

Avril 2016



Rapport 6

La santé psychique au cours de la vie

Rapport de base

Promotion Santé Suisse est une fondation soutenue par les cantons et les assureurs-maladie. En vertu de son mandat légal (Loi sur l'assurance-maladie, art. 19), elle exécute des mesures destinées à promouvoir la santé. La Fondation est soumise au contrôle de la Confédération. Son organe de décision suprême est le Conseil de Fondation. Deux bureaux, l'un à Berne et l'autre à Lausanne, en forment le secrétariat. Actuellement, chaque personne verse, en Suisse, un montant de CHF 2.40 par année en faveur de Promotion Santé Suisse. Ce montant est encaissé par les assureurs-maladie pour le compte de la Fondation. Informations complémentaires: www.promotionsante.ch

Paraissent dans la série «**Rapport Promotion Santé Suisse**» des travaux réalisés par la Fondation ou sur mandat. Ces rapports ont pour objectif de soutenir les expertes et experts de la pratique, des médias et de la politique de la santé, dans leurs travaux. Ces rapports sont soumis à un contrôle de qualité (commission de révision, groupe d'accompagnement). Le contenu de ces derniers est de la responsabilité de leurs auteurs. Les rapports Promotion Santé Suisse sont généralement disponibles en version papier et sous forme électronique (PDF).

Impressum

Editeur: Promotion Santé Suisse

Auteurs: Dr phil. Fabienne Amstad, Promotion Santé Suisse (chapitres 1, 2, 12); MSc Martina Blaser, Promotion Santé Suisse (chapitres 1, 2, 12); Prof. Felix Wettstein, Institut Soziale Arbeit und Gesundheit, Fachhochschule Nordwestschweiz (chapitre 3); Prof. Dr Dario Spini, Dr Stéphanie Pin le Corre et Dipl.-Psych. Hannah S. Klaas, Faculté des Sciences Sociales et Politiques et Pôle de Recherche National LIVES, Université de Lausanne (chapitre 4); Dr phil. Nadine Messerli-Bürgy et Prof. Dr Simone Munsch, psychologie clinique et psychothérapie, Université de Fribourg (chapitre 5); lic. phil. Sabine Brunner, Marie Meierhofer Institut für das Kind (chapitre 6); Dipl. sc. po. Marina Delgrande Jordan et MSc Yvonne Eichenberger, Addiction Suisse (chapitre 7); Dr phil. Heinz Bolliger-Salzman, Institut de médecine sociale et préventive (ISPM), Université de Berne (chapitre 8); Prof. Dr Andreas Krause, Hochschule für Angewandte Psychologie, Fachhochschule Nordwestschweiz (chapitre 9); Dr phil. Martina Zemp et Prof. Dr Guy Bodenmann, Institut für Klinische Psychologie Kinder/Jugendliche und Paare/Familien, Universität Zürich (chapitre 10); MSc Veronika Boss, Promotion Santé Suisse (chapitre 11); lic. phil. Sabine Schläppi, Pro Mente Sana (infoboxes maladies psychiques)

Review: lic. phil. Daniela Schuler, Observatoire suisse de la santé; Dr Alfred Künzler, Réseau Santé Psychique Suisse; Prof. Felix Wettstein, Institut Soziale Arbeit und Gesundheit, Fachhochschule Nordwestschweiz; Dr Niklas Baer, Fachstelle für Psychiatrische Rehabilitation, Psychiatrie Baselland; Dr Margaret Graf, Secrétariat d'Etat à l'économie (chapitre 9); Prof. Dr Pasqualina Perrig-Chiello, Institut de Psychologie, Université de Berne (chapitre 11)

Groupe d'accompagnement: Bettina Abel, Promotion Santé Suisse; Dr rer. oec. Paul Camenzind et lic. phil. Daniela Schuler, Observatoire suisse de la santé; Dr méd. Alexander Minzer, Président de l'Académie Suisse de médecine psychosomatique et psychosociale ASMPP; Dr Alfred Künzler, Réseau Santé Psychique Suisse; Prof. Felix Wettstein, Institut Soziale Arbeit und Gesundheit, Fachhochschule Nordwestschweiz; Dr Margaret Graf, Secrétariat d'Etat à l'économie; Katrin Jentzsch et Sabina D'Alessandri, Office fédéral des assurances sociales; Fabienne Plancherel, Direction de la santé et des affaires sociales du canton de Fribourg; lic. phil. Manuela Meneghini, Amt für soziale Sicherheit Kanton Solothurn; Dr med. Maria Inés Caravajal, Gesundheit und Soziales, Kanton Aargau

Direction du projet Promotion Santé Suisse: Dr Fabienne Amstad et MSc Martina Blaser, Promotion Santé Suisse

Série et numéro: Promotion Santé Suisse Rapport 6

Forme des citations: Blaser, M.; Amstad, F. T. (Eds.) (2016). *La santé psychique au cours de la vie. Rapport de base*. Promotion Santé Suisse Rapport 6, Berne et Lausanne

Crédit photographique: Fotolia

Renseignements et informations: Promotion Santé Suisse, Dufourstrasse 30, case postale 311, CH-3000 Berne 6, Tél. +41 31 350 04 04, fax +41 31 368 17 00, office.bern@promotionsante.ch, www.promotionsante.ch

Texte original: allemand et français (chapitres 4 et 7)

Examen dans une perspective francophone: Dipl. sc. po. Marina Delgrande Jordan, Addiction Suisse

Relecture: Eva Holl, Promotion Santé Suisse

Numéro de commande: 03.0139.FR 04.2016

Ce rapport est également disponible en allemand (numéro de commande 03.0139.DE 04.2016).

ISSN: 2296-5645

Téléchargement du fichier PDF: www.promotionsante.ch/publications

© Promotion Santé Suisse, avril 2016

Editorial

Collaboration fructueuse entre les cantons et Promotion Santé Suisse

Dans le cadre des programmes d'action «Poids corporel sain», Promotion Santé Suisse et les cantons s'engagent ensemble depuis 2007 en faveur de la santé des enfants et des jeunes. Les programmes, mis en œuvre avec succès dans 20 cantons, contribuent à ce que les enfants et les jeunes adoptent un style de vie sain et grandissent dans un environnement favorable à la santé. La promotion d'une alimentation équilibrée et d'une activité physique régulière a permis de ralentir la tendance au surpoids des enfants et des adolescents, facteur de risque significatif pour la santé.

Evolution des programmes d'action cantonaux orientée vers les besoins

Les programmes d'action cantonaux «Poids corporel sain» ont insufflé ces dernières années une dynamique positive à l'échelle nationale en matière de promotion de la santé. Ces expériences nous permettent aujourd'hui de franchir de nouvelles étapes. Outre leur engagement auprès des enfants et des jeunes, bon nombre de cantons promeuvent d'ores et déjà la santé des personnes âgées et la santé psychique de l'ensemble de la population. Compte tenu de cette évolution, le Conseil de fondation de Promotion Santé Suisse a décidé en 2013 de poursuivre le développement des programmes d'action cantonaux, de les ouvrir au groupe cible des personnes âgées, mais aussi d'y intégrer le thème de la santé psychique. Le développement des programmes d'action cantonaux fait partie intégrante des objectifs de politique sanitaire à l'échelle nationale et cantonale. Il correspond à l'orientation donnée par la stratégie nationale de prévention des maladies non transmissibles (stratégie MNT) et le rapport «Santé psychique en Suisse: état des lieux et champs d'action» sur mandat du Dialogue de la Politique nationale de la santé. Un élargissement des programmes d'action cantonaux est soutenu par les cantons et le Département fédéral de l'intérieur (DFI) et pourra être ciblé à partir de 2017.

Base pour un possible programme d'action cantonal axé sur la santé psychique

Le présent rapport donne aux cantons et organismes spécialisés intéressés des lignes d'orientation thématiques et spécifiques à des groupes cibles en vue du lancement d'un programme d'action cantonal axé sur la santé psychique.

La santé psychique joue un rôle fondamental dans la construction de l'existence de chaque individu. De plus, les troubles psychiques ont souvent des conséquences plus lourdes que les maladies d'origine physiologique. Sachant qu'environ une personne sur deux souffre une fois dans sa vie d'un trouble psychique, il est important de s'engager en faveur de la santé psychique.

Le présent rapport comprend un recueil systématique de faits et chiffres sur le thème de la santé psychique. Il traite de groupes cibles spécifiques et des défis auxquels ils sont confrontés tout en présentant des recommandations d'action et des exemples de projet intéressants. Il donne non seulement une vue d'ensemble sur le thème de la santé psychique, mais propose également des pistes de solutions permettant de favoriser la santé psychique des groupes cibles tout au long de la vie.

Bettina Abel
Vice-directrice/cheffe Programmes

Thomas Mattig
Directeur Promotion Santé Suisse

Table des matières

Management Summary	8
1 Introduction	12
1.1 Point d’ancrage du présent rapport	12
1.2 Structure du rapport	13
2 Principes et définitions	15
2.1 La santé psychique	15
2.2 Ressources et contraintes	15
2.3 La santé psychique en Suisse	16
2.3.1 Ressources internes/personnelles	17
2.3.2 Ressources externes, liées à l’environnement	18
2.4 Promotion de la santé et prévention	19
2.5 Références	19
Thèmes transversaux	21
3 Transitions et événements critiques: leur influence sur la santé psychique	21
3.1 Définitions: transitions et événements critiques	21
3.2 La santé psychique des personnes en phase de transition ou ayant affronté des événements critiques	23
3.2.1 Prévalences, données actuelles	23
3.2.2 Facteurs de risque et facteurs protecteurs ou contraintes et ressources	24
3.3 Défis particuliers aux personnes en phase de transition ou ayant affronté des événements critiques	27
3.4 Recommandations d’action et pistes de solutions possibles	28
3.5 Références	29
4 Santé psychique et inégalités sociales	31
4.1 Définition des inégalités sociales	31
4.2 Santé psychique et inégalités sociales	32
4.2.1 Prévalences, données actuelles	32
4.2.2 Facteurs de risque et facteurs protecteurs ou contraintes et ressources	34
4.3 Défis particuliers au groupe cible en termes de santé psychique	35
4.4 Recommandations d’actions et pistes de solutions possibles	36
4.4.1 Comment atteindre les groupes cibles pour réduire les inégalités sociales de santé?	36
4.4.2 Comment procéder concrètement pour renforcer la santé psychique sans aggraver les inégalités sociales?	37
4.4.3 Quelles sont les conditions cadres à créer pour promouvoir la santé psychique du groupe cible en question? Quels sont les facteurs de succès?	37
4.5 Références	39

5	Interaction entre santé physique et psychique	42
5.1	Brève définition du groupe cible	42
5.2	La santé psychique des personnes atteintes dans leur santé physique	42
5.2.1	Prévalences, données actuelles	42
5.2.2	Facteurs de risque et facteurs protecteurs ou contraintes et ressources	43
5.3	Défis particuliers au groupe cible en termes de santé psychique	44
5.4	Recommandations d'action et pistes de solutions possibles	45
5.4.1	Comment atteindre le groupe cible?	45
5.4.2	Comment procéder concrètement pour renforcer la santé psychique du groupe cible?	45
5.4.3	Quelles sont les conditions cadres à créer pour promouvoir la santé psychique du groupe cible en question?	46
5.5	Références	47

Enfants et adolescents

6	Santé psychique dans la petite enfance (âge préscolaire)	48
6.1	La petite enfance	48
6.2	La santé psychique dans la petite enfance	49
6.2.1	Prévalences, données actuelles	49
6.2.2	Facteurs de risque et facteurs protecteurs ou contraintes et ressources	51
6.3	Défis particuliers à la petite enfance	52
6.3.1	La dépendance du jeune enfant par rapport à ses parents (personnes référentes)	52
6.3.2	Caractéristiques de développement	52
6.3.3	Aménager les transitions	52
6.3.4	Discuter avec les jeunes enfants	52
6.3.5	L'espace de vie dans la petite enfance	52
6.4	Recommandations d'action et pistes de solutions possibles	53
6.4.1	Comment atteindre les enfants dans la petite enfance?	53
6.4.2	Comment procéder concrètement pour renforcer la santé psychique des enfants dans la petite enfance?	53
6.4.3	Quelles sont les conditions cadres à créer pour promouvoir la santé psychique pendant la petite enfance?	54
6.5	Références	56
7	La santé psychique des élèves de l'école obligatoire	58
7.1	Les élèves d'âge scolaire	58
7.2	La santé psychique des élèves d'âge scolaire	58
7.2.1	Prévalences, données actuelles	58
7.2.2	Facteurs de risque et facteurs protecteurs ou contraintes et ressources	59
7.3	Défis particuliers aux élèves d'âge scolaire	63
7.4	Recommandations d'action et pistes de solutions possibles	64
7.4.1	Comment atteindre les élèves d'âge scolaire?	64
7.4.2	Comment procéder concrètement, à l'école, pour renforcer la santé psychique des élèves d'âge scolaire?	65
7.4.3	Quelles sont les conditions cadres à créer pour promouvoir la santé psychique des élèves d'âge scolaire?	66
7.5	Références	67

8	La santé psychique durant l'adolescence	70
8.1	Adolescence	70
8.2	La santé psychique des adolescents en Suisse	70
8.2.1	Prévalences, données actuelles	70
8.2.2	Facteurs de risque et facteurs protecteurs ou contraintes et ressources	71
8.3	Défis particuliers aux adolescents	73
8.4	Recommandations d'action et pistes de solutions possibles	75
8.4.1	Comment atteindre les adolescents?	75
8.4.2	Comment procéder concrètement pour renforcer la santé psychique des adolescents?	75
8.4.3	Quelles sont les conditions cadres à créer pour promouvoir la santé psychique des adolescents?	77
8.5	Références	79
Adultes		83
9	Santé psychique et activité professionnelle	83
9.1	Activité professionnelle	83
9.2	La santé psychique	84
9.2.1	Prévalences, données actuelles	84
9.2.2	Facteurs de risque et facteurs protecteurs ou contraintes et ressources	86
9.3	Défis particuliers à l'activité professionnelle	88
9.4	Recommandations d'action et pistes de solutions possibles	89
9.4.1	Comment atteindre les actifs?	89
9.4.2	Comment procéder concrètement pour renforcer la santé psychique?	90
9.4.3	Quelles sont les conditions cadres à créer pour promouvoir la santé psychique?	91
9.5	Références	93
10	Communautés, famille et réseaux sociaux	97
10.1	Communautés, famille et réseaux sociaux	97
10.2	La santé psychique du groupe cible	97
10.2.1	Prévalences, données actuelles	97
10.2.2	Facteurs de risque et facteurs protecteurs ou contraintes et ressources	98
10.3	Défis particuliers au groupe cible en termes de santé psychique	101
10.4	Recommandations d'action et pistes de solutions possibles	102
10.4.1	Comment atteindre le groupe cible?	102
10.4.2	Comment procéder concrètement pour renforcer la santé psychique?	103
10.4.3	Quelles sont les conditions cadres à créer pour promouvoir la santé psychique?	103
10.5	Références	105

11	La santé psychique des personnes âgées	108
11.1	Personnes âgées	108
11.2	La santé psychique des personnes âgées	108
11.2.1	Prévalences, données actuelles	108
11.2.2	Facteurs de risque et facteurs protecteurs ou contraintes et ressources	110
11.3	Défis particuliers aux personnes âgées	111
11.3.1	Tâches de développement typiques durant la vieillesse	111
11.3.2	Enjeux physiques durant la vieillesse	111
11.3.3	Perte de soutien social et isolement	112
11.3.4	Proches soignants	112
11.4	Recommandations d'action et pistes de solutions possibles	112
11.4.1	Comment atteindre les personnes âgées?	112
11.4.2	Comment procéder concrètement pour renforcer la santé psychique des personnes âgées?	113
11.4.3	Quelles sont les conditions cadres à créer pour promouvoir la santé psychique des personnes âgées?	114
11.5	Références	115
12	Recommandations pour la promotion de la santé psychique	118
12.1	Recommandation 1: tenir compte de la personne dans son environnement	118
12.2	Recommandation 2: renforcer les ressources internes et externes	119
12.2.1	Ressource interne centrale: l'efficacité personnelle	119
12.2.2	Ressource externe centrale: le soutien social	120
12.3	Recommandation 3: se concentrer sur des groupes cibles particuliers	121
12.3.1	Enfants en bas âge/âge préscolaire et leurs parents	121
12.3.2	Jeunes adolescents	121
12.3.3	Proches soignants des personnes âgées	122
12.4	Conclusion	122
12.5	Références	123

Liste des illustrations

Figure 1.1:	Interaction des quatre champs d'action	12
Figure 1.2:	Structure du rapport de base Santé psychique	14
Figure 2.1:	Modèle modifié des ressources et contraintes	16
Figure 6.1:	Les conditions cadres permettant de promouvoir la santé psychique pendant la petite enfance	54
Figure 9.1:	Modèle Job Demands-Resources d'après Bakker et Demerouti	87
Figure 12.1:	Processus d'élaboration d'un PAC	118
Figure 12.2:	La personne dans ses différents domaines de vie	118
Figure 12.3:	Modèle modifié des ressources et contraintes	119
Figure 12.4:	Infographie sur les recommandations 1 et 2 pour la promotion de la santé psychique	120

Liste des tableaux

Tableau 3.1:	Sélection d'événements critiques	23
Tableau 6.1:	Facteurs de risque et de protection selon Thyen	51
Tableau 7.1:	Indicateurs de la santé psychique chez les garçons et les filles de 11 à 15 ans en Suisse	60
Tableau 7.2:	Indicateurs du soutien social perçu chez les garçons et les filles de 11 à 15 ans en Suisse	62

Management Summary

L'objectif du présent rapport est de servir de base pour d'éventuels programmes d'action cantonaux (PAC) axés sur la santé psychique. A cet effet, des bases scientifiques ont été compilées sur la thématique de la santé psychique. Des experts de diverses spécialités ont rédigé différents chapitres sur des thèmes transversaux se rapportant à la santé psychique ou en contextualisant cette dernière dans les phases successives de l'existence. Le rapport s'achève sur des recommandations pour un programme d'action cantonal axé sur la santé psychique.

Santé psychique

La santé psychique est un processus complexe, qui comprend des aspects tels que le bien-être, l'optimisme, la satisfaction, l'équilibre, la capacité à tisser des relations, à donner un sens à sa vie, ainsi que la capacité à gérer le quotidien et l'activité professionnelle. Pour se sentir en bonne santé psychique, il n'est pas nécessaire de présenter toutes ces qualités et ces émotions au même moment ni dans les mêmes proportions.

Une personne se sent en bonne santé psychique lorsqu'elle peut utiliser ses capacités mentales et émotionnelles, gérer les contraintes de la vie quotidienne, travailler de manière productive et apporter sa contribution à la communauté (OMS, 2003).

Une estime de soi stable et adaptée à la phase de vie, une identité bien définie pour les différents rôles au sein de la société, ainsi que le sentiment de pouvoir répondre aux exigences par ses propres moyens, sont également caractéristiques d'une bonne santé psychique. Il ne s'agit donc pas de nier les contraintes et les expériences ou émotions négatives, mais d'en prendre conscience, de les réguler et de les surmonter.

Au **chapitre 2**, Martina Blaser et Fabienne Amstad (Promotion Santé Suisse) donnent une définition des principaux concepts liés à la santé psychique. La santé psychique résulte de l'interaction entre ressources et contraintes et donc d'un équilibre entre les unes et les autres, ou de ressources globalement plus importantes que les contraintes. La santé psy-

chique est un défi d'un bout à l'autre de l'existence et revêt une importance centrale à chacune de ses phases (Mütsch et al., 2014). C'est pourquoi les différents groupes cibles traités dans le présent rapport font l'objet d'une analyse et d'une discussion portant sur les phases de vie.

Thèmes transversaux

Le présent rapport s'intéresse à trois thèmes transversaux, toutes phases de vie confondues. Felix Wettstein (Fachhochschule Nordwestschweiz) traite des transitions entre les différentes phases de la vie et des événements critiques de la vie. Dario Spini, Stéphanie Pin le Corre et Hannah Klaas (Université de Lausanne) décrivent quant à eux l'impact des inégalités sociales sur la santé psychique. Enfin, Nadine Messerli-Bürgy et Simone Munsch (Université de Fribourg) consacrent leur chapitre aux interactions entre la santé psychique et la santé physique.

Au **chapitre 3**, Felix Wettstein (2016) explique que les **transitions entre les différentes phases de la vie** constituent un défi particulier pour la santé psychique. Elles se caractérisent par un bouleversement de la situation de vie, l'amorce d'une nouvelle phase de vie ou la survenue d'un événement critique. Les transitions entre les différentes phases de la vie vont souvent de pair avec des événements de l'existence. Ainsi, par exemple, l'adolescence prend fin lorsqu'avec l'entrée dans la vie professionnelle s'accroît l'indépendance matérielle et le détachement émotionnel vis-à-vis des parents. De même, le troisième âge commence avec le départ en retraite.

Lors de ces périodes de transition, il paraît particulièrement important de pouvoir réagir de manière flexible aux changements apportés par la nouvelle phase de vie. On peut y parvenir en adaptant ses propres objectifs et/ou en modifiant ses conditions de vie. Les phases de transition, qui exigent un degré élevé de flexibilité, devraient être suivies ou s'accompagner d'une certaine stabilité. L'intégration sociale au sein de la famille ou l'entretien de relations amicales, entre autres, peuvent offrir cette stabilité. Une transition bien maîtrisée peut mobiliser et renforcer les ressources

d'une personne. L'environnement joue un rôle décisif dans ce renforcement et cette mobilisation, si bien qu'il vaut la peine d'en tenir également compte. Les transitions ne doivent donc pas être considérées uniquement comme un défi, mais aussi comme une chance de renforcer sa santé psychique.

Spini et collègues (2016) expliquent, dans le cadre du **chapitre 4**, que la santé psychique, tout comme les maladies psychiques, dépendent du **statut socio-économique**, mesuré par le niveau de formation, la profession et le revenu. Plus le statut socio-économique est élevé, meilleure est la santé psychique. Les inégalités sociales interagissent également fortement avec les caractéristiques du cadre de vie de la personne. Le lien entre santé psychique et statut socio-économique se manifeste dans les deux sens et peut ainsi déboucher sur un cercle vicieux: les personnes dont le statut socio-économique est bas ont tendance à avoir une moins bonne santé psychique et présentent un risque plus marqué de développer une maladie psychique. La maladie psychique entraîne une nouvelle baisse du statut socio-économique, par exemple liée à une incapacité de travail. Ceci occasionne à son tour une dégradation de la santé psychique. Les inégalités apparaissent déjà à l'adolescence, raison pour laquelle il paraît important d'intervenir tôt, si possible dès l'enfance.

Afin de réduire les inégalités sociales ou de ne pas les accentuer davantage, il conviendrait de privilégier des approches de promotion de la santé qui modifient le cadre et les conditions de vie et intègrent des acteurs de différents secteurs.

Messerli-Bürgy et Munsch (2016) mettent en évidence, au **chapitre 5**, qu'une **maladie physique** constitue un facteur de risque important pour la santé psychique. Les relations avec des personnes référentes, des personnes prodiguant des soins et d'autres personnes du même âge confrontées au même type de problème sont essentielles à ce moment de l'existence et s'avèrent tout particulièrement importantes en cas de diminution des capacités physiques. Une approche intégrative est donc judicieuse pour soutenir les personnes concernées ainsi que les membres de la famille et les autres

personnes prodiguant des soins. La coopération interdisciplinaire entre professionnels des domaines somatique et psychologique est nécessaire pour surmonter la situation de contraintes.

Enfants et adolescents

En raison des défis spécifiques qu'elles présentent, l'enfance et l'adolescence peuvent être divisées en différentes phases de vie liées à l'âge. Sabine Brunner (Marie Meierhofer Institut) s'intéresse à la petite enfance (âge préscolaire), tandis que Marina Delgrande Jordan et Yvonne Eichenberger (Addiction Suisse¹) décrivent l'âge scolaire et Heinz Bolliger-Salzman (Université de Berne) l'adolescence, toujours sous l'angle de la santé psychique.

Au **chapitre 6**, Brunner (2016) montre que les fondements de la santé psychique sont posés pendant la **petite enfance**. Au cours des premières années de vie, la relation parent-enfant est essentielle. Pour l'enfant en bas âge, la présence de référents fiables, disponibles et familiers est indispensable. A ce propos, il convient d'évoquer notamment la dépression post-partum: cette maladie psychique répandue parmi les jeunes mères peut avoir des répercussions négatives sur l'interaction mère-enfant. Les facteurs de protection familiaux, tels qu'une relation stable entre les parents, les bonnes compétences éducatives de ces derniers, ainsi qu'un climat familial positif, sont également déterminants pour la santé psychique des enfants. Pour entrer en lien avec de jeunes enfants, il est par conséquent indispensable de s'adresser à leurs personnes référentes, ou tout du moins de les inclure dans les démarches. Toutefois, les familles dont les enfants ne sont pas encore en âge d'être scolarisés sont difficiles d'accès. En Suisse, seul un tiers des enfants sont pris en charge dans des structures d'accueil extra-familial, autre cadre d'intervention possible. En revanche, les femmes enceintes et les jeunes mères qui viennent d'accoucher semblent plus faciles à atteindre par l'intermédiaire des sages-femmes, gynécologues, cours de préparation à l'accouchement dans les hôpitaux, etc., puisque plus de 97%² des naissances en Suisse ont lieu à l'hôpital.

¹ Addiction Suisse est responsable de la réalisation de l'étude HBSC (Health Behaviour in School-aged Children) en Suisse. Cette étude fournit d'importantes données sur le comportement et l'état de santé des élèves.

² En 2004.

Au **chapitre 7** sur la santé psychique des enfants et des adolescents d'**âge scolaire**, Delgrande Jordan et Eichenberger (2016) arrivent à la conclusion que l'école constitue un cadre d'intervention particulièrement important: les enfants et adolescents d'âge scolaire passent la majeure partie de leur journée à l'école. De plus, l'école offre l'avantage de permettre l'accès à tous les enfants et adolescents, quel que soit leur milieu social. C'est à l'école que se fait le passage à l'adolescence, période qui s'avère particulièrement importante pour la santé psychique. Outre les défis psychosociaux qui le caractérisent, le début de l'adolescence est également associé à des modifications physiologiques et hormonales. Les troubles psychiques apparaissent aussi souvent déjà à l'âge scolaire. En effet, l'âge médian des premières maladies psychiques se situe à 14 ans. Ces éléments combinés font de l'adolescence – en particulier à ses débuts – une étape décisive de la vie. Pendant cette phase pleine de défis, le soutien social que l'on perçoit de la part des personnes référentes (famille, pairs et enseignants) et les ressources personnelles revêtent une grande importance. Les interventions misant sur les ressources personnelles des élèves et l'environnement physique et social de l'école ont fait leurs preuves.

Au **chapitre 8**, Bolliger-Salzmann (2016) explique comment l'**adolescence** s'est prolongée ces dernières décennies en raison du temps toujours plus long consacré à la formation. Cette phase commence au cours de la scolarisation obligatoire et s'achève seulement avec l'acquisition de l'indépendance sociale et matérielle vis-à-vis des parents. Elle s'étend donc sur une période qui couvre le groupe d'âge des 11 à 25 ans. L'adolescence est marquée par un cumul de différentes tâches développementales, dont chacune peut représenter un facteur de stress important. Ceci montre que cette étape de la vie est particulièrement vulnérable à l'apparition de troubles psychiques. L'un des principaux défis de l'adolescence est de développer une identité stable. Pour ce faire, il est essentiel de posséder un sentiment d'efficacité personnelle marqué. Néanmoins, l'identité ne se construit pas dans la seule intériorité mais se conforte, se consolide et s'exprime aussi dans les interactions sociales. D'où la grande importance des compétences sociales. Pour les adolescents, l'école, l'entreprise formatrice et la famille sont des cadres essentiels pour la pratique des interactions sociales, au même titre que les échanges avec leurs pairs.

Adultes

À la différence de l'enfance et de l'adolescence, il est moins judicieux de diviser l'âge adulte en phases de vie en se basant sur l'âge biologique. Pour définir les groupes cibles spécifiques et leurs défis, il est plus pertinent de prendre en compte les événements de vie respectifs et les cadres dans lesquels ils se sont produits. L'activité professionnelle joue un rôle central dans ce contexte: d'une part lors de la phase d'activité elle-même et, d'autre part, au moment de l'arrêt de cette activité, synonyme de départ en retraite et, donc, d'une nouvelle phase de vie. Andreas Krause (Fachhochschule Nordwestschweiz) consacre son chapitre à l'activité professionnelle. Outre ce domaine important de l'existence, les réseaux sociaux comme la famille ou les cercles d'amis et de connaissances revêtent une importance décisive, comme en attestent Martina Zemp et Guy Bodenmann (Universität Zürich) dans leur chapitre. Enfin, Veronika Boss (Promotion Santé Suisse) s'intéresse à la santé psychique des personnes âgées. Selon Krause (2016), au **chapitre 9**, l'**activité professionnelle** a de manière générale une influence positive sur la santé psychique. Elle encourage différentes activités et compétences, offre des occasions de coopérer et constitue une source importante de reconnaissance sociale et de consolidation de l'identité personnelle. La gestion de la santé en entreprise s'est attelée à cette tâche: elle améliore de manière ciblée et systématique les facteurs importants pour la santé au sein d'une entreprise ou d'une organisation. L'entreprise est un cadre idéal pour la mise en œuvre de mesures préventives et de promotion de la santé psychique. 70% des personnes entre 15 et 64 ans qui souffrent d'un trouble psychique modéré à sévère travaillent. La vie professionnelle influence également le comportement dans d'autres domaines de la vie, comme la famille, et inversement. Il convient de prendre cette relation en compte lors d'interventions.

Comme le décrivent Zemp et Bodenmann (2016) au **chapitre 10**, le **réseau social**, tel que la famille, est une ressource essentielle pour les êtres humains, car ils y reçoivent un soutien social. Les personnes isolées socialement et celles qui présentent un risque accru de recevoir peu de soutien social sont des groupes cibles particulièrement vulnérables et ont davantage tendance à souffrir d'une santé psychique altérée. En font partie en particulier les personnes âgées, les familles monoparentales et les

personnes avec un faible niveau de formation. Par ailleurs, les personnes de la «génération sandwich» – en particulier les femmes – sont confrontées à des défis particuliers: elles ont encore des enfants à charge et s'occupent en même temps de leurs (beaux-)parents. Pour finir, il faut citer comme dernier groupe cible vulnérable les couples sur le point de devenir parents. La vie de couple est certes un facteur de protection très important pour les adultes, ceux vivant en couple étant en meilleure santé et ressentant un plus grand bien-être. Cependant, la parentalité est un événement de vie particulièrement critique, qui constitue un facteur de risque pour la relation de couple.

Selon Boss (2016) au **chapitre 11**, les **personnes âgées** témoignent d'une plus grande satisfaction face à la vie et d'un bien-être psychique élevé, bien que leurs ressources s'amenuisent de manière générale. Ce paradoxe du bien-être des personnes âgées ne fléchit qu'à un âge avancé et avec l'apparition de pathologies multiples et d'une fragilité accrue. L'énergie et la vitalité ressenties, ainsi que le bien-être et l'optimisme, commencent alors à décliner. Ce fléchissement peut s'expliquer par une mobilité et une autonomie restreintes, la dépendance accrue au soutien de tierces personnes et l'intégration sociale décroissante. Les soins à prodiguer au partenaire et à d'autres parents peut aussi souvent représenter un défi de taille en termes de santé pour les personnes âgées.

Recommandations

Le présent rapport nous permet de formuler trois recommandations de base.

Première recommandation: tenir compte de la personne dans son environnement

Les mesures en matière de santé psychique devraient toujours prendre en compte la personne (par exemple par la promotion de ses compétences de vie) et son environnement (par exemple le climat de vie, la culture et la structure), et être harmonisées en conséquence.

Deuxième recommandation: renforcer les ressources internes et externes

D'un côté, les ressources ont une influence positive directe sur la santé psychique. D'un autre, elles peuvent atténuer l'impact de certaines contraintes sur la santé psychique.

Il paraît impossible de renforcer toutes les ressources. Il est donc conseillé de se concentrer sur quelques-unes d'entre elles. L'efficacité personnelle (ressource interne) et le soutien social (ressource externe) jouent un rôle très important tout au long de la vie et méritent d'être renforcés. Ces ressources sont notamment utiles au cours des différentes transitions et lors des événements clés de la vie.

Troisième recommandation: se concentrer sur des groupes cibles particuliers

Il est de manière générale pertinent de tenir compte en priorité des groupes cibles vulnérables dans la planification et la mise en œuvre de mesures de promotion de la santé. Dans ce rapport sont décrits trois groupes de personnes pour lesquelles des mesures s'avéreraient particulièrement utiles: les enfants en bas âge/d'âge préscolaire et leurs parents, les jeunes adolescents et les proches soignants.

Le présent rapport montre que la santé psychique, en tant qu'élément central de la santé, peut être favorisée de diverses façons et efficacement. Les défis complexes peuvent être abordés à l'aide de solutions ciblées tout au long de la vie.

1 Introduction

Promotion Santé Suisse a défini trois priorités dans sa stratégie à long terme. Il s'agit du renforcement de la promotion de la santé et de la prévention en général, de la promotion d'un poids corporel sain et du renforcement de la santé psychique. Jusqu'à maintenant, les activités de Promotion Santé Suisse dans le domaine de la Santé psychique se limitaient à la promotion de la santé en entreprise, l'accent étant mis sur la gestion du stress.

Le présent rapport doit à présent ouvrir le champ thématique et servir de fondement pour étendre l'engagement de la fondation dans le domaine de la Santé psychique.

L'objectif du présent rapport est par conséquent de servir de base scientifique pour un éventuel programme d'action cantonal (PAC) «Santé psychique» et de constituer un socle décisionnel pour des mesures stratégiques dans ce domaine thématique aux niveaux national, cantonal et communal.

Afin de pouvoir atteindre cet objectif, ce rapport s'adresse à un lectorat de professionnels de la santé psychique dans les domaines stratégique et opérationnel, actifs dans des organisations/administrations nationales, cantonales ou communales et de spécialistes de la pratique et de la recherche scientifique.

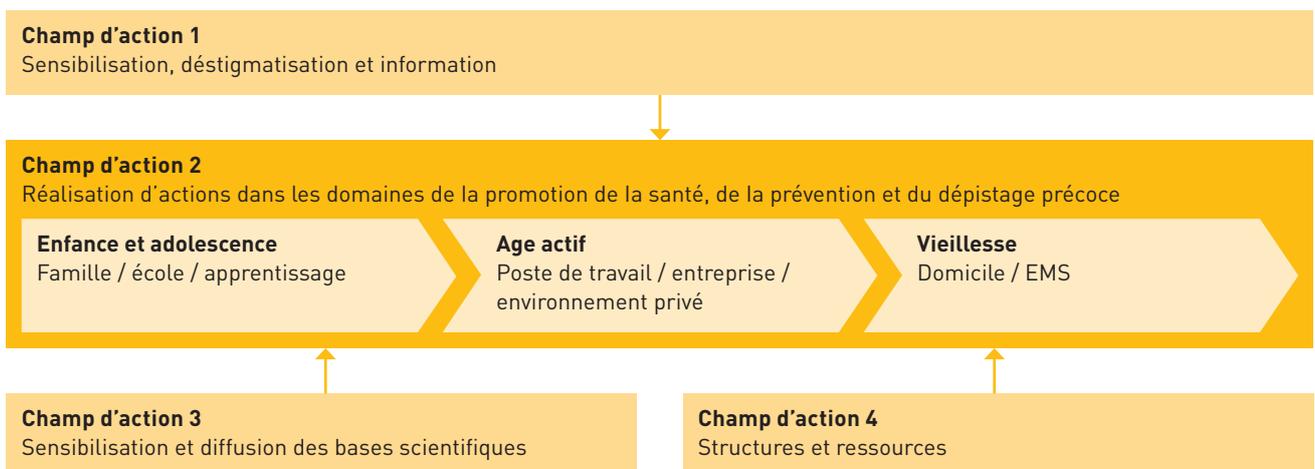
1.1 Point d'ancrage du présent rapport

Le mandat visant à renforcer et à améliorer la coordination des activités existantes dans les domaines MNT (maladies non transmissibles) et Santé psychique a été lancé dans le cadre de la stratégie du Conseil fédéral «Santé2020».

En 2014, l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), la Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) et la fondation Promotion

FIGURE 1.1

Interaction des quatre champs d'action (Bürli et al., 2015)



Santé Suisse ont alors élaboré conjointement avec d'autres acteurs le rapport «Santé psychique en Suisse: état des lieux et champs d'action» publié en 2015. Ce rapport (Bürli, Amstad, Duetz Schmucki & Schibli, 2015) concerne le maintien et la promotion de la santé psychique ainsi que la prévention et la détection précoce de maladies psychiques.

Le rapport susmentionné décrit la situation en matière de santé psychique en Suisse en présentant des prévalences générales actuelles et en décrivant des activités de différents acteurs. Il identifie en outre des lacunes, surtout au niveau national, qui sont regroupées en quatre champs d'action (cf. figure 1.1). Ces quatre champs d'action comportant chacun deux types de mesures doivent contribuer à améliorer les synergies entre les acteurs et à mieux coordonner les activités existantes dans le domaine de la promotion de la santé, de la prévention et de la détection précoce des maladies psychiques.

Un plan de mise en œuvre relatif à ces champs d'action est élaboré en 2016 par la CDS, l'OFSP et Promotion Santé Suisse. Le PAC³ englobe des activités qui interviennent dans tous les champs d'action. L'élément central des quatre champs d'action du PAC est la mise en œuvre d'activités concrètes dans le domaine de la santé psychique. Pour pouvoir cependant planifier et mettre en œuvre des mesures concrètes, il est important de savoir par quel groupe cible, dans quel setting et par quelle intervention commencer. Le présent rapport entend fournir des réponses à ces questions.

Contrairement au rapport «Santé psychique en Suisse: état des lieux et champs d'action» (Bürli et al., 2015), qui montre **qu'il** est important de promouvoir la santé psychique en Suisse, le «Rapport de base Santé psychique» fournit des évidences sur la **manière dont** la santé psychique doit et peut être promue et sur les **personnes auprès desquelles** elle doit et peut l'être.

1.2 Structure du rapport

La structure du présent rapport s'appuie sur le modèle des phases de la vie. Les contenus sont thématiques dans un format de type «Reader» et rédigés par des experts de différentes disciplines de la science et la pratique. La figure 1.2 illustre cette structure. Ce rapport commence par expliquer les principes relatifs à la santé psychique. Puis, dans sa partie principale, chaque chapitre s'articule autour de questions directrices identiques qui se rapportent à la santé psychique d'un groupe cible déterminé.

- 1 Brève définition du groupe cible
- 2 Santé psychique du groupe cible
 - 2.1 Prévalences, données actuelles
 - 2.2 Facteurs de risque et facteurs protecteurs ou contraintes et ressources
- 3 Défis particuliers au groupe cible en termes de santé psychique
- 4 Recommandations d'action et pistes de solutions possibles
 - 4.1 Comment atteindre le groupe cible?
 - 4.2 Comment procéder concrètement pour renforcer la santé psychique du groupe cible?
 - 4.3 Quelles sont les conditions cadres à créer pour promouvoir la santé psychique du groupe cible en question?

Chaque chapitre comprend en outre une infobox bleue présentant un exemple de projet⁴.

Ces questions directrices constituent la structure du rapport, qui non seulement offre un aperçu du sujet Santé psychique, mais aussi propose un recueil systématique de

- chiffres et de faits relatifs aux groupes cibles spécifiques,
- défis pour des groupes cibles spécifiques,
- recommandations d'action,
- exemples d'intervention.

Cette structure permet au lecteur d'effectuer une recherche ciblée de contenus déterminés en rapport avec un groupe cible spécifique.

³ Les informations détaillées sur le développement du PAC sont présentées dans les conditions cadres de celui-ci et peuvent être obtenues auprès de Promotion Santé Suisse.

⁴ Promotion Santé Suisse élabore d'ici l'automne 2016 un inventaire de projets dédiés à la santé psychique.

A la fin du rapport figurent des recommandations qui sont essentiels pour l'élaboration d'un PAC Santé psychique.

Le présent rapport met l'accent sur la santé psychique. Toutefois, comme il est aussi très souvent question de maladies psychiques, les principales maladies psychiques sont présentées dans des infoboxes jaunes de Pro Mente Sana (www.promentesana.ch).

Pour les lecteurs pressés

Pour ceux qui s'intéressent uniquement à un groupe cible spécifique, le chapitre sur les principes relatifs à la santé psychique ainsi que les recommandations servent de cadre pour le chapitre spécifique à un certain groupe cible de la partie principale. Par ailleurs, qui souhaiterait s'informer rapidement sur certains sujets trouve un bref aperçu du contenu au début de chaque chapitre.

FIGURE 1.2

Structure du Rapport de base Santé psychique

Management Summary					
Introduction					
Principes					
Partie principale					
Thèmes transversaux		Enfants et adolescents		Adultes	
Interaction entre santé physique et santé psychique		Age préscolaire		Activité professionnelle	
Transitions et événements critiques		Age scolaire		Communautés de vie, famille et réseaux sociaux	
Santé psychique et inégalités sociales		Adolescence		Personnes âgées	
Infobox dépendance p. 26	Infobox TDA(H) p. 64	Infobox troubles de l'alimentation p. 74	Infobox dépression p. 85	Infobox troubles anxieux p. 99	Infobox démence p. 111
Recommandations					

2 Principes et définitions

MSc Martina Blaser & Dr Fabienne T. Amstad, Promotion Santé Suisse

Promotion Santé Suisse s'appuie sur la définition de la santé donnée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), à savoir: «*La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité*» (OMS/WHO, 1948). Les définitions plus récentes de la santé partent du principe qu'il ne s'agit pas d'un état, mais plutôt d'un processus. La santé découle du lien dynamique entre ressources et contraintes, internes et externes. Les ressources et contraintes internes dépendent de la personne même, tandis que les ressources et contraintes externes dépendent de son environnement. Les ressources et les contraintes peuvent se situer au plan physique, psychique, social ou physico-matériel. La bonne santé résulte d'un équilibre entre les ressources et les contraintes, ou de ressources globalement plus importantes que les contraintes (Weber et al., 2016).

2.1 La santé psychique

Déjà dans la définition de base donnée par l'OMS, datant de 1948 et citée ci-dessus, la santé psychique faisait partie intégrante d'une conception globale de la santé. Par conséquent, la santé est indissociable de la santé psychique.

