des politiques cantonales et beaucoup d’incertitude en termes de planification. Le financement à long terme n’est pas non plus réglé pour les programmes de prévention soutenus par Promotion Santé Suisse. Dans son appui aux projets de la *prévention dans le domaine des soins*, Promotion Santé Suisse accorde si possible un financement transitoire à des projets qui présentent un potentiel d’efficacité particulièrement élevé (Promotion Santé Suisse, 2021).
- **Prise en charge non rémunérée par des proches ou des membres de la famille:** la prise en charge des patients souffrant de maladies psychiques chroniques et souvent de longue durée, telles la dépression ou la schizophrénie, est en grande partie assurée par leurs proches ou des membres de la famille. Un transfert de ce travail de care non rémunéré vers le système de santé entraînerait une hausse énorme des coûts et ne serait en fait guère possible vu la pénurie de personnel qualifié que l’on observe aujourd’hui déjà. Compte tenu de l’évolution démographique, le nombre de personnes nécessitant une prise en charge augmentera cependant beaucoup plus fortement que le nombre de personnes susceptibles de s’en occuper. Force sera donc de se préoccuper de la garantie de cette prise en charge sur le long terme.

On envisage actuellement diverses solutions pour relever les défis décrits ci-devant. Afin d’améliorer la promotion de la santé et la prévention dans le domaine de la dépendance, une idée consiste par exemple à prélever une taxe sur les substances psychotropes et les comportements susceptibles de créer une dépendance, sur le modèle de la «dîme de l’alcool» (Al Kurdi, 2023). Quant à améliorer la couverture tarifaire des traitements, il serait possible d’envisager les adaptations suivantes: inclure les prestations de coordination (dans la liste des prestations), relever la valeur du point tarifaire et supprimer les limites de facturation (Al Kurdi, 2023). Enfin, des voix s’élèvent pour réclamer une réglementation via SwissDRG pour assurer un financement qui couvre les coûts des services psychiatriques de consultation et de liaison à l’hôpital (Gesundheitsnetz 2025, 2023).

12.6 Conclusions et perspectives

Quels sont les coûts des maladies psychiques?

Les maladies psychiques entraînent des coûts de différente nature :

1. les *coûts de la santé* induits par le traitement des personnes malades,
2. les *coûts extérieurs au système de santé* générés par la prise en charge des personnes concernées et les dommages causés en particulier par les addictions,
3. les *pertes de production* ou de revenus dues à l'incapacité de travail temporaire ou permanente des personnes malades,
4. la *santé perdue* des personnes malades en raison des *années de vie perdues* ou des *années de vie perdues en bonne santé*.

En 2022, les coûts de la santé liés aux maladies psychiques se sont montés à 9,5 milliards de francs, soit 10% de toutes les dépenses consacrées à la santé. Les maladies psychiques ont ainsi constitué, à égalité avec les maladies cardiovasculaires, le deuxième groupe de maladies le plus onéreux, juste après les maladies neurologiques. Les maladies psychiques les plus coûteuses ont été la dépression et les troubles anxieux, ainsi que la schizophrénie et les troubles bipolaires. Les coûts extérieurs au système de santé se sont élevés à 1,7 milliard de francs en 2022 et ont principalement été occasionnés par les dépressions et les addictions. Cette estimation n'est cependant pas complète, car toutes les maladies psychiques n'ont pas fait l'objet d'études. En 2022, les pertes de production se sont établies à 11,9 milliards de francs, soit 17% du total des pertes de production. Elles sont particulièrement élevées, car les maladies psychiques apparaissent souvent tôt dans la vie, touchent de nombreuses personnes et restreignent souvent fortement leur capacité de travail.

Le coût social des maladies psychiques a atteint au total 23,1 milliards de francs en 2022. Les pertes de production en représentaient plus de la moitié (52%), suivies par les coûts de la santé (41%) et les coûts extérieurs au système de santé (7%).

Les dépenses consacrées à la promotion de la santé mentale et à la prévention des maladies psychiques sont restées stables au cours des dernières années, s'élevant à près de 300 millions de francs par an entre 2018 et 2022. Durant les années qui ont précédé la pandémie de COVID-19, ce montant représentait environ 22% de toutes les dépenses de prévention et était pour l'essentiel destiné à informer la population. Dans la pratique, il est souvent difficile d'établir une distinction claire entre la promotion de la santé, la prévention et le traitement de maladies. Toute répartition des ressources financières et des dépenses entre ces différents domaines comporte donc inévitablement des incertitudes.

Quelle est l'économicité des traitements?

Seules de rares informations renseignent sur l'économicité des traitements de maladies psychiques. Une partie des traitements stationnaires pourrait sans doute être remplacée par des traitements ambulatoires tout aussi efficaces et moins coûteux.

Comment les traitements sont-ils financés et quels sont les défis en matière de financement? Comment les traitements des maladies psychiques sont-ils remboursés?

En 2022, l'AOS a pris en charge environ 5% des dépenses consacrées à la promotion de la santé et à la prévention et 38% des dépenses liées au traitement des maladies psychiques. Les autres grands agents payeurs des traitements sont l'État et les personnes malades elles-mêmes. La promotion de la santé et la prévention sont avant tout financées par l'État et des institutions privées.

Les tarifs des prestations psychiatriques et psychothérapeutiques ambulatoires n'ont guère évolué durant une longue période. L'introduction de la nouvelle structure tarifaire pour les prestations psychiatriques et de la psychothérapie psychologique de même que le passage du modèle de délégation au modèle de la prescription entraînent un changement en profondeur.

Le financement comporte des défis tant en matière de promotion de la santé et de prévention qu'en ce qui concerne le traitement des maladies. Dans le domaine des traitements, des lacunes existent pour financer les prestations qui sortent de la structure tarifaire classique, telles les prestations intermédiaires et psychosociales. Pour ce qui est de la promotion de la santé et de la prévention, c'est en particulier l'impossibilité de prévoir la disponibilité de moyens publics qui pose problème, car elle entrave la planification.

Perspectives

Les maladies psychiques représentent une charge considérable pour le système de santé, le secteur économique et la société dans son ensemble. Il s'avère dès lors essentiel d'adopter une approche globale pour les prévenir et les traiter. Il faudrait évaluer de manière plus exhaustive l'efficacité, l'adéquation et l'économicité des interventions actuelles et futures. Dans la mesure du possible, il convient de remplacer les interventions existantes par d'autres solutions plus efficaces et moins coûteuses. Des structures tarifaires adaptées peuvent jouer un rôle important à cet effet.

12.7 Bibliographie

- Al Kurdi, C. (2023). *Rapport de synthèse sur le financement de l'offre en cas d'addictions en Suisse: Enjeux et pistes d'action*. Groupe-ment romand d'études des addictions. <https://www.grea.ch/publications/rapport-financement-2023>
- Bill, M., & Fischer, B. (2024). *Monitoring zur Neuregelung der psychologischen Psychotherapie Erster Bericht im Auftrag des Bundesamt für Gesundheit (BAG)*.
- Büro BASS. (2018). *Crîtères de réussite des services psychiatriques mobiles*. <https://backend.bag.admin.ch/fileservice/sdw-bag-prod-bagadminch-files/files/2025/03/18/f5b56a27-44aa-446c-9db3-035e3314fb1c.pdf>
- Conseil fédéral (2016). *Die Zukunft der Psychiatrie in der Schweiz. Bericht des Bundesrates in Erfüllung des Postulats von Philipp Stähelin (10.3255)* (Fassung vom 11. März 2016).
- Cornuz, J., Gilbert, A., Pinget, C., McDonald, P., Slama, K., Salto, E., & Paccaud, F. (2006). Cost-effectiveness of pharmacotherapies for nicotine dependence in primary care settings: A multinational comparison. *Tobacco Control*, 15(3), 152–159. <https://doi.org/10.1136/tc.2005.011551>
- Cornuz, J., Pinget, C., Gilbert, A., & Paccaud, F. (2003). Cost-effectiveness analysis of the first-line therapies for nicotine dependence. *European Journal of Clinical Pharmacology*, 59(3), 201–206. <https://doi.org/10.1007/s00228-003-0610-6>
- Czernin, S., Vogel, M., Flückiger, M., Muheim, F., Bourgnon, J., Reichelt, M., Eichhorn, M., Riecher-Rössler, A., & Stoppe, G. (2012). Cost of attempted suicide: A retrospective study of extent and associated factors. *Swiss Medical Weekly*. <https://doi.org/10.4414/smw.2012.13648>
- Doran, C. M., & Kinchin, I. (2020). Economic and epidemiological impact of youth suicide in countries with the highest human development index. *PLOS ONE*, 15(5), e0232940. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0232940>
- Département fédéral de l'intérieur DFI (2024). *Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins, OPAS*. https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/1995/4964_4964_4964/fr
- FMH. (2024). *TARDOC-Browser Version 1.3.2*. <https://browser.tartools.ch/de/tardoc>
- Frank, R. G., & McGuire, T. G. (2000). *Chapter 16 Economics and mental health* (Bd. 1, S. 893–954). Elsevier. [https://doi.org/10.1016/S1574-0064\(00\)80029-3](https://doi.org/10.1016/S1574-0064(00)80029-3)
- Frei, A. (2001). Economic evaluation of the Swiss project on medically prescribed heroin substitution treatment. *Psychiatrische Praxis*, 28, S41–44. <https://doi.org/10.1055/s-2001-15386>
- Gesundheitsdirektion Zürich. (2024). *Übersicht über die Tarife 2012 bis 2023 für stationäre Behandlungen in den Spitälern und Geburtshäusern mit Standort im Kanton Zürich gemäss Zürcher Spitalisten*. https://www.zh.ch/content/dam/zhweb/bilder-dokumente/themen/gesundheit/gesundheitsversorgung/spitaeler_kliniken/spitalfinanzierung/spitaltarife/2023/20230502_uebersicht-stat-tarife-2012-2023_v19.pdf
- Gesundheitsnetz 2025 (2023). *Die Psychiatrie muss in die Standardabläufe des Spitals integriert werden*. https://gn2025.ch/wp-content/uploads/2023/05/GN2025_Zusammenfassung-Diskussion-KL-vom-11.-Mai-2023.pdf
- Hepp, U. (2023). *Situation der konsiliar- und liaisonpsychiatrischen Versorgung in der Akutsomatik im Raum Zürich*. https://gn2025.ch/wp-content/uploads/2023/06/Konsiliar-und-Liaisonpsychiatrie-in-der-Akutsomatik_Bericht-fuer-Website.pdf
- Hepp, U., Gautier, C., Baumgartner, M., Bridler, R., Hoff, P., Minder, J., Müller, M., Savaskan, M., Seifritz, E., & Stulz, N. (2020). The new remuneration system TARPSY in Swiss psychiatric hospitals: Effects on length of stay and readmissions? *Swiss Medical Weekly*, 150(3536). <https://smw.ch/index.php/smw/article/view/2858>
- Hurrelmann, K. (2018). *Referenzwerk Prävention und Gesundheitsförderung: Grundlagen, Konzepte und Umsetzungsstrategien*. Hogrefe AG.
- Jäger, M., Sobocki, P., & Rössler, W. (2008). Cost of disorders of the brain in Switzerland with a focus on mental disorders. *Swiss Medical Weekly*, 138(1–2), 4–11. <https://doi.org/10.4414/smw.2008.11910>
- Jeanrenaud, C., Gay, M., Kohler, D., & Besson, J. (2012). Le coût social du jeu excessif en Suisse. *Institut de recherches économiques, Université de Neuchâtel*.
- Jeanrenaud, C., Pellegrini, S., & Widmer, G. (2005). Le coût social de la consommation de drogues illégales en Suisse. *Institut de recherches économiques, Université de Neuchâtel*.
- Künzi, K., Fritschi, T., Oesch, T., Gehrig, M., & Julien, N. (2009). *Im Auftrag der Eidgenössischen Spielbankenkommission ESBK*.
- Künzi, K., & Morger, M. (2018). Einkommen, OKP-Leistungen und Beschäftigungssituation der Ärzteschaft 2009–2014. *Studie des Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien BASS für das BAG*. Bern.
- Maercker, A., Perkonig, A., Preisig, M., Schaller, K., Weller, M., & Cost, O. (2013). The costs of disorders of the brain in Switzerland: An update from the European Brain Council Study for 2010. *Swiss Medical Weekly*. <https://doi.org/10.4414/smw.2013.13751>
- Morger, M., Jäggi, J., Stocker, D., & Künzi, K. (2018). *Konzeptstudie zur Untersuchung der Einführung von TARPSY und ST Reha-Studie im Auftrag des BAG*. Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien BASS. https://www.buerobass.ch/fileadmin/Files/2018/BAG_2018_KONZEPTSTUDIE_TARPSY_STREHA.pdf
- NAS-CPA. (2017). *Synthesepapier Finanzierung der Suchthilfe in der Schweiz*. https://www.nas-cpa.ch/media/2017_finanzierung-suchthilfe_schweiz_1.pdf

- Obsan. (2025, Januar 22). *Dauer der stationären Aufenthalte in Akutsomatik, Psychiatrie und Rehabilitation*. Obsan – Indikatoren. <https://ind.obsan.admin.ch/indicator/obsan/dauer-der-stationaeren-aufenthalte-in-akutsomatik-psychiatrie-und-rehabilitation>
- Office fédéral de la santé publique OFSP (2022). *Operationalisierung der Kriterien «Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit» nach Artikel 32 des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung (KVG)*.
- Office fédéral de la santé publique OFSP & Obsan (2023). *Dépenses pour la promotion de la santé et la prévention par type de prestation*. <https://ind.obsan.admin.ch/fr/indicator/monam/dépenses-pour-la-promotion-de-la-sante-et-la-prevention-par-type-de-prestation>
- Office fédéral de la santé publique OFSP (2024a). *Liste des spécialités (LS) et liste des spécialités en matière d'infirmités congénitales (LS/C)*. <https://spezialtaetenliste.ch/Default.aspx>
- Office fédéral de la santé publique OFSP (2024b). *Tarif médical ambulatoire*. <https://www.bag.admin.ch/fr/tarif-medical-ambulatoire>
- Office fédéral de la statistique OFS (2024a). *Coûts et financement du système de santé*. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/sante/enquetes/cou.html>
- Office fédéral de la statistique OFS (2024b). *Coûts du système de santé depuis 1960*. <https://www.bfs.admin.ch/bfs/fr/home/statistiques/sante/cout-financement.assetdetail.35068565.html>
- Park, A., Gysin-Maillart, A., Müller, T., Exadaktylos, A., & Michel, K. (2018). Cost-effectiveness of a Brief Structured Intervention Program Aimed at Preventing Repeat Suicide Attempts Among Those Who Previously Attempted Suicide: A Secondary Analysis of the ASSIP Randomized Clinical Trial. *JAMA Network Open*, 1(6), e183680. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2018.3680>
- Pellegrini, S., Tuch, A., Roth, S., Haldimann, L., Jörg, R., & Jäggi, J. (2024). *Étude d'accompagnement à l'introduction de TARPSY – Rapport sur mandat de l'OFSP*. Obsan.
- Pinget, C., Martin, E., Wasserfallen, J., Humair, J., & Cornuz, J. (2007). Cost-effectiveness analysis of a European primary-care physician training in smoking cessation counseling. *European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation : Official Journal of the European Society of Cardiology, Working Groups on Epidemiology & Prevention and Cardiac Rehabilitation and Exercise Physiology*, 14(3), 451–455. <https://doi.org/10.1097/HJR.0b013e32804955a0>
- Pletscher, M., Mattli, R., Reich, O., Von Wyl, A., & Wieser, S. (2014). The Societal Costs of Schizophrenia in Switzerland. *Value in Health*, 17(7), A457. <https://doi.org/10.1016/j.jval.2014.08.1253>
- Polynomics. (2021). *Volkswirtschaftliche Kosten von Sucht*.
- Promotion Santé Suisse (2021). *Konzept der Projektförderung Prävention in der Gesundheitsversorgung (PGV) 2021–2024*. <https://promotionsante.ch/rapport-financier-2022>
- Promotion Santé Suisse (2023). *Rapport de gestion 2022 – Partie 2: finances et commentaires*. <https://gesundheitsfoerderung.ch/finanzbericht-2022>
- Rehberg, W., Fürstenau, U., & Rhiner, B. (2011). *Multisystemische Therapie (MST) für Jugendliche mit schweren Störungen des Sozialverhaltens: Ökonomische Evaluation der Implementierung im deutschsprachigen Raum.*, 39(1), 41–45. <https://dx.doi.org/10.1024/1422-4917/a000082>
- Stamm, M., & Rhiner, F. (2022). *Nachhaltige Finanzierung von psychosozialen Angeboten für psychisch belastete Geflüchtete – Policy Brief*. https://www.slhs.ch/media/ypujgils/policy_brief_2023_01_30.pdf
- Stucki, Michael, Vinci, L., Vetsch-Tzogiou, C., Grobet, C., Cakir, L., Müller, B., Kohler, A., Marzetta, J., Schärer, X., Sharakin, M., Thommen, C., Zemlyanska, Y., Eichler, K., Kauer, L., Berger, F., Hughes-Brühlmann, S., Boes, S., Mattli, R., Lutz, N., & Wieser, S. (2025). *Kosten der übertragbaren und nichtübertragbaren Krankheiten sowie Kosten der Risikofaktoren Übergewicht/Adipositas und Bewegungsmangel in der Schweiz [Schlussbericht]*. Bundesamt für Gesundheit.
- Stulz, N., Jörg, R., Reim Gautier, C., Bonsack, C., Conus, P., Evans Lacko, S., Gabriel Felleiter, K., Heim, E., Jäger, M., Knapp, M., Richter, D., Schneeberger, A., Thornicroft, G., Traber, R., Wieser, S., Tuch, A., & Hepp, U. (2023). Mental health service areas in Switzerland. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 32(1), e1937. <https://doi.org/10.1002/mpr.1937>
- SwissDRG. (2023). *TARPSY*. <https://www.swissdrg.org/de/psychiatrie/tarpsy>
- SwissDRG AG. (2024). *TARPSY*. <https://www.swissdrg.org/de/psychiatrie/tarpsy>
- Tomonaga, Y., Haettenschwiler, J., Hatzinger, M., Holsboer-Trachsler, E., Rufer, M., Hepp, U., & Szucs, T. D. (2013). The Economic Burden of Depression in Switzerland. *Pharmacoeconomics*, 31(3), 237–250. <https://doi.org/10.1007/s40273-013-0026-9>
- Tuch, A. (2018). *Somatisch-psychische Komorbidität in Schweizer Akutspitalern. Prävalenz und Inanspruchnahme*. (Obsan Bulletin 1/2018). Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Tuch, A., Jörg, R., Stulz, N., Heim, E., & Hepp, U. (2024). *Angebotsstrukturen in der psychiatrischen Versorgung: Regionale Unterschiede im Versorgungsmix*. *Obsan Bulletin*(03/2024). <https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/2024-08/2024-bulletin-03-begleitdokument.pdf>
- Zimmer, A. (2023). Telemedizin: Anpassung der FMH-Standesordnung. *Schweizerische Ärztezeitung*, 104(37), 30–31. <https://fmh.ch/files/pdf29/1256985898-de-leitartikel.pdf>

13 Discussion



13.1 But et élaboration du rapport national sur la santé

«Il n'y a pas de santé sans santé mentale» (OMS, 2005; p. 11). Se fondant sur ce principe, le présent rapport sur la santé mentale se concentre sur trois domaines clés: décrire la situation épidémiologique, analyser les mesures en vue de promouvoir la santé, de prévenir et de soigner, et pour terminer identifier les lacunes dans les connaissances. Le but est non seulement de présenter la situation actuelle, mais aussi de montrer les progrès qu'on peut atteindre et d'identifier les besoins d'action. Pour se faire une représentation différenciée de la santé mentale en Suisse, les auteurs ont synthétisé la littérature scientifique, analysé les données disponibles et mené des entretiens avec des experts. Les recherches ont pris fin à l'été 2024. Ce chapitre a été rédigé par l'Obsan en collaboration avec un groupe d'experts. Il a alors été tenu compte des discussions avec les auteurs des chapitres et avec le groupe d'accompagnement. Pour des raisons de lisibilité, la discussion fait référence aux chapitres, la littérature d'origine n'étant référencée qu'au cas par cas. Cette dernière est toutefois énumérée de manière exhaustive dans les chapitres.

13.2 La santé mentale nous concerne tous et dans tous les domaines de la vie

La santé mentale nous concerne tous, tout au long de la vie et dans tous les domaines de la vie, comme le montre le rapport de façon indubitable. Les aspects positifs de la santé mentale ont tendance à être négligés au niveau des données qui se limitent souvent aux problèmes et maladies (voir chapitre 1 Population en général).

Une personne sur deux souffre d'une maladie psychique au cours de sa vie. La comorbidité est très répandue, que ce soit au sein des pathologies psychiques ou conjointement avec des troubles physiques (chapitres 1 à 4). De plus, nous sommes nombreux à être concernés en tant que partenaires, enfants, parents, collaborateurs, employeurs ou amis (chapitres 1 à 9). Les coûts de la santé traduisent eux aussi l'importance de la santé mentale (2022: 9,5 milliards de francs, soit 10% du total des dépenses de santé), de même que les pertes de production (2022: 12,7 milliards de francs, soit 18% du total des pertes de production) causées par des maladies psychiques (chapitre 12 Coûts et financement). Ces chiffres s'expliquent essentiellement par la fréquence de ces maladies, leur apparition précoce et leur impact sur la capacité de travail. Le financement de leur

traitement concerne différents agents payeurs, parmi lesquels l'assurance obligatoire des soins (AOS; 45%), l'État (24%), les patients (21%, sans passer par l'assurance) ou d'autres assurances sociales (4%; chapitre 12 Coûts et financement). La santé mentale est cruciale dans tous les domaines. Il s'agit donc, selon l'OMS, de la concevoir de manière systémique, autrement dit dans tous les domaines de la vie et dans tous les secteurs politiques (chapitre 10 Promotion et prévention; OMS 2021).

13.3 Nombre de personnes indiquent avoir une bonne santé mentale

De nombreuses personnes en Suisse se portent bien sur le plan mental – reste que toute évaluation de la santé mentale dépend de l'indicateur utilisé. En 2022, la plupart des personnes en Suisse ont fait état d'une (très) bonne qualité de vie (92%), la majorité d'entre elles se disant heureuses (70%) ou du moins se sentir psychologiquement bien la plupart du temps (75%, 2024). Un tiers ont indiqué être (très) satisfaits dans la vie, avoir un (très) grand sens de la vie ou un (très) grand sentiment d'auto-efficacité. Le taux de suicide est en baisse depuis des décennies, ce qui est attribué à différentes mesures telles que la disponibilité limitée des méthodes de suicide (Stulz, 2022). Si une part considérable de la population indique de tels aspects positifs de la santé mentale (la *santé mentale positive* dans le rapport), il convient également d'aborder les problèmes et les maladies psychiques en tant qu'aspects de la santé mentale (voir chapitre 1 Population en général). Ainsi, en 2022, 10% de la population ont mentionné présenter des symptômes de dépression modérée à sévère, et 6% des symptômes d'un trouble anxieux généralisé. Au-delà de ces chiffres généraux, on distingue des inégalités en matière de santé: les personnes de faible statut socioéconomique, les réfugiés et les personnes LGBT sont défavorisées en termes de santé mentale.