Pour définir la santé psychique, nous nous appuyons sur la définition de base du rapport sur la santé mentale de l'OMS (WHO, 2001), sur celle du rapport «Santé psychique en Suisse» (Bürli, Amstad, Duetz Schmucki, & Schibli, 2015), ainsi que sur celle du Manifeste suisse relatif à la Public Mental Health (Mütsch, Schmid, Wettstein & Weil, 2014), soutenu par de nombreuses organisations et institutions en Suisse.

La santé psychique est un processus aux multiples facettes, qui comprend des aspects tels que le bien-être, l'optimisme, la satisfaction, l'équilibre, la capacité à tisser des relations, à donner un sens à sa vie, ainsi que la capacité à gérer le quotidien et le travail. Pour qu'une personne se sente en bonne santé psychique, elle n'a pas besoin de présenter toutes ces

qualités et émotions au même moment ni dans les mêmes proportions.

Une personne se sent en bonne santé psychique lorsqu'elle peut utiliser ses capacités mentales et émotionnelles, gérer les contraintes de la vie quotidienne, travailler de manière productive et apporter sa contribution à la communauté (WHO, 2003).

Une estime de soi stable et adaptée à la phase de vie, une identité bien définie pour les différents rôles au sein de la société, ainsi que le sentiment de pouvoir répondre aux exigences par ses propres moyens, sont également caractéristiques d'une bonne santé psychique. Il ne s'agit donc pas de nier les contraintes et les expériences ou émotions négatives, mais d'en prendre conscience, de les réguler et de les surmonter.

Santé psychique et maladies psychiques sont étroitement liées, sans être chacune le contraire de l'autre (Baer & Cahn, 2009). Il est admis qu'il est possible d'être malade psychiquement tout en conservant un bien-être subjectif élevé.

Enfin, on peut dire que la santé psychique dépend de différents facteurs d'influence tels que la prédisposition, les expériences de vie, les modes de comportement, les caractéristiques sociales et culturelles des groupes et des communautés, ainsi que les conditions environnementales et les rapports sociaux (Mütsch et al., 2014). Un modèle holistique comprend donc aussi bien les aspects biophysiques que les aspects psychosociaux comme approches explicatives de la santé psychique.

Chaque phase de la vie a ses événements et ses défis spécifiques, qui peuvent avoir des répercussions sur la santé psychique. La santé psychique est un défi tout au long de la vie et revêt une place centrale à chacune de ces phases (Mütsch et al., 2014).

2.2 Ressources et contraintes

Comme nous l'avons mentionné, la santé résulte de l'interaction entre contraintes et ressources. Les contraintes, aussi appelées stressseurs par les cher-

cheurs spécialistes du stress, peuvent agir de l'intérieur ou de l'extérieur et constituent des facteurs de risque pour la santé psychique (Schuler & Burla, 2012). L'influence des contraintes sur la santé dépend entre autres de leur intensité et de leur fréquence (Weiss & Cropanzano, 1996). Des contraintes extrêmes, comme le décès d'une personne proche, peuvent avoir de graves répercussions en tant qu'événement unique. Des contraintes quotidiennes moins importantes, comme des conflits au travail, ne deviennent qu'au bout d'une longue période un facteur de risque pour de nombreux problèmes de santé, comme la dépression ou le burn-out (Bakker, Demerouti & Sanz-Vergel, 2014; Tennant, 2001).

La bonne maîtrise des contraintes dépend des ressources dont une personne dispose (entre autres Zapf & Semmer, 2004). Un individu ayant suffisamment de ressources pourra y recourir quand il est soumis à des contraintes, qu'il surmontera alors plus facilement. Les ressources peuvent être considérées comme des facteurs de protection et sont donc des «outils» permettant d'atténuer ou d'empêcher l'influence des contraintes sur la santé psychique (p. ex. Zapf & Semmer, 2004). Elles peuvent de plus avoir de leur côté une influence positive directe sur la santé psychique (p. ex. Zapf & Semmer, 2004). Le modèle modifié des contraintes et ressources (figure 2.1) schématise les conséquences directes et indirectes des ressources et contraintes sur la santé psychique.

En règle générale, on distingue les ressources internes et les ressources externes. Les ressources internes dépendent de la personne elle-même; en

font partie les caractéristiques de la personnalité, comme une confiance en soi stable et la stabilité émotionnelle, l'efficacité personnelle, mais aussi les compétences professionnelles et sociales, comme les expériences et la motivation (p. ex. Sonnentag & Frese, 2003; Zapf & Semmer, 2004).

Les ressources externes sont déterminées par la situation ou l'environnement. Elles couvrent par exemple un réseau social de confiance ou l'autonomie.

2.3 La santé psychique en Suisse

La santé psychique est décrite et mesurée à l'aide d'indicateurs comme «la force, l'énergie et l'optimisme», la vitalité et les contraintes psychiques. Les données actuelles sur la santé psychique en Suisse (enquête suisse sur la santé) montrent que la majorité de la population suisse évalue comme bonne à très bonne sa qualité de vie (92%) et sa santé (83%). 82% des personnes interrogées indiquent se sentir la plupart du temps, voire toujours, heureuses (BFS, 2015).

Bien que cette valeur ait baissé de 4 points de pourcentage ces dernières années, encore environ 73% des personnes interrogées se sentent souvent ou très souvent pleines de force, d'énergie et d'optimisme (Moreau-Gruet, 2014). 77% des personnes indiquent se sentir moyennement à fortement chargées d'énergie et de vitalité (BFS, 2015). Mais presque 5% de la population suisse a l'impression d'avoir d'importants problèmes psychiques et 13% dit en avoir de moyens (BFS, 2015).

Les maladies psychiques sont largement répandues. Presque la moitié de la population (entre 32% et 48%) souffre au moins une fois dans sa vie d'une maladie psychique (Baer & Cahn, 2009).

Les analyses détaillées montrent systématiquement que la santé psychique varie selon l'âge, le sexe, la nationalité et le statut socio-économique (Schuler & Burla, 2012; Moreau-Gruet, 2014)⁵.

Beaucoup de ressources s'avèrent importantes directement en lien avec la santé psychique⁶. Les lignes suivantes s'attardent sur quelques-unes d'entre elles⁷.

FIGURE 2.1

Modèle modifié des ressources et contraintes



⁵ Le chapitre 4 sur les inégalités sociales détaille ces liens.

⁶ Pour une synthèse systématique des ressources internes, cf. par exemple Wettstein, 2014.

⁷ L'optimisme comme une ressource personnelle n'est pas inclus dans cette liste, car il fait partie intégrante de la santé psychique telle que décrite au sous-chapitre 2.1.

2.3.1 Ressources internes/personnelles

Sentiment de maîtrise de sa vie

Le sentiment de maîtriser sa vie (*locus of control*) décrit dans quelle mesure les personnes sont convaincues de pouvoir façonner leur existence en toute autonomie. Les personnes ayant un faible sentiment de maîtrise interne de leur vie partent du principe que celle-ci dépend de facteurs exogènes, comme le destin, le hasard et le contrôle par d'autres personnes. Les personnes ayant un fort sentiment de maîtrise interne de leur vie affichent une meilleure santé, avec plus de joie de vivre et moins de symptômes dépressifs que celles pour qui ce sentiment est faible (Moreau-Gruet, 2014; Bürli et al., 2015). Environ 21 % de la population suisse indique avoir un faible sentiment de maîtrise interne de leur vie. La probabilité de voir ces personnes souffrir d'importants problèmes psychiques est 18 fois plus élevée que pour les individus affichant un fort sentiment de maîtrise interne de leur vie (BFS, 2015)⁸.

Digression: aptitudes à la vie quotidienne ou compétences de vie

D'après l'OMS (1997) les aptitudes à la vie quotidienne ou compétences de vie (*life skills*) couvrent la capacité d'une personne à conduire et organiser son existence et à développer son aptitude à vivre avec les changements de son environnement et à générer elle-même des changements.

Par conséquent, une personne ayant des aptitudes à la vie quotidienne

- se connaît et s'apprécie elle-même,
- fait preuve d'empathie,
- a une pensée critique et créative,
- peut communiquer et entretenir des relations,
- prend des décisions réfléchies,
- parvient à résoudre les problèmes,
- et peut maîtriser les sentiments et le stress.

Sentiment d'efficacité personnelle

L'efficacité personnelle est un concept proche du sentiment de maîtrise de sa vie. L'efficacité personnelle (*self-efficacy*) ou le sentiment d'efficacité personnelle décrit la conviction subjective de pouvoir gérer avec succès les actions souhaitées grâce à ses propres compétences (Schwarzer & Jerusalem, 2002). Les individus dont le sentiment d'efficacité personnelle est prononcé sont persuadés de pouvoir par eux-mêmes relever les défis professionnels et privés et atteindre leurs objectifs dans ces deux domaines (Gupta, Ganster & Kepes, 2013). Ils voient les tâches délicates comme des défis qui peuvent être surmontés et non comme des menaces à éviter (Bandura, 1994). L'efficacité personnelle est considérée aussi bien comme une compétence de vie que comme le résultat d'habiletés utilisées avec succès (Bühler & Heppekausen, 2005). L'impact positif de l'efficacité personnelle sur la santé psychique a été plusieurs fois démontré empiriquement (Bengel & Lyssenko, 2012).

Régulation des émotions

On entend par régulation des émotions la modification consciente ou inconsciente de ces dernières. Des stratégies sont utilisées pour réduire ou réguler l'apparition et l'intensité des émotions, qu'elles soient positives ou négatives (Barrow, 2012). On distingue souvent les stratégies de régulation des émotions fonctionnelles et dysfonctionnelles. Exemple de stratégie fonctionnelle de régulation des émotions: se retrouver avec des amis et parler respectivement de la situation difficile et des émotions qui y sont liées. Si les personnes utilisent des stratégies fonctionnelles de régulation des émotions, les conséquences désagréables des émotions peuvent être atténuées (Barrow, 2012). Il est reconnu aujourd'hui que les stratégies fonctionnelles de régulation des émotions favorisent une bonne santé psychique et physique. A l'inverse, les stratégies dysfonctionnelles de régulation des émotions, consistant par exemple à réprimer ces dernières, sont un facteur de risque du développement de maladies psychiques comme la dépression ou les troubles anxieux (Barrow, 2012).

⁸ Les évaluations détaillées du sentiment de maîtrise de sa vie, suivant l'âge, le sexe, la nationalité, le degré de formation, les revenus, la situation professionnelle et la région linguistique sont consultables dans le document de travail 2 de Promotion Santé Suisse, «Monitoring de la santé psychique, axé principalement sur les personnes âgées et le stress au travail».

Sentiment de cohérence

Le sentiment de cohérence est un élément important de l'approche salutogénétique. Antonovsky (1997) le décrit comme une orientation générale de l'existence, composée de trois éléments distincts: la compréhension des événements; le sentiment de pouvoir les gérer; le sentiment qu'ils ont un sens. Différentes études montrent un lien étroit entre un fort sentiment de cohérence et la santé psychique, par exemple une bonne qualité de vie (Eriksson & Lindström, 2007) ou l'optimisme (Eriksson & Lindström, 2006). En 2007, 61% des personnes interrogées en Suisse indiquaient avoir un fort sentiment de cohérence⁹.

Résilience

Depuis plusieurs années, la résilience fait partie des concepts liés à la santé psychique qui sont les plus discutés. Il s'agit de la résistance psychique déployée face à des événements douloureux. Mais d'après Schubert (2012), il ne s'agit pas d'une ressource isolée mais d'une construction composée de tout un ensemble de facteurs d'influence liés à la personne et à son environnement. En outre, le terme de rési-

lience désigne non seulement un processus mais aussi le résultat d'une gestion réussie des circonstances difficiles de l'existence. Il correspond donc à une interaction et non à une caractéristique de la personnalité.

2.3.2 Ressources externes, liées à l'environnement**Autonomie/marge de manœuvre**

L'autonomie est une ressource contextuelle très discutée. Elle décrit l'autodétermination, l'indépendance et la liberté de choix en lien avec la configuration des conditions et du mode de vie (Weber et al., 2016). Dans le cadre de la recherche sur la psychologie du travail, on parle aussi souvent de marge de manœuvre. La marge de manœuvre décrit dans quelle mesure une personne peut décider elle-même de la manière d'exécuter une tâche et du moment pour le faire. La marge de manœuvre est une ressource importante pour maîtriser les contraintes sur le lieu de travail. De nombreuses études démontrent qu'une grande marge de manœuvre peut avoir un impact positif sur la santé psychique (p.ex. Häusser, Mojzisch, Niesel & Schulz-Hardt, 2010).

Soutien social

L'une des ressources centrales de la santé psychique et du bien-être passe par les relations sociales. Le soutien social décrit l'apport d'une aide pratique, mais aussi l'estime et l'échange d'informations entre deux personnes ou plus (Bachmann, 2014). La présence de personnes de confiance et l'isolement vécu sont des indicateurs du soutien social. Les individus n'ayant pas de personne de confiance autour d'eux et ressentant un fort sentiment d'isolement souffrent jusqu'à six fois plus souvent de troubles psychiques (Schuler & Burla, 2012).

A ce propos, il est important de mentionner que les ressources internes et externes peuvent s'influencer réciproquement. Ce phénomène peut être illustré à travers l'exemple typique du soutien social. Le recours à des contacts sociaux existants dépend fortement de caractéristiques de la personnalité ainsi que de la capacité à accepter soutien et réconfort (Bachmann, 2014). Le soutien social important pour la santé résulte donc d'une interaction entre la per-

Digression: coping

Le coping (= maîtrise) décrit la gestion de situations difficiles (Lazarus & Folkman, 1984). On entend par stratégie de coping le fait d'adopter un comportement permettant de gérer des problèmes qui surgissent. Ces stratégies peuvent être fonctionnelles ou dysfonctionnelles. Un comportement axé sur le problème et la recherche d'une solution (p.ex. demander de l'aide) est souvent décrit comme fonctionnel, tandis qu'un comportement d'évitement est plutôt considéré comme dysfonctionnel. Le succès de la stratégie de coping choisie dépend notamment de la situation, à savoir si elle est contrôlable et si elle peut être modifiée. En outre, certaines stratégies de coping peuvent être efficaces à court terme, tout en ayant des effets négatifs sur la santé à long terme (p.ex. l'alcool). Disposer de tout un panel de stratégies de coping distinctes s'avère une ressource importante.

⁹ Ce résultat doit cependant être interprété avec prudence, car l'échelle utilisée ne permettait qu'une approximation (Burla et al., 2010). Le sentiment de cohérence ne figure plus dans l'enquête suisse sur la santé (ESS) 2012.

sonne et son environnement (Vaux, 1990). Cela montre que pendant toutes les phases de la vie, il est judicieux de renforcer les ressources liées aux personnes et à l'environnement, afin d'avoir une influence la plus positive possible sur la santé psychique.

2.4 Promotion de la santé et prévention

L'objectif de la promotion de la santé est de renforcer les ressources physiques, psychiques et sociales favorisant la santé (approche salutogénétique). «Il s'agit de créer des cadres de vie qui permettent aux individus ainsi qu'aux groupes d'organiser de façon saine leur propre manière de vivre de sorte à augmenter leur

bien-être et leur qualité de vie» (Promotion Santé Suisse, 2006, p. 5). En revanche, la prévention se concentre sur le fait de prévenir des maladies spécifiques, ainsi que sur les facteurs de risque susceptibles de favoriser ou de déclencher des maladies spécifiques.

On confond parfois promotion de la santé et prévention universelle¹⁰ et primaire, car la prévention comprend le renforcement des facteurs de protection favorisant la santé. Toutefois, la promotion de la santé ne devrait pas couvrir uniquement le concept de facteurs de protection, mais aussi le fait que les ressources ont une action directe sur l'état de santé (voir aussi la figure 2.1). Le renforcement des ressources durant toute la vie est donc essentiel pour la santé psychique.

2.5 Références

- Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese: Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Deutsche, erweiterte Herausgabe von A. Franke. Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie. Tübingen: DGVT-Verlag.
- Bachmann, N. (2014). *Soziale Ressourcen als Gesundheitsschutz: Wirkungsweise und Verbreitung in der Schweizer Bevölkerung und in Europa* (Obsan Dossier 27). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Baer N, Cahn T (2009). Psychische Gesundheitsprobleme. In: K Meyer (Hrsg.), *Gesundheit in der Schweiz; Nationaler Gesundheitsbericht 2008*. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, Bundesamt für Statistik, Neuchâtel.
- Barrow S. (2012). Emotionsregulation und Psychopathologie – Ein Überblick. *Psychologische Rundschau*, 63(2), S. 111-124.
- Bengel, J. & Lyssenko, L. (2012). *Resilienz und psychosoziale Schutzfaktoren im Erwachsenenalter*. Band 43, Köln: BZgA.
- Bühler, A. & Heppekausen, K. (2005). *Gesundheitsförderung durch Lebenskompetenzprogramme in Deutschland. Grundlagen und kommentierte Übersicht*. Köln: BZgA.
- Bundesamt für Statistik (BFS) (2015). Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012. <http://www.portal-stat.admin.ch/sgb2012/index.html> (Zugriff: 10.10.2015).
- Burla, L., Schuler, D, Moreau-Gruet, F., Dreyer G., Stamm, H. & Wiegand, D. (2010). *Monitoring zur psychischen Gesundheit – mit Fokus «ältere Menschen» und «Stress am Arbeitsplatz»*. Aktualisierung 2010. Gesundheitsförderung Schweiz. Bern und Lausanne.
- Bürli, C., Amstad, F., Duetz Schmucki, M. & Schibli, D. (2015). *Psychische Gesundheit in der Schweiz – Bestandsaufnahme und Handlungsfelder*. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- Eriksson, M. & Lindström, B. (2006). Antonovsky's sense of coherence scale and its relation with health: A systematic review. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 60(5), 376-381.
- Eriksson, M. & Lindström, B. (2007). Antonovsky's sense of coherence scale and its relation with quality of life: A systematic review. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 61(11), 938-944.

¹⁰ La prévention universelle s'adresse à toute la population, ou à des segments de celle-ci (p.ex. tous les enfants et adolescents d'âge scolaire). On entend par prévention primaire les mesures permettant d'empêcher ou de retarder l'entrée dans la maladie. Les catégories primaire, secondaire et tertiaire concernent donc un moment, tandis que la distinction entre la prévention universelle, sélective et indiquée se rapporte au groupe cible.

- Gesundheitsförderung Schweiz (2006). *Langfristige Strategie von Gesundheitsförderung Schweiz*. Bern und Lausanne.
- Gupta, N., Ganster, D. C., & Kepes, S. (2013). Assessing the validity of sales self-efficacy: A cautionary tale. *Journal of Applied Psychology*. Advance online publication.
- Häusser, J. A., Mojzisch, A., Niesel, M., & Schulz-Hardt, S. (2010). Ten years on: A review of recent research on the Job Demand-Control [-Support] model and psychological well-being. *Work & Stress*, 24, 1-35.
- Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer.
- Moreau-Gruet, F. (2014). *Monitoring zur psychischen Gesundheit – mit Fokus «ältere Menschen» und «Stress am Arbeitsplatz»*. Aktualisierung 2014. Gesundheitsförderung Schweiz Arbeitspapier 2, Bern und Lausanne.
- Mütsch, M., Schmid, H., Wettstein, F., & Weil, B. (2014). Schweizer Manifest für Public Mental Health. Public Health Schweiz. http://www.public-health.ch/logicio/client/publichealth/file/Schweizer_Manifest_fur_Public_Mental_Health-002.pdf [Zugriff: 30.9.2015].
- Schubert, F.C. (2012). Psychische Ressourcen – Zentrale Konstrukte in der Ressourcendiskussion. In: Knecht, A. & Schubert, F. C. (Hrsg.), *Ressourcen im Sozialstaat und in der Sozialen Arbeit. Ein Handbuch*, Stuttgart: Kohlhammer, S. 205-223.
- Schuler, D., Burla, L. (2012). *Psychische Gesundheit in der Schweiz*. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, Monitoring 2012 (Obsan Bericht 52).
- Schwarzer, R., & Jerusalem, M. (2002). Das Konzept der Selbstwirksamkeit. In: Jerusalem, M. & Hopf, D. (Hrsg.), *Selbstwirksamkeit und Motivationsprozesse in Bildungsinstitutionen*, Zeitschrift für Pädagogik, 44, Weinheim und Basel: Beltz Verlag. S. 28-54.
- Sonnentag, S. & Frese, M. (2003). Stress in organizations. In: Borman W.C. & Ilgen, D. R. (Hrsg.), *Handbook of psychology: Industrial and organizational psychology*, Vol. 12. John Wiley & Sons, Inc. S. 453-491.
- Vaux, A. (1990). An ecological approach to understanding and facilitating social support. *Journal of Social and Personal Relationships*, 7, 507-518.
- Weber, D., Abel, B., Ackermann, G., Biedermann, A., Bürgi, F., Kessler, C., Schneider, I., Steinmann, R., & Widmer Howald, F. (2016). *Gesundheit und Lebensqualität im Alter. Grundlagen für kantonale Aktionsprogramme «Gesundheitsförderung im Alter»*. Gesundheitsförderung Schweiz, Bericht 5, Bern und Lausanne.
- Weiss, H.M. & Cropanzano, R. (1996). Affective events theory: A theoretical discussion of the structure, causes and consequences of affective experiences at work. In: B. M. Staw and L.L. Cummings (Hrsg.), *Research in Organizational Behavior*, 18, Greenwich, CT: JAI Press. S. 1-74.
- Wettstein, F. (2014). Eine gute psychische Gesundheit: Systematiken psychischer Ressourcen im Vergleich. Olten, Institut Soziale Arbeit & Gesundheit. <http://tinyurl.com/p242y69> [Zugriff: 30.9.2015].
- WHO (1948): Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference. In: International Health Conference, Official Records of the World Health Organization, New York. <http://www.who.int/about/definition/en/print.html> [Zugriff: 10.10.2015].
- WHO (1997). Life Skills Education for children and adolescents in Schools. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/63552/1/WHO_MNH_PSF_93.7A_Rev.2.pdf [Zugriff: 9.10.2015].
- WHO (2001). *The World health report 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope*. Geneva: World Health Organization.
- WHO (2003). Investing in Mental Health, Geneva, S. 7.
- Zapf, D. & Semmer, N. K. (2004). Stress und Gesundheit in Organisationen. In: Schuler, H. (Hrsg.), *Organisationspsychologie – Grundlagen und Personalpsychologie. Enzyklopädie der Psychologie, Themenbereich D, Serie III*. Göttingen, Germany: Hogrefe. S. 1007-1112.

3 Transitions et événements critiques: leur influence sur la santé psychique

Prof. Felix Wettstein, Institut Soziale Arbeit und Gesundheit, Fachhochschule Nordwestschweiz

Résumé

Au cours de l'existence, les transitions s'accompagnent de changements de rôles et de statuts. Ces modifications sont plutôt prévisibles et il existe des formes rituelles pour les maîtriser. Cependant, à mesure de son avancement, l'existence se déroule de façon de plus en plus individuelle. Les événements critiques sont de plus en plus ponctuels et surviennent à des moments variables. Souvent, ils ne sont pas prévisibles et représentent un défi pour la santé psychique. Le risque de mise en danger de la santé augmente si les personnes concernées ne disposent pas des ressources adaptées pour maîtriser la situation. À l'inverse, les transitions peuvent constituer un avantage pour la santé psychique, par exemple lorsqu'elles permettent d'obtenir un certain statut ou offrent des perspectives de stabilité. Les programmes spécifiques à certaines configurations ou à certains groupes cibles permettent une adaptation ciblée aux personnes en phase de transition ou qui viennent de vivre des événements critiques. Les ressources à favoriser sont par exemple la capacité à gérer des situations données (comportements dits de coping), l'efficacité personnelle ou le sentiment de cohérence.

«La vie est un long fleuve tranquille» nous dit le titre du film français d'Etienne Chatiliez, datant de 1988. Il n'en est rien. La vie se déroule rarement de façon linéaire. Les écueils, ruptures et détours sont monnaie courante. Ils ont des conséquences sur la santé psychique, qu'ils la renforcent ou qu'ils la fragilisent. Nous allons examiner ici de quels types de conséquences il s'agit et les connaissances que nous avons à ce sujet.

3.1 Définitions: transitions et événements critiques

Il faut tout d'abord distinguer les transitions des événements critiques de l'existence. On peut parler de transition lorsque l'existence est perçue comme une succession de phases calmes et stables, interrompues par des moments ou des phases d'évolution liés à d'importants changements. Le terme «transition» fait partie des concepts centraux de la recherche sur les parcours de vie (Sackmann & Wingers, 2001). Il désigne un processus individuel de passage entre deux états. Le changement de rôle dans une vie en est un exemple typique, c'est-à-dire

quand on quitte un rôle pour en endosser un nouveau. Les transitions s'accompagnent souvent d'un changement de statut.

Surtout dans les jeunes années de l'existence, ces phases de vie sont souvent mises en relation avec l'âge, ce qui laisse supposer qu'en principe toute personne passe par chacune de ces phases à peu près au même âge. Plus on avance dans l'existence, moins la biographie des personnes du même âge concorde. Ce sont toujours plus les événements, changements de fonction et de position importants qui marquent la transition, et plus rarement l'arrivée à un âge déterminé.

Des réserves sont néanmoins exprimées par rapport aux modèles des phases de vie. En effet, la conception selon laquelle tous les individus traverseraient les différentes phases de l'existence de la même façon est sujette à critique. La conception des «marches d'escalier», dans laquelle certaines sont bien plus hautes que d'autres, avec des périodes de stabilité et de régularité, est elle aussi controversée. Pour les détracteurs de cette théorie, les évolutions seraient plus lissées, moins brusques, et se dérouleraient même parfois dans l'autre sens. Malgré ces cri-

tiques, les modèles des phases de vie connaissent toujours le même succès. On peut par exemple constater que de nouveaux modèles sont élaborés, notamment pour l'âge avancé et le grand âge. Alors qu'auparavant la période de la retraite était désignée comme la «troisième phase de la vie», on distingue désormais le «troisième» et le «quatrième» âge, notamment du fait de l'allongement de l'espérance de vie moyenne (Wurm, 2015).

Les transitions de l'existence sont en général prévisibles et dans une certaine mesure planifiables. La civilisation a mis au point de nombreuses formes rituelles (rites de passage) qui aident à maîtriser les différentes transitions, non seulement en tant qu'individu mais aussi dans un environnement social. Les formes rituelles typiques auxquelles l'environnement social participe plus ou moins sont le mariage, le baptême, le premier jour d'école, le dernier jour d'école, le passage à la retraite, les inhumations. Cet accompagnement rituel des transitions renforce la stabilité et l'équilibre psychiques et atténue le sentiment d'insécurité et d'isolement. Il est clair que ces rites servent souvent au moins autant au bien-être des personnes proches qu'à celui de la personne en «période de transition». Les rites constituent surtout un soutien dans les structures institutionnelles transmises et dans des parcours de vie normaux. Auer (2012) constate à ce sujet une nette désinstitutionnalisation ces derniers temps: on observe de plus en plus rarement un déroulement normal de l'existence. Gahleitner et Hahn (2012) notent aussi que certaines structures sont de moins en moins réglementées dans les sociétés modernes: les formes de relations sont plus diverses et parfois plus éphémères, la répartition classique des rôles entre les sexes est plus rare et beaucoup décident de ne pas fonder une famille. Les phases du travail rémunéré ont des frontières floues; les contrats à durée limitée sont de plus en plus fréquents ou les contraintes, de plus en plus nombreuses.

A la différence des transitions, les événements critiques sont plus ponctuels et leur fréquence et leur probabilité sont encore plus individuelles. Le concept d'événement critique s'est surtout établi dans la recherche sur le stress. Les événements critiques constituent un troisième groupe de stressés, en plus des contraintes chroniques et des tracas quotidiens (*daily hassles*). Ils sont identifiés à partir des caractéristiques suivantes (Faltermaier, 2005; de même chez Filipp & Aymanns, 2010):

- Ce type d'événement déclenche des changements décisifs dans la vie d'une personne.
- Il touche des activités, des rôles sociaux et des relations sociales importants.
- Il peut survenir de façon relativement soudaine et inattendue.
- Etant donné son importance au niveau personnel, cet événement génère de fortes émotions.
- Des facultés d'adaptation doivent être déployées en conséquence pour y faire face.

L'événement critique est moins prévisible et moins planifiable que les transitions de l'existence. Cependant, le mariage, la naissance d'un enfant, un changement de travail ou le passage à la retraite sont aussi des exemples d'événements critiques. On tient donc compte du fait que ces événements présentent les autres caractéristiques des événements critiques, quand bien même il s'agit de transitions en principe prévisibles et de situations réjouissantes. La littérature spécialisée fait la distinction entre événements critiques normatifs et non normatifs (p.ex. Krampen, 2002; Filipp & Aymanns, 2010). Les événements critiques normatifs sont ceux qui, dans un groupe culturel déterminé, sont étroitement liés à l'âge ou à une phase de vie prévisible. Ils sont souhaités au niveau social et dans une certaine mesure planifiables. La plupart du temps, les événements critiques non normatifs ne sont pas souhaités, ils touchent des personnes le plus souvent non préparées et peuvent en principe survenir n'importe quand au cours de l'existence: accident, maladie grave, loto gagnant, licenciement, décès d'un proche.

Pour diagnostiquer les événements critiques, Holmes et Rahe (1967) ont mis au point une échelle qui sert encore aujourd'hui régulièrement de référence: la *Social Readjustment Rating Scale SRRS*. Elle couvre au total 43 événements critiques possibles, classés suivant une valeur correspondant au degré d'adaptation nécessaire. Cette valeur est exprimée dans une unité appelée LCU (*Life Change Unit*). Le rang 1, correspondant à l'événement le plus grave, équivaut à 100 LCU, et le rang 43 à 11 LCU. Le tableau 3.1 présente une sélection tirée de la liste de ces événements critiques.

La sélection présentée dans le tableau 3.1 montre que même Holmes et Rahe sont convaincus qu'il ne s'agit pas forcément d'événements non souhaités ou imprévus. Ainsi, il est aussi nécessaire de s'adapter après des événements souhaités et joyeux.

La liste des événements critiques de Holmes et Rahe a ensuite été adaptée de diverses manières, par exemple par Geysler (1999). Mais la liste originale est encore utilisée aujourd'hui à des fins empiriques, par exemple pour des sondages rétrospectifs. À l'aide des questions correspondantes, il est possible de déterminer pour chaque personne l'ampleur des contraintes sur une période de temps donnée. On part pour cela du principe qu'une personne a une plus grande probabilité de tomber physiquement ou psychologiquement malade quand elle a dû affronter des événements critiques plus nombreux ou plus graves. L'augmentation du risque est démontrée par de nombreuses études, bien que la conclusion inverse ne soit pas justifiée. Une partie des personnes concernées développe même une plus grande résilience (Welter-Enderlin & Hildenbrand, 2006) respectivement un sentiment de cohérence plus fort (Antonovsky, 1997).

TABLEAU 3.1

Sélection d'événements critiques
(*Social Readjustment Rating Scale*, Becker, 2006¹¹)

Rang	Événement
1	Décès du conjoint
2	Divorce
3	Séparation du partenaire
4	Détention
5	Décès d'un membre de la famille proche
6	Blessure ou maladie graves de la personne elle-même
7	Mariage
8	Perte de son emploi (licenciement)
10	Passage à la retraite
14	Agrandissement de la famille (naissance, adoption)
32	Déménagement
41	Congés

3.2 La santé psychique des personnes en phase de transition ou ayant affronté des événements critiques

3.2.1 Prévalences, données actuelles

Le monitoring de 2012 «La santé psychique en Suisse» de l'Observatoire suisse de la santé (Schuler & Burla 2012) présente les données nationales concernant les événements critiques. Les analyses sont basées sur le Panel suisse de ménages, relevé statistique de 2009, avec 4800 personnes âgées de 14 ans et plus interrogées par téléphone, dans 3000 foyers. Un peu plus de 60% des personnes interrogées avaient été touchées par au moins un des sept événements critiques suivants au cours des 12 mois précédents (Schuler & Burla, 2012): grave maladie ou accident de la personne elle-même, décès d'une personne proche, maladie ou accident d'une personne proche, fin d'une relation intime, conflits sérieux avec une personne proche, problèmes avec ses propres enfants ou autre événement grave (catégorie regroupant les autres événements). Les femmes sont un peu plus souvent touchées par deux événements critiques ou plus que les hommes: 29,6% contre 24,8%. On constate une légère augmentation du nombre de personnes touchées à mesure que l'âge augmente, mais les différences entre les groupes d'âge ne sont pas très fortes. Cependant, le lien entre la multiplication d'événements critiques et l'apparition de troubles psychiques est significatif. 3,3% des personnes n'ayant pas fait face à des événements critiques souffrent de troubles psychiques importants. Parmi les personnes qui ont eu à affronter trois événements critiques ou plus au cours de l'année précédente, 10,7% souffraient de troubles psychiques importants (Schuler & Burla, 2012). Mais cela signifie aussi que près de 90% de ceux qui ont affronté plusieurs événements critiques ont pu traverser cette expérience sans développer de symptômes de troubles psychiques importants.

¹¹ Tableau complet, avec toutes les valeurs LCU et d'autres explications.

L'enquête suisse sur la santé (ESS) fournit des données sur les indicateurs suivants de la santé psychique: propre perception de la qualité de vie générale, niveau d'énergie et de vitalité, sentiment de maîtrise de sa vie, soutien social reçu, sentiment de solitude, symptômes de dépression au cours des deux semaines avant l'enquête (Office fédéral de la statistique, 2015). De plus, dans le cadre de l'enquête téléphonique, il a aussi été demandé aux sondés s'ils avaient suivi un traitement médical ou avaient été hospitalisés dans les 12 derniers mois: il s'agit là d'un indice d'événement critique. A ce jour cependant, il n'a été procédé à aucune analyse des données de l'ESS dans le but de chercher d'éventuelles corrélations entre les transitions respectivement les événements critiques d'une part et le niveau des indicateurs de santé psychique d'autre part. Il existe des indices comme quoi les femmes âgées entre 15 et 24 ans (une période où les statuts incertains et les transitions sont plus fréquents) sont le plus touchées (environ 13%) par des dépressions moyennes à sévères (Office fédéral de la statistique, 2014).

La connaissance des déterminants de l'état de santé psychique complète les données empiriques disponibles. Comme indiqué, ce sont surtout les événements critiques non normatifs qui constituent une menace pour la stabilité psychique, donc une menace pour la santé, car ils surviennent de façon soudaine, sont douloureux et non souhaités. D'après l'*Integrierte Psychiatrie Winterthur – Zürcher Unterland* (2015), la relation entre les événements correspondants et le risque de dépression est aussi connue, même si la dépression est en règle générale le résultat de l'interaction entre plusieurs facteurs. Outre les événements critiques, il s'agit notamment des contraintes chroniques, des crises, des situations ou moments où l'on se sent dépassé, des maladies physiques, de la consommation de médicaments ou de substances psychotropes. D'autres tableaux cliniques psychiatriques ont aussi des causes multiples, dont les effets se cumulent souvent. Seul le syndrome de stress post-traumatique peut en règle générale être attribué à un facteur externe clair: un événement traumatisant, générant l'angoisse, le désarroi ou l'effroi de la personne concernée (Integrierte Psychiatrie Winterthur – Zürcher Unterland, 2015).

Certains projets de recherche dédiés aux transitions de l'existence livrent des résultats sur l'évo-

lution de la santé psychique. Parmi eux, le projet TREE (Transitions de l'école à l'emploi), une étude nationale longitudinale portant sur 6000 jeunes et jeunes adultes de Suisse. Dans le cadre de plusieurs travaux, les données ont été analysées en vue de savoir comment la confiance en soi et le comportement dit de coping se développent lors de la transition entre l'école et la vie professionnelle (TREE-CH 2015). Il n'est pas étonnant de constater que les stressés sont nettement mieux maîtrisés lorsque les jeunes démarrent avec succès un emploi qui correspond à leur potentiel et à leurs centres d'intérêt.

3.2.2 Facteurs de risque et facteurs protecteurs ou contraintes et ressources

Tout au long de la vie, les ressources psychiques sont développées et étendues, ou diminuent. Certains éléments indiquent certes que les personnes sont dotées quasiment dès la naissance de ressources variables pour s'en sortir. Par exemple, les résultats de la recherche sur la résilience vont dans ce sens (Welter-Enderlin & Hildenbrand, 2006). En même temps, il ne devrait pas être contesté que le niveau de ressources psychiques d'une personne dépend beaucoup de ce qu'elle a vécu et de ses expériences. Il est dès lors certain qu'il n'est pas pertinent de se représenter la santé (psychique) comme une batterie qui serait chargée à bloc en début de vie et se déchargerait lentement au cours de celle-ci.

Les transitions et événements critiques comme facteurs de risque

Si les ressources psychiques se développent, se renforcent et se modifient en grande partie au cours de l'existence, on peut se demander si les transitions et événements critiques y contribuent d'une façon particulière. A première vue, il semblerait qu'il y ait dégradation: les transitions sont liées à une dangereuse perte de ressources. C'est par exemple ce que dit la théorie de la conservation des ressources d'Hobfoll (1988). Il s'agit en premier lieu d'une théorie axée sur les ressources: les personnes s'efforcent de protéger leurs propres ressources et d'en acquérir de nouvelles. Cependant, dans deux conditions, les individus ou les groupes sont souvent confrontés à des contraintes néfastes: d'une part lorsqu'ils risquent de perdre ou perdent effectivement les ressources nécessaires à la préservation de leurs fonctions personnelles et sociales; d'autre

part lorsque les personnes investissent leur potentiel existant pour multiplier leurs ressources, sans que ces dernières augmentent pour autant. Hobfoll (1988) conclut explicitement qu'en cas de changement dans le cours de la vie et de transitions de l'existence et de développement, une perte de ressources semble plausible.

Cet effet est renforcé si des transitions, elles-mêmes liées à des risques, surviennent en peu de temps. Pendant ces périodes, si les ressources internes et externes ne suffisent pas, le risque de crise manifeste au plan de la santé s'accroît nettement. Il s'ensuit un amoindrissement des possibilités d'épanouissement personnel, mais aussi des possibilités de participer à la vie sociale (Gahleitner & Hahn, 2012). Les deux auteurs font remarquer à juste titre que les personnes qui traversent assez souvent de graves crises doivent maîtriser davantage de «changements de statuts» que les autres. L'entrée dans et la sortie de ces crises psychosociales constituent autant de transitions supplémentaires. Les personnes dépendantes, qui vivent des rémissions et des rechutes, en sont un exemple. Il est en outre clairement démontré que les personnes touchées par la pauvreté vivent plus souvent des situations de transition décisives. Les désavantages matériels affaiblissent les ressources psychosociales, ce qui accentue le risque de maladie psychique et physique (Gahleitner & Hahn, 2012).

Dans l'ensemble, on peut constater que le fait d'être confronté à des transitions générant des crises, ou à des événements critiques, débouche rarement sur des opportunités de développement, mais essentiellement sur des difficultés et sur l'obligation de les maîtriser (p. ex. Filipp & Aymanns, 2010). Autrement dit, l'attention est portée sur les facteurs de protection et les effets tampons. C'est pourquoi le paragraphe suivant analyse les opportunités de développement.

Les transitions et événements critiques comme occasion de consolider les ressources

Il faut faire la distinction entre les facteurs de protection et les ressources psychiques qui ne servent pas à atténuer les contraintes mais qui, de par leur caractère, améliorent le bien-être et la qualité de vie. L'approche salutogénétique se demande s'il existe des indications sur la contribution des transitions de l'existence respectivement des événements critiques à la consolidation des ressources psy-

chiques. Se pourrait-il en effet que les personnes confrontées à de telles situations gagnent même de façon marquante en ressources psychiques? Peut-on envisager qu'elles affermissent des convictions cognitives comme le sentiment d'efficacité personnelle ou la capacité d'autorégulation? Peut-on s'attendre à ce qu'elles renforcent les qualités émotionnelles, telles que l'entrain, l'équilibre émotionnel, ou un comportement de coping efficace?

Les questions sont rarement posées ainsi. Brandtstädter (2011) fait exception: il relie les connaissances psychologiques sur une existence réussie à une perspective de développement couvrant l'ensemble de la vie. La clé d'une existence réussie, ce sont les processus d'autoévaluation. D'une part les représentations du soi que l'on souhaite ont une fonction d'orientation importante, d'autre part elles doivent pouvoir être modifiées et adaptées (Brandtstädter, 2011). Lors des transitions de l'existence, les objectifs de vie varient souvent, et avec eux les critères d'autoévaluation. Brandtstädter a élaboré un modèle basé sur deux processus, sur le développement positif entre poursuite opiniâtre des objectifs et l'adaptation souple de ces derniers (Brandtstädter, 2011). Cette approche est le résultat de recherches sur la stabilité et la modification des objectifs et du sentiment de maîtrise de sa vie. Dans les situations de transition ou après des événements critiques, les personnes vivent souvent un décalage entre leurs idéaux et la nouvelle réalité. Elles ont alors deux possibilités de récupérer une stabilité psychique: soit elles s'efforcent de modifier les conditions d'existence et de développement dans le sens de leurs objectifs, soit elles adaptent leurs objectifs et ambitions à la nouvelle réalité (Brandtstädter, 2011). Ceux qui ont la capacité de passer de façon flexible de l'une à l'autre de ces deux possibilités sont non seulement armés au mieux pour traverser indemnes les transitions et les événements menaçants, mais aussi pour en tirer parti. Le fait de trouver un sens à sa vie est une autre ressource décisive. Chercher les réponses aux questions sur le sens de la vie et des actions correspond à un besoin fondamental. Lors de transitions ou d'événements critiques, les anciennes certitudes sont parfois ébranlées (Brandtstädter, 2011). La disposition à trouver des réponses nouvelles aux questions sur le sens de la vie est alors particulièrement grande. La faculté de découvrir un sens aux événements qui sont à première vue menaçants et accablants est aussi une

Infobox Pro Mente Sana: syndrome de dépendance

Outre les substances (alcool, tabac, cannabis, etc.), certains comportements (jeux de hasard, etc.) peuvent aussi rendre dépendant. On parle de dépendance liée à l'utilisation de substances quand trois ou plus des critères ci-après sont remplis:

- besoin d'une quantité plus importante pour obtenir l'effet désiré (tolérance);
- syndrome de sevrage quand le sujet diminue ou arrête la consommation;
- désir puissant ou compulsif d'utiliser une substance psychoactive, difficultés à contrôler l'utilisation de la substance;
- abandon progressif d'autres sources de plaisir et d'intérêts au profit de l'utilisation de la substance psychoactive;
- poursuite de la consommation malgré la survenue de conséquences manifestement nocives.