Concernant les déclarations relatives aux problèmes psychiques, il convient de distinguer entre la fréquence de ces problèmes et celle des symptômes, ceux-ci n'étant pas recueillis de la même manière (d'une part un entretien avec un spécialiste pour poser un diagnostic, d'autre part des déclarations personnelles dans une enquête par questionnaire (chapitre 1 Population en général). Les études épidémiologiques fiables sur la prévalence des maladies psychiques en Suisse ne sont pas actuelles et n'ont pas été réalisées à l'échelle nationale.

13.4 Les hommes et les personnes âgées font état d'une meilleure santé mentale

Il existe donc des **différences en matière de santé mentale en fonction de l'âge et du sexe** : en moyenne, les personnes âgées font état d'une meilleure santé mentale que les plus jeunes, surtout que les adolescents et les jeunes adultes ; les hommes indiquent bénéficier d'une meilleure santé mentale que les femmes (à quelques exceptions près, p. ex. les troubles liés à une substance). Nombre d'études confirment cette disparité entre hommes et femmes (chapitre 1 Population en général). On l'attribue à des différences biologiques (hormones) et sociales (stéréotypes sexuels, répartition des rôles selon le genre et différences de socialisation ; Otten et al., 2024). Il apparaît en outre que les hommes sont moins enclins à parler de leurs problèmes psychiques (chapitre 1 Population en général).

Les variations entre les groupes d'âge nécessitent une approche différenciée. Ainsi, les plus de 65 ans vivant dans un ménage privé font état d'une meilleure santé mentale que la population plus jeune. Toutefois, ce groupe d'âge est hétérogène (voir chapitre 4 Seniors) : il convient en effet de distinguer la situation des personnes âgées vivant en maison de retraite, davantage limitées dans leur vie quotidienne, car elles ne sont pas prises en compte dans le cadre des enquêtes auprès de la population.

Le risque de maladies physiques chroniques et de démence augmente avec l'âge. Cela se traduit par des taux élevés de suicide assisté chez les plus de 80 ans, les suicides assistés étant souvent liés à des maladies physiques incurables (chapitre 4 Seniors). On ne sait pas dans quelle mesure les maladies physiques et psychiques jouent un rôle en matière de suicides *non assistés*, et les statistiques n'enregistrent pas systématiquement ces cas. Le taux de suicides non assistés reste le plus élevé chez les hommes âgés, même si leur nombre a baissé.

La santé mentale des personnes d'âge adulte moyen se situe souvent entre celle des jeunes personnes et celle des plus âgées : elle est meilleure que celles des premières, mais moins bonne que celle des suivantes. Cette phase de vie est marquée par de nombreux changements radicaux, comme fonder une famille ou prendre en charge ses propres parents. De telles transitions de vie peuvent avoir un impact négatif sur la santé mentale (chapitre 3 Adultes). Chez les plus jeunes, la détérioration de la santé mentale est particulièrement frappante (voir paragraphe suivant).

13.5 Détérioration de la santé mentale chez les jeunes

Comment évolue la santé mentale de la population? En l'absence de données pour l'ensemble de la population, il n'est pas possible de dire si les **maladies** psychiques ont augmenté en Suisse (il n'existe pas d'enquête épidémiologique menée par des spécialistes appliquant des entretiens fiables et valides, voir 13.3). Les données internationales ont montré que la fréquence des maladies psychiques était restée stable au cours des deux décennies précédant la pandémie de COVID-19 (voir p. ex. GBD 2017 DALYs and HALE Collaborators, 2018).

Les **symptômes** psychiques (relevés par questionnaire) fournissent toutefois des indices d'une telle détérioration en Suisse. Ainsi, la pandémie de COVID-19 a eu un impact particulièrement négatif sur la santé mentale des groupes de population qui présentaient déjà des facteurs de risque (personnes vivant seules, en situation financière précaire ou présentant des antécédents de maladie psychique ou physique, etc.; chapitre 1 Population en général). Cela dit, les données disponibles ne permettent pas d'estimer quels facteurs de risque spécifiques liés à la pandémie ont eu un impact sur la santé mentale (ex.: soucis financiers, cas de COVID-19, tâches de prise en charge, réduction des possibilités d'interaction sociale). Des études montrent toutefois que la santé mentale a évolué parallèlement aux vagues de la pandémie: elle s'est détériorée avec l'augmentation du nombre de cas et le renforcement des mesures, s'améliorant à nouveau à mesure que les mesures s'assouplissaient (chapitre 1 Population en général). On a interprété cette évolution comme une réaction psychique «normale» à une situation de crise (Jäggi et al, 2022). De même, on ne sait pas si la détresse psychologique est restée plus élevée en raison d'autres facteurs de stress (p. ex. l'évolution de la situation politique mondiale), puisqu'il n'existe pas de suivi suffisamment détaillé en la matière en Suisse. À la clôture des travaux de recherche (été 2024), pratiquement aucun résultat pour les années 2023 et 2024 n'était disponible.

Une nette aggravation s'observe chez les jeunes, et en particulier chez les jeunes femmes, aggravation qui se dessinait déjà avant la pandémie. Ainsi, depuis 2002, les jeunes de 11 à 15 ans ont par exemple déclaré être davantage fatigués et éprouver davantage de difficulté à s'endormir. Les valeurs pour d'autres troubles psychoaffectifs tels que la tristesse et l'anxiété ont encore augmenté de manière significative entre 2018 et 2022. En 2022, près de la moitié (47%) des élèves de 11 à 15 ans ont fait état d'au moins deux problèmes psychoaffectifs (tristesse, fatigue, anxiété, etc.). Chez les jeunes femmes, les pensées suicidaires (23%) et l'automutilation (11%) sont fréquentes. Après avoir augmenté pendant la pandémie de COVID-19, le nombre d'hospitalisations pour tentative de suicide présumée est resté à un niveau élevé en 2023, tandis que le taux de suicide chez les jeunes femmes est resté stable.

La santé mentale des enfants et des jeunes est multifactorielle (voir chapitre 5 Contexte social) et nécessite une attention particulière. Nombre de maladies psychiques apparaissent pour la première fois à cet âge et sont associées à des conséquences à long terme, surtout si elles ne sont pas traitées. Cette évolution négative est attribuée à différents facteurs tels que l'incertitude face à la situation mondiale, les rôles de genre, la pression de la performance ou les médias sociaux (voir chapitre 2 Enfants, adolescents et jeunes adultes). Il n'est pas clair dans quelle mesure une plus grande disposition à demander de l'aide ou à parler de sa santé mentale ont contribué à augmenter le recours aux prestations psychiatriques et psychothérapeutiques.

13.6 La santé mentale est étroitement liée au contexte social, les facteurs environnementaux présentent des opportunités et des risques

Les «méga-tendances» sociales telles que l'individualisation, l'urbanisation, la crise climatique et les changements démographiques sont particulièrement pertinentes pour la santé mentale de la population (Riedel-Heller, 2023). Les résultats décrits dans les chapitres montrent que certaines situations et conditions de vie ont une influence déterminante sur la santé mentale.

La santé mentale est étroitement liée au statut social: les personnes ayant un niveau de formation bas, un faible revenu ou issues de la migration du sud-ouest, de l'est ou du sud-est de l'Europe (première génération) font plus souvent état de problèmes psychiques. Bien qu'elles soient davantage concernées, ces personnes ne sont guère plus souvent traitées pour des problèmes de ce type, ce qui peut indiquer une offre de soins insuffisante pour ce groupe (chapitre 1 Population en général et chapitre 5 Contexte social). Les barrières linguistiques et culturelles tout comme un accès limité aux offres de prévention aggravent encore cette problématique, en particulier pour les personnes issues de la migration ou réfugiées. Des études internationales montrent l'importance du climat familial et des expériences faites durant l'enfance pour le développement à long terme de la santé mentale des enfants. Nous manquons de données pour la Suisse permettant de documenter ce genre d'effets à long terme. Il en va de même pour les données relatives aux préjudices physiques, psychiques, sexuels ou financiers subis par les personnes âgées en situation de dépendance (*elder abuse*). Des études internationales montrent qu'un peu plus de 15% des personnes âgées sont concernées par ce phénomène dans le seul contexte domestique (chapitre 5 Contexte social).

Selon la littérature internationale, les facteurs liés à l'environnement bâti et à l'environnement naturel ont un impact sur la santé mentale. Comptent notamment parmi les facteurs limitants: un habitat de mauvaise qualité, des températures en hausse, des produits chimiques (plastifiants, produits chimiques industriels, etc.) ou des émissions sonores. Les facteurs favorisant la santé mentale sont les espaces verts et les espaces

bleus, mais aussi la possibilité de se retirer et d'échanger au sein de son espace et de son lotissement. Les interactions entre les facteurs environnementaux et la santé mentale sont complexes, et étroitement liées au contexte social. Par conséquent, les mécanismes entre ces divers facteurs restent encore mal compris (voir chapitre 8 Environnement bâti et naturel). Point positif pour la Suisse, les espaces verts sont aisément accessibles: en effet, il est prouvé que l'activité physique en plein air a un effet positif sur le stress, le sommeil, les symptômes de dépression ou d'anxiété, aussi bien pour les personnes en bonne santé que pour celles souffrant de maladies psychiques. De plus en plus, le changement climatique aura un impact sur la vie de la population, en entraînant notamment des inondations, des canicules ou des glissements de terrain. Ces événements naturels sont susceptibles d'augmenter le risque de troubles psychiques tels que le stress post-traumatique (chapitre 8 Environnement bâti et naturel). Dans l'ensemble, les résultats montrent qu'en plus des domaines comme les politiques sociale, de santé et d'éducation, d'autres domaines contribuent de manière décisive à la santé mentale, en particulier la politique en matière de construction, d'habitat et du climat. Il importe donc de considérer la santé mentale comme un thème transversal qu'il s'agit d'intégrer dans tous les domaines politiques pertinents (Mental Health in All Policies; p. ex. voir bvpg, 2025).

13.7 Les personnes actives, en majorité satisfaites – maintenir dans la vie active les personnes présentant des troubles psychiques est un défi

Le travail peut constituer une source de bien-être et donner du sens. Pour maintenir la participation sociale et assurer un revenu, l'activité professionnelle joue un rôle central (chapitres 5 Contexte social et 9 Formation et travail). Globalement, les personnes actives occupées se portent bien en Suisse. Elles sont majoritairement satisfaites de leur travail, les conditions de travail pénibles et les ressources s'équilibrant. Mais l'évolution n'est pas que positive: au cours des douze dernières années, les personnes actives occupées ont de plus en plus fait état de conditions de travail négatives, notamment la monotonie et l'insécurité de l'emploi. Environ un tiers d'entre elles se sentent très souvent épuisées, stressées ou insatisfaites au travail (chapitre 9 Formation et travail).