Le syndrome de dépendance est souvent lié à d'autres maladies psychiques. Il peut en être la conséquence, par exemple lorsque quelqu'un boit de l'alcool quand il est dans un état anxieux (automédication). A l'inverse, le syndrome de dépendance peut aussi être la cause de maladies psychiques, par exemple lorsque quelqu'un boit de l'alcool pendant longtemps et souffre de ce fait d'une dépression.

Prévalences en Suisse: d'après le *Monitoring suisse des addictions 2014*, près de 23% de la population suisse affiche, à partir de 15 ans, une consommation (chronique ou épisodique) à risque d'alcool. On évalue à 250 000 le nombre de personnes alcoolo-dépendantes. La consommation a fortement diminué chez les jeunes. En 2014, 5,7% des jeunes filles de 15 ans et 9,8% des garçons du même âge déclaraient consommer de l'alcool toutes les semaines.

Le cannabis est la substance illégale la plus souvent consommée. Près d'un tiers de la population suisse de 15 ans et plus a déjà consommé du cannabis au moins une fois (prévalence au cours de la vie 31,5%). La prévalence au cours de la vie des autres substances illégales est proportionnellement faible. Elle était par exemple de 0,7% en 2014 pour la consommation d'héroïne (CoRoLAR, 2014).

Causes et groupes vulnérables: la consommation de drogues est culturelle. L'alcool et le tabac sont acceptés dans notre société. Le risque d'aboutir à une consommation problématique est individuel et déterminé par l'environnement. Le risque de devenir dépendant augmente dans les situations difficiles, lorsque ces difficultés sont refoulées par la consommation. La disponibilité des drogues facilite une consommation excessive. Les différences génétiques, l'état de santé, la personnalité, le sexe et l'âge jouent aussi un rôle. Par exemple, plus les jeunes consomment de l'alcool tôt, plus le risque de devenir alcoolo-dépendant est élevé.

Traitement: le traitement de la dépendance passe par des consultations et des thérapies ambulatoires ou des traitements stationnaires, avec des points forts différents (p.ex. conseil lié à la substance ou offre adaptée à des groupes cibles spécifiques). Il existe en outre des organisations d'entraide, qui peuvent contribuer de façon considérable à la guérison. Le syndrome de dépendance est également très pénible pour les proches. Il est important qu'eux aussi obtiennent aide et soulagement.

Facteurs de protection et facteurs de risque: participation et intégration, valeurs et normes positives, climat positif dans la famille, à l'école et au travail, lien stable et positif avec les parents, mode d'éducation cohérent et compétences de vie renforcées font partie des facteurs de protection. Problème de dépendance dans la famille, expériences d'abus et de violence, faible contrôle des pulsions et dispositions génétiques sont des facteurs de risque importants.

Sources: Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM-10); Monitoring suisse des addictions; Kuendig, H. (2010). Estimation du nombre de personnes alcoolo-dépendantes dans la population helvétique. Lausanne: Addiction Info Suisse; Continuous Rolling Survey of Addictive Behaviours and Related Risks (CoRoLAR, 2014).

faculté remarquable. La proximité avec le concept de sentiment de cohérence selon Antonovsky (1997) est évidente: la faculté de trouver une signification et un sens aux choses est l'une des trois composantes du sentiment de cohérence.

Dans la vie, les transitions peuvent s'accompagner de l'obtention d'un statut, qui lui-même peut tout à fait consolider certaines ressources, par exemple améliorer l'estime de soi. Après une phase d'adaptation, l'optimisme et la stabilité émotionnelle peuvent aussi souvent augmenter. Les attentes cognitives constituent un autre groupe de ressources psychiques. En font partie le sentiment de maîtrise de sa vie et le sentiment d'efficacité personnelle, qui peuvent aussi être renforcés suite à une ascension sociale. L'engagement pour des objectifs (nouveaux) et le sentiment d'avoir la faculté de donner un sens à sa vie sont aussi susceptibles d'augmenter. Mais il faut noter que la personne concernée doit se sentir bien dans son nouveau rôle et sa nouvelle mission. Si elle répond essentiellement (et à contrecœur) à des attentes extérieures, il ne faut pas attendre de consolidation de ces ressources.

Autre aspect fondamental, la qualité des relations avec les personnes du même âge. Kessels et Hannover (2015) posent la question de savoir si elle a une influence déterminante sur la maîtrise des transitions et des tâches de développement. Leur analyse de l'importance et de la fonction des groupes de pairs est concentrée sur les enfants et les adolescents. À ces âges, les transitions typiques sont le détachement du foyer parental ou le changement d'école. L'importance d'un bon soutien social par les jeunes du même âge est incontestée. Mais en cas de changement d'établissement scolaire, elle peut être trop peu prise en compte. À l'âge adulte, les relations avec ses pairs ont tendance à être moins clairement liées au fait d'avoir le même âge, mais la valeur d'une bonne intégration au sein d'une communauté ayant les mêmes intérêts n'est probablement pas moins importante pour la maîtrise des transitions. Ces exemples montrent clairement que des processus interactifs sont en jeu: d'une part la capacité à s'intégrer et à tisser des relations, le respect ou l'expression de l'estime sont des ressources psychiques personnelles qui aideront la personne à être acceptée par ses groupes de pairs; d'autre part le groupe est un soutien pour maîtriser les tâches et contribue donc de nouveau à la stabilisation des ressources importantes pour la santé.

De nombreuses études (synthèse dans Weinhold & Nestmann, 2012) démontrent que le soutien social agit de deux façons: soit il a un effet principal direct, soit il a un effet tampon. Indépendamment de l'existence d'une menace, le principal effet du soutien social est un renforcement de la santé et du bien-être, donc des composantes psychiques telles que les capacités cognitives, les émotions et les capacités des individus à communiquer. Les expériences d'intégration et de soutien sociaux déploient un effet de renforcement au quotidien (Weinhold & Nestmann, 2012). Le soutien social peut avoir un effet tampon dans une situation de contraintes concrète. La possibilité d'atténuation dépend de la qualité du soutien social. Suivant la contrainte, c'est un soutien émotionnel, instrumental, informatif ou collégial qui sera utile.

Toutefois, les effets positifs du soutien social au quotidien ou plus spécifiquement lors de transitions et de crises ne sont pas accessibles à tous les groupes sociaux sans distinction (Keupp, 2012). De toute évidence, les activités et programmes de renforcement des ressources psychiques sont plus efficaces sur ceux qui ont déjà de bonnes dispositions, alors qu'il est bien documenté que les personnes des couches sociales les moins privilégiées souffrent plus souvent de troubles psychiques. C'est pourquoi les programmes devraient être développés pour être encore mieux adaptés aux personnes peu favorisées.

3.3 Défis particuliers aux personnes en phase de transition ou ayant affronté des événements critiques

Les questions portant sur l'influence qu'ont les transitions et événements critiques de l'existence sur la santé psychique sont présentées sous un nouveau jour dans les récentes recherches dédiées aux phases de la vie. L'enjeu est de relativiser et d'élargir les façons traditionnelles d'envisager les causes et les conséquences. D'une part, l'attention ne doit plus seulement être portée aux relations à court terme entre un événement isolé et une conséquence psychique, mais plutôt sur la question des constantes à long terme, et des adaptations dans le temps. D'autre part, il faut chercher à expliquer pourquoi, dans des phases de vie comparables ou face à des événements analogues, les personnes ont des «réactions psychiques» très différentes; autrement dit se pose la question de savoir quels contextes doivent être pris en compte.

Ce sont les questions que se pose la psychologie du développement au cours de la vie (synthèse par Brandtstädter & Lindenberger, 2007). Son objectif est de comprendre l'évolution au cours de l'existence, en interaction avec la société, la biologie, l'histoire et la culture; elle s'appuie sur plusieurs hypothèses fondamentales:

- A) Toutes les phases de la vie ont la même valeur.
- B) Il faut tenir compte du lien avec le contexte: certes, chaque phase de la vie a ses propres spécificités, mais son importance ne peut être comprise que si elle est considérée comme une partie de l'ensemble d'une existence.
- C) Le développement ne correspond pas toujours à une croissance ou à un progrès, le terme doit être compris dans tous les sens, à savoir qu'une perte est aussi une évolution.
- D) Les développements se déroulent toujours à des niveaux différents, à des rythmes variables, et ne sont pas uniformes.
- E) Il faut tenir compte de la plasticité du développement, ce dernier pouvant être façonné par les facteurs environnementaux (Wahl, 2015).

Rapporté à la thématique des ressources psychiques, cela signifie par exemple que le développement ne se profile et ne se consolide pas seulement dans les plus jeunes années. Cela implique de plus que la disponibilité de ressources psychiques (plus ou moins marquée) ne peut être appréhendée qu'en prenant en compte l'ensemble de l'existence préalable ainsi que les perspectives de vie future. Les événements isolés ont bien une influence, mais elle ne doit pas être surévaluée, dans la mesure où ils surviennent toujours dans le cadre de structures psychiques existantes. Ces dernières sont à leur tour influencées simultanément par de nombreux facteurs extérieurs, mais de façon non statique et souple. Et le développement peut prendre diverses orientations: il est tout à fait possible qu'une personne donnée perde par exemple un peu de la stabilité émotionnelle et de l'optimisme dont elle faisait preuve auparavant, tout en développant d'autres capacités, comme l'autorégulation ou la faculté d'avoir de l'empathie et d'établir des relations.

Conclusion: Les événements critiques et les transitions de l'existence sont sans aucun doute des défis pour la santé psychique. Ils peuvent atténuer ou entraver durablement les ressources. Il ne faut cependant pas mettre les défis sur le même plan que les

moments et situations où l'on se sent dépassé ou la dégradation de la santé psychique: grâce à ces événements, des ressources psychiques peuvent être mobilisées et renforcées. Ce phénomène n'est pas simplement le résultat du hasard ou l'expression de talents individuels; il est marqué par des facteurs environnementaux déterminants. La promotion de la santé pourrait gagner à s'attarder davantage sur ces processus.

3.4 Recommandations d'action et pistes de solutions possibles

Accessibilité des personnes en phases de transition ou ayant affronté des événements critiques

Ces dernières années, la promotion de la santé et la prévention ont fait de nombreuses expériences avec des programmes et des projets adaptés aux settings et spécifiques à certains groupes cibles. L'approche setting comme celle des groupes cibles s'appuient sur une notion de stabilité: l'appartenance à un groupe et à un environnement donné reste constante, au moins pendant la durée du programme.

Dans ce contexte, les responsables des programmes et projets sont confrontés à une difficulté supplémentaire lorsqu'ils souhaitent spécifiquement toucher les personnes qui traversent des phases de transition ou qui ont récemment vécu un événement critique. Les personnes en phase de transition changent d'appartenances, ils quittent un ancien monde (voire parfois plusieurs en même temps) et entrent dans un nouveau. Un événement bouleversant peut aussi amener quelqu'un à quitter ses fonctions et l'appartenance à un groupe. Il peut s'ensuivre une période d'appartenance sociale incertaine, instable, et en rapide mutation. Le risque est que les personnes concernées se retrouvent «assisées entre deux chaises».

De ce fait, les programmes axés sur l'environnement ou un groupe cible spécifique sont à la fois confrontés à un défi et à une opportunité: ils doivent penser aux personnes qui sont à la veille d'une transition planifiable ou viennent d'arriver dans un groupe cible ou un environnement et les interroger. Dans l'idéal, un sous-projet spécifique est développé en dialogue avec les personnes concernées. Par exemple, dans le cadre de la gestion de la santé en entreprise, une action est spécifiquement mise en place pour ceux qui sont dans l'entreprise depuis un an maximum. Un

programme de promotion de la santé des personnes âgées pourrait se fixer pour tâche de s'adresser précisément à ceux qui viennent de rejoindre ce groupe ou l'ont rejoint au cours des derniers mois. Une école faisant la promotion de la santé pourrait par exemple mettre en place des rituels pour dire au revoir aux enfants qui déménagent et pour accueillir ceux qui rejoignent la communauté scolaire en cours d'année.

Exemple de projet: «Paarlif pour les futurs parents»

«Paarlif» est une offre développée en Suisse et basée sur des évidences scientifiques, pour aider les personnes à prendre soin de leur couple (Bodenmann, 2000). Elle est proposée sous diverses formes, afin de prendre en compte le degré de pression du risque et de s'adresser à différents groupes cibles. «Paarlif pour les futurs parents» (*Paarlif für werdende Eltern*) est un programme destiné aux futurs parents, animé par une psychologue et une sage-femme. Durant le cours sont abordés des thèmes clés liés à la naissance du premier enfant, comme le changement de rôle, les restrictions temporelles et financières, la modification de la sexualité ou la maîtrise des niveaux de stress élevés. Le programme fournit une aide aux futurs parents, afin de cultiver la qualité de leur couple, pour leur propre bien-être et celui de l'enfant. Ce cours est actuellement évalué dans le cadre d'une étude soutenue par le FNS.

3.5 Références

- Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese: Zur Entmystifizierung der Gesundheit*. Deutsche, erweiterte Herausgabe von A. Franke. Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie. Tübingen: DGVT-Verlag.
- Auer, K. (2012). Übergänge als Normalität für Jung und Alt. In: Gahleitner, Silke B. & Hahn, Gernot (Hrsg.). *Übergänge gestalten – Lebenskrisen begleiten* (2. Auflage). Bonn: Psychiatrie Verlag, S. 22-33.
- Becker, P. (2006). *Gesundheit durch Bedürfnisbefriedigung*. Göttingen: Hogrefe.
- Bodenmann, G. (2000). *Stress und Coping bei Paaren [Stress and coping in couples]*. Göttingen, Germany: Hogrefe.
- Brandtstädter, J. (2011). *Positive Entwicklung. Zur Psychologie gelingender Lebensführung*. Heidelberg: Spektrum Akademischer Verlag.
- Brandtstädter, J. & Lindenberger, U. (Hrsg.) (2007). *Entwicklungspsychologie der Lebensspanne: ein Lehrbuch*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Bundesamt für Statistik (2014). *Gesundheitsstatistik 2014*. Neuchâtel: BFS.
- Bundesamt für Statistik (2015). *Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012. Telefonischer und schriftlicher Fragebogen*. www.bfs.admin.ch (Zugriff: 17.11.2015).
- Faltermaier, T. (2005). *Gesundheitspsychologie*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Filipp, S.-H. & Aymanns, P. (2010). *Kritische Lebensereignisse und Lebenskrisen. Vom Umgang mit den Schattenseiten des Lebens*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Gahleitner, S. B. & Hahn, G. (2012). Einleitung. In: dies. (Hrsg.). *Übergänge gestalten – Lebenskrisen begleiten* (2. Auflage). Bonn: Psychiatrie Verlag, S. 9-20.
- Geyer, S. (1999). *Macht Unglück krank? Lebenskrisen und die Entwicklung von Krankheiten*. Weinheim, München: Juventa.
- Hobfoll, S. E. (1988). *The ecology of Stress*. Washington, D.C.: Hemisphere.
- Holmes, T. & Rahe, R. (1967). Social Readjustment Rating Scale, Life Changes Scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 213-218.

- Höpflinger, F. (2014). Wandel des Alters – neue Alter für neue Generationen. www.hoepflinger.com/fhtop/Wandel-des-Alters.pdf (Zugriff: 27.8.2015).
- Integrierte Psychiatrie Winterthur – Zürcher Unterland (2015). *Krankheitsbilder*. www.ipw.zh.ch/internet/gesundheitsdirektion/ipw/de/krankheitsbilder.html (Zugriff: 20. 8.2015).
- Keupp, H. (2012). Alltägliche Lebensführung in der fluiden Gesellschaft. In: Gahleitner, S. B. & Hahn, G. (Hrsg.). *Übergänge gestalten – Lebenskrisen begleiten* (2. Auflage). Bonn: Psychiatrie Verlag, S. 34-51.
- Krampe, G. (2002). Persönlichkeits- und Selbstkonzeptentwicklung. In: Oerter, L. & Montada, L. (Hrsg.). *Entwicklungspsychologie* (5. vollständig überarbeitete Auflage). Weinheim: Beltz, S. 675-710.
- Kessels, U. & Hannover, B. (2015). Gleichaltrige. In: Wild, E. & Möller, J. (Hrsg.). *Pädagogische Psychologie* (2. Auflage). Berlin, Heidelberg: Springer, S. 284-302.
- Sackmann, R. & Wingers, M. (2001). Theoretische Konzepte des Lebenslaufs: Übergang, Sequenz und Verlauf. In: dies. (Hrsg.). *Strukturen des Lebenslaufs. Übergang – Sequenz – Verlauf*. Weinheim und München: Juventa, S. 17-48.
- Schuler, D. & Burla, L. (2012). Psychische Gesundheit in der Schweiz. Monitoring 2012 (Obsan Bericht 52). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Tree-CH, Transitions from Education to Employment (Hrsg.) (2015). TREE list of publications. www.tree.unibas.ch (Zugriff: 15.9.2015).
- Wahl, H.-W. (2015). Lebensspannenpsychologie. In: Dorsch, *Lexikon der Psychologie* (17. Auflage). Online-Ausgabe. <https://portal.hogrefe.com/dorsch> (Zugriff: 20.8.2015).
- Welter-Enderlin, R. & Hildenbrand, B. (Hrsg.) (2006). *Resilienz – Gedeihen trotz widriger Umstände*. Heidelberg: Carl-Auer.
- Weinhold, K. & Nestmann, F. (2012). Soziale Netzwerke und soziale Unterstützung in Übergängen. In: Gahleitner, S. B. & Hahn, G. (Hrsg.). *Übergänge gestalten – Lebenskrisen begleiten* (2. Auflage). Bonn: Psychiatrie Verlag, S. 52-67.
- Wurm, S. (2015). Lebensalter, drittes und viertes. In: Dorsch, *Lexikon der Psychologie* (17. Auflage). Online-Ausgabe. <https://portal.hogrefe.com/dorsch> (Zugriff: 20.8.2015).

4 Santé psychique et inégalités sociales

Dario Spini, Stéphanie Pin le Corre & Hannah S. Klaas: Faculté des Sciences Sociales et Politiques et Pôle de Recherche National LIVES, Université de Lausanne

Résumé

En comparaison à d'autres pays industrialisés, les inégalités de santé psychique semblent être moins fortes en Suisse. On observe toutefois l'existence d'un gradient social en termes de santé psychique; les niveaux de santé psychique varient ainsi en fonction du statut socio-économique qu'il soit mesuré par l'éducation, la profession ou le revenu. Il existe des associations entre le statut socio-économique et la probabilité de souffrir d'une maladie psychique, de symptômes dépressifs ou de stress. Ces associations sont accentuées ou aggravées par le genre, l'âge, la nationalité, ainsi que par les caractéristiques des milieux de vie (conditions de travail, climat d'école, cohésion sociale dans le quartier). Les interventions existantes sont soit des approches ciblées qui visent des groupes particulièrement vulnérables (les migrants notamment), soit des approches universelles cherchant à modifier les caractéristiques des milieux de vie (entreprise, école ou quartier). Les interventions les plus pertinentes agissent non seulement sur les comportements ou attitudes des groupes cibles, mais visent également à modifier les environnements de vie et les normes sociales. L'intégration de plusieurs politiques, notamment les politiques sociales et de santé, au niveau cantonal et local, est une voie prometteuse pour réduire les inégalités sociales de santé psychique.

4.1 Définition des inégalités sociales

Parmi les multiples facteurs de différenciation entre individus et groupes sociaux, nous allons nous concentrer ici sur les inégalités sociales en fonction de l'éducation, de la profession ou du revenu. Les différences de santé psychique n'apparaissent pas seulement entre «riches» et «pauvres»; elles s'échelonnent tout au long des classes sociales. Les inégalités au sein de chacune de ces dimensions ont une influence sur la santé et participent à la création du **gradient de santé** marquant des différences graduelles de santé tout au long des différents niveaux d'une hiérarchie sociale. Plusieurs phénomènes sont intensifiés par une position socio-économique relativement basse: stress, expériences d'impuissance et de violence, stigmatisation et discrimination, marginalisation, désespoir, frustration, insécurité et accès limité aux services pour toutes sortes de problèmes, dont les problèmes de santé. En général, les études comparent des groupes cibles (par exemple personnes de niveau d'éducation inférieur vs personnes ayant un diplôme de niveau universitaire ou personnes ayant un emploi vs personnes au chômage)

par rapport à leur santé psychique. Elles visent à analyser les liens entre de nombreux indicateurs de statut socio-économique subjectifs (autoévalué par les personnes elles-mêmes) ou objectifs (revenu, niveau d'éducation, profession, taux d'emploi, prospérité du ménage) et des indicateurs de santé psychique (maladies psychiques, troubles du comportement, symptômes psychiques ou psychosomatiques, symptômes dépressifs, bien-être, optimisme). Cependant, les inégalités sociales se cumulent et interagissent; des différences de revenu ou de parcours de formation sont en étroite relation avec des différences de genre, d'origines nationales ou d'âge. Ces dynamiques trouvent une expression dans l'idée d'**intersectionnalité** qui contient l'idée que les inégalités sociales et les discriminations (de classe, de genre, raciales, etc.) sont interconnectées et ne peuvent pas être comprises séparément, mais uniquement si elles sont considérées de manière conjointe. Les relations entre statuts sociaux et santé psychique doivent par conséquent être comprises d'une manière systémique. Un grand nombre de mécanismes peuvent être invoqués pour expliquer les liens entre santé psychique

et statut socio-économique. On peut distinguer deux types de mécanismes généraux qui sont associés aux inégalités sociales: l'**exposition** et la **vulnérabilité différentielle** (Patel et al., 2010). L'exposition différentielle à des facteurs de risque est très souvent inversement reliée au statut social. En ce qui concerne la dépression par exemple, il y a des évidences empiriques concernant le rôle des conflits sociaux, du crime, de l'environnement de travail, de toxines, de la discrimination, de l'urbanisation, de problèmes de logement, de la densité d'habitation, du capital social, des conditions sanitaires, de l'environnement bâti, du chômage ou du sous-emploi. Des groupes sociaux peuvent être ensuite vulnérables de manière variable aux facteurs qui favorisent ou péjorent la santé psychique. Ces groupes vulnérables peuvent être identifiés à l'aide de différents niveaux de ressources socio-économiques ou de pouvoir d'agir relativement faibles, mais ils peuvent aussi être définis par des facteurs d'inégalités sociales: les inégalités sociales varient en effet en fonction du genre, de l'âge, du statut de santé, du statut marital, ou des expériences de vie, comme par exemple aujourd'hui la migration de pays en conflit qui touche l'Europe entière.

4.2 Santé psychique et inégalités sociales

Dans ce sous-chapitre, nous présentons des recherches qui portent sur le lien entre inégalités sociales et santé psychique en Suisse. Les données disponibles sur le sujet portent davantage sur des troubles psychiques ou des maladies psychiques (dépression notamment) que sur des indicateurs de santé psychique positive ou sur une identification de

personnes en bonne santé psychique ou de personnes résilientes parmi des groupes présentant un gradient social bas. La littérature internationale suggère toutefois que la disposition à l'optimisme ou le bien-être subjectif, relativement stables durant l'existence, ne dépendraient que partiellement du statut socio-économique individuel (López Ulloa, Moller & Sousa-Poza, 2013).

4.2.1 Prévalences, données actuelles

Différentes illustrations du gradient social en matière de santé psychique

Même si dans le contexte européen, les inégalités de santé, qu'il s'agisse de santé physique ou psychique, semblent être moins fortes en Suisse que dans d'autres pays (Eikemo, Huisman, Bambra & Kunst, 2008), elles ne sont toutefois pas négligeables. On trouve ainsi en Suisse, comme dans d'autres pays européens, une augmentation entre 2002 et 2010 des inégalités de santé psychique, mesurée par la prévalence de symptômes psychiques, inégalités liées aux inégalités de revenu dans un pays (Elgar et al., 2015; Rathmann et al., 2015).

Au sein de la Suisse, le gradient social de santé psychique est visible sur différents indicateurs disponibles dans de grandes enquêtes représentatives comme l'enquête suisse sur la santé ou le Panel suisse de ménages. On constate d'abord des différences significatives en fonction du niveau de formation atteint. Un quart des personnes ayant achevé uniquement leur scolarité obligatoire présentent des problèmes psychiques, contre 18% des diplômés de l'école secondaire II et 14% des diplômés du degré tertiaire (Schuler & Burla, 2012). En outre, les personnes ayant complété leur scolarité obligatoire rapportent moins de sentiments d'optimisme et déclarent moins souvent avoir une personne de confiance; elles présentent également davantage de sentiments dépressifs. Ce résultat est plus prononcé après 65 ans (Baer, Schuler, Füglistler-Dousse & Moreau-Gruet, 2013). Pour chercher un traitement médical, les personnes ayant quitté l'école à l'issue de la scolarité obligatoire se rendent plus fréquemment chez le médecin de famille alors que les personnes avec une scolarité de niveau tertiaire consultent plus volontiers un psychologue (Baer et al., 2013). Quand l'on considère le revenu du ménage, on constate que les personnes qui disposent du revenu le plus bas souffrent bien davan-

Définitions

Selon le Glossaire européen multilingue en santé publique, le **statut socio-économique** est la «classification de la population qui prend en compte le statut économique et social de la personne. Habituellement, il est fondé sur la profession, le niveau d'instruction et les revenus financiers.»

Les **inégalités sociales** de santé font référence à la distribution inégale de l'état de santé au sein de la population selon le niveau socio-économique des individus.

tage de problèmes psychiques (22 %) que celles ayant des revenus moyens (17 %) ou les plus élevés (13 %) (Moreau-Gruet, 2014).

Le taux d'emploi est également un facteur discriminant: 15 % des personnes employées à plein temps souffrent de problèmes psychiques, alors que ce pourcentage atteint 19 % chez les personnes à temps partiel et 21 % chez celles qui sont sans emploi. Par ailleurs, pour plusieurs maladies psychiques diagnostiquées, les personnes sans activité professionnelle sont hospitalisées et reçoivent des traitements dans des cabinets psychiatriques sur une durée significativement plus longue que les personnes en activité professionnelle. Les personnes sans emploi sont également proportionnellement plus nombreuses à présenter des symptômes dépressifs que les personnes employées à plein temps (Baer et al., 2013) et rapportent une satisfaction de vie diminuée par rapport aux personnes employées (Johnston, Maggiori & Rossier, 2015). Ce dernier effet peut être expliqué par la perte du statut et de la reconnaissance sociale liés à l'identité professionnelle (Baumann, 2015).

Les travailleurs pauvres qui se caractérisent par un revenu et des conditions de vie restreints, constituent un groupe particulièrement vulnérable, en pleine croissance au niveau européen (Vetter et al., 2006). En Suisse, il a été montré que des conditions de vie restreintes augmentent le risque de dépression; un niveau d'éducation plus haut, un emploi à plein-temps et le fait de parler allemand ou français apparaissent comme des facteurs protecteurs, alors que les femmes dans une situation de précarité présentent le risque de dépression le plus élevé. En outre, la probabilité de ne pas avoir reçu de traitement psychologique en présence d'une dépression prononcée est 55 % plus élevée pour les travailleurs pauvres que pour les travailleurs non-pauvres (Vetter et al., 2006).

Les inégalités sociales de santé psychique durant le parcours de vie

La plupart des études comparent les résultats de santé psychique en fonction du statut socio-économique à un moment donné et ne prennent pas en compte les variations dans le temps. Or la santé psychique est en partie l'expression des expériences de vie. Il faut ici souligner les relations étroites et dynamiques entre ressources sociales et ressources de santé. On trouve en effet des évidences d'**effets de**

sélection au cours de la vie qui font que des individus ayant au début ou au cours de leur vie un statut de santé inférieur ou un épisode de maladie psychique risquent d'atteindre des niveaux de statuts sociaux inférieurs par rapport à ceux qui y échappent. A l'inverse, des **effets de causalité sociale** sont également évidents et montrent qu'une personne de statut social relativement bas a davantage de risques de se retrouver avec un niveau de santé ultérieur plus bas. Ces deux mécanismes considérés conjointement montrent que la vulnérabilité individuelle est fortement liée aux trajectoires individuelles et sociales des individus et à leur parcours de vie (Spini et al., 2013). Les relations entre inégalités sociales et santé psychique doivent ainsi être comprises de manière dynamique.

Deux études suisses méritent d'être mentionnées, car elles appliquent une perspective de parcours de vie et analysent des trajectoires de santé en examinant l'effet de différents niveaux d'influence. Une étude récente a ainsi investigué le lien entre le statut économique et le développement des symptômes dépressifs pour voir si les inégalités augmentent avec le temps (Cullati, 2015). Les résultats sont relativement faibles, mais étonnants. Si les hommes sans emploi souffrent davantage de symptômes dépressifs, leur trajectoire de dépression augmente de manière plus faible à travers les années que pour les hommes qui travaillent en plein temps. Ce résultat est expliqué par des conditions de travail de plus en plus dures pour les travailleurs à plein temps. En outre, l'auteur démontre la tendance à une augmentation plus faible des symptômes dépressifs à travers le temps pour les femmes ayant terminé l'école obligatoire que pour les femmes possédant un diplôme universitaire ou pour celles disposant de revenus supérieurs. Ceci s'explique par une diminution de l'effet du revenu sur la santé psychique à travers le temps (Cullati, 2015).

La deuxième étude montre qu'une maladie psychique peut avoir des conséquences à la fois sur la qualité de vie des personnes et sur les trajectoires de travail et de revenu de celles qui en souffrent (Nordt, Müller, Rössler & Lauber, 2007). En suivant des patients souffrant de schizophrénie ou de troubles affectifs pendant quatre ans, les auteurs mettent en évidence une trajectoire de mobilité descendante. Les hospitalisations prolongées ont également un effet négatif sur le revenu. Cette étude souligne l'effet d'un épisode de maladie psychique sur le statut social. Les

personnes présentant des symptômes dépressifs ou une maladie psychique peuvent devenir un groupe socialement désavantagé, mais aussi stigmatisé par des parties de la population (Lauber, Nordt, Sartorius, Falcató & Rössler, 2000; Nordt, Rössler & Lauber, 2006).

Les inégalités sociales de santé psychique durant l'enfance et l'adolescence

Les études menées sur des jeunes gens en Suisse illustrent le mécanisme de développement des inégalités sociales en matière de santé psychique. Une étude longitudinale réalisée auprès d'un échantillon représentatif des élèves de 7 à 16 ans dans le canton de Zurich montre que des inégalités de nationalité se manifestent déjà à l'adolescence ou à la préadolescence (Steinhausen & Metzke, 1998, 2001). Selon l'étude HBSC (*Health Behaviour in School-aged Children*), les adolescents entre 11 et 15 ans ont par ailleurs une plus grande probabilité de rapporter au

moins deux symptômes psychosomatiques ou psychologiques quand ils perçoivent leur statut socio-économique comme inférieur (Moor et al., 2015). Ces associations significatives entre le risque de dépression et le statut socio-économique se retrouvent chez les jeunes hommes entre 18 et 25 ans (Barth, Hofmann & Schori, 2014).

4.2.2 Facteurs de risque et facteurs protecteurs ou contraintes et ressources

Les inégalités sociales et la santé psychique sont en interaction avec d'une part le contexte sociopolitique (politique, macroéconomie, système social et de santé, etc.) et de l'autre avec des ressources individuelles et sociales (*Commission of the Social Determinants of Health*, 2007). Suivant le modèle présenté par le consortium européen DETERMINE (Stegeman, Costongs, Needle & Consortium, 2010), l'environnement peut être découpé en cinq cercles concentriques influençant la santé: (1) l'âge, le sexe et les facteurs

Digression: le genre, la nationalité et l'âge sont des facteurs transversaux d'inégalités sociales

Ainsi que nous l'avons montré, les femmes présentent sur plusieurs dimensions du statut socio-économique des niveaux inférieurs à ceux des hommes, inégalités qui se répercutent sur leur santé psychique. Cet écart semble prendre son origine tôt dans la vie et se manifeste déjà à l'âge scolaire; les filles présentent davantage de troubles psychiques que les garçons (Steinhausen & Metzke, 1998; Steinhausen & Metzke, 2001) et subissent plus fortement les effets négatifs des événements de vie (Steinhausen & Metzke, 2001). A l'âge adulte, le gradient socio-économique se décline également de façon différenciée selon le genre. C'est en particulier le cas au moment du divorce ou du veuvage: chez les femmes, aux effets émotionnels liés à ces événements s'ajoute la menace d'une baisse de revenus qui peut exacerber le stress perçu (Stroebe, Schut & Stroebe, 2007; Perrig-Chiello et al., 2015). L'âge est un autre facteur transversal. Si le pourcentage des personnes de 65 ans et plus qui se sentent fréquemment pleines de force, d'énergie et d'optimisme reste stable avec l'âge, en revanche, la prévalence de celles qui se sentent rarement ou parfois dans cet état d'esprit augmente chez les aînés (Schuler & Burla, 2012).

On constate finalement un gradient social lié à la nationalité qui traduit une interaction avec le statut socio-économique: 17% des personnes de nationalité suisse souffrent de manière moyenne ou importante de problèmes psychiques contre 24% des personnes de nationalité étrangère (Moreau-Gruet, 2014). Le risque de dépression plus élevé pour les immigrés se manifeste surtout pour les immigrés ayant un faible niveau de formation (Baer et al., 2013). Pour les personnes de 65 ans et plus, le pourcentage des personnes qui se trouvent en bonne santé psychique est 70,9% pour les Suisses, 54,3% pour les personnes ayant obtenu la nationalité suisse et seulement 46,4% pour les personnes de nationalité italienne ou espagnole et 41% pour les personnes de nationalité portugaise (Bolzman & Vagni, 2015). Il faut toutefois noter la difficulté d'analyser les liens entre l'immigration et la santé psychique: la catégorie de migrant ou d'immigré est difficile à définir en raison notamment de la grande variabilité de situations (première ou deuxième génération en Suisse, nationalité, pays d'origine ou origine des parents, ou type de permis), du contexte de la migration, et des conditions de vie.

héréditaires; (2) les styles de vie individuels; (3) les influences sociales et de la communauté; (4) les conditions de vie et de travail; et (5) les conditions générales socio-économiques, culturelles et environnementales.

De façon plus globale, les milieux de vie peuvent amplifier ou atténuer l'effet des inégalités sociales sur la santé psychique. Si la situation économique de la Suisse assure un niveau de bien-être et de satisfaction de vie relativement élevé dans les comparaisons internationales (<http://www.oecdbetterlifeindex.org/countries/switzerland/>), on peut identifier en Suisse des inégalités sociales de santé psychique entre régions. Même si on ne constate que peu de différences entre les régions rurales et urbaines en Suisse (Baer, Schuler, Füglistler-Dousse & Moreau-Gruet, 2013), plusieurs indicateurs montrent en revanche que les personnes étant domiciliées en Suisse centrale rapportent davantage de sentiments d'optimisme et d'énergie et moins de dépressivité (Schuler & Burla, 2012). Par contre, il y a une prévalence plus importante de problèmes psychiques rapportés dans la région lémanique de la Suisse et au Tessin que dans les autres régions (Lucchini et al., 2014). De plus, pour les régions de langue italienne et française, on trouve une plus forte stigmatisation envers les personnes ayant une maladie psychique (Lauber et al., 2000).

Le climat au sein de l'école ou les conditions de travail peuvent aussi avoir une influence sur la santé psychique. Une étude menée auprès d'élèves de 13 à 15 ans dans le canton de Berne montre ainsi de multiples associations entre l'âge, la classe sociale et la santé psychique. Elle rapporte en outre un lien positif entre la santé psychique et un climat d'école positif et participatif (Vuille & Schenkel, 2001); selon cette étude, le climat d'école serait un déterminant important des inégalités en matière de santé psychique. L'influence sur la santé psychique du climat scolaire a également été retrouvée auprès d'élèves de 7 à 16 ans dans le canton de Zurich (Steinhausen & Metzke, 1998, 2001). Parmi les personnes qui travaillent, les employés «à col bleu», ouvriers ou manutentionnaires, ont un risque plus élevé de souffrir de maladies physiques, et les employés «à col blanc», employés de bureau, cadres ou non, sont en proportion plus nombreux à rapporter des symptômes de stress et de burn-out (Hämmig & Bauer, 2013; Baer et al., 2013).

4.3 Défis particuliers au groupe cible en termes de santé psychique

La question des inégalités ne concerne pas seulement des groupes présentant un statut socio-économique bas en termes d'éducation, de profession ou de revenu, mais il existe, au sein de nos sociétés, des niveaux différents de santé psychique corrélés aux niveaux sociaux.

Les défis particuliers en matière d'inégalités sociales de santé psychique peuvent par conséquent être appréhendés de trois manières différentes. On peut tout d'abord se fonder sur l'hypothèse que les problèmes de santé résultent de comportements ou attitudes individuelles augmentant le risque de développer des problèmes de santé psychique. Le statut socio-économique est ainsi significativement lié à plusieurs comportements défavorables pour la santé, comme le tabagisme, la sédentarité ou l'usage de drogues illicites. Les personnes de statut socio-économique bas sont souvent la cible de programmes de promotion de la santé physique. Ces approches très segmentées et individuelles, si elles ne prennent pas en compte les conditions de création des inégalités sociales de santé, sont souvent inefficaces et risquent de stigmatiser les bénéficiaires.

Ensuite, la santé étant fonction des capacités d'agir et des ressources sociales, économiques et politiques à disposition des individus, ces ressources varient par conséquent tout au long du gradient social. Les personnes ayant un statut socio-économique bas peuvent notamment disposer d'un accès partiel ou limité aux services et aux outils de promotion de la santé existant pour des raisons financières, culturelles ou sociales. Ces difficultés d'accessibilité sont renforcées dans certains groupes particuliers: c'est le cas en particulier pour ceux qui viennent d'arriver dans le pays et découvrent une nouvelle culture, de nouveaux usages voire une nouvelle langue; c'est le cas également des personnes qui disposent de peu de temps et de peu de ressources financières pour prendre soin de leur santé ou s'investir dans des activités favorables à leur bien-être.

Enfin, la santé d'une société, des groupes qui la composent et de ses membres, est partiellement déterminée par ses valeurs, les cultures et croyances. Ces normes et structures sociales peuvent être à l'origine des inégalités sociales et conduire à des niveaux différents de santé psychique. Les conditions de travail au sein d'une entreprise, le climat

dans une école peuvent être, nous l'avons vu, associés à des résultats de santé psychique. Plus largement, la manière dont la santé psychique est perçue socialement peut freiner le recours à des services de promotion de la santé ou à des traitements en cas de problèmes de santé psychique.

4.4 Recommandations d'actions et pistes de solutions possibles

En dépit de lacunes en termes de données sur les déterminants sociaux et socio-économiques, plusieurs pistes d'interventions émergent des données disponibles. Il est possible d'agir de manière efficace pour promouvoir la santé psychique en prenant en compte les inégalités sociales (Blas, Sommerfeld & Kurup, 2011; Marmot, 2010; Stegeman et al., 2010; World Health Organization & Calouste Gulbenkian Foundation, 2014).

Les publics à cibler, les niveaux sur lesquels agir et les composantes essentielles des interventions dépendent des objectifs poursuivis. Suivant Blackenship, Bray et Merson (2000), trois types d'interventions structurées peuvent être ainsi différenciés en écho aux défis particuliers posés par les inégalités sociales de santé. Si l'on se place dans une vision individuelle de la santé, on peut chercher à modifier les comportements ou attitudes des groupes socio-économiques les plus vulnérables, le plus souvent par l'intermédiaire d'informations et d'éducation à la santé. Ensuite, les interventions peuvent viser une amélioration de la «littératie en santé psychique», c'est-à-dire des capacités à chercher, comprendre, sélectionner et utiliser de manière appropriée les informations et services existants en matière de santé psychique (Jorm, 2012): réduire la barrière linguistique par des cours, favoriser l'insertion sociale ou encore améliorer la situation financière des familles sont des objectifs intermédiaires de ce type d'interventions, souvent délivrées par les professionnels du travail social. Enfin, les interventions peuvent chercher à modifier les normes ou structures sociales qui sont désavantageuses pour la santé. Les campagnes de déstigmatisation des maladies psychiques, mises en place dans plusieurs cantons (p. ex. la campagne «*Wie geht's dir*» menée par le canton de Zurich et l'association Pro Mente Sana) en sont un bon exemple (Beldie et al., 2012).

4.4.1 Comment atteindre les groupes cibles pour réduire les inégalités sociales de santé?

Si l'on s'inscrit dans une perspective de parcours de vie, il apparaît pertinent d'intervenir le plus tôt possible sur les inégalités sociales de santé, durant la petite enfance ou l'enfance (Blas et al., 2011; Human Early Learning Partnership, HELP, 2013; Marmot, 2010; World Health Organization & Calouste Gulbenkian Foundation, 2014). Au niveau international, les interventions précoces de soutien à la parentalité (comme le programme «Petits:Pas» proposé par l'association a:primo) sont fortement recommandées en raison de leurs résultats positifs à long terme en termes de réussite scolaire, de consommation de substances et de bien-être (Kaminski, Valle, Filene & Boyle, 2008; Neil & Christensen, 2009; Taubner, Wolter & Rabung, 2015).

Les interventions peuvent ensuite viser les groupes vulnérables d'un point de vue socio-économique (interventions ciblées ou sélectives) ou s'adresser à l'ensemble d'une population donnée (tous les enfants d'une classe d'âge, tous les adultes en activité, tous les habitants d'une commune, etc.), sans préciser de critères socio-économiques ou sociaux (interventions universelles).

Les interventions **ciblées** ou **sélectives** s'ajustent aux besoins des groupes présentant les plus bas niveaux socio-économiques et les plus grands risques de développer des problèmes de santé psychique. Les migrants sont un exemple de groupes ciblés par ces interventions, même s'ils forment des groupes très hétérogènes en termes d'âge, de genre, de niveaux socio-économiques, d'expériences de vie. Certains groupes de migrants cumulent toutefois plusieurs facteurs de risque et peuvent faire l'objet d'interventions ciblées. Il s'agit de migrants présentant une situation socio-économique précaire, à l'instar des immigrés issus de Turquie, du Portugal ou d'Afrique subsaharienne; de ceux provenant de pays en conflit ou ayant connu des situations de violence dans leur pays d'origine, comme les immigrés d'ex-Yougoslavie ou du Sri Lanka, et plus largement les réfugiés et demandeurs d'asile (OFSP, 2013). Enfin, dans une perspective de réduction précoce des inégalités sociales, les femmes enceintes et les jeunes enfants migrants apparaissent également comme des publics prioritaires.

Pour atteindre ces publics, l'approche communautaire semble à privilégier: elle permet de faire participer, au plus près de leurs lieux de vie, des repré-

sentants des groupes cibles à la conception du projet, d'identifier des lieux et des temps appropriés pour l'action entreprise et d'identifier plus facilement les publics bénéficiaires (OFSP, 2008). Le projet Femmes-Tische, qui est présent dans plusieurs régions de Suisse et à l'étranger, est un bon exemple de programme de prévention ciblant des femmes en contexte migratoire; il prend la forme de tables rondes, organisées dans une vingtaine de langues différentes et avec un matériel adapté pour des personnes présentant différents niveaux éducatifs.

Les interventions **universelles** visent à l'opposé à créer des environnements tels que toute personne, quels que soient son niveau d'éducation, sa profession, ses revenus, puisse préserver ou accroître son bien-être et sa qualité de vie. Les interventions visant à renforcer les opportunités de participation sociale au sein d'un quartier (comme le projet «Quartiers solidaires» proposé par Pro Senectute dans le canton de Vaud), à évaluer et agir sur les contraintes et ressources au sein des entreprises (p. ex. le label Friendly Work Space promu par Promotion Santé Suisse) ou à encourager l'autonomie et la solidarité dans les écoles (p. ex. le Réseau suisse d'écoles en santé animé par Radix) sont ainsi des initiatives universelles permettant de promouvoir la santé psychique dans un souci d'équité.

Les interventions universelles et ciblées peuvent être très utilement combinées entre elles selon un principe d'universalisme proportionné (Human Early Learning Partnership, HELP, 2013; Marmot, 2010). Le descriptif du programme zurichois de promotion de la santé psychique recommande ainsi de prévoir des actions pour l'ensemble de la population, dans différents milieux de vie, et de les compléter par des actions ciblées en direction des chômeurs, des migrants ou des personnes éloignées de l'éducation ou de la formation (Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich, 2012).

4.4.2 Comment procéder concrètement pour renforcer la santé psychique sans aggraver les inégalités sociales?

Les interventions visant à modifier les déterminants sociaux de la santé psychique, autrement dit à réduire les écarts en termes d'éducation, d'insertion professionnelle ou de revenus, sont par nature des interventions politiques, fédérales, cantonales ou communales (Chaire Inpes «Promotion de la santé» à l'EHESP & Participants au séminaire, 2013; Leh-

mann, 2010; Stegeman et al., 2010). Elles concernent en effet les politiques éducatives, les politiques liées à l'emploi, les politiques familiales, les politiques de la vieillesse, ainsi que les politiques d'aménagement du territoire et des transports. Ces politiques, outre leurs effets directs dans leur domaine, ont des répercussions importantes sur le stress ou le bien-être des personnes. Même s'il est évidemment extrêmement compliqué de modifier ou de développer de telles politiques, certains cantons se sont lancés dans des politiques ambitieuses de réduction des inégalités sociales de santé, à l'image du canton de Berne que nous souhaitons mettre en avant (voir exemple de projet ci-dessous).

Les interventions visant à modifier des environnements de vie sont quant à elles plus locales et prennent en compte les spécificités et contraintes des populations concernées: habitants d'une ville ou d'un quartier, employés d'une entreprise, étudiants ou écoliers d'une école. Même si elles sont spécifiques à un contexte donné, leur méthodologie et l'expérience des différents publics concernés peuvent être utiles à d'autres acteurs. L'identification, l'évaluation et la valorisation de ces initiatives est donc une étape importante et devraient être systématisées.

4.4.3 Quelles sont les conditions cadres à créer pour promouvoir la santé psychique du groupe cible en question? Quels sont les facteurs de succès?

Le cloisonnement actuel des différentes politiques et systèmes de prises en charge ne facilite pas l'accessibilité aux offres de promotion de la santé psychique et pénalise tout particulièrement les groupes les plus défavorisés d'un point de vue social ou socio-économique. Une simplification et une harmonisation des systèmes et politiques à tous les niveaux permettraient de faciliter l'accès aux droits et de mettre l'accent sur le rétablissement de leurs capacités d'agir et ressources (Lehmann, 2010). L'évaluation des impacts sur la santé des interventions, sociales notamment, devrait être intégrée de manière plus systématique dans les préoccupations des équipes exécutives au niveau fédéral et cantonal: l'association EIS propose de la documentation et des outils pour mener de telles évaluations; elle recense également les initiatives en cours dans plusieurs cantons (cf. www.impactssante.ch).

Au niveau cantonal et communal, le travail en réseau (à l'instar du travail du Réseau Santé Psychique Suisse) devrait être encouragé afin de développer et d'implanter des interventions intégrées, couplant des mesures d'actions sociales, d'éducation ou des prestations familiales à des actions de promotion de la santé.

L'ajustement des interventions aux besoins et attentes des publics de même que leur participation active revêtent une importance considérable pour garantir leur réussite et leur pérennité.

Exemple de projet: le programme de promotion de l'égalité des chances en santé du canton de Berne

Même s'il n'a pas encore été évalué, nous avons choisi de mettre l'accent sur une politique cantonale ambitieuse qui, par l'action conjointe au niveau de la santé et de l'action sociale, vise à favoriser l'égalité des chances en matière de santé. Suite au Rapport social (Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale du canton de Berne, 2008) et au Quatrième rapport sur la santé dans le canton de Berne portant sur l'inégalité des chances en santé (Bachmann & Neuhaus, 2010), le canton de Berne s'est lancé dans un programme ambitieux visant l'égalité des chances en ciblant les premiers âges de la vie. Le programme prioritaire cantonal de santé publique 2010–2013 précise ainsi que les «mesures doivent être planifiées de telle sorte qu'elles permettent de renforcer et de soutenir, dès la petite enfance et le début de la scolarité, les ressources individuelles favorables à la santé» et qu'elles interviennent auprès des groupes cibles (enfants et adolescents et leurs parents) et des cadres de vie. Parmi l'offre gratuite mise à disposition des différents groupes cibles, le canton de Berne a mis en place notamment des actions contre

la discrimination et le racisme (www.gggfon.ch), en lien avec la police cantonale, soutient des programmes de gestion du stress familial ou a développé (et évalué) une stratégie pour réduire la violence chez les jeunes. En parallèle, le canton de Berne a mené une réorientation de sa politique familiale en introduisant des prestations complémentaires pour les familles, le développement des structures d'accueil extrafamilial et extrascolaire des enfants ou en favorisant une meilleure coordination des services de consultation (Lehmann, 2010). Favorisant le travail en intersectorialité, des journées et des réunions cantonales sont organisées entre les acteurs du milieu médical, du milieu préscolaire, de l'aide sociale et de l'aide aux familles. Les prestations de formation et de conseils fournis aux jeunes parents ont été aménagées, en termes d'horaires et de format, pour répondre aux besoins des groupes cibles («catégories socialement défavorisées, d'origine suisse et étrangère, couples parentaux», «familles dont les deux parents travaillent»).

4.5 Références

- Bachmann, N., & Neuhaus, M. (2010). *Quatrième rapport sur la santé dans le canton de Berne. Inégalité des chances en santé*. Berne: Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale du canton de Berne. http://www.gef.be.ch/gef/fr/index/gesundheit/gesundheit/gesundheitsberichte.assetref/content/dam/documents/GEF/GS/fr/AWA_Gesundheitsbericht4_F.pdf
- Baer, N., Schuler, D., Füglistler-Dousse, S., & Moreau-Gruet, F. (2013). *La dépression dans la population suisse. Données concernant l'épidémiologie, le traitement et l'intégration socioprofessionnelle (Obsan Rapport 56)*. Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.
- Baumann, I. (2015). Decreased well-being after job loss: testing omitted causes. *LIVES Working Papers*, 2015(36), 1–33.
- Barth, J., Hofmann, K., & Schori, D. (2014). Depression in early adulthood: prevalence and psychosocial correlates among young Swiss men. *Swiss Medical Weekly*, 144, w13945, 1–8.
- Beldie, A., Den Boer, J. A., Brain, C., Constant, E., Figueira, M. L., Filipcic, I., Gillain, B., Jakovljevic, M., Jarema, M., Jelenova, D., Karamustafalioglu, O., Plesnicar, B. K., Kovacsova, A., Latalova, K., Marksteiner, J., Palha, F., Pecenak, J., Prasko, J., Prelipceanu, D., Ringen, P. A., Sartorius, N., Seifritz, E., Svestka, J., Tyszkowska, M., & Wancata, J. (2012). Fighting stigma of mental illness in midsize European countries. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 47(1), 1–38.
- Blankenship, K. M., Bray, S. J., & Merson, M. H. (2000). Structural interventions in public health. *Aids*, 14, 11–21.
- Blas, E., Sommerfeld, J., & Kurup, A. S. (2011). *Social determinants approaches to public health*. Geneva: World Health Organization.
- Bolzmann, C. & Vagni, G. (2015). Égalité de chances? Une comparaison des conditions de vie des personnes âgées immigrées et «nationales». *Hommes & Migrations* 1309, 19–28.
- Chaire Inpes «Promotion de la santé» à l'EHESP, & Participants au séminaire (2013). *Plaidoyer pour l'action sur les déterminants sociaux de la santé en France: les recommandations du 5 juin 2012*. St-Denis: Inpes. <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1454.pdf>
- Commission of the Social Determinants of health (2007). *A conceptual framework for action on the social determinants of Health. Draft Discussion paper*. Retrieved from http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_framework_action_05_07.pdf
- Cullati, S. (2015). Socioeconomic inequalities in health trajectories in Switzerland: are trajectories diverging as people age? *Sociology of Health & Illness*, 37(5), 745–764.
- Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale du canton de Berne (2008). *Rapport social 2008. La pauvreté dans le canton de Berne: chiffres, faits et analyses*. Berne: Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale du canton de Berne. http://www.gef.be.ch/gef/fr/index/soziales/soziales/sozialbericht_2008.assetref/dam/documents/GEF/soa/fr/Direktion_Organisation/sozialbericht_08_1_teil_f.pdf
- Eikemo, T. A., Huisman, M., Bambra, C., & Kunst, A. E. (2008). Health inequalities according to educational level in different welfare regimes: a comparison of 23 European countries. *Sociology of Health & Illness*, 30(4), 565–582.
- Elgar, F. J., Pfortner, T.-K., Moor, I., De Clercq, B., Stevens, G. W. J. M., & Currie, C. (2015). Socioeconomic inequalities in adolescent health 2002–2010: a time-series analysis of 34 countries participating in the Health Behaviour in School-aged Children study. *The Lancet*, 385(9982), 2088–2095.
- Hämmig, O., & Bauer, G. F. (2013). The social gradient in work and health: a cross-sectional study exploring the relationship between working conditions and health inequalities. *BMC Public Health*, 13(1), 1170.
- Human Early Learning Partnership (HELP) (Producer) (2013, 15/09/2015). Universalisme proportionné. Retrieved from http://earlylearning.ubc.ca/media/publications/proportionate_universality_brief_fr_4pgs_-_29apr2013.pdf

- Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich (2012). Prävention psychischer Erkrankungen. Grundlagen für den Kanton Zürich. *Serie Gesundheit, Gesundheitsförderung und Gesundheitswesen im Kanton Zürich* (17), 29.
- Johnston, C., Maggiori, C., & Rossier, J. (2015). Professional trajectories, individual characteristics, and staying satisfied and healthy. *Journal of Career Development*, Advance online publication.
- Jorm, A. F. (2012). Mental health literacy: empowering the community to take action for better mental health. *American Psychologist*, 67(3), 231.
- Kaminski, J. W., Valle, L. A., Filene, J. H., & Boyle, C. L. (2008). A meta-analytic review of components associated with parent training program effectiveness. *Journal of abnormal child psychology*, 36(4), 567–589.
- Lauber, C., Nordt, C., Sartorius, N., Falcató, L., & Rössler, W. (2000). Public acceptance of restrictions on mentally ill people. *Acta Psychiatrica Scandinavica. Supplementum* (407), 26–32.
- Lehmann, P. (2010). *Inégalités sociales et santé en Suisse – Analyse des actions concrètes menées par et dans les cantons visant à diminuer les inégalités sociales face à la santé*. Lausanne: Haute Ecole Cantonale Vaudoise de la Santé.
- Lucchini, M., Butti, C., Assi, J., Spini, D., & Bernardi, L. (2014). Multidimensional deprivation in contemporary Switzerland across social groups and time. *Sociological Research Online*, 19(1), 1–14.
- López Ulloa, B.F., Moller, V., & Sousa-Poza, A. (2013). How does subjective well-being evolve with age? A literature review. Discussion paper series. Bonn: Institute for the Study of Labor (IZA).
- Marmot, M. (2010). *Fair society, healthy lives*. London: The Marmot Review.
- Moor, I., Richter, M., Ravens-Sieberer, U., Ottová-Jordan, V., Elgar, F. J., & Pförtner, T.-K. (2015). Trends in social inequalities in adolescent health complaints from 1994 to 2010 in Europe, North America and Israel: The HBSC study. *The European Journal of Public Health*, 25, 57–60.
- Moreau-Gruet, F. (2014). *Monitoring de la santé psychique, axé principalement sur les personnes âgées et le stress au travail*. Actualisation 2014. Berne et Lausanne: Promotion Santé Suisse.
- Neil, A. L., & Christensen, H. (2009). Efficacy and effectiveness of school-based prevention and early intervention programs for anxiety. *Clinical psychology review*, 29(3), 208–215.
- 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.
- Nordt, C., Rössler, W., & Lauber, C. (2006). Attitudes of mental health professionals toward people with schizophrenia and major depression. *Schizophrenia Bulletin*, 32(4), 709–714.
- Office fédéral de la santé publique (OFSP) (2008). *Population migrante: prévention et promotion de la santé. Guide pour la planification et la mise en œuvre de projets*. Berne: Office fédéral de la santé publique.
- Office fédéral de la santé publique (OFSP) (2013). *Programme national Migration et santé. Bilan 2008-2013 et axes prioritaires 2014-2017*. Berne: Office fédéral de la santé publique.
- Patel, V., Lund, C., Hatherill, S., Plagerson, S., Corrigan, J., Funk, M., & Flisher, A. J. (2010). Mental disorder: equity and social determinants. In E. Blas, & A. Sivasankara Kurup (Eds), *Equity, social determinants and public health programmes*. Geneva: World Health Organization.
- Perrig-Chiello, P., Spahni, S., Höpflinger, F., & Carr, D. (2015). Cohort and gender differences in psychosocial adjustment to later-life widowhood. *Journal of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, gbv004v2.
- Rathmann, K., Ottova, V., Hurrelmann, K., de Looze, M., Levin, K., Molcho, M., Elgar, F., Gabhainn, S., Van Dijk, J. P., & Richter, M. (2015). Macro-level determinants of young people's subjective health and health inequalities: A multilevel analysis in 27 welfare states. *Maturitas*, 80(4), 414–420.
- Schuler, D. & Burla, L. (2012). *La santé psychique en Suisse. Monitoring 2012 (Obsan Rapport 52)*. Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé.
- Spini, D., Hanappi, D., Bernardi, L., Oris, M., & Bickel, J.-F. (2013). Vulnerability across the life course: A theoretical framework and research directions. *LIVES Working Papers*, 2013(27), 1–35.

- Stegeman, I., Costongs, C., Needle, C., & Consortium, O. b. o. t. D. (Producer) (2010, 15/09/2015). The story of DETERMINE: Mobilising action for Health Equity in the EU. Retrieved from <http://eurohealthnet.eu/sites/eurohealthnet.eu/files/publications/DETERMINE-Final-Publication-Story.pdf>
- Steinhausen, H.-C., & Metzke, C. W. (1998). Youth self-report of behavioral and emotional problems in a Swiss epidemiological study. *Journal of Youth and Adolescence*, 27(4), 429–441.
- Steinhausen, H.-C., & Metzke, C. W. (2001). Risk, compensatory, vulnerability, and protective factors influencing mental health in adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 30(3), 259–280.
- Taubner, S., Wolter, S., & Rabung, S. (2015). Effectiveness of early-intervention programs in German-speaking countries – a meta-analysis. *Mental Health & Prevention*, 3(3), 69–78.
- Vetter, S., Endrass, J., Schweizer, I., Teng, H.-M., Rosler, W., & Gallo, W. T. (2006). The effects of economic deprivation on psychological well-being among the working population of Switzerland. *BMC Public Health*, 6(1), 223.
- Vuille, J.-C., & Schenkel, M. (2001). Social equalization in the health of youth. *The European Journal of Public Health*, 11(3), 287–293.
- World Health Organization, & Calouste Gulbenkian Foundation (2014). Social determinants of mental health. Retrieved from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112828/1/9789241506809_eng.pdf?ua=1

5 Interaction entre santé physique et psychique

Dr phil. Nadine Messerli-Bürgy & Prof. Dr Simone Munsch, psychologie clinique et psychothérapie, Université de Fribourg

Résumé

Une santé physique déficiente augmente le stress au quotidien et les situations de contraintes, en raison des symptômes physiques. Des symptômes psychiques apparaissent couramment chez les personnes dont la santé physique est altérée. Souvent ils ne sont pas assez vite identifiés, alors qu'une détection précoce aurait une incidence positive sur leur évolution. L'utilisation de nouveaux médias, technologies et procédés de screening, ainsi que les offres de conseil facilement accessibles aident à identifier rapidement les problèmes psychiques. Cette approche peut déjà réduire les conséquences négatives existantes, aider à améliorer la capacité à se détendre et de ce fait renforcer la santé psychique et physique.

5.1 Brève définition du groupe cible

Le groupe cible est composé de personnes souffrant de problèmes de santé physique, et affichant en même temps des symptômes psychiques. Une santé psychique déficiente peut être perçue comme la conséquence d'une maladie physique aiguë ou chronique (infection chronique, maladies neurologiques, oncologiques, cardiovasculaires, rhumatismales ou métaboliques, comme le diabète sucré) ou accompagner un handicap physique ou des altérations dégénératives (p. ex. démence, Parkinson à un âge avancé, etc.).

Il convient de souligner que les symptômes psychiques peuvent survenir à la suite d'un problème de santé physique (p. ex. humeur dépressive comme conséquence d'une maladie dégénérative) ou exister avant la maladie physique et avoir un rôle prédictif de cette dernière (p. ex. humeur dépressive comme facteur de risque d'obésité ou de maladie cardiovasculaire).

Nous ne nous intéressons pas ici à la chronologie des diverses conditions d'apparition des symptômes psychiques, mais à l'interaction entre santé physique et psychique et, dans cette optique, à la situation psychique des personnes atteintes dans leur santé physique. L'interaction entre ces deux aspects de la santé est donc importante, car elle peut entraîner une accentuation des problèmes de santé et une augmentation du risque de dégradation de la santé physique ou psychique. C'est par exemple très net dans l'interaction entre état dépressif et prise de poids

pouvant aller jusqu'à l'obésité. Un problème d'obésité dans l'enfance peut être un facteur prédictif de troubles dépressifs et, à l'inverse, des troubles dépressifs peuvent être un facteur prédictif de prise de poids. De même, en cas de douleur, on peut supposer que le comportement de ménagement qui en découlera renforcera une tendance à l'isolement et à davantage de tension liée à la douleur. Le risque de développer des troubles psychiques, comme la dépression ou l'anxiété, en sera accru.

5.2 La santé psychique des personnes atteintes dans leur santé physique

D'après l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la santé se définit comme un état de complet bien-être physique, mental et social. Une santé physique déficiente influence les personnes dans leurs possibilités cognitives et émotionnelles, à cause de la charge elle-même qu'elle exerce (p. ex. douleur, vie en danger), de même qu'en raison des restrictions physiques qu'elle engendre: la limitation aiguë ou chronique de ses capacités sociales et de sa marge de manœuvre peuvent ainsi entraîner une humeur dépressive.

5.2.1 Prévalences, données actuelles

Les troubles psychiques sont les problèmes de santé les plus fréquents ayant une influence négative sur

les différents domaines de la vie (Linden, Linden & Schwantes, 2015). Par rapport aux maladies physiques, les troubles psychiques, aigus ou chroniques, sont plus contraignants pour les personnes touchées que les maladies chroniques de type somatique (Linden et al., 2015). En Allemagne, des études montrent que les patients souffrant de maladies physiques ont un risque 1,5 à 2 fois plus élevé de développer des troubles psychiques que le reste de la population (Härter et al., 2007). Parmi les personnes souffrant de maladies physiques chroniques, au total 16,4 à 22,7% souffrent de troubles dépressifs, 18,5 à 26,5% de troubles de l'anxiété, 9,1 à 18% de formes somatiques et 4,8 à 9,1% de troubles liés à la prise de substances (Härter et al., 2007). Et vice versa: en Suisse, les données montrent que les personnes souffrant de troubles dépressifs invoquent nettement plus souvent des troubles physiques (problèmes cardiaques, maux de ventre, constipation, douleurs). La fréquence de ces complications augmente avec l'intensité de la dépression et l'âge de la personne concernée. En outre, les femmes avancent généralement un plus grand nombre de troubles physiques liés à l'état dépressif que les hommes (Schuler & Burla, 2012).

Une étude récemment publiée montre en outre que 47% des personnes souffrant de maladies somatiques et devant se faire soigner en urgence, souffrent également de contraintes psychiques très importantes, donc d'une santé psychique limitée (Faessler, Perrig-Chiello, Mueller & Schuetz, 2015). Une étude sur les conséquences des traitements médicaux intensifs montre clairement que, quel que soit l'âge, les patients ne souffrent pas seulement de troubles psychiques pendant l'hospitalisation mais que 12 mois plus tard, 29% des personnes concernées ont encore des symptômes dépressifs et que 7% souffrent de symptômes post-traumatiques.

Chez les enfants et les adolescents souffrant de maladies physiques chroniques, les troubles psychiques sont jusqu'à quatre fois plus fréquents que chez les enfants ne souffrant pas de maladie physique (Hysing, Elgen, Gillberg, Lie & Lundervold, 2007; Pinquart & Shen, 2011b). Par exemple, on constate plus souvent des symptômes de dépression et d'anxiété chez les enfants souffrant de migraines ou d'états d'épuisement chroniques (Pinquart & Shen, 2011a, 2011c). Chez les enfants et les adolescents, il faut tenir compte du fait que la maladie physique survient pendant des périodes de développement et agit sur la

réalisation des tâches auxquelles ils sont confrontés au cours de leur développement, comme la maîtrise des exigences scolaires, la construction d'une estime de soi stable et d'une identité sexuelle ainsi que le développement de l'autonomie et de l'attention portée à soi-même (auto-prise en charge). Indépendamment des soins nécessaires au traitement médical, les enfants et les adolescents sont confrontés au risque que les problèmes psychiques rencontrés durant l'enfance s'installent de manière chronique et que leurs possibilités de construction et d'intégration sociale se voient restreintes.

5.2.2 Facteurs de risque et facteurs protecteurs ou contraintes et ressources

On peut utiliser comme modèle d'explication de l'interaction entre santé physique et psychique le concept d'*allostatic load* (McEwen & Stellar, 1993), axé sur l'influence de la contrainte ou du stress sur la santé. L'allostase reflète la capacité individuelle à maintenir la stabilité et l'homéostasie, face à différents changements ou difficultés, grâce à l'activation du système physiologique (Sterling & Eyer, 1988). Une exposition aiguë au stress consiste en une difficulté nécessitant une adaptation physiologique rapide: elle est alors considérée en ce sens comme une réaction physique normale. En revanche, une exposition chronique au stress, comme pour une situation de contrainte déclenchée par une maladie physique, implique une adaptation prolongée au stress. A long terme, cette dernière atteint les systèmes de régulation (*allostatic load*) (McEwen, 1998). La réponse au stress est influencée par le comportement, ainsi que par des spécificités individuelles liées aux facteurs génétiques et propres à l'évolution, ou à l'expérience de vie. Chez une personne étant fortement prédisposée à une capacité d'adaptation limitée par rapport à des situations de contraintes importantes, et souffrant en plus de complications somatiques comme la douleur, des troubles du sommeil et de la digestion ou/et une perte de mobilité, ce déséquilibre de la régulation du stress peut entraîner une mauvaise santé psychique. Cependant, une contrainte forte et durable peut aussi bien être compensée grâce à l'existence de facteurs de protection (Smeets, 2010).

Les facteurs de protection et ressources pour les personnes atteintes dans leur santé physique sont les mêmes que les facteurs psychologiques que l'on connaît pour maintenir la santé physique. La maî-

trise d'une situation de contrainte, qui permet d'éviter une exposition chronique au stress, dépend du tempérament de la personne. Elle est d'autant plus probable que l'enfant ou l'adulte concerné y fait face de manière active, en faisant preuve d'efficacité personnelle et d'une estime de soi marquée et qu'il associe la maîtrise de la situation à ses propres efforts (sentiment de maîtrise intérieure de sa vie). De plus, l'optimisme et l'espoir, combinés à l'acceptation d'une santé physique déficiente, se sont révélés être

Digression: les ressources dans la gestion du stress

Le stress et les situations de contrainte sont inévitables et dans une certaine mesure stimulent un développement continu plutôt sain. En cas de contrainte forte et durable, les mécanismes de régulation bio-psycho-sociaux peuvent atténuer les conséquences négatives. Un bon état de santé général, un rythme jour/nuit fonctionnel avec une durée de sommeil équilibrée, une bonne capacité à se détendre et à se décontracter, des moments de détente suffisamment longs, enfin une alimentation et une activité physique régulière favorables à la santé permettent par exemple de lutter contre les conséquences de la contrainte générée par les facteurs de stress. Comme autres facteurs de protection possibles, il faut aussi nommer le fonctionnement cognitif des personnes, par exemple leur capacité à évaluer correctement les facteurs de stress, à s'en occuper suffisamment et à bon escient, et à éviter de se laisser troubler par les idées noires et de se focaliser sur les problèmes. Dans un contexte interpersonnel, l'aptitude à percevoir correctement les émotions, à les exprimer et à les gérer permet aussi de faire face au stress. Pour ce qui est de la gestion du stress, l'un des principaux facteurs est finalement la présence d'un soutien social, qui s'est avéré contribuer à une atténuation du sentiment de stress, dans tous les groupes d'âges.

Un tel modèle d'interaction entre santé physique et psychique peut déjà être pris comme base pour les efforts de prévention existants, adressés à des populations ou des groupes cibles spécifiques, par exemple pour promouvoir une conception saine du corps ou réduire l'anxiété et la dépression (Go! Junge et al., 2002). L'approche bio-psycho-sociale peut aussi être utilisée pour aider les enfants qui souffrent d'asthme, de diabète ou d'un cancer.

des facteurs prédictifs positifs pour la santé psychique (Stewart & Yuen, 2011).

Par exemple, un optimisme marqué chez les personnes âgées est associé à une perception plus positive de leur santé, une plus grande vitalité, une meilleure santé psychique et moins de douleurs physiques (Achat et al., 2000). Globalement, pour tous les groupes d'âges, l'existence d'un soutien social est l'un des facteurs prédictifs les plus importants d'une faculté de résistance psychique. Il est actuellement impossible de tirer des conclusions sur l'importance de facteurs de protection spécifiques, car à ce jour, les études longitudinales analysant ces facteurs et leurs conséquences dans la durée sont encore trop peu nombreuses.

5.3 Défis particuliers au groupe cible en termes de santé psychique

La grande diversité des symptômes psychiques susceptibles d'accompagner une santé physique déficiente constitue une difficulté particulière. En font partie les angoisses sur l'évolution de la maladie, la détresse vécue et l'absence d'espoir sur le déroulement de la maladie et sur ses symptômes concomitants, qui nuisent à la qualité de vie des personnes concernées (Koch, Mehnert & Strauss, 2011). Les modifications de la santé psychique peuvent s'exprimer à travers une humeur dépressive, une moindre capacité à supporter les contraintes ou des problèmes liés à la modification du schéma corporel, pour aboutir à une faible estime de soi (Koch et al., 2011).

Dans beaucoup de cas, une santé physique déficiente entraîne aussi une pression plus grande, voire trop grande, sur les relations sociales, notamment, une dégradation ou précarisation du rôle social des personnes concernées, l'altération des relations intimes et une sexualité seulement partiellement satisfaisante (p.ex. patientes atteintes d'un cancer du sein). Les individus se sentent socialement dépendants, sans autonomie et limités dans leur vie sociale, voire socialement isolés (Koch et al., 2011). Les proches et les personnes s'occupant de ceux qui sont atteints dans leur santé physique jouent un rôle important dans l'évolution de la maladie et de la guérison et ne doivent pas être négligés. Eux aussi sont souvent victimes de contraintes sociales, qu'il s'agisse des partenaires ou des enfants de parents chroniquement

malades. Leur situation de contrainte doit être identifiée et il faut leur donner accès à un soutien souvent cruellement nécessaire (Haines, Denehy, Skinner, Warrillow & Berney, 2015).

Souvent, jusqu'à maintenant, les personnes atteintes d'une maladie physique se sont vu accorder un regard compréhensif uniquement axé sur la maladie. Par conséquent, ils refoulent les symptômes psychiques ou évitent souvent une analyse émotionnelle de leur actuel état de santé. Une étroite coopération entre spécialistes des domaines somatique et psychologique est donc nécessaire pour améliorer le suivi de ces patients.

5.4 Recommandations d'action et pistes de solutions possibles

5.4.1 Comment atteindre le groupe cible?

Les personnes concernées peuvent être touchées via les nouveaux médias et les nouvelles technologies. Grâce aux applications et à Internet, les connaissances de base sur la santé psychique peuvent être transmises aux personnes de tout âge, de façon parfois ludique et conviviale. Cependant, il ne faudrait pas pour autant se contenter d'informer les personnes ayant un problème de santé physique sur la comorbidité possible de problèmes ou de troubles psychiques et la possibilité de les traiter. Ces connaissances doivent aussi être systématiquement transmises aux membres de la famille et aux personnes en charge du traitement. Les échanges, la coopération et les échanges d'expérience entre professionnels des domaines somatique et psychologique doivent aussi être favorisés. Les hôpitaux dans lesquels le soutien psychosocial est étroitement intégré aux soins somatiques, la psycho-oncologie, ou les institutions prévoyant des groupes d'experts en psychologie de liaison, disponibles dans des services de soins purement somatiques (gastroentérologie, neurologie ou immunologie, etc.) sont autant d'exemples positifs. Souvent, le groupe cible est aussi très facilement accessible via le médecin de famille. Cette démarche est préconisée pour tous les groupes d'âges. La transmission directe de connaissances de base peut aussi concerner, à titre préven-

tif, les écoles, hôpitaux, foyers pour personnes âgées, paroisses ou clubs de sport. Suivant le groupe d'âge, le transfert de connaissances peut prendre la forme d'offres ou de programmes de coaching sur Internet, revêtir un aspect ludique ou se faire dans le cadre de débats et de réunions d'informations.

5.4.2 Comment procéder concrètement pour renforcer la santé psychique du groupe cible?

Pour faciliter l'accès à la population, des procédés de screening¹² suffisamment sensibles et spécifiques doivent être mis au point et contrôlés, afin d'identifier les personnes ayant besoin d'aide. On peut citer ici le développement d'instruments de mesure, capables d'enregistrer des sautes d'humeur nettes, ou l'évaluation de son propre corps par rapport à des idéaux. A partir de là des interventions rapides, adaptées et facilement accessibles peuvent être mises en place pour améliorer la santé psychique.

De plus, l'approche psychologique du traitement des personnes présentant des signes de stress élevé (problèmes d'endormissement ou réveils multiples, retrait social accru et humeur dépressive) permet d'offrir un soutien suffisamment tôt pour éviter la dégradation des symptômes et leur installation chronique.

Pour renforcer la santé psychique, le soutien social des personnes pareillement touchées s'avère être particulièrement efficace, voire plus que celui de l'environnement social (Malicka, Kozłowska, Wozniowski, Rymaszewska & Szczepanska-Gieracha, 2015). Les interventions dans des groupes de personnes également atteintes dans leur santé physique renforcent la perception du soutien social, grâce à la possibilité d'échanges, et permettent ainsi de renforcer la santé psychique. On peut citer comme exemple les groupes de maintenance cardiovasculaire de la Fondation suisse de cardiologie ou les groupes de suivi DIAfit existant dans différents cantons pour les personnes souffrant de diabète, sans oublier les diverses offres de la Ligue suisse contre le cancer. Dans ce domaine, les offres destinées aux familles des personnes touchées sont aussi importantes, comme les groupes d'entraide pour les proches des patients atteints de démence ou les offres de soutien aux enfants dont les parents

¹² Procédés de screening: instruments de mesure permettant d'évaluer l'intensité de certaines caractéristiques (p.ex. anxiété) et visant à identifier les populations à risque, afin que ces dernières soient diagnostiquées et traitées.

souffrent d'une maladie chronique. Ces mesures de soutien peuvent atténuer la contrainte des proches, contribuant ainsi à une meilleure santé psychique du groupe concerné.

5.4.3 Quelles sont les conditions cadres à créer pour promouvoir la santé psychique du groupe cible en question?

- Une exigence de formation post-graduée standardisée pour les professionnels, comme les médecins d'orientation somatique, les psychologues cliniques et psychothérapeutes, les psychologues scolaires et psychiatres, afin d'atteindre et d'accompagner le groupe cible;
- la formation régulière des professionnels des soins, des enseignants et des travailleurs sociaux, ainsi que des collaborateurs des organisations d'aide et de soins à domicile, afin d'améliorer la détection précoce et l'accompagnement;
- la facilitation de la transmission d'informations via les médias, y compris les applications mobiles et les médias sociaux, afin d'atteindre les personnes concernées;
- des actions pour la promotion de la santé psychique, couvrant l'identification précoce, mais aussi des formations régulières à la résistance au stress, dans le sens d'une immunisation psychologique, afin d'optimiser la santé psychique des personnes atteintes dans leur santé physique;
- l'amélioration de l'accès des personnes touchées aux programmes existants de prévention, basés sur des données scientifiques, par exemple le programme TAKE destiné aux enfants obèses et à leurs parents (Munsch et al., 2008; Roth et al., 2011) ou GO! (Balmer et al., 2007).

Exemple de projet: image corporelle saine – Prävention Essstörungen Praxisnah (PEP)

Cette démarche est illustrée par une action du Bureau pour la prévention des troubles alimentaires (Prävention Essstörungen Praxisnah PEP) autour d'une image corporelle saine, qui s'adresse aux adolescents et aux jeunes adultes, ainsi qu'à leurs référents. Cette action est organisée sous forme d'ateliers, avec une base théorique de dialogue, et sert à remettre en question les normes et valeurs liées à l'image corporelle. Elle cherche également à provoquer l'échange de points de vue et d'appréciations de l'image corporelle parmi tous les participants du groupe. Certains thèmes y sont travaillés en modules. Ils permettent d'analyser les représentations idéales et l'image corporelle, la perception du corps et la régulation des émotions, ainsi que l'estime de soi ou les facteurs qui l'influencent. L'efficacité à court et moyen terme de cette approche doit être validée de façon empirique et les modules proposés doivent être adaptés en fonction de l'âge du groupe cible.

5.5 Références

- Balmer, K., Michael, T., Munsch, S. & Margraf, J. (2007). Prävention von Angst und Depression im Jugendalter. Evaluation des schulbasierten Programms GO! – Schweiz. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 15(2), 57-66.
- Faessler, L., Perrig-Chiello, P., Mueller, B., & Schuetz, P. (2015). Psychological distress in medical patients seeking ED care for somatic reasons: results of a systematic literature review. *Emergency Medical Journal*, 1-7.
- Haines, K. J., Denehy, L., Skinner, E. H., Warrillow, S., & Berney, S. (2015). Psychosocial outcomes in informal caregivers of the critically ill: a systematic review. *Critical Care Medicine*, 43(5), 1112-1120.
- Härter, M., Baumeister, H., Reuter, K., Jacobi, F., Hofler, 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(6), 354-360.
- Hysing, M., Elgen, I., Gillberg, C., Lie, S. A., & Lundervold, A. J. (2007). Chronic physical illness and mental health in children. Results from a large-scale population study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48(8), 785-792.
- Koch, U., Mehnert, A., & Strauss, B. (2011). [Psychological interventions in patients with chronic physical diseases and psychological comorbidity]. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitschutz*, 54(1), 29-36.
- Linden, M., Linden, U., & Schwantes, U. (2015). Disability and functional burden of disease because of mental in comparison to somatic disorders in general practice patients. *European Psychiatry*, 30, 789-792.
- Malicka, I., Kozłowska, A., Wozniowski, M., Rymaszewska, J., & Szczepanska-Gieracha, J. (2015). The role of social support in women's health and recovery processes. *Psychology, Health & Medicine*, 1-11.
- McEwen, B. S. (1998). Stress, adaptation, and disease. Allostasis and allostatic load. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 840, 33-44.
- McEwen, B. S., & Stellar, E. (1993). Stress and the individual. Mechanisms leading to disease. *Archives of Internal Medicine*, 153(18), 2093-2101.
- Munsch, S., Roth, B., Michael, T., Meyer, A.H., Biedert, E., Roth, S.P., Speck, V., Zumsteg, U., Isler, E. & Margraf, J. (2008). Randomized controlled comparison of two Cognitive Behavioral Therapies (CBT) for obese children: Mother versus mother-child CBT. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 77, 235-246.
- Pinquart, M., & Shen, Y. (2011a). Anxiety in children and adolescents with chronic physical illnesses: a meta-analysis. *Acta Paediatrica*, 100(8), 1069-1076.
- Pinquart, M., & Shen, Y. (2011b). Behavior problems in children and adolescents with chronic physical illness: a meta-analysis. *Journal of Pediatric Psychology*, 36(9), 1003-1016.
- Pinquart, M., & Shen, Y. (2011c). Depressive symptoms in children and adolescents with chronic physical illness: an updated meta-analysis. *Journal of Pediatric Psychology*, 36(4), 375-384.
- Roth, B. & Munsch, S. (2010). *Training für adipöse Kinder und ihre Eltern (TAKE). Manual für Kinder. Ein verhaltenstherapeutisches Praxismanual*. Tübingen: DGVT Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie.
- Schuler, D., & Burla, L. (2012). *Psychische Gesundheit in der Schweiz. Monitoring 2012. Obsan Bericht 52*. Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Smeets, T. (2010). Autonomic and hypothalamic-pituitary-adrenal stress resilience: Impact of cardiac vagal tone. *Biological Psychology*, 84(2), 290-295.
- Sterling, P., & Eyer, J. (1988). Allostasis: A new paradigm to explain arousal pathology. In S. Fisher & J. Reason (Hrsg.), *Handbook of Life Stress, Cognition and Health*. New York: John Wiley & Sons. S. 629-649.
- Stewart, D. E., & Yuen, T. (2011). A systematic review of resilience in the physically ill. *Psychosomatics*, 52(3), 199-209.

6 Santé psychique dans la petite enfance (âge préscolaire)

Lic. phil. Sabine Brunner, Marie Meierhofer Institut für das Kind

Résumé

Le bon développement d'une personne dans sa petite enfance est déterminant pour sa santé psychique. Ce vieil adage est confirmé par les études actuelles, même si bien sûr, les personnes peuvent ensuite bien se développer malgré des circonstances difficiles dans leur petite enfance. Étant donné la dépendance existentielle d'un jeune enfant par rapport à ses parents, il est nécessaire que les mesures de prévention s'adressent aux uns comme aux autres. Il s'est avéré que la petite enfance correspondait à une période durant laquelle les individus étaient très réceptifs aux mesures de soutien, et pendant laquelle, de ce fait, les investissements étaient très rentables, même d'un point de vue purement économique. Le jeune enfant a besoin de la bienveillance de ses adultes référents significatifs mais aussi d'espaces de vie adaptés, dans lesquels il peut se mouvoir, qu'il peut explorer et façonner. L'enfant a le droit d'être perçu dans sa subjectivité. Les réflexions sur les facteurs de risque et de protection montrent que l'environnement social joue un grand rôle sur le soutien de la santé psychique des jeunes enfants, et qu'ainsi les décisions politiques ont aussi un effet relativement direct sur le bien-être de ces derniers. Il existe déjà plusieurs institutions qui s'investissent et réfléchissent à cette phase de prime enfance ainsi que quelques offres très utiles. Il convient, à l'avenir, de renforcer ce domaine et de rendre les offres disponibles sur tout le territoire.

6.1 La petite enfance

La petite enfance est une période très marquante dans la vie d'un individu. Un enfant ne se développe jamais aussi vite que dans les premières années de sa vie. C'est donc à cette période que sont posées les bases de son développement futur. Plusieurs termes désignent cette première période de la vie d'un enfant, nourrisson, période infantile, âge préscolaire, prime enfance ou petite enfance. On parlera dans ces lignes de prime enfance ou de petite enfance pour désigner la période allant de la naissance à la sixième année.

Gerber Jenni, Stössel et Simoni (2014) attribuent à la petite enfance les caractéristiques suivantes:

- les jeunes enfants se développent et changent plus vite que dans n'importe quelle autre phase de leur vie pour ce qui est de la maturité physique, du développement du système nerveux, de la mobilité, des aptitudes de communication et du développement intellectuel, ainsi qu'en ce qui concerne ses centres d'intérêts et ses capacités;
- les jeunes enfants développent des relations émotionnelles très fortes à leurs parents et aux autres adultes référents significatifs, dont ils attendent soins, bienveillance, encadrement et protection, et dont ils ont besoin d'une manière qui respecte leur individualité et leurs aptitudes croissantes;
- les jeunes enfants établissent leurs propres relations avec les enfants de leur âge, les plus jeunes ou les plus âgés; au sein de ces relations, ils apprennent à faire et à coordonner des activités ensemble, à résoudre les conflits, à respecter les accords et à être responsables des autres;
- les jeunes enfants élaborent des représentations actives des dimensions physiques, sociales et culturelles de leur environnement et apprennent de plus en plus à travers leurs activités et interactions avec les autres enfants et les adultes;
- les fondements de la santé psychique et physique, la sécurité émotionnelle, l'identité culturelle et personnelle, ainsi que les capacités en développement du jeune enfant sont ancrés dans cette période;
- les jeunes enfants vivent leur croissance et leur développement différemment suivant leur personnalité, leur sexe, leur situation de vie, leur structure familiale, leur situation en matière d'encadrement et le système d'éducation;

- la manière dont les jeunes enfants vivent la croissance et le développement est fortement marquée par les représentations culturelles de leurs besoins, l'adéquation des soins qui leur sont apportés, leur rôle actif au sein de la famille et la communauté (Gerber et al., 2014).