Environ 20% des personnes actives occupées en Suisse font état de problèmes psychiques qui se répercutent sur leur aptitude à travailler, une situation que les employeurs et les collaborateurs ressentent aussi comme un défi. Un grand nombre de ces personnes souffrent de problèmes psychiques depuis le début de l'âge adulte, ce qui peut avoir un impact négatif sur la formation et l'entrée dans la vie professionnelle et, à plus long terme, augmenter le risque de pauvreté (chapitre 9 Formation et travail). La hausse du nombre de nouvelles rentes AI liées à des troubles psychiques montre que de plus en plus de jeunes n'arrivent pas à prendre pied dans le monde du travail ou à s'y établir

sur la durée. Des mesures précoces et une collaboration plus étroite entre les personnes concernées, les employeurs, les professionnels en charge du traitement, les assurances sociales et les autres intervenants sont décisives pour maintenir les personnes concernées sur le marché du travail ou les intégrer (chapitre 9 Formation et travail).

13.8 Médias numériques: risques et bienfaits pour la santé mentale

Le rapport entre l'environnement numérique et la santé mentale suscite un vaste débat (chapitre 7 Médias numériques). Les médias numériques offrent un potentiel pour tous les groupes d'âge, par exemple pour la mise en réseau, pour s'informer ou pour maintenir les contacts sociaux. De même, des applications offrent maintes opportunités dans le domaine de la promotion de la santé et de la prévention, même si seul un petit peu nombre d'entre elles ont fait l'objet d'une évaluation empirique quant à leur efficacité. Certains jeux vidéo interactifs qui incitent à faire de l'exercice physique ont par exemple un impact positif sur la santé mentale (chapitres 7 Médias numériques et 8 Environnement bâti et naturel). Dans le cadre de traitements aussi, l'utilisation des médias numériques peut s'avérer efficace (voir section 13.10).

Les jeunes font toutefois face à des défis spécifiques: une représentation idéalisée de la vie et des idéaux de beauté déconnectés de la réalité que l'on trouve sur les réseaux sociaux peuvent influencer négativement l'estime de soi et l'image corporelle. Des phénomènes tels que le harcèlement en ligne ou le discours haineux peuvent peser sur les jeunes et avoir des conséquences à long terme sur leur santé mentale. En matière d'utilisation des médias numériques et de leur impact sur la santé mentale – que cet impact soit positif ou négatif – ce n'est pas la durée qui s'avère déterminante, mais bien plus leur contenu et la manière de les utiliser. Jusqu'à présent, cet aspect n'a guère fait l'objet d'études. Si ces dernières observent effectivement une corrélation entre médias numériques et santé mentale, elles ne permettent généralement pas d'identifier une relation de cause à effet (chapitre 7 Médias numériques).

13.9 Promotion de la santé et prévention: vaste engagement, mais financement fugace et vue d'ensemble incomplète des mesures et des preuves d'efficacité

Il existe une large offre en matière de promotion de la santé mentale et de prévention des maladies psychiques en Suisse, comme le montrent les programmes d'action cantonaux ou les deux campagnes nationales¹. Reste que certains défis doivent encore être relevés. En Suisse, les cantons sont souverains en matière de promotion de la santé et de prévention et des études ont identifié un potentiel considérable de mesures politiques supplémentaires en matière de santé mentale (Thoenen et Wiesli, 2022). Il n'existe par ailleurs, au niveau fédéral, aucune base légale spécifique en matière de promotion de la santé mentale. Cette situation ne facilite pas l'intégration de mesures de promotion de la santé et de prévention dans les structures ordinaires, et donc dans le budget ordinaire. L'incertitude quant aux fonds publics disponibles pour le financement entrave la planification à long terme des mesures et mobilise les ressources (chapitre 10 Promotion et prévention). À titre de comparaison, les dépenses de près de 300 millions de francs en 2022 pour la promotion et la prévention de la santé dans le domaine des maladies psychiques correspondent à environ 3% de l'ensemble des dépenses de santé (9,5 milliards) occasionnées par ces maladies la même année (chapitre 12 Coûts et financement). Dans cette perspective, il n'est pas surprenant que dans les instances politiques et parmi différents acteurs, il soit envisagé d'accorder une plus grande importance à la prévention dans le domaine de la santé mentale et de renforcer le soutien financier, même si la part par rapport aux coûts totaux ne changera que si des moyens supplémentaires sont effectivement alloués.² Il n'est toutefois pas possible de fournir un aperçu global de la diffusion de l'ensemble des activités de prévention en Suisse, les données à cet égard étant insuffisantes et les mesures par trop hétérogènes. De même, on ne dispose pas non plus de données prouvant l'efficacité des mesures. Dans le domaine de la prévention, obtenir ce genre de données s'avère particulièrement coûteux (chapitre 10 Promotion et prévention) et il est ensuite difficile de les mettre en relation avec des économies financières. Sans oublier que l'impact des différentes mesures varie d'une personne à l'autre. Développer et évaluer des mesures spécifiques aux groupes cibles ou adapter les mesures existantes est difficile en l'absence de données épidémiologiques. Reste que les projets évalués et les pratiques éprouvées donnent des résultats tout à fait prometteurs (chapitre 10 Promotion et prévention). Il serait utile de pouvoir disposer d'une vue d'ensemble des mesures de promotion et de prévention qui ont fait leurs preuves, idéalement une vue multithématique qui prendrait en compte des domaines tels que la dépendance, la violence ou la pauvreté en lien avec la santé mentale. De même, il faudrait disposer d'informations sur la justification théorique des preuves d'efficacité des différentes mesures et

¹ «Comment vas-tu?» et «santépsy.ch», voir chapitre 10 Promotion et prévention

² p. ex. Motion 21.3264 de C. Clivaz

pouvoir les classer, comme le montrent la liste «Grüne Liste Prävention» en Allemagne ou le registre de prévention «XChange» de l'Agence de l'Union européenne sur les drogues (EUDA). La «liste d'orientation» pour les mesures de promotion de la santé, utilisée par les cantons et les communes, offre un aperçu des mesures axées sur les résultats (Promotion Santé Suisse, 2024). L'exigence en matière de preuve d'efficacité se veut pragmatique afin de prendre en compte les réalités financière et politique au niveau local. La révision actuelle prévoit de classer les preuves d'efficacité des mesures. Le site web «Blueprint» présente des projets dans différents domaines thématiques, sans toutefois apporter ni justification théorique ni preuve d'efficacité (www.ofsp-blueprint.ch). Il existe un manuel relatif à la prévention de la violence qui décrit des mesures fondées sur des données probantes, mais il date déjà d'une dizaine d'années (Averdijk et Eisner, 2015).

13.10 Soins psychiatriques et psychothérapeutiques: quels éléments préserver, lesquels modifier à quoi faut-il prêter attention?

L'une des principales missions du système de santé est d'assurer aux personnes souffrant de maladies ou de problèmes psychiques des soins de qualité, adaptés à leurs besoins et accessibles. La mise en œuvre varie d'une région à l'autre: les cantons latins misent davantage sur le secteur intermédiaire et ambulatoire, alors qu'en Suisse alémanique on axe davantage sur les soins stationnaires. En plus des soins psychiatriques institutionnels et des offres des médecins spécialistes et psychologues en cabinet, les proches des personnes concernées, les offres d'intégration professionnelle et sociale, les services psychologiques scolaires et les offres à bas seuil – la Main tendue par exemple – contribuent grandement à la prise en charge des personnes souffrant de troubles psychiques (chapitre 11 Prise en charge).

L'accessibilité locale est largement assurée puisque pour 93% de la population, le trajet pour accéder à une offre psychiatrique ou psychothérapeutique est inférieur à 30 minutes. Reste que cela ne signifie pas nécessairement que l'offre suffit pour répondre à la demande. La densité de l'offre étant nettement plus faible dans les régions rurales que dans les zones urbaines, un trajet trop long peut conduire certaines personnes à renoncer à un traitement psychiatrique ou psychothérapeutique. D'autres signes font de toute évidence état d'un manque de capacité au niveau national. Selon les estimations des fournisseurs de prestations, la psychiatrie et la psychothérapie – en particulier la psychiatrie et psychothérapie pour enfants et adolescents (PPEA) – est la spécialité où l'insuffisance des capacités de prise en charge est la plus patente. Une situation qui se traduit par de longs délais d'attente et des gels des admissions (chapitre 11 Prise en charge). Il existe en outre des différences sociales dans le recours aux offres psychiatriques et psychothérapeutiques: les personnes ayant un faible niveau d'éducation et de revenu, ainsi que celles issues de la migration sont moins enclines à recourir à temps à des services ambulatoires spécialisés ou ont moins de possibilités de le faire (chapitre 5 Contexte social).

Les différentes évaluations de la qualité des soins psychiatriques et psychothérapeutiques recourent à divers critères, ce qui rend difficile leur appréciation. Selon l'avis des experts (Pellegrini, 2024), on attribue une qualité élevée au secteur stationnaire. Les données sur la qualité sont insuffisantes pour le secteur ambulatoire. En parallèle, les prestataires de soins font face à une pénurie croissante de personnel qualifié, ce qui pourrait nuire tant à la qualité des soins qu'à leur accès. Sont concernés par cette situation les médecins généralistes, le personnel infirmier ainsi que les spécialistes en psychiatrie ou psychothérapie, en PPEA et en pédiatrie (chapitre 11 Prise en charge). Le problème est aggravé par le fait que, d'ici 2032, plus de la moitié des psychiatres en cabinet et environ un tiers des psychiatres dans les hôpitaux auront atteint l'âge de la retraite. La relève domestique de médecins spécialistes ne sera pas en mesure de combler cette lacune, rendant indispensable le recrutement de spécialistes à l'étranger. Une évolution qui coïncide par ailleurs à une hausse de la demande pour des prestations psychiatriques. En dépit de l'augmentation des capacités dans les secteurs ambulatoire et hospitalier, l'offre supplémentaire ne semble pas pouvoir couvrir la demande en hausse.

L'introduction en 2022 du modèle de prescription pour la psychothérapie psychologique recèle un certain potentiel d'allègement. Il permet aux psychologues de facturer leurs prestations directement par le biais de l'assurance obligatoire des soins (AOS), pour autant que le traitement ait été prescrit par un médecin qualifié. Cette mesure permettrait de faciliter l'accès aux traitements psychothérapeutiques à des groupes de population plus importants. L'offre numérique pourrait elle aussi apporter un complément appréciable, en particulier lorsqu'il est difficile de se rendre auprès du prestataire de soins soit que la distance est trop grande, soit que le temps manque. Des études montrent que les programmes de thérapie basés sur des applications et sur Internet peuvent se révéler efficaces en cas de dépressions légères à modérées et de troubles anxieux (chapitre 7 Médias numériques, chapitre 11 Prise en charge).

Le financement des soins est en pleine mutation: en plus de l'introduction du modèle de prescription pour la psychothérapie psychologique, mentionné plus haut, les spécialistes en psychiatrie et psychothérapie dans le domaine ambulatoire pourront bénéficier, dès l'introduction du tarif TARDOC en 2026, d'un nouveau système tarifaire qui permettra de mieux rémunérer un certain nombre de prestations (les traitements télémedicaux feront p. ex. l'objet d'un financement). La situation est en revanche inchangée en ce qui concerne les structures de soins intermédiaires – telles que les services ambulatoires, les cliniques de jour et les services à domicile – qui restent fortement dépendants de financements additionnels par les cantons.

Une discussion sur l'utilisation des ressources en personnel et sur l'attractivité des professions médicales et non médicales dans le domaine des traitements psychiatriques et psychothérapeutiques paraît donc inévitable. On peut notamment se poser la question de savoir dans quels domaines les besoins en spécialistes sont les plus importants, s'il

est nécessaire de procéder à un triage dans le domaine ambulatoire pour prioriser les cas urgents et graves, s'il faut encourager ou piloter la formation des médecins et s'il faut davantage impliquer les spécialistes non médicaux ainsi que les pairs – à savoir les personnes ayant une expérience personnelle de la gestion des maladies psychiques et se mettant à disposition comme référents. Selon la littérature internationale, des approches flexibles et informelles recourant à des pairs ou à des bénévoles peuvent offrir un complément précieux aux soins réguliers et améliorer la qualité (Johnson et al, 2022). Il convient en outre d'examiner comment intégrer systématiquement les offres numériques dans les soins.