6.2 La santé psychique dans la petite enfance

Les définitions de la santé psychique reprennent généralement les caractéristiques suivantes: bien-être personnel, estime de soi stable et sentiment d'efficacité personnelle (Bürli, Amstad, Duetz Schmucki & Schibli, 2015; voir aussi le chapitre 2.1). Ces caractéristiques doivent bien entendu être transposées aussi aux enfants. Mais la définition doit en plus intégrer les critères de **développement sain de l'enfant**. Pour se développer de manière saine, un enfant a besoin d'un environnement lui offrant:

1. bienveillance et protection;
2. stimulation et nombreuses possibilités d'expérimentation;
3. autonomie et efficacité personnelle (Bischof-Köhler, 2011).

Le dernier point, **autonomie et efficacité personnelle**, est intégré à la définition de la santé psychique, alors que les deux premiers points, **bienveillance et protection**, ainsi que **stimulation et nombreuses possibilités d'expérimentation**, sont spécifiques à la situation de l'enfant.

Pour la petite enfance, il convient de retenir ce qui suit: le besoin de bienveillance et de protection est particulièrement fort pendant la petite enfance. La survie des nourrissons, des enfants en bas âge et des enfants d'âge préscolaire dépend de la présence ininterrompue de personnes référentes *fiabiles, disponibles et familières* (Simoni, 2011). Ces dernières ont pour tâche d'avoir la sensibilité de *reconnaître* rapidement les signaux des enfants encore très jeunes, de les *interpréter* de façon adéquate et de *réagir* très rapidement (Papoušek, 2001). C'est la seule façon de répondre en suffisance aux besoins des enfants. Au stade de nourrisson, l'enfant a besoin de soutien pour satisfaire ses besoins physiques et pour exercer ses premières capacités. Il a besoin d'aide pour se réguler et s'apaiser et doit aussi faire expérience des rythmes. Très vite, les enfants ont ensuite besoin de leurs personnes référentes pour se sentir en sé-

curité et pour comprendre ce qui se déroule dans leur environnement. Des actions faciles à comprendre et des explications concrètes de la part des personnes référentes permettent au jeune enfant d'établir de mieux en mieux des liens entre les choses et de les comprendre, et de s'y retrouver dans son environnement.

Dès la naissance, puis de façon de plus en plus nette, on constate l'intérêt de l'enfant pour son environnement et son aspiration à faire des expériences autonomes et à exercer son efficacité personnelle (Dornes, 1993). Le développement de l'enfant et son individualité déterminent ce qu'est pour lui un environnement stimulant et quelles actions il pourra faire avec autonomie, en exerçant son efficacité personnelle. Un nourrisson n'expérimentera pas son efficacité personnelle de la même façon qu'un enfant de six ans. En principe, les stimulations devraient permettre de solliciter l'enfant sur ses centres d'intérêt et ses capacités, de lui apprendre de nouvelles choses et d'étendre ses compétences et ses expériences. L'enfant doit avoir l'impression de pouvoir maîtriser ces stimulations. Il doit toujours avoir la possibilité d'agir de façon indépendante sur son environnement, de le «travailler», le façonner et le modifier.

Pour agir de façon appropriée et sensible avec un jeune enfant, il faut avoir une proximité psychique et physique durable avec lui et être prêt à s'impliquer dans son individualité. L'enfant doit être perçu dans sa subjectivité, et être traité comme un être ayant des sentiments et agissant de manière indépendante. Il est nécessaire de considérer même le très jeune enfant comme une personne égale à part entière, et de le laisser suffisamment (en fonction de son stade de développement) participer au quotidien (collaboration, coopération, décisions propres) (Lansdown, 2010).

6.2.1 Prévalences, données actuelles

Mesurer des prévalences pendant la petite enfance présente des difficultés et des défis spécifiques. Tout d'abord, les données sur la santé psychique, voire les troubles psychiques des enfants et des adolescents ne reflètent généralement pas la situation de la petite enfance, car elles sont collectées pour des enfants scolarisés et des adolescents (OMS Europe 2006; Rüesch & Maeder, 2010). Malheureusement, assez souvent les travaux de recherche ne le disent pas explicitement et font plutôt référence aux en-

fants en général (PNR 52, 2006). Dans son livre «Kinder psychisch kranker Eltern» (enfants de parents souffrant de troubles psychiques, en allemand, 2014) Albert Lenz soulève d'autres problèmes en lien avec la collecte de données sur les troubles psychiques dans la petite enfance. Ainsi montre-t-il que, chez les enfants, la maladie et la santé sont difficiles à distinguer clairement dans le domaine psychique. Trop de concepts ne sont pas clairement délimités. En outre, les troubles psychiques durant l'enfance sont souvent seulement liés à un contexte, ce qui signifie que chez les jeunes enfants, certaines manifestations psychiques ne seront pas visibles dans toutes les situations ni avec toutes les personnes, alors que les enfants plus âgés ou les adultes affichent une constance nettement plus grande. Le développement de l'enfant entraîne des mutations rapides, qui rendent aussi plus difficile un constat de santé ou de troubles psychiques. Sans compter que pour Lenz, les données sur les jeunes enfants sont dans un certain sens dénaturées car elles doivent en grande partie être collectées sous forme d'opinions d'autrui (Lenz, 2014). Il faut donc faire preuve d'une certaine prudence avec les données relativement rares sur les prévalences relatives à la santé psychique et aux troubles psychiques dans la petite enfance.

L'étude de Lars Wichstrøm et collègues est citée en Europe comme une étude de grande ampleur sur la prime enfance, traitant des prévalences et de la santé psychique. En 2007/2008, à Trondheim (Norvège), près de 1000 parents ont été interrogés sur la santé psychique de leur enfant de quatre ans. Les résultats ont montré une prévalence des troubles psychiques d'environ 7% durant la petite enfance (Wichstrøm et al., 2012).

Les troubles suivants ont été enregistrés:

- trouble de déficit de l'attention / hyperactivité 1,9%
- troubles dépressifs 2,0%
- comportement d'opposition 1,8%
- troubles anxieux 1,5%
- comportement social déviant 0,7%

En outre, les données de Wichstrøm et collègues révélaient un taux élevé de comorbidité (plusieurs troubles chez un même enfant). Une comparaison avec d'autres études a montré que le diagnostic de troubles psychiques des enfants de quatre ans donnait des indications claires sur un développement des mêmes troubles à un stade plus avancé de l'en-

fance (Wichstrøm et al., 2012). Cette prévalence d'environ 7% est nettement inférieure aux données enregistrées dans d'autres études, qui indiquent une prévalence des troubles psychiques pouvant atteindre 24% chez les enfants. Cependant, ces données concernaient souvent des enfants plus âgés; par exemple, l'étude allemande Bella (prévalence de 22%) a été menée auprès d'enfants scolarisés (étude Bella, 2003-2007).

La récente étude de grande envergure, réalisée en 2015 par Schmitt et al. (2015), de Dresde, auprès de 3945 enfants d'âge scolaire, indiquait une prévalence des troubles psychiques de 14%. Dans leur analyse, Schmitt et al. (2015) se sont plus particulièrement attachés aux déterminants sociodémographiques et ont pu montrer qu'un niveau de formation plus bas des parents et le fait de grandir avec un seul des deux parents étaient essentiels pour le développement de troubles psychiques. Mais plus les enfants de l'étude avaient fréquenté un accueil de jour tôt, moins ils affichaient des troubles psychiques (Schmitt et al., 2015).

Une étude longitudinale réalisée à Mannheim (*Mannheimer Risikokinderstudie*), et recueillant des données par vagues d'enquête concernant des enfants de 3 mois, de 2 ans, de 4 ans 1/2, de 8 ans et de 11 ans, arrive à la conclusion que les risques durant la petite enfance, comme la dépression post-partum de la mère, ou la dépendance à l'alcool du père, avaient des conséquences spécifiques à long terme sur la santé psychique des enfants. Dans leur étude, les conséquences négatives des risques précoces pouvaient être démontrées jusqu'à l'âge scolaire (Laucht, Esser & Schmidt, 2000).

En résumé, on constate que les études portant sur la prime enfance fournissent des prévalences de la santé psychique et des troubles psychiques qui sont très variables. Ces différences importantes s'expliquent peut-être par les difficultés décrites ci-dessus concernant le relevé de données sur la santé psychique/les troubles psychiques chez les jeunes enfants. Néanmoins, l'examen des données disponibles fournit des conclusions importantes s'agissant de la petite enfance: il semblerait que les contraintes subies pendant la petite enfance aient des conséquences à long terme sur la santé psychique des enfants; en outre, la santé psychique des jeunes enfants dépend de différents facteurs, comme la situation sociale de la famille.

6.2.2 Facteurs de risque et facteurs protecteurs ou contraintes et ressources

Beaucoup d'études ont analysé quelles contraintes constituaient un risque pour la santé (psychique) d'un enfant, et quels facteurs pouvaient servir efficacement de protection. Les résultats semblent très cohérents. Les facteurs de risque et de protection de Thyen (2012), brièvement présentés dans le tableau 6.1, concernent explicitement les jeunes enfants et leur famille.

Concernant les facteurs de risque et de protection, on s'interroge actuellement sur les effets des structures de garde extrafamiliale sur la santé psychique des enfants en âge préscolaire. L'étude de Dresde, citée ci-dessus, considère que la garde partielle des enfants en dehors de la famille est un facteur de protection. D'autres études relativisent ce résultat. Ainsi, l'étude Belsky réalisée aux Etats-Unis aboutit à ce résultat: plus les enfants sont confiés tôt et pendant longtemps en dehors de la famille, plus on tend à observer des troubles psychiques à l'âge scolaire (NICHD, 2003). On peut supposer que la qualité de

l'établissement, l'âge d'entrée et les modalités de la transition vers la structure de jour sont des déterminants importants pour que les structures de garde extrafamiliale puissent renforcer la santé psychique des enfants.

Les **recherches sur la résilience** donnent des réponses sur les processus de protection qui aident les enfants à résister aux circonstances et aux conditions de vie négatives, donc à rester (psychiquement) en bonne santé. Il en est ressorti les fondamentaux suivants pour la petite enfance (Wustmann, 2011):

- une base sûre (attention, encouragement, réactivité);
- une bonne estime de soi (confiance en soi grâce aux expériences de compétences);
- l'expérience de l'efficacité personnelle, de l'influence et des effets de ses actions, ainsi que de ses forces et de ses limites;
- un soutien émotionnel et social en dehors de la famille

TABLEAU 6.1

Facteurs de risque et de protection selon Thyen (2012)

Facteurs de risque familiaux

- expérience d'une situation sociale défavorisée
- maladies des parents (psychiques et physiques)
- expérience de négligence, de maltraitance ou d'abus dans l'enfance des parents
- comportement asocial, délinquance ou violence conjugale dans la biographie familiale des parents
- manque de connaissances et de possibilités de réflexion sur ses propres actions

Facteurs de risque sociaux

- pauvreté
- déménagements fréquents, changements d'écoles et expérience de placement en dehors de la famille
- grandir dans des quartiers défavorisés

Facteurs de risque individuels de l'enfant

- vulnérabilité particulière dans les trois premières années de vie
- maladies congénitales, complications pré-, péri- ou postnatales
- exposition à des substances influençant la maturation neurologique
- troubles de la régulation et du développement chez le nourrisson
- tempérament difficile

Facteurs de protection familiaux

- relation parentale stable
- compétences éducatives des parents, notamment un style d'éducation autoritatif (stimulant et directif)
- climat familial positif

Facteurs de protection sociaux

- soutien social (familial ou extrafamilial)
- soutien des institutions
- recours à et expériences positives avec les offres de conseil

Facteurs de protection individuels de l'enfant

- santé physique
- tempérament aimable et interactif
- développement cognitif et socio-émotionnel normal
- plaisir d'apprendre

Ces fondamentaux correspondent bien aux caractéristiques mentionnées au sous-chapitre 6.2 pour la santé psychique dans la petite enfance. C'est aussi bien sûr parce que les deux concepts se concentrent sur les mêmes choses.

6.3 Défis particuliers à la petite enfance

6.3.1 La dépendance du jeune enfant par rapport à ses parents (personnes référentes)

Dans les premières années de sa vie, la relation de l'enfant à ses parents (personnes référentes) joue un rôle essentiel. La survie, le bien-être et le développement des jeunes enfants dépendent fondamentalement des étroites relations qu'ils entretiennent avec les adultes, en général la mère et le père. L'enfant et les parents sont donc dans une grande dépendance psychique. L'état psychique des parents influence ainsi de manière particulière leur enfant (Pedrina, 2005), comme le montrent les exemples suivants. En cas de dépression post-partum, souvent diagnostiquée chez les jeunes mères, on observe généralement un «comportement interactif dépressif» chez le nourrisson (expression moins intense d'affects positifs et activité moins importante) (Reck, 2007). L'étude dite de Winterthour (2006) a constaté que 76 % des enfants dont les parents avaient une maladie psychique souffraient eux aussi de troubles psychopathologiques (Gurny et al., 2006). Dans le cadre des réflexions sur les mesures de soutien dans la prime enfance, et pour leur planification, il convient donc de toujours prendre en compte non seulement les jeunes enfants, mais aussi les personnes référentes et en particulier les relations entre l'enfant et ces personnes.

6.3.2 Caractéristiques de développement

Dans la petite enfance, l'enfant se développe très rapidement et ne cesse de changer. L'espace de vie, l'organisation du quotidien et le mode de relations doivent donc également être adaptés en permanence. Cela implique une grande souplesse, de la part des personnes référentes ainsi que des professionnels qui suivent le développement de l'enfant. Pour apporter un soutien suffisant à l'enfant, il faut une bonne compréhension des processus de développement en cours et tout spécialement de leurs prochaines étapes.

6.3.3 Aménager les transitions

Dans la petite enfance, beaucoup d'événements surviennent pour la première fois. Il s'agit par exemple du passage à un mode de garde extrafamilial, comme une garderie ou un établissement scolaire (jardin d'enfants). Afin que l'enfant puisse supporter la séparation avec son principal référent, et pour qu'il ne soit pas dépassé par son nouvel environnement, il est important d'aménager ces transitions. Plus l'enfant est jeune, plus il a besoin d'un accompagnement concret et d'acclimatation à la nouvelle situation. Les discussions, les explications et la possibilité laissée à l'enfant de participer à la transition en exprimant ses exigences et ses besoins l'aident à maîtriser ce changement sans se sentir dépassé. Les rituels et les objets de transition aident aussi l'enfant à se sentir soutenu et en sécurité (recommandations GAIMH, 2008).

6.3.4 Discuter avec les jeunes enfants

Quand il faut intégrer les enfants et les laisser participer, la conversation avec le jeune enfant présente des défis. L'univers du jeune enfant est très différent de celui des adultes, raison pour laquelle les exigences des jeunes enfants ne sont pas forcément identifiables d'un point de vue adulte. Il faut donc prendre activement en compte celui de l'enfant. Autre spécificité: la capacité des jeunes enfants à exprimer verbalement leurs exigences et leurs besoins n'apparaît qu'au cours du temps. Outre le fait d'avoir un contact direct avec l'enfant, il faut aussi comprendre les messages non verbaux et les signaux comportementaux (Brunner, 2013).

6.3.5 L'espace de vie dans la petite enfance

Le contexte spatial dans lequel grandit le jeune enfant est très important pour son développement. En effet, les enfants acquièrent leurs connaissances en découvrant leur espace de vie, et dans la petite enfance ils se forment grâce à leurs expériences relatives à leur espace de vie et leurs cinq sens. La configuration des espaces intérieurs, intermédiaires et extérieurs dans lesquels il se tient est décisive pour la santé psychique du jeune enfant. Existe-t-il, à proximité du domicile de l'enfant et de sa famille, une liberté de mouvement suffisante, avec des possibilités d'exploration et d'expériences d'efficacité personnelle? L'enfant peut-il se mouvoir en toute sécurité et malgré cela de manière indépendante? Ce sont de telles conditions contextuelles qui per-

mettent un bon développement et contribuent à la santé psychique dans la petite enfance (Meyer, 2012).

6.4 Recommandations d'action et pistes de solutions possibles

6.4.1 Comment atteindre les enfants dans la petite enfance?

Il est notoirement admis que s'adresser aux familles dès la prime enfance avec des mesures préventives est essentiel pour le maintien de la santé (psychique) des enfants. On parle ici d'encouragement précoce (Hafen, 2012) ou d'aide précoce (Sonderausgabe frühe Kindheit, 2012). L'encouragement précoce couvre des offres de formation respectivement des offres sur la formation, l'encadrement et l'éducation pendant la petite enfance (Simoni, Avogaro, Panchaud, 2012). On entend par aide précoce un système d'offres de soutien en relation les unes avec les autres. Les mesures préventives sont donc judicieuses pendant la petite enfance, car c'est là que sont posées les bases pour la suite du développement psychique. Si la prévention et le repérage des troubles sont mis en place à un stade précoce, cela permet de réduire ou d'éviter les séquelles et l'évolution vers un état chronique. En même temps, le développement très rapide du jeune enfant favorise l'efficacité des mesures de soutien quand elles sont précoces, car les étapes développementales qui ne cessent de se succéder appellent de toute façon au changement. Il faut donc toucher tôt les familles des jeunes enfants, le terme **tôt** devant ici être compris dans ses deux significations: il s'agit d'intervenir de façon **précoce** dans la **prime** enfance. La petite enfance est certes sujette à des crises, mais c'est aussi une période extrêmement propice à un soutien adapté. Les calculs de rentabilité des offres d'encouragement précoce montrent de plus qu'elles s'accompagnent d'un profit économique considérable (retour sur investissement oscillant entre 1/3 et 1/7) (Hafen, 2012).

Pour l'aide précoce se pose la question de l'accessibilité des familles. Certains jeunes enfants vivent isolés avec leur famille. Nombre d'entre eux ne sont pas encore accessibles via les institutions. L'organisation fédérale de la Suisse rend aussi l'offre de soutien destinée à la prime enfance très variable d'une commune à l'autre.

Pour une bonne part, il est possible d'atteindre les enfants de la prime enfance par l'intermédiaire de leurs parents. Les offres de prévention efficaces pendant la prime enfance existent en Suisse sous forme de consultations organisées au plan communal et destinées aux femmes enceintes, aux mères/pères et aux familles, ou passent par les professionnels de santé (notamment les sages-femmes et les pédiatres). D'après les derniers chiffres à disposition, un bon tiers des enfants entre 0 et 3 ans peuvent être atteints directement dans les établissements d'accueil extrafamilial (38,8% en 2013 d'après l'Office fédéral de la statistique) (OFS, 2014). Les groupes de jeux gagnent aussi en importance à cet égard. A partir de la cinquième année, la scolarité devient obligatoire et tous les enfants deviennent accessibles pour les enquêtes et les mesures préventives, via les institutions étatiques comme les jardins d'enfants et les écoles.

6.4.2 Comment procéder concrètement pour renforcer la santé psychique des enfants dans la petite enfance?

Comme nous l'avons dit plus haut, la santé psychique des jeunes enfants nécessite des conditions de vie qui favorisent leur développement et leur bien-être de multiples manières. Ils devraient pouvoir expérimenter tous les jours leur efficacité personnelle dans un environnement protégé et aimant, à savoir leur famille, mais aussi des structures d'accueil extrafamilial ou via des offres de soutien. Les jeunes enfants ont besoin d'avoir toujours un interlocuteur attentionné et intéressé, qui leur sert de référent, les protège et les accompagne de façon réfléchie dans leur processus de formation et de développement et les fait participer à tout ce qui est important pour eux (Wustmann Seiler & Simoni, 2012). Ils ont aussi besoin d'espaces de vie qui leur permettent de faire des expériences suffisamment enrichissantes.

Toutefois, les jeunes enfants sont aussi renforcés quand leurs parents ou autres personnes référentes sont soutenus dans leurs **compétences éducatives et relationnelles**. Il peut s'agir de la transmission d'informations sur le développement du jeune enfant, d'un conseil sur les exigences éducatives actuelles, ou d'un soutien axé sur les ressources en matière de relations. Les groupes à risque spécifiques, d'enfants et de familles, ont besoin d'une prévention dite sélective. Il s'agit ici d'offres très différentes suivant les besoins, que ce soit dans le

domaine médical (p.ex. consultation psychothérapeutique pour les bébés), le domaine psychosocial (p.ex. accompagnement sociopédagogique des familles), ainsi que sous la forme d'un soutien sur les plans financier et social (p.ex. soutien financier, mise en réseau avec d'autres familles). Une qualité élevée d'encadrement est particulièrement nécessaire dans les structures d'accueil extrafamilial (Hellmann, 2015).

Conclusion: Pour soutenir les enfants présentant un développement problématique, il faut une identification précoce et qualifiée des troubles. Il faut par ailleurs chercher des approches d'action permettant de savoir comment renforcer les jeunes enfants ensemble avec leurs familles. D'une part parce qu'une grande partie des enfants de cet âge n'est pas encore directement accessible, d'autre part parce que l'état psychique des jeunes enfants dépend fortement des personnes référentes et de la situation familiale.

6.4.3 Quelles sont les conditions cadres à créer pour promouvoir la santé psychique pendant la petite enfance?

La figure 6.1 présente les différents facteurs qui agissent sur la santé psychique des jeunes enfants et explique à quel niveau ils interviennent. Elle met en évidence que les offres de soutien destinées aux parents, la configuration des espaces de vie de l'enfant et les possibilités de renforcer directement le jeune enfant dépendent en grande partie de mesures politiques. Afin que les familles se sentent bien et puissent répondre effectivement aux besoins des jeunes enfants, il faut par exemple investir davantage, au niveau politique, dans la politique familiale, dans le but d'améliorer entre autres la compatibilité entre vie familiale et professionnelle. Il faut dégager du temps pour les tâches familiales (p.ex. améliorations claires des congés maternité/paternité) et il est nécessaire d'accroître la qualité des structures d'accueil extrafamilial. Dans le cadre de la politique de la

FIGURE 6.1

Les conditions cadres permettant de promouvoir la santé psychique pendant la petite enfance



santé, il y a un besoin urgent d'offres de soutien aux jeunes familles, sur tout le territoire, au niveau communal, allant de la prévention centrée sur les comportements à la protection de l'enfance. Les offres disponibles à ce jour ne sont pas encore suffisamment orientées vers la petite enfance. A cela s'ajoute le besoin de promouvoir et mettre en place un domaine «Petite enfance» en Suisse, afin de garantir en continu la mise en réseau et l'intégration des offres, la formation et la qualification des professionnels ainsi que la recherche dans ce domaine. La politique

sociale devrait se pencher sur la question d'un soutien financier adéquat pour les jeunes familles. S'agissant de la politique en matière de formation, il serait recommandé de faire encore plus attention aux processus d'apprentissage effectifs des jeunes enfants, et de les traduire en concepts. Concernant les mesures d'urbanisme et relatives aux transports, il s'agit d'offrir aux enfants et aux familles des espaces de vie appropriés, avec suffisamment de logements familiaux, des espaces d'expérimentation adaptés aux jeunes enfants et des possibilités de

Exemple de projet: Maison Verte

Un exemple de projet pour une promotion réussie de la santé psychique durant la petite enfance doit atteindre aussi bien les familles que les jeunes enfants, encourager le développement sain du jeune enfant, soutenir les parents et être le plus accessible possible. Les lieux de rencontre sur le modèle «Maison Verte», qui existent déjà à de nombreux endroits, constituent un exemple de projet adapté et intéressant. La première «Maison Verte» a été ouverte à Paris en 1979. Depuis, de nombreux autres lieux de rencontre de ce type sont apparus, en France et dans d'autres pays. En Suisse, la plupart d'entre eux se trouvent en Suisse romande¹³ sans compter «Die Fadenspule»¹⁴, à Zurich. Les lieux de rencontre «Maison Verte» sont ouverts aux jeunes enfants, avec leurs parents/leurs accompagnateurs. Ils sont animés par des professionnels formés au traitement psychothérapeutique des relations précoces entre parents et jeunes enfants. Ils sont faciles d'accès, il n'est pas nécessaire de s'inscrire pour venir, les règles ne sont pas nombreuses et ils peuvent être utilisés comme on le souhaite: pour venir jouer, pour avoir des contacts avec d'autres enfants et/ou avec d'autres adultes. Aucun programme ni encadrement, aucune animation ne sont proposés. C'est un simple espace de rencontres donnant la possibilité de réfléchir à la fois aux besoins de l'enfant et au rôle de parent/personne référente.

Ces lieux apportent un soutien en donnant aux bébés et aux tout-petits la possibilité de faire des expériences avec leurs personnes référentes dans un groupe autre que la famille, et de faire les premières expériences de détachement. Peuvent ainsi être abordés et discutés facilement, sur la base des observations factuelles, les questions d'éducation, les problèmes et les conflits, avec l'aide du professionnel qui est présent. Les professionnels assistent aux interactions entre personnes référentes et enfants dans le quotidien, et peuvent au besoin intervenir. Et les transitions, qu'il s'agisse d'étapes de développement de l'enfant ou d'une séparation prévue dans le cadre d'un accueil extrafamilial, peuvent être préparées et accompagnées au sein des «Maisons Vertes».

Les lieux de rencontre sur le modèle «Maison Verte» prennent en compte les défis spécifiques de la petite enfance (espace d'expérimentation, efficacité personnelle, interaction avec les personnes référentes versus autonomie comme moment central). De plus, les expériences vécues dans ces lieux de rencontre, animés par du personnel formé aux thérapies, peuvent être efficaces soit à titre de prévention, soit de façon sélective, et peuvent donc favoriser activement le développement (psychique) sain des enfants.

¹³ Exemple «La Maison Ouverte» à Lausanne, <http://www.lamaisonouverte.ch>; ou «Le Haricot Magique» à Martigny, <http://www.martigny.ch/ville-administration/maison-verte-haricot-magique>.

¹⁴ <http://www.diefadenspule.ch/>

mise en réseau entre familles. Pour que les offres de soutien puissent être suffisamment efficaces, il faut que les professionnels soient bien formés, que les offres se répartissent sur l'ensemble des cantons et communes, qu'elles soient mises en réseau et coopèrent entre elles (Paul, 2012).

6.5 Références

- Bella Studie (2003-2007) «Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. www.bella-study.org/die-studie/ergebnisse (Zugriff: 29.7.2015).
- Berrod, N. (2015). La «Maison Verte», un espace de liberté pour parents et enfants. In: La Croix. <http://www.la-croix.com/Actualite/France/La-Maison-Verte-un-espace-de-liberte-pour-parents-et-enfants-2015-06-25-1327742>.
- Bischof-Köhler, D. (2011). *Soziale Entwicklung in Kindheit und Jugend. Bindung, Empathie, Theory of Mind*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Brunner, S. (2013): *Früherkennung von Gewalt an kleinen Kindern. Leitfaden für Fachpersonen im Frühbereich*. Bern: Stiftung Kinderschutz Schweiz.
- Bundesamt für Statistik (2014). Anteil der familien- und schulergänzend betreuten Kinder 2013. <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/01/04/blank/key/04/01.html> (Zugriff: 14.8.2015).
- Bürli, Ch., Amstad, F., Duetz Schmucki, M. & Schibli, D. (2015). *Psychische Gesundheit in der Schweiz – Bestandsaufnahme und Handlungsfelder*. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- Dornes, M. (1993). *Der kompetente Säugling. Die präverbale Entwicklung des Menschen*. Frankfurt a. M., Fischer.
- GAIMH-Empfehlung (2008). Verantwortung für Kinder unter drei Jahren. Empfehlungen der Gesellschaft für Seelische Gesundheit (GAIMH) zur Betreuung und Erziehung von Säuglingen und Kleinkindern in Krippen. <http://www.gaimh.org/files/downloads/b8b3d3e77d238fe33d920ad208f30499/Verantwortung.pdf> (Zugriff: 17.9.2015).
- Gerber Jenni, R., Stössel, S. & Simoni, H. (2014). *Allgemeine Bemerkung Nr. 7 des Uno-Ausschusses für die Rechte des Kindes, Umsetzung der Kinderrechte in der frühen Kindheit*. Zürich: mmi.
- Gurny, R.; Cassée, K.; Gavez, S.; Los, B. & Albermann, K. (2006). *Kinder psychisch kranker Eltern: Winterthurer Studie. Wissenschaftlicher Bericht*. Zürich: Hochschule für Soziale Arbeit.
- Hafen, M. (2012). «Better Together». *Prävention durch Frühe Förderung. Präventionstheoretische Verortung der Förderung von Kindern zwischen 0 und 4 Jahren. Schlussbericht zuhanden des Bundesamtes für Gesundheit*. Luzern: Hochschule Luzern – Soziale Arbeit.
- Hellmann, J. (2015). Kita-Qualität als komplexes Zusammenwirken vieler Aspekte auf unterschiedlichen Dimensionen. *«undKinder», 95, 5-17*.
- Lansdown, G. (2010). The Realisation of Children's Participation Rights. Critical Reflexions. In: Percy-Smith, B. & Thomas, N. (2010). *A Handbook of Children and Young People's Participation: Perspectives from Theory and Practice*. Oxon: Routledge.
- Laucht, M., Esser, G. & Schmidt, M.H. (2000). Längsschnitfforschung zur Entwicklungsepidemiologie psychischer Störungen: Zielsetzung, Konzeption und zentrale Befunde der Mannheimer Risikokinderstudie. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 29(4), 246-262*.
- Meyer, F. (2012). *Expertise zu Lebenswelten und Lebensräumen junger Kinder*. Zürich: MMI.
- NICHD Early Child Care Research Network (2003). Does Amount of Time Spent in Child Care Predict Socio-emotional Adjustment During the Transition to Kindergarten? *Child Development 74(4), 976-1005*.
- Papoušek, M. (2001). Intuitive elterliche Kompetenzen. Eine Ressource in der präventiven Eltern-Säuglings-Beratung und -Psychotherapie. *Frühe Kindheit. Zeitschrift der Deutschen Liga für das Kind, 1, 4-10*.

- Paul, M. (2012). Was sind frühe Hilfen? *Frühe Kindheit. Zeitschrift der deutschen Liga für das Kind. Sonderausgabe. Frühe Hilfen – Gesundes Aufwachsen ermöglichen*, 6-7.
- Pedrina, F. (2005). *Mütter und Babys in psychischen Krisen: Forschungsstudie zu einer therapeutisch geleiteten Mütter- und Säuglings-Gruppe*. Frankfurt a.M.: Brandes & Apsel.
- Reck, C. (2007). Postpartale Depression: Mögliche Auswirkungen auf die frühe Mutter-Kind-Interaktion und Ansätze zur psychotherapeutischen Behandlung. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 56(3), 234-244.
- Rüesch, P. & Maeder, N. (2010). *Interventionen bei psychischen Störungen von Kindern und Jugendlichen. Systematische Review zur Wirksamkeit und Kosteneffektivität von psychosozialen Interventionen, Psychotherapie und Pharmakotherapie*. Fachstelle Gesundheitswissenschaften, ZHAW.
- Schmitt J., Rossa, K., Rüdiger, M., Reichert, J., Schirutschke, M., Frank, H., Roessner, V., Berner, R. & Siegert, E. (2015). Determinanten der psychischen Gesundheit im Einschulungsalter – Ergebnisse einer populationsbezogenen Untersuchung in Dresden. *Kinder- und Jugendarzt*, 46(6), 312-325.
- Simoni, H. (2011). Vertraut, verlässlich, verfügbar. «3v» als Schlüssel von tragfähigen Beziehungen. *Netz* 1, 26-29.
- Simoni, H., Avogaro, B., Panchaud, C. (2012). *Modell Primokiz. Ein integriertes Modell frühkindlicher Bildung, Betreuung und Erziehung*. Fachliche Arbeitsgrundlage für das Programm Primokiz, Jacobs Foundation, Zürich.
- Sonderausgabe frühe Kindheit (2012). *Frühe Hilfen. Gesundes Aufwachsen ermöglichen*. Köln: Nationales Zentrum Frühe Hilfen.
- Thyen, U. (2012). Der Beitrag Früher Hilfen zu früher Förderung und Bildung von Kindern. In: *Sonderausgabe frühe Kindheit* (2012).
- WHO Europa (2006). Europäische Erklärung zur psychischen Gesundheit. Herausforderungen annehmen, Lösungen schaffen. http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/88597/E85445G.pdf (Zugriff: 30.10.2015).
- Wichstrøm, L., Berg-Nielsen, T.S., Angold, A., Link Egger, H. Solheim, E. & Hamre Sveen, T. (2012). Prevalence of psychiatric disorders in preschoolers. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 53(6), 695-705.
- Wustmann, C. (2011). Resilienz in der Frühpädagogik – Verlässliche Beziehungen, Selbstwirksamkeit erfahren. In: Zander, M. (Hrsg.). *Handbuch Resilienzförderung* (2011), Wiesbaden: VS-Verlag. S. 350-359.
- Wustmann Seiler, C. & Simoni, H. (2012). Orientierungsrahmen für frühkindliche Bildung, Betreuung und Erziehung in der Schweiz. Erarbeitet vom Marie Meierhofer Institut für das Kind, im Auftrag der Schweizerischen UNESCO-Kommission und des Netzwerks Kinderbetreuung Schweiz. Zürich. http://www.mmi.ch/files/downloads/d0064ba76b79884ed13fb95be19ad768/Orientierungsrahmen_DE.pdf (Zugriff: 30.10.2015).

7 La santé psychique des élèves de l'école obligatoire

Dipl. sc. po. Marina Delgrande Jordan, MSc Yvonne Eichenberger, Addiction Suisse

Résumé

L'école obligatoire coïncide, pour les élèves, avec une période marquée par de nombreux défis développementaux propres à leur âge (c'est-à-dire de 6 à 15 ans environ). Or, leur santé psychique est liée à leur capacité à accomplir les tâches inhérentes à ces défis et à s'adapter aux exigences liées à l'école et aux événements de la vie quotidienne. Pour conserver une bonne santé psychique, les élèves d'âge scolaire doivent pouvoir compter notamment sur des ressources personnelles et sur le soutien de leur entourage social, qui s'élargit au début de leur scolarité. Travailler sur l'acquisition et le renforcement de ressources personnelles est un des moyens pour promouvoir leur santé psychique. L'école peut offrir un cadre propice pour cela, à travers des programmes scolaires et activités parascolaires adaptés à cette fin. Elle peut en outre apporter une contribution importante en veillant à instaurer un environnement de vie favorable à la réussite scolaire et au bien-être.

7.1 Les élèves d'âge scolaire

Durant l'année scolaire, les enfants et jeunes adolescents passent la majeure partie de leur journée à l'école ou dans le cadre d'activités en rapport avec celle-ci. En Suisse, la durée totale du primaire et du secondaire I est de neuf ans (Conférence suisse des directeurs cantonaux de l'instruction publique [CDIP] [n.d.], si bien que les élèves en âge de scolarité obligatoire (école infantine exclue) ont pour la plupart entre 6 et 15 ans, groupe d'âge qui représentait environ 10% de la population résidente suisse en 2014 (Office fédéral de la statistique, 2015).

L'école obligatoire couvre dès lors la période qui s'étend approximativement de la moyenne enfance au milieu de l'adolescence, au cours de laquelle les élèves doivent faire face à de nombreux défis développementaux propres à leur âge, chacun d'entre eux impliquant toute une série de tâches développementales qu'ils doivent accomplir pour évoluer sur les plans affectif, cognitif, moral, social et sexuel. Les adaptations et apprentissages associés à ces tâches s'opèrent par étapes, un nouvel acquis résultant des acquis antérieurs, ceci parallèlement à et avec le soutien de la maturation du cerveau (Bantuelle & Demeulemeester, 2008).

Dans ce chapitre, nous aborderons la santé psychique des enfants et des jeunes adolescents (que nous ap-

pellons «élèves d'âge scolaire») en mettant l'accent sur les aspects en lien avec la vie scolaire.

7.2 La santé psychique des élèves d'âge scolaire

7.2.1 Prévalences, données actuelles

Chez les élèves d'âge scolaire, le continuum qui relie la bonne santé psychique aux maladies psychiques (Coleman, 2011) recouvre aussi bien

- un sentiment de bien-être élevé;
- des préoccupations et des moments de démoralisation de plus ou moins grande intensité que chaque élève peut expérimenter au quotidien;
- des troubles mentaux et du comportement comme les troubles anxieux tels que la phobie scolaire (qui représente probablement une forme de trouble d'anxiété de séparation), le trouble de déficit de l'attention avec hyperactivité (TDAH; voir infobox), le trouble des conduites ainsi que les troubles de l'humeur tels que la dépression (Steinhausen, 2010).

Dans ce sous-chapitre, nous nous concentrerons sur la bonne santé psychique et le bien-être, ainsi que sur les symptômes psychoaffectifs qui, si leur fréquence est élevée, sont susceptibles d'affecter différents aspects de la vie des élèves.

Peu d'études représentatives dédiées à la santé psychique des enfants de 6 à 10 ans ont été réalisées ces dernières années en Suisse, et celles-ci concernent la prévalence des troubles psychiques et non la santé psychique au sens retenu dans ce sous-chapitre. L'enquête représentative KiGGS (vague I, 2009–2012, nombre de parents répondants = 2567) sur la santé des enfants et des préadolescents conduite en Allemagne livre néanmoins des résultats pour ce groupe d'âge. Interrogés sur la qualité de vie (en lien avec la santé) de leur enfant âgé de 7 à 10 ans, 65% (66% si l'enfant était un garçon et 64% si c'était une fille) des parents l'estimaient bonne et 29% (28% resp. 30%) très bonne (Ellert, Brettschneider, Ravens-Sieberer & KiGGS Study Group, 2014).

Pour la tranche d'âge des 11 à 15 ans, les données nationales représentatives du volet suisse de l'enquête internationale *Health Behaviour in School-aged Children* (www.hbsc.ch) apportent des points de repère sur la santé psychique des élèves et certains facteurs associés. A noter que, dans ce cas, les différents indicateurs présentés sont basés sur les propres réponses et perceptions des élèves interrogés.

Les enfants et les jeunes adolescents perçoivent peu la mauvaise santé comme une maladie au sens de morbidité. A leurs yeux, elle s'assimile plutôt à une altération de leur bien-être et être en mauvaise santé se rapporte surtout à un désarroi affectif et relationnel (Bantuelle & Demeulemeester, 2008). Sachant cela, l'état de santé autoévalué paraît un indicateur adapté pour rendre compte de la santé psychique des jeunes adolescents. En 2014, selon les résultats de l'enquête HBSC, la plupart des élèves de 11 à 15 ans se disaient en bonne ou excellente santé, soit entre 87% chez les filles de 14 ans et 94% chez les garçons de 12 ans (tableau 7.1).

Autre indicateur d'une bonne santé psychique, le niveau de bien-être peut être estimé au moyen de l'échelle de satisfaction face à la vie. Cette dernière est graduée de 0 (la plus mauvaise vie possible) à 10 (la meilleure vie possible), une valeur égale ou supérieure à 6 pouvant être interprétée comme une bonne qualité de vie. Selon les résultats de l'enquête HBSC 2014, plus de neuf garçons de 11 à 15 ans sur dix et, en fonction du groupe d'âge, entre 83% et 87% des filles, étaient moyennement à très satisfaits de leur existence (valeur de 6 ou plus) (tableau 7.1). Et en se

limitant à une valeur égale ou supérieure à 8, plus de la moitié étaient très satisfaits de leur vie actuelle. Ce constat doit cependant être nuancé, car une satisfaction très élevée est moins répandue chez les filles que chez les garçons et chez les plus âgés par rapport aux plus jeunes.

Il est normal que les jeunes adolescents ressentent passagèrement un ou plusieurs symptômes psychoaffectifs, qui n'ont d'ailleurs le plus souvent guère de répercussions sur leur vie quotidienne. En revanche, s'ils sont chroniques et multiples, de tels symptômes sont associés à un moins bon niveau de bien-être (Erhart et al., 2009; Ravens-Sieberer et al., 2009) et peuvent traduire des difficultés d'adaptation psychosociale ou être les signes avant-coureurs d'une maladie psychique plus tard à l'âge adulte (Hurrelmann & Quenzel, 2013). Ceci rappelle d'ailleurs l'importance d'une détection précoce des troubles psychiatriques à l'adolescence, car c'est à ce moment-là que nombre de ceux-ci commencent (Kessler et al., 2005). Dans le cadre de l'étude HBSC 2014, une question a été posée sur la fréquence de sept symptômes psychoaffectifs (tableau 7.1). Si l'on s'intéresse aux symptômes ressentis de façon chronique (c'est-à-dire plusieurs fois par semaine voire chaque jour dans les six derniers mois), la fatigue apparaît de loin comme le plus répandu et l'inquiétude/anxiété comme le moins répandu. A noter que chacun des sept symptômes chroniques se retrouve davantage chez les filles à presque tous les âges. Enfin, selon le groupe d'âge, entre 26% et 32% des garçons et entre 36% et 46% des filles faisaient état d'au moins deux symptômes psychoaffectifs chroniques.

7.2.2 Facteurs de risque et facteurs protecteurs ou contraintes et ressources

Les contraintes et ressources susceptibles d'avoir un impact sur la santé psychique des élèves d'âge scolaire sont multiples et en constante évolution (Becker, Bös & Woll, 1994). Elles peuvent découler de leurs caractéristiques personnelles (estime de soi, sentiment d'efficacité personnelle, etc.) et de leur environnement proche (famille, amis et amies, milieu scolaire et parascolaire¹⁵, milieu des loisirs) ou global (contexte culturel, conjoncture économique, etc.).

¹⁵ Nous entendons ici les activités liées à l'école mais qui ne sont pas incluses formellement dans les programmes scolaires.

TABLEAU 7.1

Indicateurs de la santé psychique chez les garçons et les filles de 11 à 15 ans en Suisse
(HBSC 2014; en %)

	Garçons					Filles				
	11 ans	12 ans	13 ans	14 ans	15 ans	11 ans	12 ans	13 ans	14 ans	15 ans
Etat de santé autoévalué										
bon ou excellent	91,2	94,1	92,7	93,2	91,9	91,9	92,8	89,8	86,9	89,4
Satisfaction face à la vie (échelle de 0 à 10)										
valeurs 6, 7, 8, 9 ou 10	91,6	92,2	92,5	90,2	91,5	86,8	87,2	84,4	82,9	84,9
valeurs 8, 9 ou 10	74,4	70,9	66,8	63,9	65,7	66,2	63,8	55,3	51,2	52,5
Symptômes psychoaffectifs chroniques (plusieurs fois par semaine ou chaque jour dans les six derniers mois)										
fatigue	27,6	30,1	36,8	39,0	40,4	33,2	37,0	42,4	52,4	54,9
difficultés à s'endormir	23,1	20,3	21,1	20,8	16,0	30,9	31,4	28,9	29,5	28,7
mauvaise humeur/agacement	17,1	14,9	17,7	17,6	14,5	19,7	20,6	25,2	29,7	27,0
être fâché-e/en colère	18,4	16,9	16,1	17,3	14,9	19,8	18,4	20,5	23,4	17,9
nervosité	15,2	14,6	14,5	14,1	12,3	17,2	16,7	20,2	20,2	19,1
tristesse	10,3	8,8	7,9	8,7	7,4	19,7	20,7	23,1	24,9	24,7
anxiété/inquiétude	5,8	7,1	5,6	6,0	5,8	10,9	11,8	12,4	13,5	12,3
Nombre de symptômes psychoaffectifs chroniques dans les six derniers mois										
≥2 symptômes psychoaffectifs chroniques	29,0	25,6	31,9	30,1	28,3	36,3	40,3	41,1	46,0	45,4

Remarques: les symptômes psychoaffectifs chroniques sont classés par ordre décroissant de prévalence chez les 11 à 15 ans. Echantillon national maximal: 9894 élèves de 11 à 15 ans; garçons de 11 ans: 879; filles de 11 ans: 903; garçons de 12 ans: 974; filles de 12 ans: 974; garçons de 13 ans: 1016; filles de 13 ans: 1088; garçons de 14 ans: 1078; filles de 14 ans: 1155; garçons de 15 ans: 925; filles de 15 ans: 902. Source: Enquête HBSC 2014, Addiction Suisse (propres analyses).