13.11 Grosses lacunes dans les données pour tous les thèmes, à l'exception du secteur hospitalier

Pour planifier de manière ciblée la prévention, le traitement, mais aussi la promotion de la santé et la rééducation, il faut pouvoir tabler sur des données épidémiologiques (Jacobi et al., 2017). Toutefois, l'état des connaissances sur la santé mentale de la population en Suisse est un véritable patchwork : il n'est dès lors guère possible de planifier les soins de manière ciblée ni de développer ou d'adapter les mesures préventives en fonction des besoins actuels des populations cibles.

Ainsi, on ne dispose pas de données épidémiologiques actuelles sur les maladies psychiques à l'échelle nationale. Les aspects positifs de la santé mentale ne sont souvent relevés que de manière marginale (chapitres 1 Population en général et 4 Seniors) et les indications sur l'état de santé mentale des enfants de moins de 10 ans sont quasi inexistantes (chapitre 2 Enfants, adolescents et jeunes adultes). De même, les groupes de population plus exposés à des problèmes psychiques – comme les résidents en EMS – n'ont guère été recensés jusqu'ici (chapitre 4 Seniors). Il s'agit donc, par exemple, d'interpréter avec prudence les résultats concernant la bonne santé mentale des seniors. Les indications sur la bonne santé mentale positive et celles sur les symptômes de maladies psychiques reposent souvent sur des enquêtes réalisées à plusieurs années d'intervalle (ESS: tous les cinq ans; HBSC: tous les quatre ans) ce qui rend difficile un suivi détaillé de la santé mentale. L'enquête Omnibus «Santé et Lifestyle» (OFSP, 2025) permet, depuis 2022, de tirer des conclusions annuelles sur les comportements de la population suisse en matière de santé et de dépendance, et d'identifier à temps les nouvelles tendances (financement assuré jusqu'en 2026). Des études isolées peuvent également fournir des indications importantes, comme c'était le cas durant la pandémie de COVID-19, de sorte qu'il ne faut pas sous-estimer l'importance des études à grande échelle et de qualité méthodologique élevée, notamment avec une population représentative. Reste que les études individuelles ne sont pas uniformes sous les aspects de la méthodologie, des groupes cibles, des questions et des questionnaires utilisés, ou même

en ce qui concerne la possibilité de faire des déclarations représentatives. Il manque en particulier des études de cohorte qui permettraient de tirer des conclusions plus adéquates sur les évolutions dans le temps (chapitres 1 à 4). Outre les chiffres épidémiologiques, on manque également de données sur des facteurs d'influence importants, comme des informations sur les effets (à long terme) de l'environnement familial sur la santé mentale des enfants et des adolescents (chapitre 5 Contexte social). Les études sur le contenu et le type d'utilisation des médias numériques en sont un autre exemple. On ne dispose de connaissances sur les compétences en santé mentale de la population en Suisse (chapitre 6 Compétences en santé mentale) que pour ces dernières années. Il est notamment important de se demander si la population sait comment renforcer sa propre santé mentale, dans quelle situation et auprès de qui chercher de l'aide le cas échéant, pour soi-même comme pour d'autres. Par le passé, les compétences de santé mentale étaient essentiellement réduites à la reconnaissance de maladies psychiques spécifiques. Un suivi des compétences en santé mentale permet aussi d'évaluer si, par exemple, des mesures de promotion de la santé ont un effet sur les compétences en santé mentale ou si le recours croissant à des prestations psychiatriques et psychothérapeutiques est lié à une augmentation des compétences de santé. Dans le domaine de la promotion de la santé et de la prévention, il manque une vue d'ensemble systématique des preuves de l'efficacité des mesures recommandées (voir ci-dessus).

Il existe davantage de données dans le contexte des soins que dans les domaines susmentionnés, puisqu'on utilise les données des assureurs maladie ou des hôpitaux, qui sont pertinentes pour la facturation et donc documentées de manière précise (chapitre 11 Prise en charge). Indispensables pour la rémunération des prestations fournies, ces données sont généralement basées sur des relevés exhaustifs et permettent donc de garantir une couverture systématique et exhaustive. Ces données ne comprennent toutefois pas les prestations fournies aux personnes qui paient elles-mêmes : si les données disponibles permettent de bien documenter le secteur hospitalier, on manque par contre d'informations en ce qui concerne les secteurs intermédiaire et ambulatoire, notamment sur les diagnostics des patients. Il n'est en outre guère, voire pas possible de relier les différentes sources de données. Pourtant, cela serait essentiel pour établir la trajectoire de soins.

13.12 Bibliographie

- Averdijk, M., & Eisner, M. (2015). *Wirksame Gewaltprävention. Eine Übersicht zum internationalen Wissensstand*. Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen; Schweizerischer Fonds für Kinderschutzprojekte.
- Bvpg Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e.V. (2025). Psychische Gesundheit als Schlüsselthema in der Politik Empfehlungen der Arbeitsgruppe «Psychische Gesundheit». <https://bvpraevention.de/cms/index.asp?inst=newbv&snr=14270>
- Dykxhoorn, J., Fischer, L., Bayliss, B. [...] Walters, K. (2022). Conceptualising public mental health: development of a conceptual framework for public mental health. *BMC Public Health*, 22, 1407. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-13775-9>
- 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.
- Jacobi, F., Becker, M., Mullender, S., Bretschneider, J., Thom, J., & Fichter, M. M. (2017). Epidemiologie psychischer Störungen. In H.-J. Möller, G. Laux, & H.-P. Kapfhammer (Eds.), *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.
- Jäggi, J., Stocker, D., Liechti, L., Schläpfer, D., & Künzi, K. (2022). Der Einfluss der COVID-19 Pandemie auf die psychische Gesundheit der Schweizer Bevölkerung. Aktualisierte Übersichtsstudie. Bern: BAG.
- Johnson, S., Dalton-Locke, C., Baker, J., Hanlon, C., Salisbury, T.T. [...] & Lloyd-Evans, B. (2022). Acute psychiatric care: approaches to increasing the range of services and improving access and quality of care. *World Psychiatry*, 21, 220–236. <https://www.doi.org/10.1002/wps.20962>
- Office fédéral de la santé publique OFSP (2025). Enquête Santé et Lifestyle. <https://www.bag.admin.ch/fr/enquete-sante-et-lifestyle>
- OMS (2005). Mental health: facing the challenges, building solutions. Report from the WHO European Ministerial Conference. Copenhagen, Denmark: WHO Regional Office for Europe.
- OMS, Bureau régional de l'Europe (2006). Santé mentale: relever les défis, trouver des solutions: rapport de la Conférence ministérielle européenne de l'OMS. Organisation mondiale de la Santé. Bureau régional de l'Europe. <https://iris.who.int/handle/10665/328062>
- OMS, Bureau régional de l'Europe (2021). Résolution: cadre d'action européen de l'OMS pour la santé mentale 2021–2025 (RC71) <https://www.who.int/europe/fr/publications/i/item/EUR-RC71-R5>
- Ormel, J. & VonKorff, M. (2024). What should a nation do to prevent common mental disorders? Meet seven conditions for effective prevention. *Mental Health & Prevention*, 33, 200320. <https://doi.org/10.1016/j.mhp.2024.200320>
- Otten, D., Heller, A., Schmidt, P., Beutel, M. E., & Brahler, E. (2024). Gender differences in the prevalence of mental distress in East and West Germany over time: a hierarchical age-period-cohort analysis, 2006–2021. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 59(2), 315–328. <https://doi.org/10.1007/s00127-023-02479-z>
- Peter, C., Tuch, A., & Schuler, D. (2023). Psychische Gesundheit – Erhebung Herbst 2022. Wie geht es der Bevölkerung der Schweiz? Sucht sie sich bei psychischen Problemen Hilfe? (Obsan Bericht 03/2023).
- Promotion Santé Suisse (2024). Mini-Aktualisierung der KAP-Orientierungsliste (2024). <https://gesundheitsfoerderung.ch/orientierungsliste>
- Riedel-Heller, S.G., Reininghaus, U., & Schomerus, G. (2023). Public Mental Health: Kernstück oder Stiefkind von Public Health? *Bundesgesundheitsblatt*, 66, 356–362. <https://doi.org/10.1007/s00103-023-03670-y>
- Starke, D., Tempel, G., Butler, J., Starker, A., Zühlke, C. & Borman, B. (2019). Gute Praxis Gesundheitsberichterstattung – Leitlinien und Empfehlungen 2.0. *Journal of Health Monitoring*, 4(S1), 1–22. <http://dx.doi.org/10.25646/6058>
- Stulz, N., Hepp, U., Kupferschmid, S., Raible-Destan, N., & Zwahlen, M. (2022). Trends in suicide methods in Switzerland from 1969 to 2018: an observational study. *Swiss Medical Weekly*, 152:40007. <https://doi.org/10.57187/smw.2022.40007>
- Thoenen, O. & Wiesli, R. (2022). Synthese «Kantonale Policy-Analysen in den KAP-Themenbereichen». Bern und Lausanne: Promotion Santé Suisse.
- Tuch A., Jörg, R., Stulz, N., Heim, E., & Hepp, U. (2024). Angebotsstrukturen in der psychiatrischen Versorgung: Regionale Unterschiede im Versorgungsmix (Obsan Bulletin 03/2024). Neuchâtel: Observatoire suisse de la Santé.

14 Actions recommandées



Les actions recommandées suivantes reposent sur une interprétation aussi minutieuse que possible des résultats présentés (pour des directives en la matière, voir Starke et al., 2019), qui ont été discutés avec les auteurs et le groupe d'accompagnement, ainsi qu'à l'interne. La mise en œuvre des recommandations reposant sur la collaboration entre différents acteurs, nous avons défini ici à qui elles s'adressaient afin que chacun puisse se rendre compte de son rôle potentiel et de sa marge de manœuvre. Bien sûr, cette liste n'est pas exhaustive et n'a en aucun cas l'ambition d'attribuer des tâches à qui que ce soit. Elle sert d'orientation pour rendre les responsabilités plus visibles et pour aider les acteurs à se mettre en réseau et, au final, à mettre en œuvre les mesures.

1 Considérer la santé mentale comme une tâche qui incombe à l'ensemble de la société

Les conclusions du présent rapport montrent que pour préserver, voire renforcer la santé mentale de la population, il est nécessaire de la prendre en compte globalement, au sens d'une approche «Mental Health in All Policies» au niveau de la société dans son ensemble, dans tous les domaines de la vie et dans tous les domaines politiques, aux niveaux communal, cantonal et national. Selon l'OMS, il s'agit de prendre en compte la santé mentale non seulement dans le secteur de la santé, mais aussi dans ceux de l'éducation, du travail, de la société et de l'environnement (OMS Europe, 2021; OMS Europe, 2006). Dans cette perspective, nous invitons les divers acteurs à envisager les recommandations suivantes.

1.1 Santé mentale – Chacun peut apporter une contribution

La santé mentale est un élément central au quotidien, que ce soit au sein de la famille, à l'école, au travail, avec ses amis, mais aussi dans tous les domaines de la vie. Par conséquent, chaque personne et chaque acteur de la société peut apporter un soutien social et contribuer à renforcer la santé mentale. Pour ce faire, il reste primordial de renforcer la conscience en matière de santé mentale, de faire connaître les offres d'aide et les offres de formation pour tout un chacun et de promouvoir une approche aussi objective qu'empathique de la détresse psychologique.