Contraintes spécifiques aux élèves d'âge scolaire

Les aspects normatifs du développement

Par aspects normatifs du développement on entend le fait que les défis psychosociaux et la puberté se retrouvent chez tous les jeunes à peu près au même âge (Bantuelle & Demeulemeester, 2008). Pour autant, cela ne doit pas faire oublier que le tempo avec lequel ces défis et la puberté se présentent ainsi que la façon de s'y adapter sont, eux, individuels. Or, bien qu'en soi positifs, certains aspects normatifs peuvent avoir un impact négatif sur la santé psychique. En voici deux illustrations pour les jeunes adolescents. Processus complexe, la puberté implique de nombreux et profonds changements, comme la maturation sexuelle et une poussée de croissance importante, comparativement à une croissance plus lente et régulière entre 6 et 10 ans environ. En moyenne, la puberté commence approximativement deux ans plus tôt chez les filles que chez les garçons (Coleman, 2011; Kail, 2007). Les bouleversements anatomiques, physiologiques et hormonaux de la puberté

peuvent être à l'origine de maux physiques, susciter des insatisfactions et inquiétudes face au corps en pleine métamorphose et provoquer un certain mal-être. En particulier, il semble qu'une puberté précoce chez les filles et, dans une moindre mesure, tardive chez les garçons puisse avoir un impact négatif sur leur santé psychique (Graber, Nichols & Brooks-Gunn, 2010; Mendle, Turkheimer & Emery, 2007). Le second exemple a trait à une autre dimension caractéristique de l'adolescence: l'expérimentation des comportements adultes. Dans leur quête d'une identité propre, les jeunes explorent, font l'apprentissage et adoptent de nouveaux comportements, dont certains sont considérés à risque à cet âge (Bantuelle & Demeulemeester, 2008). Or, même si tous les comportements à risque ne sont pas poursuivis au-delà de l'adolescence, certains d'entre eux peuvent avoir un retentissement négatif sur la santé psychique à court et à long terme. Il s'agit, entre autres, de la consommation d'alcool et de drogues illicites ainsi que des relations sexuelles précoces, en particulier lorsque le premier rapport est regretté par la suite.

Les événements majeurs ou mineurs de l'existence

Les événements susceptibles d'avoir directement – ou indirectement du fait du stress¹⁶ qui peut leur être associé – un impact négatif sur la santé psychique des élèves d'âge scolaire sont de natures diverses et beaucoup sont liés aux défis particuliers devant être assumés à leur âge (Plancherel, Bettschart, Bolognini, Dumont & Halfon, 1997; Bobo, Gilchrist, Elmer, Snow & Schinke, 1986). Il y a les situations et événements de vie négatifs majeurs, qui impliquent généralement des changements existentiels profonds et parfois soudains, tels qu'un deuil, le divorce des parents, un redoublement de classe ou un déménagement. Il y a ensuite les tensions ou problèmes récurrents ou chroniques tels que des relations durablement conflictuelles avec un proche, une acné sévère, être victime de (cyber-)harcèlement, d'exclusion et d'autres comportements agressifs entre élèves, de grandes difficultés économiques de la famille, des difficultés dans plusieurs branches enseignées, ou encore être atteint d'une maladie physique chronique. Enfin, il y a les événements comparativement mineurs ou tracasseries quotidiens (*daily hassles*), comme se bagarrer avec ses frères et sœurs, se disputer avec son meilleur ami ou sa meilleure amie, porter des vêtements que l'on n'aime pas, avoir trop de devoirs ou une mauvaise note, recevoir une punition de la part de ses parents ou à l'école.

La distinction entre événements majeurs et mineurs n'est toutefois pas univoque, car leur degré de gravité est lié à la perception qu'en a l'individu (Réveillère & Courtois, 2007). Des recherches ont en effet montré que les enfants et jeunes adolescents semblent souvent évaluer les tracasseries quotidiens de manière plus négative que les événements majeurs (Compas, 1987). Une explication à cela pourrait être que les tracasseries incessantes demanderaient des efforts constants d'adaptation et, de ce fait, représenteraient une source de stress plus importante (Réveillère & Courtois, 2007). Les tracasseries mineurs mais ré-

pétitifs ou chroniques seraient dès lors des corrélats importants de la santé psychique – et physique – des enfants et jeunes adolescents (Compas, 1987).

Ressources pour la santé psychique des élèves d'âge scolaire

Nous avons sélectionné ici quelques-unes des ressources à considérer lorsqu'il s'agit des élèves d'âge scolaire, une revue exhaustive¹⁷ de celles-ci dépassant l'objectif de cette section.

Les ressources personnelles

Parmi les ressources personnelles pour la santé psychique des élèves d'âge scolaire figurent notamment une estime de soi positive, des habiletés de gestion du stress, de bons mécanismes de résolution des problèmes, un sentiment d'efficacité personnelle positif, des habiletés cognitives, la capacité à apprendre de ses expériences, des habiletés relationnelles (notamment l'aptitude à nouer des amitiés), le fait d'être affectivement lié à d'autres (parents ou autre adulte significatif), le fait d'être populaire auprès des pairs et la perception de soi comme une personne attrayante (Ayotte, Fournier & Riberdy, 2009; WHO, 2005). A cela s'ajoutent la réussite scolaire et l'implication dans une activité parascolaire ou de loisirs de son choix, ceci permettant à l'élève de se découvrir des compétences particulières (Stassen Berger, 2012).

Certaines de ces ressources, par exemple de bonnes capacités de résolution des problèmes et les habiletés relationnelles, contribuent à faciliter la résilience, concept en travail depuis des décennies au sein de la communauté scientifique. La résilience peut être définie¹⁸ comme un processus dynamique d'adaptation positive dans un contexte de grande adversité (Luthar, Cicchetti & Becker, 2000; voir aussi chapitre 2.3.1). Rapporté à notre thématique, il s'agit, de façon simplifiée, de la capacité d'un élève à retrouver une bonne santé psychique après avoir vécu des situations et événements de vie négatifs majeurs.

¹⁶ Quel que soit l'événement ou le défi développemental auquel il est relié, le stress psychologique peut porter atteinte à la santé psychique des élèves d'âge scolaire (Compas, Orosan & Grant, 1993). A noter qu'une même situation pourra être perçue comme plus ou moins voire pas du tout stressante en fonction de l'individu, selon que ce dernier l'évalue comme excédant ou non ses ressources pour la gérer (Lazarus & Folkman, 1984).

¹⁷ Pour une liste des ressources psychiques de la santé psychique au sein de la population générale, voir par exemple Wettstein (2014).

¹⁸ Il existe à ce jour plusieurs définitions de ce concept, dont les apports et les limites sont encore beaucoup discutés (Anaut, 2005).

Les ressources découlant de l'environnement proche: le soutien social

Le soutien social peut se manifester sur les plans pratique (p.ex. rendre service), émotionnel (p.ex. écouter et montrer de la compréhension) ou informatif (Wills & Shinar, 2000). De nombreuses recherches suggèrent que la perception d'un soutien de bonne qualité de la part des parents et des pairs sont des ressources pour le bien-être et la santé psychique des élèves d'âge scolaire (Colarossi & Eccles, 2003). De plus, pour les élèves, se sentir soutenus par leurs enseignants a également souvent été associé à une bonne santé psychique (LaRusso, Romer & Selman, 2008; Way, Reddy & Rhodes, 2007). Différentes approches théoriques permettent de soutenir l'hypothèse d'un impact positif de la perception d'un soutien social de qualité sur le bien-être. Dans le cadre de l'enquête HBSC 2014, les élèves de 11 à 15 ans ont été interrogés sur le soutien qu'ils perçoivent de la part de leur entourage social. Les résultats montrent des scores élevés de soutien de la part de la famille (score moyen de 4,2 à 4,4 sur un maximum de 5, selon le sous-groupe considéré), des amis et amies (de 3,9 à 4,5) ainsi que des maîtres et maîtresses (de 3,7 à 4,1), chez les filles et les garçons

quel que soit leur âge (tableau 7.2). A noter que la perception d'un soutien apporté par les amis et amies est légèrement à la hausse entre les groupes d'âge, tandis que la perception d'un soutien provenant de la famille et des maîtres et maîtresses tend à reculer.

Les ressources découlant de l'environnement proche: le milieu scolaire

Au-delà d'une relation empreinte de respect et de reconnaissance entre les élèves et leurs maîtres ou maîtresses, l'environnement physique et social que constitue l'école peut également s'avérer propice au bien-être et à la bonne santé psychique. Ceci peut se vérifier si des conditions favorables sont remplies telles qu'un sentiment de cohésion et de solidarité au sein de la classe, des exigences et évaluations transparentes et justes en matière de performances scolaires, un sentiment d'appartenance à l'école ainsi qu'un climat favorable aux apprentissages, c'est-à-dire cohésif et non violent. A cela s'ajoutent l'existence d'infrastructures spacieuses et favorisant l'activité physique¹⁹, une offre d'activités parascolaires variées, la possibilité de participer à la formulation et à l'implémentation de règles concernant

TABLEAU 7.2

Indicateurs du soutien social perçu chez les garçons et les filles de 11 à 15 ans en Suisse (HBSC 2014; moyennes et écarts-types)²⁰

	Garçons					Filles				
	11 ans	12 ans	13 ans	14 ans	15 ans	11 ans	12 ans	13 ans	14 ans	15 ans
Soutien de la part de la famille										
Score moyen de soutien	4,4 ±0,77	4,3 ±0,82	4,3 ±0,86	4,2 ±0,92	4,2 ±0,88	4,4 ±0,76	4,4 ±0,75	4,3 ±0,81	4,2 ±0,84	4,2 ±0,86
Soutien de la part des amis et amies										
Score moyen de soutien	3,9 ±0,87	4,0 ±0,78	4,0 ±0,77	4,1 ±0,78	4,1 ±0,71	4,3 ±0,75	4,3 ±0,73	4,4 ±0,63	4,4 ±0,62	4,5 ±0,64
Soutien de la part des maîtres et maîtresses										
Score moyen de soutien	4,0 ±0,81	4,0 ±0,86	3,9 ±0,87	3,8 ±0,94	3,8 ±0,89	4,1 ±0,76	4,0 ±0,79	3,9 ±0,81	3,7 ±0,80	3,7 ±0,81

Remarques: Echelles graduées de 1 à 5. Echantillon national maximal: voir tableau 7.1.

Source: Enquête HBSC 2014, Addiction Suisse (propres analyses).

¹⁹ Bien que les résultats des recherches sur le lien entre activité physique et santé psychique ne soient pas unanimes, il existe des indices suggérant qu'une activité physique suffisante contribue favorablement au bien-être des enfants et des jeunes adolescents (Strong et al., 2005).

²⁰ Les indications concernant la construction de ces scores peuvent être obtenues auprès des auteures.

la vie au sein de l'école, la responsabilisation des élèves et de la communauté éducative (*empowerment*), de même que le développement et l'entretien de relations avec les parents (Desjardins, D'Amours, Poissant & Manseau, 2008; Paulus, 2013).

7.3 Défis particuliers aux élèves d'âge scolaire

Les enfants puis les jeunes adolescents sont confrontés à plusieurs défis développementaux liés notamment à leur vie d'élève. Il y a tout d'abord, dès l'âge de 6 ans environ, l'adaptation à l'école primaire, c'est-à-dire à un environnement plus structuré et contraignant du fait de ses horaires imposés et de ses règles et normes en matière de conduite appropriée en classe ou dans la cour de récréation (Masten & Coatsworth, 1998). Ce passage implique aussi le développement de la compétence scolaire dans des matières telles que la lecture, l'écriture ou le calcul, de même que l'entrée dans un monde où les performances sont évaluées par des notes et où se vivent des succès et des échecs (Bantuelle & Demeulemeester, 2008). Le maître ou la maîtresse devient un adulte référent significatif et les contacts avec d'autres enfants y sont généralement plus

nombreux et variés qu'auparavant. A cet âge, les amitiés deviennent primordiales et le groupe de pairs (du même sexe) – tout comme le fait de se sentir populaire – gagne en importance (Stassen Berger, 2012). Cet univers social élargi offre à l'enfant de plus nombreuses sources potentielles de soutien, mais suppose aussi la capacité d'initier et de maintenir des interactions harmonieuses avec les camarades de classe, de s'en faire accepter, de faire des compromis et de gérer des conflits (Kail, 2007). Enfin, même si l'enfant passe moins de temps auprès de sa famille, celle-ci reste un milieu très important pour son développement et un lieu privilégié d'apprentissage (Stassen Berger, 2012).

C'est généralement vers l'âge de 12 ou 13 ans que se produit le passage à l'école secondaire, qui s'accompagne d'exigences plus élevées concernant la discipline et les branches enseignées, ainsi que de choix déterminants pour la vie professionnelle future. Généralement, les élèves rejoignent un établissement bien plus grand, où ils ont de nombreux enseignants et enseignantes et de nouveaux camarades de classe qu'il faut apprendre à connaître et dont il faut se faire accepter (Bantuelle & Demeulemeester, 2008). Or, ces dernières années de l'école obligatoire coïncident avec une période de transition développementale où se côtoient puberté et défis psychosociaux majeurs. Il s'agit, entre autres, de la transformation de la relation avec les parents, dont les jeunes adolescents cherchent à s'émanciper mais tout en ayant encore besoin d'eux. Il s'agit aussi de l'importance croissante du groupe de pairs, avec lequel ils passent toujours plus de temps (Stassen Berger, 2012). Parallèlement, l'intérêt pour les relations amoureuses et intimes s'éveille et le désir de plaire place l'apparence physique au centre des préoccupations. Tous ces changements, les jeunes adolescents doivent s'y adapter afin de se construire une identité autonome et gagner en indépendance sociale et émotionnelle pour, plus tard, répondre aux attentes et exigences de la société à leur égard (Bantuelle & Demeulemeester, 2008).

De manière générale, la santé psychique des élèves d'âge scolaire est étroitement liée à leur compétence à accomplir les multiples tâches inhérentes à chaque défi développemental. Comme nous l'avons dit, l'ajustement psychologique à ces tâches à un certain moment va largement conditionner la réussite dans la gestion des suivantes. Aussi, ne pas parvenir à s'y adapter ou en tout cas pas de façon suffisante peut

Digression: les écrans et les «nouveaux médias»

Les «nouveaux médias» qui, ces dix dernières années, ont permis une diversification notable des formes possibles d'interactions sociales entre pairs (Willemse et al., 2014; Suter et al., 2015), comportent des avantages mais aussi certains risques (Bundesamt für Sozialversicherungen BSV, 2013), que ce soit comme source potentielle d'addiction, en tant qu'intermédiaire dans la perpétration du harcèlement entre élèves (Ribeaud & Eisner, 2008) ou par un potentiel impact négatif sur l'heure du coucher et la durée du sommeil (Hale & Guan, 2015), par exemple. Cependant, beaucoup de questions se posent encore quant aux conséquences de l'usage des écrans (télévision, ordinateur, tablette tactile, téléphone portable) et des activités associées (surfer sur Internet, aller sur les réseaux sociaux, etc.) pour la santé psychique des enfants et des jeunes adolescents. Ceci montre le défi que constitue pour les élèves une utilisation positive des «nouveaux médias».

entraver l'ajustement psychosocial aux tâches ultérieures et déboucher sur des comportements problématiques externalisés, internalisés ou d'évitement qui peuvent affecter la santé psychique (Hurrelmann & Quenzel, 2013).

7.4 Recommandations d'action et pistes de solutions possibles

Il existe à ce jour au plan international un large éventail de programmes de prévention et de promotion de la santé psychique qui se basent sur différents modèles conceptuels et dont certains ont vu leur efficacité validée scientifiquement. L'Institut national de la santé publique du Québec (INSPQ), par exemple, a procédé à une revue critique des interventions existantes et a publié un avis scientifique relatif aux conditions d'une bonne efficacité (Desjardins et al., 2008). Leurs conclusions nous servent d'ailleurs de guide pour une partie des recommandations ci-après.

7.4.1 Comment atteindre les élèves d'âge scolaire?

Le milieu scolaire est reconnu pour offrir un cadre privilégié à la mise en place de mesures visant à l'acquisition de bonnes compétences en matière de santé ainsi que de programmes de promotion de la santé psychique et de prévention des troubles psychiatriques (Osher, Kendziora, Spier & Garibaldi, 2014). La première raison en est que les élèves du primaire et du secondaire I passent un temps considérable à l'école et dans les activités qui lui sont liées. Ensuite, comme souligné dans le Manifeste suisse relatif à la Public Mental Health, «l'école permet de poser les bases pour une égalité des chances en matière de santé» (Mütsch, Schmid, Wettstein & Weil, 2014, page 3). Ceci renvoie notamment au fait que l'école obligatoire permet d'atteindre tous les enfants et les jeunes adolescents, indépendamment du statut socio-économique de leur famille, ce qui constitue un avantage essentiel au regard de la corrélation observée entre précarité économique et mauvaise santé psychique à cet âge (Ayotte et al., 2009; voir aussi chapitre 4 de ce rapport). Enfin, l'école est un moyen d'accès aux

Infobox Pro Mente Sana: syndrome déficitaire de l'attention (avec ou sans hyperactivité)

Le syndrome déficitaire de l'attention avec hyperactivité est une maladie psychiatrique qui se déclare typiquement dans l'enfance et l'adolescence. Elle est caractérisée par l'hyperactivité, l'impulsivité et l'altération de l'attention. Si le déficit d'attention est le principal syndrome, on parle aussi de trouble de l'attention. Les symptômes moteurs peuvent se normaliser en allant vers l'âge adulte. Mais les autres symptômes accompagnent souvent la personne toute sa vie.

Causes et groupes vulnérables: la recherche présuppose un trouble neurobiologique, dont les causes ne sont pas encore connues. Les causes envisagées sont les prédispositions génétiques, les influences pendant la grossesse et la naissance, ainsi que les facteurs environnementaux.

Prévalences en Suisse: on estime la prévalence à 5% chez les enfants. Les garçons sont plus touchés que les filles. Une étude auprès des recrues suisses révélait une prévalence de 4%.

Traitement: Pendant l'enfance et l'adolescence, on a recours au coaching parental, à la psychoéducation et au traitement médicamenteux. Il est aussi important d'associer l'environnement scolaire. À l'âge adulte, le conseil, les psychothérapies et le traitement médicamenteux sont utilisés.

Sources: Rossi, P. (2012). Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen. Informationen aus der Praxis für Betroffene, Angehörige und Fachpersonen; 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; Ihde-Scholl, T. (2013). Ganz normal anders. Beobachter Edition. Axel Springer Schweiz AG; <http://www.adhs.info/> (en allemand).

parents, qui conservent en la matière un rôle de premier plan et dont l'adhésion et la participation aux démarches de promotion de la santé sont capitales (Bantuelle & Demeulemeester, 2008). Du fait de ses atouts, l'école est d'ailleurs beaucoup sollicitée pour des interventions en rapport avec la santé. Ceci plaide pour des approches préventives et promotrices de santé travaillant sur les contraintes et les ressources resp. les facteurs de risque et de protection dits «génériques», c'est-à-dire pouvant avoir un impact sur plusieurs types de problèmes.

Comme mentionné plus haut, les «nouveaux médias» comportent certains risques pour la santé des élèves d'âge scolaire (Bundesamt für Sozialversicherungen, 2013). Ils présentent cependant aussi des avantages pour qui souhaite atteindre ces élèves à des fins informatives, préventives ou de soutien, du moins s'agissant des élèves les plus âgés. Des plateformes Internet et des applications pour téléphones intelligents, par exemple, peuvent en effet constituer de précieuses sources d'information et de conseils professionnels spécialisés²¹.

7.4.2 Comment procéder concrètement, à l'école, pour renforcer la santé psychique des élèves d'âge scolaire?

Tout d'abord, il faut rappeler l'importance d'intervenir tôt et sur la durée; n'oublions pas en effet que la santé psychique des élèves se construit depuis leur naissance (voir chapitre 6 de ce rapport). Ensuite, il s'agit d'intégrer – autant que possible – dans les programmes scolaires et activités parascolaires des mesures visant l'acquisition et le renforcement des ressources personnelles mentionnées plus haut.

Pas très éloignées de la notion de ressources, les compétences personnelles, cognitives et sociales (ou compétences de vie, *life skills*) constituent dans ce domaine une approche intéressante (Luis & Lamboy, 2015). Pour les enfants et les jeunes adolescents, ces compétences peuvent être définies, de façon simplifiée, comme des habiletés psychologiques clés qui doivent les aider à faire face aux défis développementaux, à atténuer les effets négatifs du stress sur leur santé physique et psychique ainsi qu'à prévenir les comportements à risque (Mangrulkar, Vince Whitman & Posner, 2001)^{22,23}. Promouvoir la santé en milieu scolaire présuppose néanmoins de s'assurer de la bonne adéquation entre la nature des mesures envisagées et le stade de développement des élèves et leurs besoins, et de proposer une formation adéquate aux enseignants et enseignantes ainsi qu'aux autres intervenants concernés, ceci notamment afin de les sensibiliser à leur rôle d'acteurs de santé. Et, pour être efficaces, les mesures envisagées devraient dépasser la simple transmission d'information en privilégiant les méthodes qui sollicitent la participation active et interactive des élèves (p.ex. par des jeux de rôle et des travaux pratiques permettant de tester les nouvelles aptitudes; Bantuelle & Demeulemeester, 2008). Une problématique complexe telle que la santé psychique implique toutefois d'agir également sur les aspects modifiables du contexte de vie des élèves, notamment le milieu scolaire. Il apparaît en effet primordial de travailler sur les ressources liées à l'école, notamment par des efforts visant à l'instauration d'un environnement sain, favorable à l'acquisition de connaissances et à la réussite scolaire, où les élèves – et le personnel

²¹ Il existe en Suisse des plateformes Internet multi-thèmes telles que www.feel-ok.ch (prestation existant seulement en allemand) et www.ciao.ch (prestation existant seulement en français) destinées aux jeunes et qui abordent, par des informations, des tests interactifs, des témoignages, des forums ou des conseils professionnels, certains aspects en relation avec la santé psychique. A noter que le site www.estimate-de-soi.ch hébergé sur le site www.ciao.ch existe également en allemand (www.meinselbstwertgefühl.ch).

²² En Suisse, les plans d'étude spécifiques aux régions linguistiques «Plan d'étude romand (PER)» (www.plandetudes.ch) et «Lehrplan 21 (LP21)» (www.lehrplan21.ch) se préoccupent de manière approfondie de l'acquisition de capacités transversales («überfachliche Kompetenzen»). Celles-ci y sont définies comme des aptitudes évolutives d'ordre social ou personnel qui peuvent être mobilisées dans l'ensemble des domaines d'apprentissage et des disciplines scolaires, par exemple la connaissance de soi.

²³ Mis en avant en 1993 au plan international par l'Organisation mondiale de la santé (OMS, 1998), le concept récent de compétences de vie, qui repose sur plusieurs approches théoriques, n'a pas encore été défini clairement par la communauté scientifique et fait donc, à ce jour, l'objet de différentes appellations et définitions (Jacobs Foundation, 2011). L'approche des compétences de vie a été promue dans le cadre de programmes de prévention dont l'efficacité a été validée scientifiquement, tels que le «Life Skills Training» (Botvin, 1998) et le programme européen «Unplugged», tous deux consacrés au thème de la consommation de substances psychotropes. Destiné aux 12 à 14 ans, Unplugged est un programme de prévention en milieu scolaire fondé sur l'approche de l'influence sociale globale et qui inclut notamment le développement et l'amélioration des compétences de vie (http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index52035EN.html?project_id=IT&tab=overview).

de l'école – se sentent en sécurité, entendus et intégrés. Enfin, la promotion de la santé psychique et la prévention des troubles psychiatriques en milieu scolaire devrait se faire autant que possible en collaboration avec l'ensemble des acteurs concernés, qu'il s'agisse des autorités scolaires, de la direction d'établissement, du corps enseignant, des infirmiers scolaires, des parents et, suivant leur âge, des élèves. Ceci est d'autant plus important que toute nouvelle mesure doit pouvoir s'intégrer et s'adapter à un contexte de mesures déjà appliquées.

7.4.3 Quelles sont les conditions cadres à créer pour promouvoir la santé psychique des élèves d'âge scolaire?

Toutes les mesures susmentionnées supposent que les écoles et la communauté éducative soient régulièrement informées des offres existantes et des bonnes pratiques en matière de promotion de la santé (psychique), et qu'elles puissent bénéficier de soutien et d'un conseil spécialisés lorsqu'elles souhaitent entreprendre des démarches concrètes visant à améliorer le bien-être psychosocial dans leur enceinte et à proximité de celle-ci²⁴. Mais il faut aussi considérer les choses sous un angle plus large, en soulignant l'importance de sensibiliser la population générale – et par là même les parents – aux problématiques liées à la santé psychique et, plus largement, de développer et renforcer ses compétences en matière de santé. Enfin, il est nécessaire de favoriser la recherche scientifique, ceci dans le but de combler le manque de données représentatives sur la santé psychique des enfants et jeunes adolescents, et d'accroître les connaissances relatives aux contraintes et ressources resp. aux facteurs de risque et de protection ainsi qu'à leurs mécanismes sous-jacents. Ce sont là les conditions préalables à la conceptualisation de programmes et d'interventions fondés sur des données probantes et adaptés à leur cible. A cela s'ajoute de prévoir des évaluations de l'efficacité des mesures mises en œuvre, et ceci suffisamment tôt dans le processus de leur élaboration.

Conclusion: L'école obligatoire est un lieu privilégié pour la mise en place de mesures de promotion de la santé psychique et de prévention des troubles psychiatriques. Pour être efficaces, les mesures mises en œuvre en milieu scolaire à l'intention des élèves doivent intervenir tôt, sur la durée, être adaptées à leur stade développemental et leurs besoins et impliquer les différents acteurs concernés (communauté éducative, parents, élèves). Travailler sur les ressources personnelles des élèves ainsi que sur le contexte physique et social que constitue l'école sont des démarches qui ont fait leurs preuves. L'école doit néanmoins pouvoir recevoir du soutien sur les plans informatif et pratique pour y parvenir. Dans une perspective plus large, il est important de sensibiliser la population aux questions en lien avec la santé (psychique) et d'accroître les connaissances scientifiques sur l'étendue de la problématique parmi les élèves et sur les mesures de promotion et de prévention efficaces.

²⁴ Dans cette perspective, elles peuvent par exemple intégrer le Réseau suisse d'école en santé, qui jouit d'une longue expérience d'accompagnement en matière d'intégration d'interventions de santé dans le contexte scolaire (Réseau suisse d'écoles en santé, 2005).

Exemple de projet: *MindMatters*

Pour la Suisse, parmi les initiatives en lien avec le bien-être et la santé psychique des élèves d'âge scolaire (voir notamment dans Bolliger-Salzman, Müller & Omlin, 2015), nous pouvons retenir à titre d'exemple le programme *MindMatters*, qui vise spécifiquement à promouvoir la santé psychique et à prévenir les troubles psychiques dans les écoles par le développement des compétences sociales et émotionnelles des élèves (<http://www.mindmatters.edu.au>). Conçu en Australie à la fin des années 1990, il s'adresse avant tout aux 5^e à 10^e années scolaires (c'est-à-dire 7^e à 11^e HarmoS et degré scolaire suivant) et a ceci d'intéressant qu'il suit une approche globale incluant le corps enseignant, les parents et l'environnement scolaire dans son ensemble. Le programme *MindMatters* a notamment pour objectif d'encourager le développement des facteurs de protection resp. des ressources des élèves, d'améliorer leurs capacités à résoudre les problèmes, de promouvoir le respect et la tolérance en classe, ainsi que d'instaurer une culture scolaire de soutien. En Suisse, au cours des années 2000, le programme *MindMatters* a été mis en

œuvre et évalué dans le cadre d'un essai pilote auquel trois établissements scolaires ont participé, en même temps que 29 écoles allemandes (voir les résultats publiés de l'étude: *MindMatters*, 2005; Franze et al., 2007). Il existe une étude d'évaluation (pré/post) pour les régions germanophones, qui a été réalisée non pas sur la base d'un groupe de contrôle randomisé mais en comparant les réponses d'une classe de 7^e année scolaire avec celles, un an plus tard, d'une autre classe de 7^e. Bien que contrastés, les résultats de cette étude montrent quelques faibles améliorations qui sont autant de signes encourageants, comme le fait que les élèves perçoivent leur école comme contribuant davantage au développement de leurs compétences sociales. Suite à cette étude, il a été décidé de proposer ce programme à d'autres écoles allemandes, tout en recommandant de lier l'obtention du matériel pédagogique *MindMatters* à la participation à un cours d'introduction (pour des informations concernant le programme *MindMatters* en Suisse alémanique et le matériel correspondant, voir <http://tinyurl.com/pjda9xd>).

7.5 Références

- Anaut, M. (2005). Le concept de résilience et ses applications cliniques. *Recherche en soins infirmiers*, 3(82), 4-11.
- Ayotte, V., Fournier, M., & Riberdy, H. (2009). *La détresse psychologique des enfants et des adolescents montréalais... l'expression de différentes réalités?* Montréal: Agence de la santé et des services sociaux.
- Bantuelle, M., & Demeulemeester, R. (Eds.) (2008). *Comportements à risque et santé: agir en milieu scolaire*. Saint-Denis: Inpes.
- Becker, P., Bös, K., & Woll, A. (1994). Ein Anforderungs-Ressourcen-Modell der körperlichen Gesundheit: Pfadanalytische Überprüfungen mit latenten Variablen. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 2, 25-48.
- Bobo, J. K., Gilchrist, L. D., Elmer, J. F., Snow, W. H., & Schinke, S. P. (1986). Hassles, role strain, and peer relations in young adolescents. *Journal of Early Adolescence*, 6(4), 339-352.
- Bolliger-Salzman, H., Müller, V., & Omlin, M. (2015). *Psychische Gesundheit der Jugendlichen im Kanton Aargau. Ein Bericht mit Grundlagen, Zahlen, Beispielen und Empfehlungen*. Aarau: Departement Gesundheit und Soziales.
- Botvin, G. J. (1998). Preventing adolescent drug abuse through Life Skills Training: Theory, methods, and effectiveness. In J. Crane (Hrsg.), *Social programs that work* (S. 225-257). New York: Russell Sage Foundation.
- Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) (2013). *Entwicklungs- und Nutzungstrends im Bereich der digitalen Medien und damit verbundene Herausforderungen für den Jugendmedienschutz* (Forschungsbericht Nr. 09/13). Bern: BSV.

- Colarossi, L. G., & Eccles, J. S. (2003). Differential effects of support providers on adolescents' mental health. *Social Work Research, 27*(1), 19-30.
- Coleman, J. C. (2011). *The nature of adolescence* (4. Auflage). London: Routledge.
- Compas, B. E. (1987). Stress and life events during childhood and adolescence. *Clinical Psychology Review, 7*(3), 275-302.
- Compas, B. E., Orosan, P. G., & Grant, K. E. (1993). Adolescent stress and coping: Implications for psychopathology during adolescence. *Journal of Adolescence, 16*(3), 331-349.
- Conférence suisse des directeurs cantonaux de l'instruction publique (CDIP) (n.d.). Âge d'entrée à l'école. Berne, CDIP. Repéré à <http://www.ides.ch/dyn/15429.php>.
- Desjardins, N., D'Amours, G., Poissant, J., & Manseau, S. (2008). *Avis scientifique sur les interventions efficaces en promotion de la santé mentale et en prévention des troubles mentaux*. Montréal: Institut national de santé publique du Québec.
- Ellert, U., Brettschneider, A.-K., Ravens-Sieberer, U., & KiGGS Study Group. (2014). Gesundheitsbezogene Lebensqualität bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse der KiGGS-Studie – Erste Folgebefragung (KiGGS Welle 1). *Bundesgesundheitsblatt, 7*, 798-806.
- Erhart, M., Ottova, V., Gaspar, T., Jericek, H., Schnohr, C., Alikasifoglu, M., et al. (2009). Measuring mental health and well-being of school-children in 15 European countries using the KIDSCREEN-10 Index. *International Journal of Public Health, 54*(2), 160-166.
- 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*(4), 221-227.
- Graber, J. A., Nichols, T. R., & Brooks-Gunn, J. (2010). Putting pubertal timing in developmental context: Implications for prevention. *Developmental Psychobiology, 52*(3), 254-262.
- Hale, L., & Guan, S. (2015). Screen time and sleep among school-aged children and adolescents: A systematic literature review. *Sleep Medicine Reviews, 21*, 50-58.
- Hurrelmann, K., & Quenzel, G. (2013). *Lebensphase Jugend. Eine Einführung in die sozialwissenschaftliche Jugendforschung* (12. Auflage). Weinheim: Beltz Juventa.
- Jacobs Foundation (2011). *Monitoring and evaluating life skills for youth development*. Zurich: Jacobs Foundation.
- Kail, R. V. (2007). *Children and their development* (4th ed.). Upper Saddle River, NJ: Pearson Education, Inc.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, 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.
- LaRusso, M. D., Romer, D., & Selman, R. L. (2008). Teachers as builders of respectful school climates: Implications for adolescent drug use norms and depressive symptoms in high school. *Journal of Youth and Adolescence, 37*(4), 386-398.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer Publishing Company.
- Luis, E., & Lamboy, B. (2015). Les compétences psychosociales: définition et état des connaissances. *La Santé en action, 431*, 12-16.
- Luthar, S. S., Cicchetti, D., & Becker, B. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development, 71*(3), 543-562.
- Mangrulkar, L., Vince Whitman, C., & Posner, M. (2001). *Life skills approach to child and adolescent healthy human development*. Washington DC: Pan American Health Organization.
- Masten, A. S., & Coatsworth, J. D. (1998). The development of competence in favorable and unfavorable environments: Lessons from research on successful children. *American Psychologist, 53*(2), 205-220.
- Mendle, J., Turkheimer, E., & Emery, R. E. (2007). Detrimental psychological outcomes associated with early pubertal timing in adolescent girls. *Developmental Review, 27*(2), 151-171.
- Mind Matters. (2005). Evaluationsergebnisse: Erfolge im Modellversuch. Luzern, Schweizerisches Netzwerk Gesundheitsfördernder Schulen. Repéré à <http://tinyurl.com/p3uu5n5>.

- Mütsch, M., Schmid, H., Wettstein, F., & Weil, B. (2014). Manifeste suisse relatif à la Public Mental Health. Berne, Santé publique Suisse et Réseau Santé Psychique Suisse. Repéré à <http://tinyurl.com/oonlvpt>.
- Office fédéral de la statistique (OFS) (2015). Population résidante permanente et non permanente selon le canton, le sexe, l'état civil et l'âge. Neuchâtel, OFS. Repéré à <http://tinyurl.com/nokt9cs>.
- OMS (1998). *Glossaire de la promotion de la santé*. Genève: OMS.
- Osher, D., Kendziora, K., Spier, E., & Garibaldi, M. L. (2014). School influences on child and youth development. In Z. Sloboda & H. Petras (Eds.), *Defining prevention science* (12th ed., pp. 151-169). New York: Springer.
- Paulus, P. (2013). Psychische Gesundheit für eine gute gesunde Schule. Mainz, Landeszentrale für Gesundheitsförderung in Rheinland-Pfalz e.V. Repéré à <http://tinyurl.com/pl2hhso>.
- Plancherel, B., Bettchart, W., Bolognini, M., Dumont, M., & Halfon, O. (1997). Influence comparée des événements existentiels et des tracasseries quotidiens sur la santé psychique à la préadolescence. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 45(3), 126-138.
- Ravens-Sieberer, U., Torsheim, T., Hetland, J., Vollebergh, W., Cavallo, F., Jericek, H., et al. (2009). Subjective health, symptom load and quality of life of children and adolescents in Europe. *International Journal of Public Health*, 54(2), 151-159.
- Réseau suisse d'écoles en santé (Hrsg.) (2005). *Mettons-nous en route pour faire de notre école un lieu de vie et de santé* (4^e édition). Lausanne: Radix Promotion de la santé.
- Réveillère, C., & Courtois, R. (2007). Tracasseries et événements de vie: impact sur la santé psychique à l'adolescence. *Revue Francophone du Stress et du Trauma*, 7(3), 193-204.
- Ribeaud, D., & Eisner, M. (2008). *Entwicklung von Gewalterfahrungen Jugendlicher im Kanton Zürich*. Zürich: Pädagogisches Institut der Universität Zürich.
- Stassen Berger, K. (2012). *Psychologie du développement* (2^e édition). Louvain-la-Neuve: De Boeck.
- Steinhausen, H.-C. (2010). *Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen* (7. Auflage). München: Elsevier GmbH.
- Strong, W. B., Malina, R. M., Blimkie, C. J. R., Daniels, S. R., Dishman, R. K., Gutin, B., et al. (2005). Evidence based physical activity for school-age youth. *Journal of Pediatrics*, 146(6), 732-737.
- Suter, L., Waller, G., Genner, S., Oppliger, S., Willemse, I., Schwarz, B., et al. (2015). *MIKE – Medien, Interaktion, Kinder, Eltern*. Zürich: Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften.
- Way, N., Reddy, R., & Rhodes, J. (2007). Students' perceptions of school climate during the middle school years: Associations with trajectories of psychological and behavioral adjustment. *American Journal of Community Psychology*, 40(3-4), 194-213.
- Wettstein, F. (2014). Eine gute psychische Gesundheit: Systematiken psychischer Ressourcen im Vergleich. Olten, Institut Soziale Arbeit & Gesundheit. Repéré à <http://tinyurl.com/p242y69>.
- WHO (2005). *Mental health policy and service guidance package: Child and adolescent mental health policies and plans*. Geneva: WHO.
- Willemse, I., Waller, G., Genner, S., Suter, L., Oppliger, S., Huber, A.-L., et al. (2014). *JAMES – Jugend, Aktivitäten, Medien – Erhebung Schweiz*. Zürich: Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften.
- Wills, T. A., & Shinar, O. (2000). Measuring perceived and received social support. In: S. Cohen, L. G. Underwood & B. H. Gottlieb (Hrsg.), *Social support measurement and intervention: A guide for health and social scientists* (S. 86-135). New York: Oxford University Press.

8 La santé psychique durant l'adolescence

Dr. phil. Heinz Bolliger-Salzman, Institut de médecine sociale et préventive (ISPM), Université de Berne

Résumé

La santé psychique des adolescents est un phénomène multifactoriel. Elle dépend dans une large mesure des valeurs et des normes que transmettent les parents et les pairs, mais également les écoles et entreprises d'apprentissage. Afin d'encourager le transfert des connaissances et des comportements des responsables éducatifs vers les adolescents, il faut inciter les formations en communication et développement de la personnalité, dont l'utilité a été bien démontrée sur le plan empirique. Outre les mesures et offres structurelles, on devrait aider les adolescents dans leur processus d'autorégulation. Ils perçoivent ainsi plus clairement leur marge de manœuvre, ce qui entraîne à son tour une amélioration du répertoire d'actions. Les moyens concrets identifiés contribuent à ce que les adolescents puissent améliorer leur bien-être et (re)trouver ou conserver une bonne santé psychique.

8.1 Adolescence

Durant la jeunesse se construit une base essentielle au maintien de la santé psychique tout au long de la vie (Kuntz et al., 2013). Cette phase est dénommée adolescence et «comprend selon l'acceptation courante la deuxième décennie de la vie et se subdivise en prime adolescence, adolescence moyenne et grande adolescence» (Wicki, 2010, p. 101). Mais la science ne se met pas toujours d'accord sur les âges délimitant ces étapes: Steinberg (1993), par exemple, situe la prime adolescence entre 11 et 14 ans, l'adolescence moyenne entre 15 et 17 ans et la grande adolescence entre 18 et 21 ans. Schäfers (2001), en revanche, définit l'adolescence comme la tranche d'âge allant de 13 à 25 ans environ. A cet égard, les 13 à 18 ans (phase de puberté) représentent l'adolescence au sens strict; pour les jeunes de 18 à 25 ans ou plus il introduit le terme de post-adolescence. Hurrelmann et Quenzel (2013), en revanche, parlent de nouveau de trois phases qu'ils subdivisent en une phase de prime adolescence (de 12 à 17 ans durant la «phase de puberté»), une phase d'adolescence moyenne (de 18 à 21 ans durant la «phase postpubère») ainsi qu'une phase de grande adolescence (de 22 à 27 ans durant la période de transition vers leurs rôles d'adulte). Cette période d'adolescence qui tend à se dilater toujours davantage reflète une tendance sociale à prolonger cette phase de jeunesse, qui est

liée en particulier à l'extension de la période de formation qui peut durer facilement jusqu'à l'âge de 30 ans (Raithel, 2011), raison pour laquelle on parle également d'*emerged youth*. La période de l'adolescence est considérée comme terminée lorsqu'a été acquise l'indépendance sociale et matérielle vis-à-vis des parents.

8.2 La santé psychique des adolescents en Suisse

8.2.1 Prévalences, données actuelles

La majorité de la population suisse de 15 ans ou plus se sent psychologiquement et physiquement en bonne santé (Schuler & Burla, 2012). Selon l'enquête suisse sur la santé (ESS) de 2012 (Bundesamt für Statistik, 2012), 77% de la population se sent pleine de vitalité et d'énergie, ce qui exprime une solide santé psychique. Une grande majorité de la population estime en outre que sa santé générale (83%) et sa qualité de vie (92%) est bonne ou très bonne. Dans le même sens, une majorité de la population (82%) se sent le plus souvent ou toujours heureuse. Les données du Panel suisse de ménages (PSM) de 2012 confirment ces résultats: près de trois quarts des personnes interrogées (71,6%) se sentent souvent ou très souvent pleines de force, d'énergie et d'optimisme (FORS, 2012). Mais on observe ici un clair gra-

dient d'âge, où 78,4% des personnes de 15 à 34 ans se sentent souvent ou très souvent vigoureuses, énergiques et optimistes, alors que cette proportion s'abaisse à 63% pour les personnes de plus de 65 ans (Schuler & Burla, 2012). Cependant, ces chiffres indiquent également qu'un pourcentage considérable (le plus souvent à deux chiffres) de la population considère que les indicateurs de santé mentionnés ne se vérifient pas complètement, à différents degrés. *«Les adolescents et jeunes adultes se sentent majoritairement en bonne ou très bonne santé. Malgré tout, les troubles psychiques – en particulier pour les jeunes filles – sont fréquents: par exemple, 15% des jeunes femmes, ainsi que 8% des jeunes hommes signalent des symptômes dépressifs modérés à sévères, une proportion qui diminue à un âge plus avancé»* (Bachmann et al., 2015, p. 17). *«(...) 3-4% des jeunes entre 15 et 34 ans ont suivi un traitement au cours de l'année. Parmi les jeunes de 15 à 20 ans, près de la moitié des jeunes filles et environ un tiers des jeunes hommes indiquent avoir eu besoin d'aide pour cause de stress et de nervosité. Le second problème le plus souvent signalé est la déprime»* (Hilti, 2012, p. 221). Les chiffres de l'OMS et des études allemandes informent d'une prévalence des maladies psychiques d'environ 20% pour les enfants et les adolescents. La prévalence au cours des 3 à 12 derniers mois concernant les troubles les plus fréquents de l'enfance et l'adolescence s'élève à 10,4% pour les troubles anxieux, 7,5% pour les troubles du comportement social (troubles antisociaux), 4,4% pour les troubles de l'humeur (dépressions) et 4,4% également pour les troubles hyperkinétiques (Bürli, Amsstad, Duetz, Schmucki & Schibli, 2015). Des différences apparaissent entre les deux sexes: les jeunes filles sont plus sujettes aux troubles psychiques intériorisés (troubles des conduites alimentaires [voir infobox], troubles psychosomatiques et, à partir de la puberté, troubles dépressifs et troubles anxieux). Les garçons en revanche souffrent davantage de troubles extériorisés (troubles hyperkinétiques, troubles antisociaux, troubles dus à la consommation de substances psychotropes) (Ihle & Esser, 2002). *«Un tiers des hommes et plus de la moitié des femmes entre 16 et 19 ans signalent des symptômes de dépression. Le suicide est la deuxième cause de mortalité chez les jeunes hommes, et la troisième chez les jeunes femmes»* (Bachmann et al., 2015, p. 56).

Les courbes de prévalence n'évoluent pas de manière synchrone pour les deux sexes – elles se réalignent seulement au début de l'âge adulte. Avant, les garçons affichent une prévalence globale plus élevée pendant l'enfance et les filles durant l'adolescence (Ihle & Esser, 2002).

8.2.2 Facteurs de risque et facteurs protecteurs ou contraintes et ressources

Des figures d'attachement sensibles, affectueuses, encourageantes et sur qui on peut compter représentent des facteurs de protection, surtout dans la petite enfance (Laucht, Schmidt & Esser, 2000). Les enfants et adolescents qui reçoivent le soutien de leurs parents jouissent d'une plus grande satisfaction face à la vie. Les jeunes d'entre 16 et 20 ans qui font état d'une bonne relation avec leurs parents mentionnent plus rarement des problèmes de santé (Tschumper, 2003). D'autres facteurs de protection externes relatifs à la santé psychique des adolescents sont les suivants (selon Egle, Hofmann & Steffens, 1997):

- relations bonnes et durables avec une figure d'attachement primaire;
- famille nombreuse / relations parentales compensatoires / décharge de la mère;
- bon milieu de remplacement suite à la perte précoce de la mère;
- promotion sociale (p. ex. groupes de jeunes, école, église);
- figure(s) d'attachement adulte(s) apportant son (leur) soutien et sur qui on peut compter.

Mais les adolescents disposent également d'un certain nombre de facteurs de protection internes qui peuvent être considérés comme déterminants pour la santé psychique. La recherche en matière de santé publique présente de nombreux concepts qui postulent une relation avec la santé psychique et peuvent donc être interprétés comme facteurs de protection. Un lien a été démontré pour chacun d'eux, mais pour la plupart ces concepts ne s'appuient sur aucun résultat scientifique récent concernant les adolescents en Suisse. Les éléments suivants, entre autres, ont une influence favorable:

- un sentiment d'efficacité personnelle élevé (Bürli et al., 2015; Ravens-Sieberer et al., 2007);

- l'optimisme²⁵ (Bürli et al., 2015; Mütsch, Schmid, Wettstein & Weil, 2014; Schuler & Burla, 2012; Ravens-Sieberer et al., 2007);
- l'autonomie²⁶, comprise comme un sentiment de liberté de choix (Deci & Ryan, 2008);
- une estime de soi stable (Ravens-Sieberer et al., 2007; Mütsch et al., 2014);
- une satisfaction générale (avec la situation de vie, la santé, les relations, la situation financière, etc.) (BAG, 2013);
- une compétence de vie générale (compétences en résolution de problèmes, compétences relationnelles et de communication, faculté de faire face au stress et aux problèmes) (Radix, 2015; Bühler & Heppekausen, 2005; Anliker et al., 2014);
- une régulation adéquate des émotions (Berking, 2015, Berking & Wuppermann, 2012);
- une perception de soi autocritique et réaliste (Bühler & Heppekausen, 2005; Anliker et al., 2014);
- la pensée créative (Herbig et al., 2008; Bühler & Heppekausen, 2005; Anliker et al., 2014);
- la pensée critique (Bühler & Heppekausen, 2005; Anliker et al., 2014; p. ex. pour le niveau critique de compétences en matière de santé voir Abel, Sommerhalder & Bruin, 2011);
- un fort sentiment de maîtrise de sa vie (Bürli et al., 2015).

En raison du fait que pour ce dernier concept (le sentiment de maîtrise de sa vie) il existe des chiffres actuels, nous allons ici brièvement aborder le sujet qui est représentatif de tous les autres. Par sentiment de maîtrise de sa vie, on entend «*l'appréciation subjective d'une personne quant à l'influence qu'elle peut exercer sur sa propre vie*» (Schuler & Burla, 2012, p. 35). Pour ce concept également, l'enquête suisse sur la santé (Bundesamt für Statistik, 2010) montre un gradient d'âge prononcé, selon lequel en Suisse 35% des personnes entre 15 et 34 ans éprouvent un fort sentiment de maîtriser leur vie, 42,4% un sentiment modéré et 22,1% un sentiment faible, tandis que les chiffres correspondants pour les 65 ans et plus sont les suivants: 50,7% éprouvent un fort sentiment de maîtriser leur vie, 33,3% un sentiment modéré et 16,0% un sentiment faible.

A l'opposé des facteurs de protection se trouvent les facteurs de risque. Egle et collègues (1997, p. 693) ont dressé une liste des risques liés à l'apparition de troubles psychiques ou psychosomatiques chez les adolescents:

- statut socio-économique bas;
- mère active professionnellement pendant la première année de vie;
- faible niveau d'éducation des parents;
- famille nombreuse vivant dans un très petit logement;
- différence d'âge de moins de 18 mois avec la sœur ou le frère suivant;
- mère élevant seule ses enfants;
- comportement autoritaire du père;
- perte de la mère;
- discorde chronique / pathologie relationnelle dans la famille;
- criminalité ou dyssocialité de l'un des deux parents;
- maladie psychique ou physique de l'un des deux parents;
- manque de contact avec des jeunes du même âge.

Les résultats d'études récentes augmentent de trois ces possibles facteurs perturbateurs, dont deux proviennent de la recherche sur les inégalités sociales: le faible niveau d'éducation des parents (Barth et al., 2014; Eschmann et al., 2007), la pauvreté ou le chômage des parents (Neuberger, 1997) et les maladies psychiques des parents (BAG, 2015, p. 19) constituent les principaux risques pour le développement de troubles psychiques chez les enfants et les adolescents. En dépit de ces risques, la grande majorité des jeunes (90%) expérimentent la confiance de leurs parents et se sentent acceptés, et 80% se sentent compris par leurs parents (Tschumper, 2003) – et cela contrairement à l'opinion généralement admise selon laquelle les relations parents-adolescents seraient principalement conflictuelles.

Parallèlement à la relation avec les parents, d'autres relations sociales sont importantes pour la santé: un tiers des personnes qui indiquent n'avoir aucune personne de confiance se sentent lourdement affectées

²⁵ L'optimisme figure sous la rubrique «force, énergie et optimisme» du Panel suisse de ménages, mais les concepts ne sont pas développés séparément.

²⁶ Pour une réflexion sur la notion d'«autonomie dans le cadre de la promotion de la santé» voir Mattig (2014).

psychiquement, contre seulement 15% parmi celles qui ont une relation avec plusieurs personnes de confiance (Schuler & Burla, 2012). Ces données ne sont malheureusement pas disponibles par tranches d'âge, mais la tendance devrait être similaire chez les adolescents. Pour les adolescents, les camarades, copains et copines, les amis et amies, le groupe avec lequel ils passent du temps durant leurs loisirs ont une importance centrale – selon l'expression anglo-saxonne, on les appelle les pairs et ils exercent une grande influence sur le développement social et cognitif des adolescents. Que l'influence des pairs se manifeste de manière positive ou plutôt négative dépend d'un nombre incalculable de facteurs, tels que la dynamique de groupe, la hiérarchie dominante, les normes et valeurs vécues au sein de ce groupe, l'esprit du temps, la disposition du moment de chacun des membres ainsi que l'inventaire de personnalité des personnes concernées. Les adolescents expérimentent différentes modalités d'action, qui du point de vue pédagogique peuvent être plus ou moins utiles, socialement souhaitables, mais également non souhaitables ou augmentant leur estime de soi, mais aussi des modes de comportements qui représentent une menace pour l'estime de soi. Tout cela se produit par l'interaction de facteurs les plus divers et dépendants les uns des autres. Les possibilités d'influence positive par les pairs sont mises à profit par le biais d'approches d'éducation par les pairs, dans lesquelles des pairs qui ont été formés transmettent des connaissances spécifiques à leur groupe, multipliant les opportunités de prévention et de promotion de la santé. De telles mises en pratique ont lieu en Suisse par exemple dans les domaines de la promotion de la compétence médiatique (Neumann-Braun et al., 2012) ou de la consommation de drogues (Infodrog, 2014; voir également l'infobox dépendance).

8.3 Défis particuliers aux adolescents

L'adolescence représente une phase vulnérable et ambivalente du développement humain qui oscille entre n'être «plus un enfant» et «pas encore un adulte». A cet égard, l'adolescence est marquée par des tâches normatives de développement, qui sont définies historiquement et culturellement, et qui pour les adolescents de notre société occidentale moderne sont décrites ci-après (Oerter & Dreher, 2008):

- constituer un cercle d'amis;
- accepter les modifications corporelles liées à la puberté;
- acquérir les rôles de genre;
- entretenir des relations plus étroites, intimes;
- se détacher des parents;
- prendre des décisions concernant le choix d'une profession;
- développer des représentations sur sa vie en couple et la famille;
- apprendre à se connaître et s'évaluer;
- développer et défendre ses propres conceptions du monde et attitudes;
- développer des perspectives d'avenir et des objectifs de vie.

Des cas de figure typiques de défis à relever par les adolescents peuvent être consultés dans Bolliger-Salzman et collègues (2015). Dans ces cas particuliers apparaissent par exemple comme défis à relever l'absence d'implication des parents au cours du processus de détachement ou des expériences de harcèlement moral, qui peuvent compromettre le développement des compétences sociales. En outre, une estime de soi absente ou faible entrave généralement la capacité d'affronter les tâches de développement qui se présentent et la gestion du stress peut devenir un fardeau important. A cet âge, étant donné le contexte hétéronormé et les premiers conflits dans les relations de couple, l'incertitude concernant sa propre orientation sexuelle et son identité sexuelle est importante (notamment chez les jeunes transsexuels, bisexuels et homosexuels). Finalement, la «société à options multiples» (Gross, 2005) propose par exemple une multitude de possibilités de formation qui peuvent facilement entraîner des exigences excessives dans le processus de prise de décision. A ce stade, ce choix de défis possibles devrait être suffisant, car une autre tâche attend encore les adolescents.

Presque parallèlement à la confrontation aux tâches de développement susmentionnées, les adolescents doivent développer leur identité. L'identité «est conçue comme un concept grâce auquel la confiance subjective dans sa propre compétence est formulée pour préserver la continuité et la cohérence» (Keupp & Ahbe, 2006, p. 29). Cette définition quelque peu alambiquée veut seulement dire que la confiance en son efficacité personnelle est nécessaire pour pouvoir développer le sentiment d'être la même personnalité de manière consistante (cohérence) sur une certaine durée (conti-

nuité). A cet égard, pour Mead (1968), l'identité surgit toujours dans l'interaction avec la société, c'est-à-dire dans les interactions sociales, et donc en fin de compte dans la communication. Erikson (1970), dans son modèle des étapes du développement psychosocial de l'adolescence, envisage les phases centrales de développement suivantes: la nouvelle attribution des rôles (voir la liste ci-dessus dans ce chapitre) qui doivent être remplis par les adolescents, ainsi que l'accélération du développement physique compliquent la quête d'identité et la réponse à la question: qui suis-je? La construction de l'identité est plus

facile si l'on peut s'appuyer sur le plus grand nombre possible d'expériences positives. On parle de diffusion d'identité lorsque ce processus est entravé par exemple par un manque de confiance en soi et qu'aucune identité personnelle stable ne peut être développée. «*Une conséquence en est que de tels adolescents aiment se joindre à des groupes qui ont des structures claires*» (Stangl, 2015).

Un aspect particulier de cette quête de l'identité, en particulier durant l'adolescence, se retrouve dans les comportements à risque. «*Prendre des risques signifie s'engager dans des expériences à l'issue incertaine*»

Infobox Pro Mente Sana: troubles de l'alimentation

Les personnes souffrant de troubles de l'alimentation régulent les angoisses, le stress et d'autres émotions en mangeant. Les troubles de l'alimentation les plus courants sont l'anorexie (anorexia nervosa), la boulimie (bulimia nervosa) et l'hyperphagie boulimique. Ces maladies se présentent aussi sous des formes mixtes.

Anorexie: les personnes anorexiques ont une perception faussée de leur corps. Alors que leur poids corporel est faible, elles sont persuadées d'être trop grosses. De peur de prendre du poids, elles mangent le moins possible ou renoncent totalement à absorber de la nourriture. Souvent, elles pratiquent en plus du sport de façon exagérée ou prennent des laxatifs.

Boulimie: les personnes souffrant de boulimie mangent de façon répétée, par crises régulières (fringales), de grandes quantités, en peu de temps et prennent ensuite des mesures inverses (vomissement, laxatifs, etc.) pour empêcher la prise de poids. Ces fringales sont marquées par un fort sentiment de perte de contrôle.

Hyperphagie boulimique: l'hyperphagie boulimique ou *binge eating* est une sous-forme de boulimie. A la différence des personnes atteintes de boulimie, celles qui souffrent d'hyperphagie boulimique ne prennent pas de contre-mesures après les fringales. Elles sont donc souvent aussi en surpoids.

Conséquences dangereuses pour l'organisme: les troubles de l'alimentation peuvent avoir des conséquences physiques dangereuses, comme des

troubles du rythme cardiaque. Une grande partie des personnes touchées recouvre ensuite la santé. Il existe cependant des développements chroniques et des décès liés aux troubles de l'alimentation.

Prévalences en Suisse: la prévalence au cours de la vie de ces trois formes de troubles de l'alimentation est de 3,5%. Les différentes prévalences au cours de la vie de l'anorexia nervosa, de la bulimia nervosa et du *binge eating* étaient en 2012 de 1,2%, 2,4% et 2,4% chez les femmes et de 0,2%, 0,9% et 0,7% chez les hommes. L'anorexia nervosa apparaît souvent à l'adolescence. La bulimia nervosa et le *binge eating* commencent en revanche plutôt plus tard, jusqu'à la quarantaine.

Causes et groupes vulnérables: les causes des troubles de l'alimentation sont multifactorielles. Les facteurs de risque relèvent d'aspects familiaux et culturels (idéal de beauté), des difficultés (événements critiques de la vie), des facteurs de disposition et de l'insatisfaction face à son corps.

Traitement: il existe différentes approches de traitement des troubles de l'alimentation. Une psychothérapie est souvent indiquée. Quelle que soit la forme, les médicaments ont souvent un effet limité. Pour les personnes souffrant d'anorexie, le traitement passe en premier lieu par la mise en confiance envers l'équipe soignante. Les mesures spécifiques ne sont envisageables qu'après.

Sources: Schnyder, U., Milos, G., Mohler-Kuo, M. & Dermota, P. (2012). Prävalenz von Essstörungen in der Schweiz; DSM 5: <http://psy-gradaran.narod.ru/lib/clinical/DSM5.pdf>.

(Litau, 2011, p. 35). Les adolescents élargissent ainsi leur horizon d'expériences dans lequel ils expérimentent entre autres leur autonomie, responsabilité et capacité d'agir dans leur environnement social naturel, et ils en tirent des enseignements (selon Litau, 2011). Les comportements à risque nuisibles à la santé peuvent également être l'expression du stress qui peut se produire chez les adolescents dans le domaine familial, scolaire ou des amis (Plaumann, Busse & Walter, 2006). Or, le stress est corrélé à une probabilité d'occurrence accrue de symptômes psychiques (Lohaus, Beyer & Klein-Heissling, 2004). En résumé, on peut dire que l'adolescence est un cumul de différentes étapes et tâches de développement représentant chacune déjà une charge importante. Si différents facteurs défavorables sont réunis, cette étape de la vie peut être considérée comme particulièrement vulnérable face aux troubles psychiques.

8.4 Recommandations d'action et pistes de solutions possibles

8.4.1 Comment atteindre les adolescents?

Chez les adolescents en particulier il n'y a pas *un* groupe cible. Parmi les principaux déterminants des difficultés psychiques et de la santé, on peut citer le sexe, le niveau d'éducation, le niveau de formation des parents, le milieu de vie ou être issu de l'immigration. Il est évident que des adolescents dans des contextes différents ont des besoins différents, et que, en conséquence, des approches différentes sont nécessaires pour entrer en contact avec eux. Cela se fait d'une part par le biais d'adultes qui peuvent agir comme multiplicateurs: il s'agit principalement des parents et du corps enseignant à tous les niveaux. Mais d'autre part, cela se fait également par le biais de pairs ou de frères et sœurs, ainsi que d'adultes issus de l'environnement sportif ou artistique, de personnes provenant d'associations d'intérêts, de centres de jeunesse, de travailleurs sociaux ou des membres du clergé. Les cadres dans lesquels les adolescents passent le plus de temps sont le foyer familial, l'école et les structures récréatives. Chacun de ces trois cadres (settings) représente un accès direct vers les adolescents, par lequel les multiplicateurs (parents, enseignants, travailleurs sociaux, etc.) jouent un rôle décisif. Parallèlement à cet accès personnel direct, l'accès par les médias (imprimés et surtout numériques) jouera à l'avenir

un rôle plus important. Le fait de placer des informations ciblées sur la santé psychique dans des magazines des sorties ou des magazines pour les jeunes devrait permettre d'atteindre un segment spécifique d'adolescents. Le développement d'applications ciblées, la mise en ligne de sites Web attractifs, la rédaction de blogs ou la participation active aux réseaux sociaux pourraient permettre d'atteindre d'autres segments spécifiques.

8.4.2 Comment procéder concrètement pour renforcer la santé psychique des adolescents?

Il est évident que le contact direct avec les adolescents est indispensable, quand il s'agit de les encourager à développer leur efficacité personnelle, l'autonomisation vécue, des stratégies d'action participatives, la formation à la pensée orientée vers les solutions, la mise en évidence de la multiplicité des ressources, l'action créative, la communication d'optimisme, d'humour et de joie de vivre, etc.

Les adultes d'une part ont un contact direct avec les adolescents dans leur milieu spécifique – par exemple, les parents dans la maison familiale, les enseignants dans les écoles, les maîtres d'apprentissage dans les entreprises formatrices, les travailleurs sociaux dans les structures de loisirs, les supérieurs hiérarchiques au travail ou les professeurs et enseignants des écoles techniques supérieures, hautes écoles spécialisées ou universités, et les pairs d'autre part. Pour deux raisons au moins, les adultes peuvent jouer un rôle de multiplicateur:

- Ils accompagnent parfois ces jeunes gens depuis leur enfance et les initient aux codes sociaux et comportements spécifiques à chaque culture, ce que l'on appelle les connaissances procédurales.
- Ces connaissances sont transmises dans les systèmes sociaux, ce qui d'ailleurs permet une approche systémique.

Deux éléments paraissent essentiels dans une situation éducative concrète: une posture intérieure des parents et des enseignants, ainsi qu'une bonne communication. Les adultes, s'ils sont formés de manière adéquate, peuvent agir comme multiplicateurs dans une approche systémique pour la diffusion et la promotion des processus mentionnés. Bauer (2007, p. 91) observe: *«Les parents jouent un rôle crucial pour la réussite du processus de développement et de formation d'un enfant ou d'un adolescent.»* Suivant cette logique, il est clair que les parents devraient être en

forme («fit») pour que cela se passe bien pour les adolescents. Pour ce qui est du développement de la personnalité et du renforcement psychique de ce groupe cible, précisément, il existe déjà sur le marché un nombre considérable de programmes qui conduisent à cet objectif. Bolliger-Salzmann et al. (2015) mentionnent un large éventail de possibilités qui peuvent aider les parents dans leur travail éducatif (p.ex. Sanders, Cann & Markie-Dadds, 2003; Dinkmeyer, McKay & Dinkmeyer, 2006; www.elternbildung.ch, 2015; www.familienhandbuch.de, 2015; lifematters, 2015). Les pédagogues, de leur côté, réclament toujours un «permis de conduire pour parents», et des initiatives locales en Allemagne ont obtenu de bons résultats avec la mise en œuvre d'un «enseignement obligatoire pour les parents» (ZDF, 2006), dont l'objectif central est: «Nous voulons aider les parents à retrouver leur autorité.»

Ce qui est valable pour les parents peut aussi servir de base aux enseignants, maîtres d'apprentissage, supérieurs hiérarchiques ou travailleurs sociaux: les perfectionnements professionnels, les formations et les possibilités de réflexion et de développement de la personnalité peuvent constituer la base pour un futur contact fructueux avec les adolescents. Des exemples de contenu de ces possibilités d'apprentissage pourraient inclure:

- Formations à la communication: la communication représente l'élément central de la rencontre entre personnes. On ne parle pas ici d'un cours de communication qui répéterait les théories de Watzlawick (par exemple Watzlawick et al., 2000) ou des quatre oreilles de la communication de Schulz von Thun (2010), mais d'une communication intériorisée, assertive²⁷, quotidienne (Bolliger-Salzmann, 2014).
- Formations en développement personnel: pour les parents, un bon nombre de programmes bien établis et ayant fait leurs preuves ont déjà été indiqués (voir ci-dessus). Pour les enseignants,

Digression: la théorie des systèmes

La théorie des systèmes peut être définie comme suit: «Elle traite du problème de la complexité, actuellement reconnu comme central dans tous les domaines de la vie, c'est-à-dire du problème de la multiplicité et de la mise en réseau, des structures et des relations ainsi que des règles et des modèles entre les éléments d'un système. L'intérêt de la théorie des systèmes ne se centre donc pas tant sur l'état des différentes parties, mais plutôt sur les processus de leur interaction. Ceci s'applique à chaque niveau du système vers lequel l'observateur tourne son attention, le niveau individuel des processus neuronaux au plan individuel tout comme celui de la famille ou de l'école, où chaque système peut être considéré comme le sous-système d'un système plus vaste (et vice versa)» (Rotthaus, 2007, p. 12). Une telle approche a une influence sur la compréhension de l'éducation dans notre société actuelle: «De cette manière, l'objectif est d'encourager certaines attitudes et dispositions intérieures chez les parents, enseignantes et enseignants, éducatrices et éducateurs, sur la base desquelles il est possible d'entreprendre des actions éducatives significatives dans les conditions particulières de chaque situation individuelle» (Rotthaus, 2007, p. 9). Si on applique la théorie des systèmes aux problèmes ou conflits interpersonnels, on peut dire qu'un système (familial) n'«a» pas un problème, en tant que caractéristique du système qui lui est propre, mais qu'il peut développer un système de problèmes caractéristique autour d'un comportement ou d'un thème par les communications à son sujet: «Un problème «crée» un système de problèmes» (de Schlippe & Schweitzer, 2009, p. 30). La notion de «système de problèmes» signifie ici l'imbrication complexe des différentes dynamiques et processus qui produisent ce que nous appelons communément un «problème».

²⁷ «L'assertivité est une forme de communication libérante, autodéterminée, confiante et donc saine. Elle implique la capacité de parler pour soi-même d'une façon honnête et respectueuse. Un style de communication et de discours assertif représente le juste milieu entre un comportement verbal trop passif et un autre trop agressif.» (Bolliger-Salzmann, 2014, p. 55)

Le programme STEP, bien connu dans le domaine du soutien parental, peut par exemple représenter une bonne option dans sa version spécifique pour le personnel enseignant (Dinkmeyer et al., 2011). Pour les autres groupes professionnels, des cours voire des programmes d'études complets devraient être développés et implantés dans les centres de formation pour les maîtres d'apprentissage, dans les offres de cours des grandes entreprises et des administrations publiques ou dans les formations continues des responsables RH du secteur tertiaire.

Pendant et après le processus de détachement vis-à-vis des parents, ce sont toujours davantage les jeunes du même âge (les pairs) qui gagnent de l'influence sur les préférences, les comportements, les points de vue, les opinions, les valeurs et les normes. Par le biais de formations ciblées des multiplicateurs les adolescents peuvent recevoir le soutien des jeunes du même âge pour poursuivre leur itinéraire peut-être de manière moins risquée.

La pleine conscience et l'humour sont par exemple des attitudes qui soutiennent à la fois la communication et le développement de la personnalité: la pleine conscience peut par exemple être obtenue à l'aide de séances de MBSR (*mindfulness-based stress reduction*) élaborées par Kabat-Zinn (Kabat-Zinn, 2015) et l'humour peut être utilisé comme un élément décontractant dans la vie quotidienne (Bolliger-Salzman, 2014). Si ces deux éléments sont acquis (ce qui représente une tâche difficile et de longue haleine) des changements manifestes apparaîtront au niveau neurophysiologique de l'individu (Davidson & Schuyler, 2015; Hölzl et al., 2008).

De tels processus d'apprentissage exercent une influence décisive sur les attitudes individuelles, comme la gestion des rapports avec soi et les autres, la capacité de nouer des liens profonds et stables, une régulation appropriée des émotions, une vie sans crainte, l'efficacité personnelle et l'expérience de l'autonomisation (*empowerment*), prendre part aux réalisations culturelles de notre société, participer activement à la vie politique ou favoriser les bonnes manières entre collègues. L'exercice de ce type d'équilibre, combiné au recours à une communication assertive, permet un essor du développement personnel qui, grâce à une attitude d'écoute et d'humour, exercera un effet positif sur toutes les personnes impliquées dans les différents systèmes.

8.4.3 Quelles sont les conditions cadres à créer pour promouvoir la santé psychique des adolescents?

Les stratégies concrètes du sous-chapitre 8.4.2 doivent être accessibles à un large public et appliquées à grande échelle. A cet égard, il est plus efficace de les organiser à différents niveaux:

Pour les parents

Une possibilité pourrait être les cours pour les parents. Ceux-ci peuvent toutefois poser des problèmes dans la mesure où les parents qui participent s'exposent au risque de la stigmatisation (la devise étant): «Ils en ont manifestement besoin.» A l'inverse, ce sont surtout les parents issus de la classe moyenne qui participent aux réunions de parents, alors que les parents d'adolescents «difficiles» en sont absents. Les raisons de leur absence sont cependant souvent facilement compréhensibles (travail par équipe, difficultés linguistiques, etc.). Ce phénomène indique un problème général dans la promotion de la santé: très souvent les personnes qui participent en savent ou en font déjà beaucoup à ce sujet (Bolliger-Salzman et al., 2015). De tels arguments doivent être considérés avec soin – mais il semble qu'il vaudrait la peine de faire une réflexion dans ce sens. Des cours pour parents, spécifiques et ciblés, pourraient par exemple être annoncés par le biais des associations de parents, des centres de consultation familiale, des communes ou des écoles.

Dans les établissements scolaires (degré secondaire II)

Parallèlement aux possibilités indiquées pour la formation des enseignants, des contenus spécifiques devraient être intégrés dans le programme d'études de manière à ce que tous les élèves puissent en bénéficier. Il peut s'agir de disciplines telles que la communication, la gestion du stress, la pleine conscience, l'humour, la communication assertive, mais des sessions pratiques de yoga, qi gong, relaxation musculaire progressive, relaxation alpha, séances de MBSR ou méditation sont également envisageables. L'objectif devrait toujours être de renforcer les ressources des adolescents, de leur donner les moyens de prendre des décisions individuelles (autonomisation/empowerment), d'améliorer leur capacité de régulation émotionnelle et de gestion du stress, d'augmenter leurs compétences de communication et de maintenir une certaine sérénité dans la vie quotidienne.

Dans les entreprises formatrices

Les objectifs sont les mêmes que pour les écoles, mais les conditions structurelles sont différentes, de sorte qu'une partie de ces objectifs d'apprentissage devraient être enseignés dans les écoles professionnelles, ce qui rivalise d'une part avec le programme existant et d'autre part avec la présence déjà limitée des apprentis dans les entreprises. Il convient de faire la distinction entre les grandes entreprises et les PME: s'agissant des grandes entreprises, on peut partir du principe qu'elles disposent de professionnels des RH qui ont les moyens de prendre en charge les employés de manière globale, y compris la santé psychique des adolescents. Dans les PME cela dépendra essentiellement des cadres – dans tous les cas, il existe déjà des programmes appropriés (www.pme-vital.ch).

Dans les écoles supérieures, hautes écoles spécialisées et universités

Ces établissements d'enseignement sont prédestinés à un surmenage intellectuel: au niveau structurel, des offres dans le domaine artistique (installation d'une salle de musique et d'un atelier de peinture), dans le domaine psychomoteur (mise en place d'un mur d'escalade) et dans le domaine de la gestion du stress (aménagement d'une salle de détente pour la méditation ou le *power nap*) pourraient par exemple constituer une base solide. Comme dans les écoles, des cours ou formations complémentaires obligatoires ou volontaires seraient également envisageables (selon le type d'établissement). Certaines institutions (p.ex. les universités) offrent depuis des années toutes sortes de possibilités au sein de leur programme sportif universitaire.

Temps libre

Le domaine des activités de loisirs semble des plus hétérogènes. Il est possible d'identifier trois grands contextes différents:

1. Au sein des activités de loisirs structurées, il existe un sous-groupe particulier qui peut probablement être atteint avec un minimum d'effort: il s'agit des adolescents qui consomment des offres de loisirs dirigées par des personnes formées, comme des animateurs de jeunesse et travailleurs sociaux dans le cadre d'associations sportives ou d'activités organisées par les églises.

2. Les connaissances pédagogiques de base des responsables peuvent différer grandement (p.ex. cours d'artisanat de l'Ecole-club Migros, groupe de rock alternatif, chœur mixte, équipe BMX, groupements politiques ou religieux pour les jeunes, etc.).
3. Il existe aussi, bien entendu, une grande diversité d'activités de loisirs non structurées: les jeunes gens se rencontrent souvent de manière spontanée, ils se retrouvent grâce à quelques messages SMS ou WhatsApp et vont en bande à des fêtes ou pour faire du shopping avec leurs copains et copines, font des grillades en été, écoutent de la musique ensemble, parfois dans un parc public, regardent un film chez l'un ou l'autre ou tout simplement se détendent ensemble.

Exemple de projet LIFT (performance par le développement individuel et l'activité pratique)

Le projet LIFT lancé par le Réseau pour la responsabilité sociale dans l'économie (www.nsw-rse.ch) est un programme d'intégration et de prévention à l'interface entre l'école obligatoire (secondaire I) et la formation professionnelle (secondaire II).

LIFT s'adresse aux adolescents de 7^e, 8^e et 9^e années qui n'ont pas toutes les bonnes conditions de départ pour intégrer le monde du travail et/ou rechercher une place d'apprentissage (p.ex. résultats insuffisants, problèmes de motivation, manque de soutien ou faible estime de soi).

Au cœur du projet LIFT se trouvent les engagements réguliers de courte durée, ce qu'on appelle les «places de travail hebdomadaire», qui sont effectués en dehors des heures d'école dans différentes entreprises. Les adolescents ayant une place de travail hebdomadaire accomplissent des tâches simples 2 à 3 heures par semaine pendant au moins trois mois dans la même entreprise. Simultanément, ils se préparent au monde du travail dans le cadre de modules d'accompagnement dirigés par des professionnels.

En 2014, près de 100 établissements scolaires de toute la Suisse ont participé au projet et 1000 jeunes environ ont pu bénéficier d'une telle place de travail hebdomadaire.

(Binding-Stiftung, 2015; Jugendprojekt LIFT, 2015).

Il est évident que l'accessibilité des adolescents est dégressive dans les trois contextes mentionnés: le premier groupe est le plus facile à atteindre, du fait de la gestion professionnelle de ces offres. Pour le deuxième groupe, c'est déjà plus compliqué, dans la mesure où certaines de ces offres sont bien dirigées par des personnes spécialistes de leur branche, mais profanes en psychologie. Mais dans les deux cas, on va suivre fondamentalement un schéma similaire pour atteindre les adolescents: dans un premier temps, il faut identifier et s'adresser aux acteurs clés. Dans le meilleur des cas, ils sont disposés à s'engager dans un processus qui peut apporter beaucoup à eux personnellement et aux adolescents. Leur rôle de multiplicateur devrait être attrayant et clair à leurs yeux, et conduire avec peu d'effort à des bons résultats tangibles.

Pour le troisième type d'activités, seul le travail de proximité à proprement parler entre en ligne de compte, ce qui soulèverait un certain nombre de problèmes juridiques, financiers et éthiques.

Conclusion: Si on considère les adolescents comme faisant partie d'un système, la manière de les atteindre apparaît alors comme une voie qui passe par des multiplicateurs spécifiques aux différents contextes: dans le contexte «foyer familial», ce sont les parents, dans le contexte «école» le personnel enseignant, les maîtres d'apprentissage dans les entreprises formatrices, les professeurs dans les établissements d'enseignement supérieur et dans le cadre du temps libre ce sont les accompagnateurs professionnels ou les pairs. Au niveau contextuel, des offres de nature structurelle devraient être mises en place, comme des cours (p.ex. de formation à la communication et de la personnalité) ou des services de consultation spécifiques, mais également des infrastructures pour les activités de loisirs, pour la promotion des capacités psychomotrices ou des offres dans le domaine de la relaxation, du sport ou des disciplines artistiques. Conformément au modèle de catégorisation des résultats de la promotion de la santé (Cloetta et al., 2005), ces structures se manifestent tant au niveau du comportement des multiplicateurs qu'à celui des adolescents.

8.5 Références

- Abel, T., Sommerhalder, K. & Bruhin, E. (2011). Health Literacy / Gesundheitskompetenz. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hrsg.) *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention*. Köln: BZgA, S. 337-340.
- Anliker, S., Conrad, C., Holdener, E., Rimann, N. & Sandmeier, A. (2014). *Programme zur Förderung von Lebenskompetenzen in Bildungseinrichtungen*. Bildung + Gesundheit Netzwerk Schweiz. Referat an der 3. Netzwerktagung Psychische Gesundheit Schweiz an der Swiss Public Health Conference 2014. http://sph14.organizers-congress.ch/downloads/presentations/SessionsC/C5_Conrad.pdf [Zugriff: 1.12.2015].
- Bachmann, N., Burla, L. & Kohler, D. (2015). *Gesundheit in der Schweiz. Fokus chronische Erkrankungen*. Nationaler Gesundheitsbericht 2015. Schweiz. Gesundheitsobservatorium (Hrsg.). Bern: Hogrefe.
- Barth, J., Hofmann, K., & Schori, D. (2014). Depression in early adulthood: prevalence and psychosocial correlates among young Swiss men. *Swiss Medical Weekly*, 144, 1-8.
- Bauer, J. (2007). *Lob der Schule: Sieben Perspektiven für Schüler, Lehrer und Eltern*. Frankfurt: Hoffman und Campe.
- Berking, M. (2015). Ausgangspunkt: Emotionsregulation und Psychische Gesundheit. In: M. Berking (Hrsg.), *Training emotionaler Kompetenzen*. Berlin: Springer. S. 7-16.
- Berking, M. & Wupperman, P. (2012). Emotion regulation and health: State of the art. *Current Opinion in Psychiatry*, 25(2), 128-134.
- Binding-Stiftung (2015). Jugendprojekt LIFT – eine Chance für Jugendliche, Schulen und Wirtschaft. <http://www.binding-stiftung.ch/de/jugendprojektlift.php> [Zugriff: 23.9.2015].
- Bolliger-Salzman, H., Müller, V., & Omlin, M. (2015). *Psychische Gesundheit der Jugendlichen im Kanton Aargau. Ein Bericht mit Grundlagen, Zahlen, Beispielen und Empfehlungen*. Aarau: Departement Gesundheit und Soziales.

- Bolliger-Salzman, H. (2014). *Emotionale Klarheit. Das Arbeitsbuch mit Stichworten, Erläuterungen, Überlegungen, Ausführungen und Übungen zur Leichtigkeit des Seins. Ein Aufruf zur sozialen, politischen und ökologischen Verantwortung*. Köniz: hbs-Verlag.
- Bundamt für Gesundheit (2013). Psychische Gesundheit und Psychische Krankheiten. <http://www.bag.admin.ch/themen/gesundheitspolitik/14149/14150/?lang=de> (Zugriff: 1.12.2015).
- Bundesamt für Statistik (2010). Gesundheit und Gesundheitsverhalten in der Schweiz. 2007. Schweizerische Gesundheitsbefragung. Neuchâtel: BFS.
- Bundesamt für Statistik (BFS) (2012). Schweizerische Gesundheitsbefragung (SGB) 2012. http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/infothek/erhebungen__quellen/blank/blank/ess/04.html
- Bundesamt für Statistik (BFS). Gesundheitsstatistik 2014. Neuchâtel. BFS.
- Bühler, A. & Heppekausen, K. (2005). *Gesundheitsförderung durch Lebenskompetenzprogramme in Deutschland. Grundlagen und kommentierte Übersicht*. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). <http://www.bzga.de/infomaterialien/gesundheitsfoerderung-konkret/band-6-gesundheitsfoerderung-durch-lebenskompetenzprogramme-in-deutschland/> (Zugriff: 1.12.2015).
- Bürli, C., Amstad, F., Duetz Schmucki, M. & Schibli, D. (2015). *Psychische Gesundheit in der Schweiz. Bestandsaufnahme und Handlungsfelder*. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- Cloetta, B., Spörri-Fahrni, A., Spencer, B., Ackermann, G., Broesskamp-Stone, U. & Ruckstuhl, B. (2005). *Anleitung zum Ergebnismodell von Gesundheitsförderung Schweiz. Modell zur Typisierung von Ergebnissen der Gesundheitsförderung und Prävention* (2. Version). Bern: Gesundheitsförderung Schweiz.
- Davidson, R.J. & Schuyler, B.S. (2015). Neuroscience of Happiness. In: J. Helliwell, R. Layard & J. Sachs (Hrsg.). *World Happiness Report 2015*. New York: Sustainable Development Solutions Network. A global initiative for the United Nations. S. 88-105.
- Deci, E.L. & Ryan, R.M. (2008). Self-Determination: A Macrotheory of Human Motivation, Development and Health. *Canadian Psychology*, 49, 182-185.
- Dinkmeyer, D. Jr., McKay, G.D. & Dinkmeyer, D. Sr. (2006). *STEP – Das Elternbuch, Kinder ab 6* (2. vollständig überarbeitete Auflage). Weinheim: Beltz.
- Dinkmeyer, D. Sr., McKay, G.D. & Dinkmeyer, D. Jr. (2011). *STEP – Das Buch für Lehrer/innen: Wertschätzend und professionell den Schulalltag gestalten*. Weinheim: Beltz.
- Egle, U.T., Hofmann, S.O. & Steffens, M. (1997). Psychosoziale Risiko- und Schutzfaktoren in Kindheit und Jugend als Prädisposition für psychische Störungen im Erwachsenenalter. *Der Nervenarzt* 9, 555-562.
- elternbildung.ch (2015). www.elternbildung.ch/index_deutsch.html (Zugriff: 16.2.2015).
- Eschmann, S., Weber Häner, Y. & Steinhausen, H. C. (2007). Die Prävalenz psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen unter Berücksichtigung soziodemografischer Merkmale, *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 36(4):270-279.
- familienhandbuch.de (2015). www.familienhandbuch.de (Zugriff: 16.2.2015).
- FORS Surveys, Schweizer Haushalt-Panel (SHP) 2012. <http://forscenter.ch/de/our-surveys/schweizer-haushalt-panel/>.
- Gross, P. (2005). *Die Multioptionengesellschaft* (10. unveränderte Auflage). Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Herbig, B., Glaser, J. & Gunkel, J. (2008). *Kreativität und Gesundheit im Arbeitsprozess – Bedingungen für eine kreativitätsförderliche Arbeitsgestaltung im Wirtschaftsleben*. Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin.
- Hilti, N. (2012). *Prävention von Angststörungen bei Kindern und deren Mütter*. Dissertation zur Erlangung der Doktorwürde an der Philosophischen Fakultät der Universität Freiburg, Schweiz. Berlin: epubli GmbH.
- Hölzl, B.K., Ott, U., Gard, T., Hempel, H., Weygandt, M., Morgen, K. & Vaitl, D. (2008). Investigations of mindfulness meditation practitioners with voxel-based morphometry. *Social Cognitive Affective Neuroscience* 3 (1), 55-61.
- Hurrelmann, K. & Albrecht, E. (2014). *Die heimlichen Revolutionäre – Wie die Generation Y unsere Welt verändert*. Weinheim: Beltz.
- Hurrelmann, K., Quenzel, G. (2013). *Lebensphase Jugend. Eine Einführung in die sozialwissenschaftliche Jugendforschung* (12. Auflage). Weinheim: Beltz Juventa.