Acteurs concernés: la famille et les amis, le voisinage, les associations, les intervenants du domaine de la formation et de l'éducation, les professionnels des domaines de la santé, de la formation et du social, les médias, les politiques et les membres de l'administration (voir aussi les acteurs concernés par les autres recommandations).

1.2 Faire de la santé mentale un thème transversal en politique

Il importe de rendre visible l'importance de la santé mentale et de la considérer comme un thème transversal tant au sein du système de santé que dans d'autres domaines politiques et champs d'action. Il faut renforcer la collaboration intersectorielle en définissant clairement les responsabilités tant dans le secteur de la santé que dans les autres secteurs. On organisera les échanges au sein des différents secteurs et entre eux de sorte à intégrer la santé mentale de manière cohérente dans les processus de décision politiques.

Acteurs concernés: les autorités nationales, cantonales et communales de la santé et d'autres domaines politiques (p. ex. formation, travail, environnement, développement territorial et urbanisme, affaires économiques et sociales).

1.3 Tenir compte de la santé mentale dans tous les domaines politiques et inscrire cette approche (*Mental Health in All Policies*) dans la stratégie

Pour intégrer durablement la santé mentale dans les processus politiques, il faut une procédure claire et une structure contraignante. Afin d'assumer la responsabilité et d'assurer la coordination, il semble judicieux que les autorités proches de la santé jouent un rôle de pilotage central. Il serait aussi envisageable qu'un organe composé de fournisseurs de prestations, de représentants de l'administration et de la recherche apporte son soutien en matière de coordination et de mise en œuvre. Il faudrait explicitement intégrer la santé mentale dans des stratégies plus larges telles que les objectifs de développement durable. Des objectifs clairs et des indicateurs mesurables permettent de vérifier les progrès atteints.

Acteurs concernés: les autorités nationales, cantonales et communales de la santé et d'autres domaines politiques, les acteurs des hautes écoles et d'autres instituts de recherche, les associations professionnelles.

1.4 Observer les changements et les anticiper

Compte tenu des évolutions et des événements sociaux, environnementaux, technologiques et politiques, il importe d'identifier à temps l'impact possible sur l'état de santé mentale de la population. Citons notamment le développement continu des médias numériques, le changement climatique ou la situation politique internationale. Au vu de l'étendue des thèmes, la coordination et le transfert de connaissances doivent être assurés par une forme d'organisation structurée ou un réseau interdisciplinaire. Une approche pragmatique consisterait à utiliser ou à développer les réseaux ou les espaces d'échanges existants, en définissant clairement les responsabilités.

Acteurs concernés: les autorités nationales et cantonales, les acteurs des hautes écoles et d'autres instituts de recherche, les spécialistes et associations de divers domaines, les prestataires de services.

2 Renforcer les approches fondées sur des données probantes en collectant les données de manière ciblée et en encourageant la recherche scientifique

Tous les chapitres soulignent que, par manque de données, certaines questions restent sans réponse. Dans le but d'améliorer la base permettant de fournir des décisions étayées, il est recommandé d'élargir systématiquement la disponibilité, l'appariement et la qualité des données. Dans ce but, nous recommandons de procéder comme suit.

2.1 Évaluer régulièrement l'état de santé mentale de la population en tenant compte également des indicateurs de santé mentale positive

Évaluer annuellement l'état de santé mentale de la population en Suisse permettrait un suivi précis et donc une planification des soins en fonction des besoins. Ainsi, il serait par exemple possible chaque année de mettre en relation des enquêtes sur l'ensemble de la population avec les informations provenant du secteur de soins pour la période correspondante.

Ce faisant, il faudrait systématiquement inclure dans les enquêtes et les études des indicateurs de santé mentale positive, tels que le bien-être, afin d'être en mesure de tirer des conclusions plus parlantes sur l'état de santé mentale.

Acteurs concernés: les producteurs de données, les autorités nationales, les acteurs des hautes écoles et d'autres instituts de recherche.

2.2 Tirer parti des enseignements faits au niveau international et promouvoir la coopération

Afin de combler les lacunes dans les connaissances, il convient d'examiner à quelles questions les données nationales doivent répondre et dans quels domaines les résultats provenant de la recherche internationale peuvent être appliqués au contexte suisse. Lorsque cela s'avère judicieux, il convient de renforcer la coopération internationale afin d'évaluer systématiquement les résultats de la recherche dans le but de les rendre utilisables pour la Suisse.

Acteurs concernés: les autorités nationales, les acteurs des hautes écoles et d'autres instituts de recherche.

2.3 Identifier les lacunes en matière de données et les analyser de manière ciblée

En Suisse, il manque des données sur des aspects importants, par exemple la santé mentale des enfants jusqu'à 10 ans, le climat familial, les expériences de violence et le rôle de l'utilisation des médias numériques ou des facteurs environnementaux. Des recherches ciblées permettraient de combler ces lacunes (voir recommandation 2.2).

Acteurs concernés: les autorités nationales et cantonales, les acteurs des hautes écoles et d'autres instituts de recherche, les institutions qui étudient des questions spécifiques ou encadrent des activités de recherche.

2.4 Rendre utilisables les données disponibles

On pourrait tirer profit de certaines sources de données d'ores et déjà existantes pour mieux répondre à certaines questions. En effet, les données collectées ne sont pas saisies puis stockées de manière uniforme, par exemple celles des services de médecine ou de psychologie scolaires. Il convient de soutenir les approches visant à uniformiser la saisie et l'analyse des données ainsi que leur sécurité, tout en réduisant autant que faire se peut la charge administrative et financière pour les institutions.

Acteurs concernés: les autorités nationales et cantonales, les prestataires de services, les intervenants des domaines de la santé et de l'éducation.

2.5 Tenir compte des comparaisons possibles dans les études et les enquêtes

Lors du choix des instruments de mesure appropriés pour les indicateurs de santé mentale, il convient de tenir compte des possibilités de comparaison sur les plans national et international. Ce choix dépend du questionnement et de la population cible. Au niveau national, l'enquête suisse sur la santé (ESS) et l'enquête sur la santé des élèves en Suisse (HBSC) constituent des références.

Acteurs concernés: les autorités nationales, les acteurs des hautes écoles et d'autres instituts de recherche.

2.6 Analyser les mécanismes de cause à effet

Pour examiner les relations de cause à effet (ou plus précisément : les déclarations formulant de telles relations) entre les potentiels facteurs de risque et de protection et la santé mentale il faudrait idéalement recourir à davantage d'études longitudinales, en particulier à des études de cohorte (lorsqu'il n'est pas possible de conduire des études contrôlées randomisées). La complexité du sujet impose également de tirer des enseignements des expériences internationales (voir ci-dessus).

Acteurs concernés : les autorités nationales, les acteurs des hautes écoles et d'autres instituts de recherche, les institutions qui étudient des questions spécifiques ou encadrent des activités de recherche.

2.7 Assurer une recherche de haute qualité

La pertinence des relevés et des études doit être assurée par l'application systématique de normes de qualité méthodologique élevées, et en particulier par une conception solide de chaque relevé pour garantir une représentativité adéquate du groupe de personnes étudié.

Acteurs concernés : les autorités nationales et cantonales, les acteurs des hautes écoles et d'autres instituts de recherche, les institutions qui étudient des questions spécifiques ou encadrent des activités de recherche.

2.8 Garantir les ressources financières nécessaires pour fournir et collecter des données

Mettre à disposition des ressources financières est une condition sine qua non pour collecter davantage de données et mieux les utiliser, ou pour réaliser des études spécifiques.

Acteurs concernés : les autorités nationales et cantonales, les acteurs des hautes écoles et d'autres instituts de recherche, les institutions qui étudient des questions spécifiques ou encadrent des activités de recherche.

3 *Mettre en œuvre et évaluer des mesures de promotion de la santé et de prévention*

En Suisse, les programmes de promotion de la santé et de prévention dans le domaine de la santé psychique bénéficient d'un large soutien. Ceux-ci ne doivent toutefois pas être considérés isolément, mais de manière transversale, ce qui permettrait d'exploiter les synergies et les effets cumulatifs potentiels avec des thèmes tels que la prévention des addictions, de la violence et du suicide (voir Ormel, 2024).

3.1 Renforcer de manière ciblée les groupes de population les plus touchés

Exemples de groupes cibles possibles: les personnes ayant un faible niveau d'éducation et de revenu, les jeunes, les personnes provenant du sud-ouest, de l'est ou du sud-est de l'Europe (première génération), les proches aidants, la population LGBTQI+, les adolescents dont les parents souffrent de maladies psychiques ou placés dans un établissement socio-éducatif, les personnes qui cumulent différentes vulnérabilités, ainsi que les professionnels comme p. ex. les soignants. S'il importe d'assurer un accès facilité aux programmes de promotion de la santé et de prévention, il n'est pas chose facile d'atteindre les groupes cibles en question. Tabler sur des offres de proximité permettrait d'améliorer l'accès de manière efficace. Dans ce sens, il faut aussi s'assurer que les personnes ne comprenant que peu les langues nationales puissent néanmoins bénéficier de ces offres.

Acteurs concernés: les autorités cantonales et communales, les services spécialisés dans la promotion de la santé et la prévention, les organisations qui mettent en œuvre ou financent des mesures de promotion de la santé et de prévention.

3.2 Améliorer la santé mentale de tous les enfants et adolescents

La promotion de la santé mentale devrait commencer le plus tôt possible afin d'obtenir des effets positifs à long terme sur le développement individuel et le bien-être. Il est essentiel de renforcer les ressources mentales (internes) et sociales (externes) et de développer la résistance psychique et les compétences en santé. Pour ce faire, il s'agit d'impliquer activement le cadre scolaire ainsi que l'environnement familial afin de pouvoir offrir aux enfants et aux adolescents un soutien aussi complet que possible.

Acteurs concernés: les parents, les écoles, les autorités et intervenants des secteurs de la santé, du social et de l'éducation, les services spécialisés dans la promotion de la santé et la prévention.

3.3 Poursuivre l'approche de la détection et de l'intervention précoces auprès des enfants et des jeunes en situation de stress et de vulnérabilité

La détection et l'intervention précoces auprès des enfants et des adolescents en situation de stress et de vulnérabilité permettent de déceler à temps les anomalies psychiques. On pourrait alors adapter les offres d'aide de manière ciblée et individuelle, pour davantage d'efficacité. Un dense réseau de spécialistes – enseignants, assistants sociaux scolaires, animateurs pour enfants et adolescents, puéricultrices, pédiatres et psychologues – permet de mettre en place un cadre de soutien. La disponibilité de guides, d'offres de formation continue, de possibilités de mise en réseau et de coopération ou d'offres d'information, de conseil et de soutien facilement accessibles peut soutenir ce travail exigeant.

Acteurs concernés: les acteurs mentionnés ainsi que les autorités des secteurs de la santé, de l'éducation et des services sociaux, qui jouent un rôle décisif.

3.4 Promouvoir les ressources de la population et renforcer sa résilience

Renforcer les ressources psychiques et sociales de la population pour faire face aux défis quotidiens et à long terme, dans la vie professionnelle comme dans la vie privée, est essentiel. De même, il s'agit aussi de promouvoir les compétences en matière de santé mentale, afin que les personnes puissent préserver et renforcer leur propre santé mentale comme celle de leur entourage. Dans ce sens, la connaissance des offres de soutien appropriées et des sources d'aide en cas de détresse psychologique doit être approfondie.

Acteurs concernés: les autorités des secteurs de la santé, du social et de l'éducation, les services spécialisés dans la promotion de la santé et la prévention, les organisations qui mettent en œuvre ou financent des mesures de promotion de la santé et de prévention.

3.5 Réduire les inégalités sociales en matière de santé mentale

Les personnes ayant un niveau de formation bas, un faible revenu ou provenant du sud-ouest, de l'est ou du sud-est de l'Europe (première génération) présentent un risque accru de détresse psychologique. Pour réduire durablement ce déséquilibre, il faut des mesures ciblées en matière d'éducation, de politique sociale et de promotion de la santé. L'éducation joue un rôle central dans la prévention en favorisant l'égalité des chances et en réduisant à long terme le risque de maladies psychiques. En parallèle, il faut développer les programmes de prévention de la pauvreté et d'intégration sociale et mieux les mettre en lien avec les offres de santé mentale afin de réduire durablement les désavantages sociaux.

Acteurs concernés: les autorités des secteurs de la santé, du social et de l'éducation, les services spécialisés dans l'intégration et dans les consultations psychosociales et les services spécialisés dans la promotion de la santé et la prévention.

3.6 Renforcer la prévention de la violence dans tous les groupes d'âge

L'impact de la violence, de la discrimination et du harcèlement sur la santé mentale est considérable, pendant l'enfance et l'adolescence, mais aussi à un âge avancé. La solution pourrait être de promouvoir la santé dans l'environnement de la personne – par exemple en favorisant un bon climat en classe ou sur le lieu de travail – et de détecter à temps tout problème. Il s'agit en outre de renforcer d'autres mesures de prévention et de les cibler selon les défis individuels et les groupes d'âge concernés.

Acteurs concernés: les autorités des secteurs de la santé, du social et de l'éducation, les employeurs et les entreprises, les services des ressources humaines.

3.7 Poursuivre systématiquement le développement de la prévention du suicide

Le plan d'action national pour la prévention du suicide doit être poursuivi et complété par des initiatives cantonales. Le dépistage précoce et l'accès facilité aux offres d'aide sont primordiaux. D'autres mesures cruciales sont la réduction de la disponibilité des méthodes de suicide, une meilleure mise en réseau des acteurs concernés et le soutien aux survivants.

Acteurs concernés: les autorités des secteurs de la santé, du social et de l'éducation, les services de construction, les associations de pharmaciens et de droguistes, les polices cantonales, les services spécialisés dans la prévention du suicide, les groupes d'entraide pour les proches.

3.8 Promouvoir de manière ciblée l'activité physique et un environnement sain

Il faut davantage promouvoir l'activité physique en créant des possibilités attrayantes et aisément accessibles. Un environnement favorable à la santé est lui aussi essentiel: il importe de garantir à chacun un accès à des espaces verts, des chemins piétons et cyclables sûrs ainsi que des espaces publics propices à l'activité physique. Les projets d'aménagement urbain et de construction doivent systématiquement tenir compte des effets de toute décision sur la santé, notamment en ce qui concerne la pollution sonore.

Acteurs concernés: les autorités du secteur de la santé, de l'éducation et de l'aménagement du territoire, les directions des routes, de l'environnement et des constructions, les services de promotion du sport et de l'activité physique, la promotion de la santé et la prévention.

3.9 Utiliser les médias numériques comme soutien pour la santé mentale lorsque c'est possible

D'une part, il faut souligner le potentiel des médias numériques dans le domaine de la promotion de la santé et de la prévention: ils servent de source d'information et permettent d'échanger, et les objets connectés motivent à améliorer la qualité de vie. Cependant, l'efficacité de la plupart de ces applications n'a pas été évaluée. Mais, d'autre part, l'utilisation de ces médias comporte également des risques tels que le cyberharcèlement, les troubles du sommeil, le stress ou les effets négatifs sur l'estime de soi et l'image corporelle. Il faut élaborer des normes de qualité et des lignes directrices pour les applications numériques de santé et les accompagner de campagnes de sensibilisation et de la promotion des compétences numériques en matière de santé et de médias.

Acteurs concernés: les autorités des secteurs de la santé, du social, de la justice et de l'éducation, les écoles, les établissements de formation ainsi que les services spécialisés dans les domaines de la promotion de la santé, de la prévention ou des addictions, les acteurs des hautes écoles et d'autres instituts de recherche.

3.10 Renforcer la mise en œuvre de programmes fondés sur des données probantes

Il faut renforcer la mise en œuvre et multiplier les programmes de promotion de la santé et de prévention évalués et qualifiés de bonnes pratiques. Il vaut en outre la peine de considérer les exemples de bonnes pratiques venant d'autres pays, de les adapter et de les évaluer compte tenu des conditions locales ou des besoins de groupes cibles spécifiques.

Acteurs concernés: les services spécialisés dans la promotion de la santé et la prévention, les organisations et autorités qui mettent en œuvre ou financent des mesures de promotion de la santé et de prévention.

3.11 Évaluer les interventions et en mesurer l'impact

Les évaluations permettent de tirer des conclusions sur l'impact des interventions à court et à long terme. Les projets dont l'évaluation apporte des preuves tangibles de l'amélioration de la santé mentale du groupe cible sont minoritaires. Pour garantir un meilleur examen de l'efficacité, les évaluations devraient faire partie intégrante des interventions et bénéficier d'un financement déterminé.

Acteurs concernés: les services spécialisés dans la promotion de la santé et la prévention, les organisations et autorités qui mettent en œuvre ou financent des mesures de promotion de la santé et de prévention, les acteurs des hautes écoles et d'autres instituts de recherche.

3.12 Garantir le financement à long terme des programmes ayant fait l'objet d'une évaluation

En Suisse, on met certes en œuvre des programmes efficaces en matière de promotion de la santé mentale, mais souvent leur financement n'est pas prévu sur le long terme. Un ancrage solide dans les structures ordinaires, mais aussi dans le budget ordinaire, permettrait de se concentrer sur l'assurance qualité et la diffusion des programmes, plutôt que d'investir du temps à continuellement chercher des financements.

Acteurs concernés: les autorités nationales, cantonales et communales, les organisations qui financent des mesures de promotion de la santé et de prévention.

3.13 Rendre le savoir plus visible

Les synthèses existantes des projets de bonne pratique doivent être regroupées pour en donner une vue d'ensemble systématique. Leur efficacité doit être évaluée et les résultats rendus publics. Lors de la communication, prendre en compte en tant que groupes cibles l'ensemble des domaines de la vie et de la politique qui ne relèvent pas du domaine de la santé (voir premier groupe de recommandations).

Acteurs concernés: les organisations qui mettent en œuvre ou financent des mesures de promotion de la santé et de prévention.

3.14 Pérenniser et développer la collaboration

La collaboration nationale et intercantonale ainsi que les échanges entre les prestataires et les personnes chargées de la mise en œuvre doivent être assurés à long terme et renforcés de manière ciblée. Cette mesure permettrait d'encourager les expériences d'apprentissage communes et de mieux exploiter les synergies. Il convient en outre d'examiner s'il est pertinent d'impliquer d'autres acteurs afin d'ancrer plus largement la santé mentale en tant que thème transversal (voir premier groupe de recommandations).

Acteurs concernés: les autorités nationales et cantonales, les services spécialisés dans la promotion de la santé et la prévention, les organisations qui mettent en œuvre ou financent des mesures de promotion de la santé et de prévention.

4 Promouvoir la santé mentale au travail, assurer l'intégration sur le marché de l'emploi

Le lieu de travail et l'établissement de formation sont des lieux de vie importants où l'on passe une grande partie de la journée. Avoir une activité professionnelle peut contribuer à une bonne santé mentale, puisque cela permet de donner un sens à sa vie, d'éprouver un sentiment de réussite, de bénéficier d'une sécurité financière et de participer à la vie sociale. L'offre de mesures de soutien a été élargie afin de maintenir les personnes souffrant de problèmes psychiques à leur poste de travail ou de les intégrer à un nouveau poste. En dépit de ces progrès, il reste nécessaire d'agir pour optimiser les mesures existantes et s'assurer qu'elles atteignent toutes les personnes concernées. Les recommandations ci-dessous s'adressent à un large éventail d'acteurs¹, ce qui nécessite une étroite collaboration interdisciplinaire pour les mettre en œuvre.

4.1 Tenir compte des ressources et des contraintes sur le lieu de travail

Il s'agit de renforcer la santé mentale dans le contexte du travail, tant au niveau de chaque collaborateur qu'au niveau des équipes. Assurer un équilibre entre les contraintes au travail et les ressources est essentiel.

Acteurs concernés: les employeurs, les services des ressources humaines, la promotion de la santé en entreprise, les médecins du travail ou les services cantonaux et nationaux de santé au travail.

4.2 Assurer l'intégration sur le marché de l'emploi

Le soutien précoce et coordonné pendant la formation, puis l'accompagnement lors de l'entrée dans la vie professionnelle sont deux mesures importantes pour éviter l'isolement et l'exclusion sociale des personnes présentant des maladies psychiques.

Acteurs concernés: les entreprises formatrices, les établissements de formation professionnelle, les offices régionaux de placement (ORP), les offices AI, les employeurs et les associations professionnelles.

¹ Voir OFSP (2020) pour une vue d'ensemble: Paysage suisse des acteurs de la GSE. <https://www.bag.admin.ch/fr/paysage-suisse-des-acteurs-de-la-gse>

4.3 Promouvoir la coopération en matière de santé mentale

Il faut améliorer la collaboration entre les professionnels en charge du traitement, les employeurs, les assurances et les personnes souffrant de maladies psychiques afin de maintenir la personne concernée en emploi ou de l'intégrer sur le marché du travail.

Acteurs concernés: les acteurs mentionnés, ainsi que les autorités nationales et cantonales, qui peuvent également contribuer à la coopération.

4.4 Renforcer l'information et la prévention

Il importe que les entreprises reçoivent un soutien efficace et des informations fiables pour gérer les troubles psychologiques de leurs collaborateurs. Pour mieux comprendre ce qu'est une bonne santé mentale et renforcer les compétences en la matière, il s'agit de former tant les cadres que les équipes. Ce sont surtout les petites entreprises qui ont besoin d'un soutien ciblé en matière de mise en œuvre de mesures de prévention. Il est alors judicieux d'adopter une approche axée sur les résultats (voir troisième groupe de recommandations).

Acteurs concernés: les cadres et les entreprises, les associations professionnelles, les services spécialisés dans l'intégration sur le marché du travail et la gestion de la santé en entreprise, ainsi que les autorités nationales et cantonales.

4.5 Intégrer systématiquement le sujet de la santé mentale dans les conseils et l'assistance

Une prise en compte systématique de la prévention de la santé mentale est cruciale, en particulier dans les services spécialisés dans l'intégration sur le marché du travail (ORP, AI, services sociaux) qui ont affaire à des personnes sans emploi.

Acteurs concernés: les services spécialisés dans l'intégration sur le marché du travail, les services régionaux de santé, les prestataires d'offres de soutien aux personnes sans emploi, les autorités nationales et cantonales.

5 Garantir des soins de qualité, accessibles et adaptés aux besoins

Un grand nombre d'acteurs assure la prise en charge des personnes souffrant de problèmes psychiques. Outre les services de santé conventionnels, il peut s'agir de nombreuses autres offres (p. ex. services de psychologie scolaire, services d'aide et de conseil à bas seuil). Les proches apportent eux aussi une contribution décisive. Afin de garantir des soins adaptés aux besoins, à bas seuil et de qualité, nous formulons les recommandations suivantes.

5.1 Assurer un accès à bas seuil et une qualité des soins au sens large

Il importe d'assurer l'accès aux offres de soins psychiatriques et psychothérapeutiques ainsi qu'à d'autres offres à bas seuil, en particulier pour les enfants et les adolescents, les personnes ayant un faible niveau d'éducation et de revenu ainsi que les personnes issues de la migration provenant du sud-ouest, de l'est ou du sud-est de l'Europe (première génération) ou qui ne comprennent que mal la langue locale. Lorsque cela s'avère nécessaire, il faut faire connaître ces offres auprès de la population en question et en augmenter la visibilité.

Acteurs concernés: les autorités nationales, cantonales et communales, les associations professionnelles et spécialisées (p. ex. prestataires de soins psychiatriques et psychothérapeutiques, médecins de famille), les services à bas seuil, les services de conseil, les fondations, les organisations de patients, les instituts de formation, les services sociaux et les services de migration.

5.2 Aborder activement la question de la pénurie de main-d'œuvre qualifiée

La pénurie de main-d'œuvre qualifiée abordée plus haut doit être réglée de manière durable. Il convient de développer et d'examiner des stratégies pour améliorer l'attrait pour les différentes professions (formation, pilotage, etc.) et d'utiliser les ressources humaines de manière adéquate. Pour garantir la pérennité des soins, il peut s'avérer utile de repenser fondamentalement les structures, processus et incitations tarifaires des soins psychiatriques et psychothérapeutiques, en tenant compte des approches internationales

Acteurs concernés: les autorités nationales et cantonales des secteurs de la santé et de l'éducation, les hautes écoles, les acteurs de la recherche (en matière de soins), les associations professionnelles, les acteurs dans le domaine du recrutement et de la mobilité internationale des professionnels.

5.3 Assurer des soins aux enfants et aux adolescents

Les recommandations déjà mentionnées concernant les soins de santé sont particulièrement pertinentes pour les enfants et les adolescents, car la détresse psychologique des adolescents s'est considérablement aggravée alors que le recours aux soins augmente et que les médecins spécialistes sont en sous-nombre dans ce domaine.

Acteurs concernés: les autorités nationales et cantonales, les prestataires de soins psychiatriques et psychothérapeutiques, les associations professionnelles et spécialisées, les hautes écoles, les acteurs de la recherche (en matière de soins).

5.4 Évaluer les changements de système

Il s'agit d'évaluer les changements de système, comme le système tarifaire TARPSY ou le passage au modèle de prescription en psychothérapie psychologique. Ce faisant, il convient de tenir compte de l'impact de ces réformes sur la qualité des soins, l'accès aux traitements, le financement et l'efficacité du système de santé afin d'identifier à temps les conséquences négatives indésirables. Il est essentiel d'observer ces évolutions à la fois à court et à long terme afin d'identifier les effets différés et de procéder aux ajustements nécessaires sur cette base.

Acteurs concernés: les autorités nationales et cantonales, les intervenants des soins de santé, y compris les associations professionnelles et les assureurs maladie, les acteurs des hautes écoles et d'autres instituts de recherche.

5.5 Tenir compte systématiquement de la perspective des patients, des proches et des professionnels dans l'élaboration et la mise en œuvre des modèles de soins

Compte tenu de la pénurie de personnel qualifié mentionnée plus haut, il s'impose de repenser profondément les structures et les processus des soins psychiatriques et psychothérapeutiques. Il sera alors important de prendre en compte les besoins et les préoccupations des patients, de leurs proches et du personnel (voir recommandation 5.2).

Acteurs concernés: les acteurs à tous les niveaux du système de santé: les autorités nationales et cantonales, les agents payeurs tels que les assureurs maladie et les cantons, les associations spécialisées et professionnelles ainsi que les organisations de personnes concernées et de proches.

5.6 Financer des prestations en dehors des structures tarifaires classiques

Il est nécessaire de revoir le financement des prestations que les systèmes tarifaires existants ne sont pas en mesure de couvrir de manière adéquate, par exemple les prestations psychosociales ou les prestations fournies dans des structures de soins intermédiaires. Le cas échéant, on créera des structures pour assurer le financement de ces prestations.

Acteurs concernés: les autorités nationales et cantonales, les assureurs maladie, les prestataires de soins.

5.7 Analyser les différences régionales et les prendre en compte pour des adaptations ciblées

Les différences régionales en matière de soins de santé ne posent pas systématiquement problème. Si elles sont compréhensibles, elles peuvent fournir des indications précieuses pour d'éventuelles mesures de coordination ou d'adaptation. Ainsi, par exemple, le nombre de placements à des fins d'assistance varie fortement d'un canton à l'autre, mais s'explique en partie par des différences dans les compétences en matière de prescription (tous les médecins dans certains cantons, uniquement les psychiatres dans d'autres). Si nécessaire, de telles analyses peuvent servir de base à une concertation interrégionale.

Acteurs concernés: les autorités nationales et cantonales, les acteurs des hautes écoles et d'autres instituts de recherche.

5.8 Utiliser les médias numériques comme un soutien pour les soins de santé psychiatriques et psychothérapeutiques, clarifier le cadre

Des programmes thérapeutiques reposant sur des applications et sur Internet, testés scientifiquement, peuvent contribuer à améliorer les soins de santé, que ce soit comme alternative ou en complément aux traitements psychothérapeutiques conventionnels. Les professionnels devraient recommander de tels programmes chaque fois que cela s'avère utile, par exemple lorsqu'il est difficile de se rendre auprès du prestataire de soins soit que la distance est trop grande, soit que le temps manque. Il s'agit toutefois encore de clarifier les conditions juridiques et financières pour une utilisation systématique de telles applications.

Acteurs concernés: les autorités nationales et cantonales, les prestataires de soins psychiatriques et psychothérapeutiques, les acteurs des hautes écoles et d'autres instituts de recherche, les assureurs maladie.

Abréviations

ACE	Expériences d'enfance difficiles (adverse childhood experiences)
AI	Assurance invalidité
AOS	Assurance obligatoire des soins
APEA	Autorité de protection de l'enfant et de l'adulte
CDS	Conférence suisse des directrices et directeurs de la santé
CFEJ	Commission fédérale pour l'enfance et la jeunesse
CHF	Franc suisse
CIM-10	Classification internationale des maladies, 10 ^e révision
CIM-11	Classification internationale des maladies, 11 ^e révision
COU	Coût et financement des soins de santé
DSM	Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux
EAE	Efficacité, adéquation et économicité
EPT	Équivalents plein temps
ESS	Enquête suisse sur la santé
FMH	Foederatio Medicorum Helveticorum (Fédération des médecins suisses)
FOMO	La peur de manquer (fear of missing out)
GSE	Gestion de la santé en entreprise
HBSC	Étude Health Behaviour in School-aged Children (Comportement de santé chez les enfants scolarisés)
IMC	Indice de masse corporelle
KS	Statistiques hospitalières
LAMAL	Loi fédérale sur l'assurance-maladie
MCI	Troubles cognitifs légers (Mild Cognitive Impairment)
MLL	Mesures limitatives de liberté
MNT	Maladies non transmissibles
MonAM	Système suisse de monitoring des addictions et des maladies non transmissibles
MST	Thérapie multisystémique
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
OFAS	Office fédéral des assurances sociales
OFS	Office fédéral de la statistique
OFSP	Office fédéral de la santé publique
OMS	Organisation mondiale de la santé
OPAS	Ordonnance sur les prestations de l'assurance des soins
PAC	Programmes d'action cantonaux
PAFA	Placement à des fins d'assistance
PFAS	Composés alkylés per- et polyfluorés; plastifiants et produits chimiques industriels

PPEA	Psychiatrie et psychothérapie pour enfants et adolescents
QALY	Année de vie ajustée en fonction de la qualité
RCT	Essais contrôlés randomisés
RMNA	Requérants d'asile mineurs non accompagnés
RSP	Réseau Santé Psychique Suisse
SECO	Secrétariat d'État à l'économie
SES	Statut socio-économique
SHARE	Enquête sur la santé, le vieillissement et la retraite
SHP	Panel suisse de ménages
SILC	Enquête sur les revenus et les conditions de vie
STATPOP	Statistiques de la population et des ménages
TARPSY	Structure tarifaire en psychiatrie stationnaire
TDAH	Trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité
TSPT	Trouble de stress post-traumatique

Nous remercions les experts suivants pour leurs précieux commentaires dans le cadre du processus de révision (par ordre alphabétique):

Nicole Bachmann (Haute école spécialisée du Nord-Ouest de la Suisse, FHNW), Stefan Boes (Université de Lucerne), Michelle Dey (Université des sciences appliquées de Zurich, ZHAW), Achim Elfering (Université de Berne, UniDistance), Roger Keller (Haute école pédagogique de Zurich, PHZH), Undine Lang (Université de Bâle), Mike Martin (Université de Zurich), Elvira Mauz (Robert Koch Institut), Gisela Michel (Université de Lucerne), Simone Munsch (Université de Fribourg), Martin Rösli (Institut Tropical et de Santé Publique Suisse, Swiss TPH), Julia Thom (Robert Koch Institut), Paul G. Unschuld (Université de Genève) et Lena Walther (Robert Koch Institut).

Un grand merci au groupe d'accompagnement du rapport national sur la santé 2025 (par ordre alphabétique):

Vladeta Ajdacic-Gross (Université de Zurich), Melanie Amrein (Helsana Assurances SA), Oliver Bilke-Hentsch (Société Suisse de psychiatrie et psychothérapie de l'enfant et de l'adolescent; Psychiatrie lucernoise), Anne-Sophie Brandt (SECO), Christian M. Burr (Akademische Fachgesellschaft Psychiatrische Pflege; Haute école spécialisée bernoise, BFH), Marina Delgrande Jordan (Addiction Suisse), Stéphan Eliez (Société suisse de psychiatrie et psychothérapie d'enfants et d'adolescents; Université de Genève), Gian-Paolo Klinke (OFS), Ralph Krieger (SECO), Eva Heim (Université de Lausanne), Philippe Luchsinger (Médecins de famille et de l'enfance Suisse), Wim Nieuwenboom (Haute école spécialisée du Nord-Ouest de la Suisse, FHNW), Julie Page (Réseau Santé Psychique Suisse), Liliana Paolazzi (Pro Mente Sana), Gaël Pannatier (Radix), Martin Preisig (Université de Lausanne), Lea Pucci (OFSP), Dirk Richter (Haute école spécialisée bernoise, BFH), Arno Rothenbühler (Fédération suisse des psychologues), Carola Smolenski (Fédération suisse des psychologues), Silvia Steiner (CDS), Marco Storni (OFS), Rafael Traber (Société Suisse de psychiatrie et psychothérapie; Clenia), Cornelia Waser (Promotion Santé Suisse), Claudia Weiss (H+).

Le Rapport national sur la santé 2025 propose une vue d'ensemble approfondie de la santé mentale en Suisse. Il examine l'évolution de la santé mentale au sein de la population et la met en relation avec de nombreux facteurs sociétaux, sociaux et environnementaux – allant du monde du travail à l'usage des médias numériques, en passant par l'environnement naturel et bâti. Le rapport met également en lumière les compétences en santé mentale de la population ainsi que les offres existantes et les défis à relever dans le domaine de la promotion de la santé et de la prévention. Il est complété par un état des lieux de la prise en charge dans le système de santé, incluant les aspects liés aux coûts et au financement. Ce rapport fournit ainsi une base solide aux responsables politiques, aux spécialistes du domaine ainsi qu'à toute personne intéressée par la thématique.

ISBN 978-2-940670-75-8