- Ihle, W., & Esser, G. (2002). Epidemiologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter: Prävalenz, Verlauf, Komorbidität und Geschlechtsunterschiede. *Psychologische Rundschau*, 53(4), 159-169.
- Infodrog (2014). Arbeit mit Peers im Suchtbereich in der Schweiz. Leitfaden der Schweizerischen Koordinations- und Fachstelle Sucht Infodrog: Bern.
- Kabat-Zinn, J. (2015). Was ist Aufmerksamkeit? <http://www.arbor-seminare.de/was-achtsamkeit-ist> (Zugriff: 21.8.2015).
- Keupp, H. & Ahbe, T. (2006). *Identitätskonstruktion. Das Patchwork der Identitäten in der Spätmoderne*. Reinbek: Rowolt.
- Kuntz, B., Ziese, T. & Lampert, T. (2013): Endlich erwachsen – unendlich gesund?! *Impulse* 78, 2-3.
- Kühne, M. & Bosshart, D. (2014). Der nächste Luxus. Was uns in Zukunft lieb und teuer sein wird. GDI Studie 41. Rüslikon: Gottlieb Duttweiler Institut.
- Laucht, M., Schmidt, H & Esser, G. (2000). Risiko- und Schutzfaktoren in der Entwicklung von Kindern und Jugendlichen. *Frühförderung interdisziplinär*, 97-108.
- lifematters (2015). www.lifematters.com (Zugriff: 16.2.2015).
- Litau, J. (2011). *Risikoidentitäten. Alkohol, Rausch und Identität im Jugendalter*. Weinheim: Juventa.
- Lohaus, A., Beyer, A. & Klein-Heissling, J. (2004). Stresserleben und Stresssymptomatik bei Kindern und Jugendlichen. *Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie* (36), S. 38-46.
- Mattig, T. (2014). *Autonomie als Herausforderung für die Gesundheitsförderung*. Arbeitspapier 19. Bern: Gesundheitsförderung Schweiz.
- Mead, G.H. (1968). *Geist, Identität und Gesellschaft*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Mütsch, M., Schmid, H., Wettstein, F., & Weil, B. (2014). Schweizer Manifest für Public Mental Health. Public Health Schweiz. http://www.public-health.ch/logicio/client/publichealth/file/Schweizer_Manifest_fur_Public_Mental_Health-002.pdf (Zugriff: 30.9.2015).
- Neuberger, C. (1997). Auswirkungen elterlicher Arbeitslosigkeit und Armut auf Familien und Kinder. In: Otto, U. (Hrsg.), *Aufwachsen in Armut. Erfahrungswelten und soziale Lagen von Kindern armer Familien*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. S. 79-122.
- Neumann-Braun, K., Kleinschnittger, V., Baumgärtner, M., Klug, D., Preite, A. & Preite, L. (2012). *Das pädagogische Konzept der Peer Education im Rahmen der Medienkompetenzförderung und Jugendmedienschutz* (Forschungsbericht 15/12). Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen.
- Oerter, R. & Dreher, E. (2008). Jugendalter. In: R. Oerter & L. Montada (Hrsg.), *Entwicklungspsychologie* (6. Auflage). Weinheim: PVU. S. 271-332.
- Plaumann, M., Busse, A. & Walter, U. (2006). Stressbelastung und ihre Prävention im Kindes- und Jugendalter. In: KKH Kaufmännische Krankenkasse (Hrsg.), *Stress? Ursachen, Erklärungsmodelle und präventive Ansätze. Weissbuch Prävention 2005/2006*. Heidelberg: Springer.
- Radix (2015). Psychische Gesundheit in der Schule. <http://www.radix.ch/Gesunde-Schulen/Psychische-Gesundheit/PU9ZI/> (Zugriff: 30.11.2015).
- Raithel, J. (2011). *Jugendliches Risikoverhalten. Eine Einführung* (2. überarbeitete Auflage). Wiesbaden: Springer.
- Ravens-Sieberer, U., Wille, N., Bettge, S. & Erhart, M. (2007). Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Ergebnisse aus der BELLA-Studie im Kinder- und Jugendgesundheits-survey (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 50(5-6), 810-818.
- Rotthaus, W. (2007). *Wozu erziehen? Entwurf einer systemischen Erziehung*. Heidelberg: Carl Auer.
- Sanders, M.R., Cann, W. & Markie-Dadds, C. (2003). The triple P – Positive Parenting Program. A universal population-level approach to the prevention of child abuse. *Child abuse review* 12, 155–171.
- Schäfers, B. (2001): *Jugendsoziologie*. Opladen: Leske + Budrich.
- Schuler, D. & Burla, L. (2012). *Psychische Gesundheit in der Schweiz. Monitoring 2012* (Obsan Bericht 52). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Schulz von Thun, F. (2010). *Miteinander reden 1: Störungen und Klärungen. Allgemeine Psychologie der Kommunikation* (48. Auflage). Reinbek: rororo.
- Steinberg, L. (1993). *Adolescence*. New York: McGraw Hill.

- Tschumper, A. (2003). *Psychosoziales Umfeld: Tragfähige persönliche Beziehungen als gesundheitliche Ressource*. Institut für Psychologie der Universität Bern. In Zusammenarbeit mit den beiden Forschungsteams HBSC und SMASH.
- Von Schlippe, A. & Schweitzer, J. (2009). *Systemische Interventionen*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Watzlawick, P., Beavin, J.H. & Jackson, D.D. (2000). *Menschliche Kommunikation: Formen, Störungen, Paradoxien* (12. Aufl.). Bern: Huber.
- Wicki, W. (2010). *Entwicklungspsychologie*. München: Ernst Reinhardt.
- ZDF (2006). Schulpflicht für Eltern. Heute.de – das Magazin vom 6.5.2006. www.nao.be.schule.de/schule/presse/zdf_05_06/heute_05_06.html (Zugriff: 16.2.2015).

9 Santé psychique et activité professionnelle

Prof. Dr Andreas Krause, Hochschule für Angewandte Psychologie, Fachhochschule Nordwestschweiz

Résumé

Le travail remplit des fonctions psychosociales importantes et favorise la santé psychique. Les données subjectives sur la santé psychique sont positives chez une nette majorité des près de cinq millions d'actifs en Suisse. La loi sur le travail offre un premier cadre visant à protéger les actifs des risques psychosociaux au travail. Les employeurs ont un devoir d'assistance envers les travailleurs. Pour les sans-emploi, d'autres acteurs tels que les ORP et la Suva, sont importants. En ce qui concerne la promotion de la santé psychique individuelle, on mise sur les offres facultatives introduites dans les entreprises, ce qui signifie qu'aucune obligation ne peut directement être imposée aux entreprises sur la base de dispositions légales. Par conséquent, il faut d'autant plus de travail de persuasion auprès des décideurs en entreprise pour leur faire comprendre les liens démontrés scientifiquement entre les conditions de travail, la santé psychique et la productivité, pour initier des analyses dans la propre entreprise et en déduire des mesures spécifiques aux groupes cibles.

9.1 Activité professionnelle

Sont professionnellement actives les personnes qui exercent une activité lucrative en tant que salarié, indépendant ou proche collaborant au sein de l'entreprise familiale. L'Enquête suisse sur la population active inclut des personnes qui travaillent au moins une heure contre rétribution dans la semaine de référence concernée ou qui ont un emploi malgré leur absence temporaire du lieu de travail. Selon les données de l'Office fédéral de la statistique, 4,944 millions de personnes avaient une activité professionnelle au cours du 3^e trimestre 2015 en Suisse.

L'activité professionnelle ne couvre qu'une partie du travail exercé globalement dans la société. Le **travail domestique et familial** est particulièrement étendu. Il englobe les travaux non payés au sein du propre foyer qui pourraient également être effectués contre paiement par des tiers, comme le ménage ou la garde des enfants. En Suisse, la part du travail domestique et familial effectuée par les femmes est nettement supérieure, en moyenne, à la part de l'activité professionnelle (en 2013: 29,1 heures contre 20,6 heures). Chez les hommes, l'activité professionnelle prédomine par rapport au travail domestique et familial (en 2013: 33,3 heures contre 17,5 heures).

Le **bénévolat**, qui comprend les services d'aide non payés résultant d'une initiative personnelle à l'intention de personnes d'autres ménages (bénévolat informel) ainsi que les activités non payées au sein d'associations et d'institutions publiques (bénévolat institutionnalisé) par exemple, est également important. En 2013, en Suisse, une personne sur trois de plus de 15 ans exerçait une activité bénévole, en moyenne 4 heures par semaine. En comparaison, les femmes effectuent nettement plus souvent du bénévolat informel alors que les hommes réalisent nettement plus souvent du bénévolat institutionnalisé. Tandis que le temps consacré à l'activité professionnelle ainsi qu'au travail domestique et familial a eu tendance à augmenter légèrement ces dernières années et que le temps consacré au bénévolat chez les bénévoles actifs est resté très stable, la part relative des bénévoles dans la population totale a nettement baissé depuis 2004, passant de 40,8 % à 33,3 %.

Les statistiques du **chômage** du Secrétariat d'Etat à l'économie présentent un taux de chômage de 3,7 % pour décembre 2015. Ce pourcentage ne concerne néanmoins que les chômeurs inscrits auprès d'un Office régional de placement et immédiatement aptes au placement. Si l'on tient également compte des demandeurs d'emploi qui ne sont pas inscrits

auprès d'un Office régional de placement, le taux de sans-emploi s'élève à 4,9% (mise à jour: novembre 2015). Dans cette seconde statistique, on inclut également les chômeurs en fin de droit, les hommes et les femmes au foyer qui voudraient revenir dans la vie active ainsi que les étudiants à la recherche d'une activité durant les vacances semestrielles. A noter qu'il existe des groupes à risque spécifiques comme les jeunes peu qualifiés avec un taux de sans-emploi nettement plus élevé.

9.2 La santé psychique

9.2.1 Prévalences, données actuelles

En principe, on attribue à l'activité professionnelle un effet positif sur la santé psychique (Baer, Schuler, Füglistler-Dousse & Moreau-Gruet, 2013), en particulier en raison de ses fonctions psychosociales: promotion de l'activité et de la compétence, structuration du temps, préparation de possibilités de coopération, source de reconnaissance sociale et d'identité personnelle (Semmer & Meier, 2014). Dans des études empiriques, les personnes sans emploi font état d'une santé psychique plus mauvaise que les personnes actives (Moreau-Gruet, 2014). L'activité professionnelle recèle donc un potentiel de promotion de la santé. A cela s'ajoute le mécanisme de sé-

lection, le *healthy worker effect*, c'est-à-dire que les personnes en bonne santé ont plus d'opportunités sur le marché du travail et sont donc également davantage actives professionnellement. L'activité professionnelle mais également le bénévolat ont des impacts positifs sur la santé psychique: on a ainsi pu mettre en évidence que le bénévolat a un effet positif sur la santé psychique car il satisfait des besoins le soir, facilite la déconnexion du travail et permet ensuite de rapporter des émotions plutôt positives le lendemain au travail (Mojza, Sonnentag & Bornemann, 2010). Il arrive souvent que le bénévolat ait davantage de sens que le travail dans des entreprises orientées vers le marché (Wehner, Ostendorp & Ostendorp, 2011). Les liens entre travail domestique/familial et santé psychique sont moins clairs car de nombreuses influences doivent être prises en considération comme le nombre et l'âge des enfants ou la qualité de la concertation entre les partenaires (Resch, 1999). En Suisse par exemple, les femmes assument nettement plus de travail domestique et familial et sont plus rarement satisfaites (en 2013: 59,4%) de la répartition des tâches dans le foyer que les hommes (en 2013: 67,9%).

Différentes sources de données peuvent être utilisées pour décrire la situation du travail et de la santé des actifs en Suisse.²⁸ Ces études couvrent parfois des contenus similaires avec des questions et des

²⁸ Sources:

- Enquête suisse sur la population active (ESPA), Office fédéral de la statistique (Bundesamt für Statistik, 2015b);
- Panel suisse de ménages (PSM);
- European Working Condition Survey (EWCS) qui a lieu tous les cinq ans et qui est lié en Suisse à des évaluations spécifiques telles que «l'étude sur le stress» (Grebner et al., 2011) et l'évaluation sur les temps de travail flexibles (Dorsemagen et al., 2012);
- Enquêtes suisses sur la santé qui ont également lieu tous les cinq ans et dont les données sont également analysées sous l'angle du travail et de la santé (Bundesamt für Statistik 2014; Krieger, Graf & Vanis, 2015); l'Observatoire suisse de la santé reprend ce type d'enquêtes et donne un aperçu sur des résultats importants en Suisse (p.ex. Schuler & Burla, 2012; Moreau-Gruet, 2014);
- «Baromètre Conditions de travail», enquête menée sur mandat du syndicat Travail Suisse sur la qualité des conditions de travail du point de vue des employés (Fischer, 2015);
- Enquête sur la sécurité et la santé au travail en Suisse (European Agency for Safety and Health at Work, 2015; Klahr, Higton & Harris, 2012);
- Job Stress Index, qui a été introduit avec le soutien de Promotion Santé Suisse (Ilgic et al., 2014; Ilgic et al., 2015);
- Baromètre suisse des relations humaines (Grote & Staffelbach, 2014), qui est financé par le Fonds national suisse depuis 2012;
- Enquêtes et analyses sur différents questionnements dans le contexte du travail, par exemple sur le harcèlement sexuel au travail en Suisse (Strub & Schär Moser, 2008), sur la gestion des collaborateurs difficiles (Baer et al., 2010) ou sur le dopage au travail (Berlowitz, 2012);
- Enquêtes représentatives menées auprès de différents groupes professionnels, par exemple des enseignants suisses (p.ex. Kunz Heim, Sandmeier & Krause, 2014);
- Enquêtes sur l'utilisation et la diffusion d'offres relatives à la santé dans les entreprises (p.ex. Bauer & Schmid, 2006; Berset, Krause & Straub, 2015; Grutsch & Kressig, 2015) ainsi que spécialement sur l'utilisation de l'offre PME-vital (Brägger, 2014);
- Estimation des coûts liés aux répercussions d'une santé psychique défailante (p.ex. Läubli, 2014; Wieser et al., 2014).

dates différentes, ce qui peut conduire à des résultats différents.

On constate de manière unanime que, dans leur grande majorité, les actifs en Suisse présentent d'un point de vue subjectif, un **bon état de santé général**. Dans le cadre de l'étude suisse sur le stress réalisée

en 2010, 87% qualifiaient leur état de santé de bon à très bon (Grebner et al., 2011). Lors de l'enquête suisse sur la santé menée en 2012, on a obtenu une image analogue: 89,5% rapportaient un état de santé bon ou très bon. En 2007, la part des actifs en bonne ou très bonne santé était même plus élevée (Krieger,

Infobox Pro Mente Sana: dépression (majeure)

Les principales caractéristiques de la dépression sont une humeur triste et pesante pendant la majeure partie de la journée, une perte d'intérêt ou de plaisir, ainsi qu'une baisse d'énergie et une hausse de la fatigabilité. Les autres symptômes peuvent être des troubles de la pensée, de la concentration et du sommeil, un sentiment de culpabilité, une perte d'estime de soi ou de confiance en soi, des idées noires ou des actes suicidaires, ou une altération de l'appétit. La personne touchée a du mal à faire face aux tâches quotidiennes, aux obligations professionnelles, aux activités de loisirs et aux contacts sociaux.

Il existe des formes et des degrés de dépression différents. Cela peut aller de la dépression légère, à peine décelable de l'extérieur, à la dépression sévère, qui paralyse totalement la personne concernée.

Prévalences en Suisse: la dépression est l'un des troubles psychiques les plus fréquents. Selon l'enquête suisse sur la santé, la prévalence annuelle de la dépression est de 5,2%.

Causes et groupes vulnérables: les causes sont multiples, allant de la prédisposition génétique à la personnalité et aux facteurs environnementaux. La dépression peut aussi être une conséquence ou un symptôme de beaucoup d'autres troubles psychiques. Elle peut également agir comme un amplificateur. Les résultats montrent que les personnes ayant un niveau de formation faible, venant d'un milieu social peu élevé, celles qui sont au chômage, qui ont une position moins élevée ou des revenus plus faibles souffrent plus souvent de dépression. Dès l'adolescence et jusqu'à un âge avancé, les femmes sont plus touchées que les hommes par la dépression. Le groupe particulièrement à risque est celui des personnes ayant déjà des troubles physiques, les personnes âgées et celles souffrant de solitude ou rencontrant des problèmes au travail.

Traitement: le traitement dépend du degré de sévérité de la dépression. Pour les dépressions légères,

la psychothérapie, accompagnée de mesures comportementales (bonne hygiène de sommeil, activité sportive, absence d'alcool, etc.) est utile. Pour les dépressions moyennes à sévères, l'association d'une psychothérapie et de médicaments est la plus prometteuse.

La dépression post-partum, une forme particulière

Les symptômes de la dépression post-partum apparaissent durant la grossesse ou jusqu'à 4 mois après la naissance. Près de 10 à 15% des mères souffrent de ce type de dépression. Les pères peuvent aussi être touchés. La dépression post-partum influence l'interaction entre la mère (le père) et l'enfant. Il faut en tenir compte dans le traitement.

Digression: burn-out

Le burn-out ne figure pas comme un diagnostic à proprement parler dans les classifications, mais les médias en parlent beaucoup. On l'associe souvent au surmenage (stress) au travail. Le principal symptôme du burn-out est l'épuisement émotionnel.

Les mesures de prévention du burn-out en termes de comportement peuvent être la compensation, la détente active, la mise en place de bornes ou la tentative de limiter le perfectionnisme. Pour ce qui est des relations, dans le contexte professionnel, la gestion de la santé au travail a une grande importance, à savoir la mise en place de conditions de travail favorables à la santé.

Sources: Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM-10); Ihde-Scholl, T. (2015). Wenn die Psyche streikt. Beobachter Edition. Axel Springer Schweiz AG; Baer, N., Schuler, D., Füglistler-Dousse, S. & Moreau-Gruet, F. (2013). La dépression dans la population suisse. Données concernant l'épidémiologie, le traitement et l'intégration socioprofessionnelle (Obsan rapport 56). Neuchâtel: Observatoire suisse de la santé; <http://www.postnatale-depression.ch>.

Graf & Vanis, 2015). Pour cette question sur l'état de santé, on ne fait néanmoins pas explicitement la distinction entre santé psychique et santé physique. Il vaut donc la peine de regarder d'autres indicateurs qui éclairent encore plus nettement les aspects psychiques de la santé.

La **satisfaction au travail** est élevée. Près de quatre actifs sur cinq déclarent une satisfaction au travail élevée à très élevée, trois actifs sur quatre mentionnent une faible ou très faible résignation (Krieger, Graf & Vanis, 2015). Le baromètre des RH de 2014 aboutit à un résultat un peu plus critique: chez près de 30% des personnes interrogées, la satisfaction au travail tient uniquement au fait que leur niveau d'exigence par rapport au travail a baissé (Grote & Staffelbach, 2014).

En 2010, la majorité des actifs de Suisse s'estimaient compétents concernant leur propre **gestion du stress**: seuls 7% se sentaient plutôt peu capables ou absolument incapables de gérer leur stress. La compétence en matière de gestion du stress est importante pour la santé: les personnes qui se sentent plus compétentes ont également tendance à mentionner un meilleur état de santé général (Grebner et al., 2011).

L'**optimisme** peut être considéré comme un indicateur du bien-être psychique encore plus clair que la question de la santé générale. Les actifs sont plus optimistes dans leur quotidien: à la question, combien de fois vous sentez-vous plein de force, d'énergie et d'optimisme, les actifs à plein temps (76,5%) et les actifs à temps partiel (73,4%) donnent plus souvent des réponses nettement positives que les non-actifs (62,4%) (Moreau-Gruet, 2014). Il en va de même pour la **satisfaction face à la vie**, la satisfaction étant ici aussi plus élevée pour les actifs à temps plein (69,8%) et les actifs à temps partiel (67,9%) que pour les non-actifs (58,7%).

Concernant le sentiment de maîtrise de sa vie, il est surprenant de ne constater aucune différence clairement significative entre les actifs à temps plein et à temps partiel et les non-actifs (Moreau-Gruet, 2014). L'existence de personnes de confiance peut selon l'enquête suisse sur la santé être considérée comme

un indicateur de **santé psychosociale** (Moreau-Gruet, 2014, p. 23). Les personnes ayant une occupation à temps partiel, en particulier, ont souvent plusieurs personnes de confiance (74,5%), plus souvent encore que les actifs à temps plein (70,2%) et, conformément aux attentes, que les non-actifs (62,9%). Il faut néanmoins noter que l'existence de personnes de confiance dépend essentiellement de l'âge et qu'avec l'âge il est plus rare que plusieurs personnes de confiance soient citées.

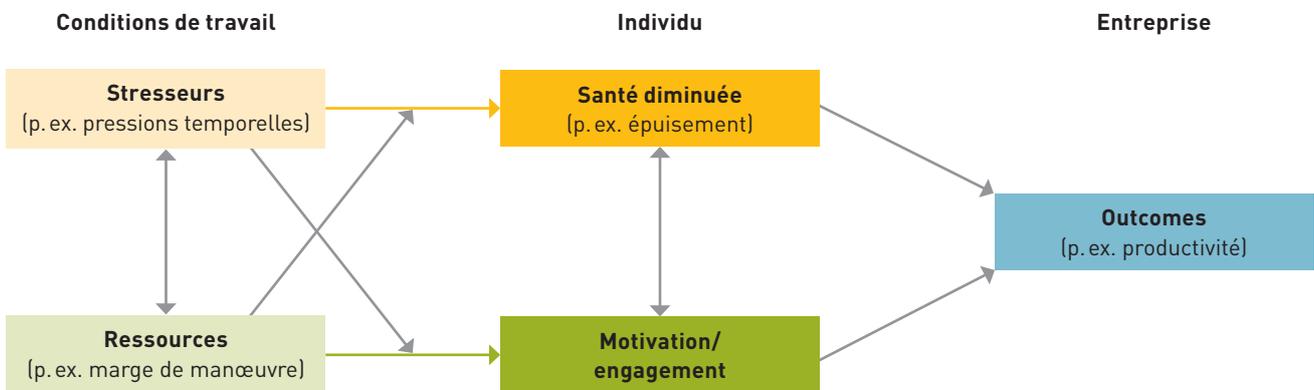
Dans la majorité des cas, en Suisse, l'existence d'un **trouble psychique** n'est **pas un obstacle à l'exercice d'une activité professionnelle**. «*En 2007 en Suisse, environ 70% du groupe des 15 à 64 ans atteints d'un trouble psychique modéré ou sévère travaillaient*» (OECD, 2014, p. 28). Pour ce groupe de personnes, la Suisse présente d'ailleurs le taux d'actifs le plus élevé des pays de l'OCDE. Même dans les cas de troubles psychiques sévères, le taux d'actifs était supérieur à 70%, les Pays-Bas et la Norvège suivant loin derrière (OECD, 2015). Cependant, ces vingt dernières années, la part des personnes percevant l'AI et la part des personnes atteintes de troubles psychiques parmi les bénéficiaires de rentes AI ont continuellement augmenté, au rythme de 1,7% en moyenne par année depuis 1995 (OECD, 2015). En 2011, 4,8% de la population totale âgée de 20 à 64 ans étaient au bénéfice d'une rente AI. Selon Bürli et collègues (2015), 43% des rentes AI versées actuellement sont perçues en raison d'une maladie psychique. La prévalence des maladies psychiques justifiant l'octroi d'une rente est particulièrement frappante chez les 20 à 44 ans (Bundesamt für Sozialversicherungen, 2015).

9.2.2 Facteurs de risque et facteurs protecteurs ou contraintes et ressources

Plusieurs théories et modèles ont été développés afin de décrire et d'étudier le lien entre conditions de travail, caractéristiques de la personnalité et santé psychique (Bauer & Jenny, 2015; Richter, Buruck, Nebel & Wolf, 2011; cf. chapitre 2 dans le présent rapport)²⁹. Le modèle *Job Demands-Resources* doit être présenté à titre d'exemple (modèle JD-R, figure 9.1).

²⁹ Ces modèles sont axés sur l'importance particulière du travail et se distinguent par leur perspective et leurs concepts des autres modèles, par exemple ceux issus de la Santé Publique et de la psychologie de la santé. C'est une source de malentendus, notamment lorsque des contraintes sont définies dans les sciences du travail ou dans la norme internationale ISO 10075 de manière neutre et non de manière critique par rapport à la santé. Les influences négatives doivent alors être qualifiées de contraintes *inappropriées* (Ulich & Wülser, 2015).

FIGURE 9.1

Modèle Job Demands-Resources d'après Bakker et Demerouti (2007)

Dans le modèle JD-R, on distingue deux facteurs d'influence sur la santé psychique, les stresseurs (*Job demands*) et les ressources (*Job resources*). Les stresseurs liés au travail aboutissent à une santé altérée, par exemple à l'épuisement émotionnel (ligne orange) tandis que les ressources liées au travail sont principalement en rapport avec les processus de motivation comme l'engagement (ligne verte). D'autres impacts sur des indicateurs importants dans l'entreprise (*outcomes*) sont admis dans le modèle, par exemple sur la productivité et l'absentéisme. Ce type de modèle relatif à l'influence des conditions de travail sur la santé psychique et les atteintes psychiques fournit des indications pour classer les résultats suivants relatifs à la situation en Suisse. Il montre en outre que l'on attribue aux caractéristiques de la situation de travail une importance particulière pour la santé psychique des actifs. Les ressources personnelles telles que l'efficacité personnelle peuvent être intégrées en plus dans le modèle (Xanthopoulou, Bakker, Demerouti & Schaufeli, 2007).

Dans ce qui suit sont tout d'abord présentés les résultats relatifs aux **ressources liées au travail**. Parmi les ressources importantes dans la vie professionnelle, on citera une marge de manœuvre, une globalité de la tâche, un comportement de soutien de la part des supérieurs et une reconnaissance générale. Elles sont utilisées pour calculer le Job Stress Index (Igic et al., 2014). Ces ressources aident à répondre aux exigences et à minimiser les conditions de travail défavorables telles que de nombreuses interruptions, par exemple. En Suisse, un grand

nombre d'actifs disposent de davantage de ressources dans leur travail que la moyenne de l'UE (Krieger et al., 2012): 73% reçoivent le soutien de supérieurs hiérarchiques, 82% celui de collègues de travail. 95% indiquent qu'ils sont respectés par leurs supérieurs hiérarchiques, 75% rapportent que le supérieur hiérarchique résout bien les conflits, 75% sont encouragés à participer à des prises de décision importantes. De plus, 79% peuvent choisir ou modifier la cadence de travail ou le rythme de travail et 62% des employés peuvent faire des pauses selon leurs propres besoins. En outre, 79% peuvent choisir ou modifier la procédure de travail. Par rapport aux possibilités de participation, 57% des actifs en Suisse indiquent pouvoir influencer au travail les décisions qui sont importantes pour leur travail. Fait particulièrement réjouissant: 91% ont le sentiment d'accomplir un travail qui a du sens.

Les effets positifs des ressources personnelles telles que l'efficacité personnelle sur la gestion réussie des stresseurs sont bien démontrés (Semmer & Meier, 2009). Ces ressources personnelles sont simultanément des indicateurs de la santé psychique et, à ce titre, ont déjà été traitées au sous-chapitre 9.2.1.

En ce qui concerne les **stresseurs** liés au travail, Rau et Buyken (2015) mettent en évidence que l'intensité élevée du travail, le déséquilibre entre l'effort et la récompense, les longs temps de travail, les attentes contradictoires (conflits de rôles) et l'incertitude de l'emploi notamment ont des impacts négatifs sur la santé, ce que démontrent des méta-analyses et des revues de littérature d'un haut niveau qualitatif. En

Suisse, les interruptions de travail, les cadences de travail élevées et la pression des délais sont particulièrement répandus. 48 % des personnes interrogées doivent très souvent ou assez souvent interrompre leur travail pour effectuer des tâches non prévues (Grebner et al., 2011). 43 % des actifs en Suisse travaillent à une cadence élevée de manière chronique, c'est-à-dire les trois quarts du temps voire tout le temps. «*En 2005, 69 % et en 2010, 80 % des actifs de Suisse disaient subir la pression des délais durant au moins un quart de leur temps de travail.*» (Grebner et al., 2011, p. 34).

Dans le cadre de l'enquête suisse sur la santé 2012, un profil de risques un peu différent a été défini. Comme risques les plus fréquents, les personnes interrogées indiquaient devoir penser le plus souvent ou tout le temps à trop de choses simultanément (44 % des actifs) et devoir se presser (38 %). Dans le cadre de l'enquête européenne ESENER-2, ce n'est ni la pression temporelle ni les tâches multiples qui a été identifié comme le facteur de risque le plus répandu, mais la gestion des clients difficiles (European Agency for Safety and Health at Work, 2015).

Le Job Stress Index évalue la corrélation entre les stressseurs et les ressources disponibles. La majorité des actifs en Suisse ont davantage ou au moins autant de ressources que de facteurs de stress. Mais ce n'est pas le cas d'environ une personne sur quatre (Ilgic et al., 2014), qui présente alors des troubles psychiques (Ilgic et al., 2015).

Les facteurs de risque physiques se répercutent sur le psychisme, par exemple quand un niveau sonore élevé ou des courants d'air nuisent à la performance humaine et sont considérés comme injustifiés et comme traduisant un manque d'estime. Ils ne font cependant pas l'objet de ce rapport. Il est néanmoins remarquable que les résultats de l'enquête suisse sur la santé montrent que contrairement à une hypothèse largement répandue, l'importance des facteurs de risque physiques ne diminue pas de façon continue, mais a à nouveau augmenté ces dernières années (BFS, 2014).

Parmi les **facteurs de risque personnels**, on citera par exemple les comportements néfastes pour la santé tels que fumer du tabac ou n'exercer aucune activité physique au quotidien, ou encore les événements douloureux de la vie comme une séparation d'avec le partenaire. Concernant la santé psychique, se pose immédiatement la question de savoir com-

ment la gestion de ces facteurs de risque personnels peut être favorisée et comment elle peut réussir – réussite que l'on nomme également «*résilience*», pour utiliser un terme actuellement très en vogue. Baer et collègues (2010) mettent en évidence que les propres maladies psychiques constituent un facteur de risque très important, celles-ci allant de pair par exemple avec des craintes telles qu'une peur marquée de perdre son emploi.

Il est à noter que dans le cadre de l'enquête suisse sur la santé, près d'une personne active sur deux rapporte des impacts positifs de l'activité professionnelle sur la santé générale (45,8 %) tandis qu'une personne sur dix seulement dit que le travail a un effet négatif sur sa santé (Krieger, Graf & Vanis, 2015). Néanmoins, les travailleurs manuels font très souvent état d'une influence principalement négative du travail sur leur santé (Krieger et al., 2012).

9.3 Défis particuliers à l'activité professionnelle

Concernant la santé psychique des actifs, on mettra ci-après en évidence l'importance de concilier vie professionnelle et vie privée, la vitesse des changements dans le monde du travail et la pression. En complément, on insistera sur l'importance d'intégrer les sans-emploi dans le marché du travail officiel.

Parallèlement au travail, les actifs ont d'autres obligations (p.ex. la famille, l'engagement bénévole et politique) et d'autres intérêts: par exemple, 35 % de la population permanente entre 15 et 64 ans en Suisse assume régulièrement des tâches de prise en charge d'enfants ou d'adultes (BFS, 2014). De plus, compte tenu de la forte intensité de travail rapportée, il est important pour la santé d'alterner l'effort et la détente. Instaurer un **équilibre** entre les différentes exigences constitue ainsi un défi particulier pour le groupe cible des actifs. Les notions d'équilibre entre vie professionnelle et vie privée, *Work Life Balance*, *Life Domain Balance* ou intégration vie professionnelle-vie privée sont des indicateurs qui soulignent l'importance de l'équilibre à instaurer activement (Ulich & Wiese, 2011). Pour les actifs, cet équilibre fait partie des principales caractéristiques des employeurs attractifs (Rietz & Lohaus, 2013). La majorité des actifs semble pour le moment y parvenir: même dans le cas d'une double charge de travail entre l'activité professionnelle et le travail éducatif,

environ 80% disent ne pas se sentir limités lorsqu'ils exercent leur profession (BFS, 2014). Il est heureux de constater que la nette majorité (87%) des actifs de Suisse indique pouvoir bien ou très bien concilier le travail et les obligations sociales (Krieger et al., 2012).

De nombreux signes montrent que les **changements dans le monde du travail** sollicitent fortement les actifs et qu'ils s'accompagnent d'opportunités et de risques (Bruch & Menges, 2010; Rosa, 2005). On citera par exemple les tendances à la numérisation et au travail mobile/flexible dans des lieux et à des horaires très variés. Les actifs perçoivent que les entreprises sont de plus en plus confrontées à une compétition mondiale, qu'elles réagissent de manière flexible à l'évolution des attentes des clients et des besoins du marché et qu'elles attendent de leurs employés qu'ils apportent toute leur créativité et s'engagent pleinement en faveur des objectifs de l'entreprise (Krause, Berset & Peters, 2015). Les publications sur le baromètre des RH donnent un bon aperçu des changements qui préoccupent les actifs de Suisse, par exemple en traitant de la modification des attentes mutuelles des employeurs et des employés (nouveaux contrats psychologiques), de la nécessité de négocier de manière autonome la propre situation de travail (*job crafting*) et l'insécurité croissante de l'emploi. Grote et Staffelbach (2014) résumant: «*Les aspects économiques de la relation de travail l'emportent sur la loyauté et la fidélité*» (p. 10).

Pour les actifs, ces changements semblent être liés à une accélération et à une augmentation de la **pression**: il faut en faire davantage pendant le temps à disposition, les tâches se complexifiant sans que l'on obtienne en contrepartie de ressources de temps supplémentaires. A cela s'ajoute une pression très différente, à savoir la pression de rester en bonne santé, qui se manifeste par un phénomène largement répandu consistant à se rendre à son travail même souffrant ou malade. Il peut être délicat d'évoquer ses difficultés et ses faiblesses au sein de son entreprise. Traiter des problèmes psychiques reste un tabou dans les entreprises (Gentile & Meier-Magistretti, 2014). Mentionner des situations de surcharge et un surmenage personnel est même actuellement considéré par les personnes concernées comme délicat ou comme un aveu de faiblesse, et ces problèmes sont donc souvent tus.

Eu égard au chômage toujours élevé des jeunes par rapport à d'autres groupes d'âge, la question de la réussite de **leur intégration sur le marché du travail** (Steimen Grandel & Hildebrand Albert, 2000) continue de se poser. Lätsch, Pfiffner et Wild-Näf (2011) mettent en évidence que ce sont justement les jeunes bénéficiaires de l'aide sociale qui ont une consommation de substances psychotropes supérieure à la moyenne et qui présentent plutôt un faible sentiment de maîtrise de leur vie, de sorte qu'il existe des «*signes d'une mise en danger psychique*» (p. 3) et qu'il est nécessaire d'agir. De même, on insiste à plusieurs reprises sur la nécessité de proposer des offres spécifiques pour les collaborateurs âgés et ce aussi bien pour les effectifs existants dans les entreprises (Zölch & Mücke, 2015) que pour les personnes âgées sans emploi (Schmugge, Künzi & Guggisberg, 2007).

9.4 Recommandations d'action et pistes de solutions possibles

9.4.1 Comment atteindre les actifs?

Les actifs peuvent être aisément atteints dans le contexte de l'entreprise. C'est pourquoi la promotion de la santé dans le quotidien professionnel est une piste prometteuse pour conserver et favoriser la santé psychique. De plus, l'employeur a un devoir d'assistance vis-à-vis des employés et la loi sur le travail définit un cadre juridique pour protéger les travailleurs des contraintes psychosociales dans les entreprises. Dans les grandes entreprises en particulier, il existe souvent un savoir-faire interne permettant d'aborder le thème de la santé psychique et de mettre en place des mesures concrètes. Dans les petites et moyennes entreprises, des associations professionnelles notamment sectorielles apportent une aide prometteuse. Pour les groupes cibles spécifiques dans l'organisation, des groupes d'intérêts peuvent donner des impulsions précieuses, par exemple les Organisations du monde du travail (OdA) pour les apprenants.

Mais la voie royale pour la promotion de la santé psychique, sociale et physique demeure la mise en place d'une **gestion de la santé en entreprise** (GSE), qui inclut toutes les mesures relatives à la sécurité au travail, à la protection de la santé et à la promotion de la santé en entreprise. Pour réussir sa mise en œuvre, il faut que l'entreprise soit disposée à

promouvoir des mesures en la matière également pendant le temps de travail et à les intégrer dans le quotidien professionnel. De nombreuses entreprises suisses vont au-delà de ce qui est prescrit par la loi sur le travail. Les études réalisées jusqu'à maintenant suggèrent déjà que la majorité des entreprises suisses proposent, sous des formes diverses, des offres pour la sécurité au travail, pour la protection de la santé et pour la promotion de la santé. Leur diffusion est plus ou moins marquée en fonction de la mesure considérée. Ainsi, il y a dix ans déjà, 67% des entreprises suisses indiquaient avoir mis en place une gestion des absences, 40% des offres de conseil social, 19% des programmes de prévention des addictions et 21% des cours sur la santé (Bauer & Schmid, 2006). Pour Berset, Krause et Straub (2015), il est frappant que les PME suisses constatent un besoin élevé en cours de gestion du stress, mais que 17% seulement proposent des offres correspondantes à une partie de leurs effectifs. Fischer (2015) relève en s'intéressant à la perception subjective des collaborateurs: «*Pour 14% des employés, les employeurs n'ont pas adopté de mesures pour la promotion de la santé et pour 29% d'autres employés, les mesures prises ne suffisent absolument pas ou seulement dans une faible mesure*» (p. 19).

Des analyses approfondies sont nécessaires au sein de l'entreprise individuelle pour planifier des interventions visant la promotion de la santé psychique. Les résultats d'ESENER-2 mettent en évidence qu'en Suisse les évaluations des risques liés au travail sont nettement moins fréquentes que dans d'autres pays européens, ce qui est préoccupant. Même dans les pays comme l'Estonie, l'Albanie ou la Grèce, on constate que ces analyses sont plus largement répandues (European Agency for Safety and Health at Work, 2015). Un point positif à relever est qu'en Suisse, il est très fréquent d'avoir recours à des spécialistes internes à l'entreprise pour l'évaluation des risques, ce qui peut faciliter une bonne mise en œuvre dans le quotidien professionnel.

Les actifs qui ne sont que peu intégrés dans une entreprise sont plus difficiles à atteindre. C'est le cas des indépendants (13% de tous les actifs en Suisse) et des collaborateurs de micro-entreprises. Il convient ici d'examiner les offres spécifiques proposées par exemple via des associations de membres et l'utilisation des **réseaux** existants (Eich & Manike, 2013).

Lors de maladies qui entraînent une absence de longue durée, les **interfaces** entre les personnes concernées, les membres de la famille, les employeurs, les médecins, les assureurs, etc. jouent un rôle important, qui est encouragé par l'orientation croissante de l'AI vers la réadaptation (Bürli et al., 2015). Ces dernières années, les études de Niklas Baer ont mis en évidence qu'en Suisse les cadres peuvent fortement contribuer à la détection précoce de maladies psychiques, mais qu'ils devraient néanmoins être aidés et formés de manière ciblée (Baer et al., 2010).

Enfin, les personnes **sans activité professionnelle** peuvent être atteintes dans le cadre des programmes de formation et de reconversion (Lätsch, Pfiffner & Wild-Näf, 2011).

9.4.2 Comment procéder concrètement pour renforcer la santé psychique?

Des programmes de gestion de la santé en entreprise sont appropriés pour influencer positivement le comportement individuel et les conditions de travail des actifs (p.ex. Jenny et al., 2011). On s'accorde à dire aujourd'hui que les mesures de GSE devraient simultanément permettre une amélioration des conditions de travail et du comportement individuel. Cela signifie que la prévention centrée sur les comportements et celle centrée sur les structures ne s'opposent pas mais se conditionnent mutuellement (Bamberg, Ducki & Metz, 2011; Faller, 2010). En revanche il n'existe pas de consensus sur l'importance des différentes mesures. L'article de Pieper et Schröer (2015) livre une vue d'ensemble des informations disponibles sur l'efficacité des interventions GSE mises en pratique.

Bauer et Schmid (2006) classifient les différentes mesures de GSE dans les champs d'action suivants: conduite du personnel (p.ex. promotion de la communication ouverte à tous les niveaux hiérarchiques), développement du personnel (p.ex. formation des compétences sociales), amélioration de l'organisation du travail (p.ex. télétravail), mesures de promotion de la santé orientées sur l'absentéisme et les conditions de travail (p.ex. conseil social) et mesures de promotion de la santé centrées sur les comportements (p.ex. cours sur la santé, notamment sur l'activité physique).

Lors de la mise en œuvre dans le contexte de l'entreprise, l'essentiel sera toujours de développer des offres spécifiques à des groupes cibles qui abordent

suffisamment la situation de travail et la situation de vie particulière (Badura, Ducki, Schröder, Klose & Meyer, 2015). Si la mise en œuvre est bonne, la perspective d'acceptation dans l'entreprise sera élevée: selon Grutsch et Kressig (2015), 86 % des employés de Suisse interrogés considèrent comme importantes les offres relatives à la gestion de la santé en entreprise.

9.4.3 Quelles sont les conditions cadres à créer pour promouvoir la santé psychique?

Il existe déjà de nombreuses institutions, associations et personnes qui s'engagent pour la santé psychique des actifs (cf. p. ex. le Réseau Santé Psychique Suisse) et qui ne peuvent pas être mentionnées ici de manière exhaustive. Outre les organes de contrôle nationaux ou cantonaux ainsi que la fondation Promotion Santé Suisse, il convient de mentionner les experts, par exemple au sein des services de conseil dans les entreprises, dont les offres rencontrent une forte demande. En Suisse, les caisses-maladie constituent en outre des multiplicateurs importants qui emploient leurs propres gestionnaires santé afin d'aider les entreprises assurées à promouvoir la santé et à éviter les maladies. On peut de plus saluer le fait qu'actuellement, d'autres institutions telles que les offices AI (p. ex. dans le canton de Soleure: www.iradis.ch) mettent en place des activités de GSE qui peuvent également se révéler utiles pour les petites entreprises. Relevons en outre que le rôle du monde du travail dans la promotion de la santé psychique est largement évoqué dans le manifeste suisse relatif à la Public Mental Health (Mütsch, Schmid, Wettstein & Weil, 2014).

Éléments importants pour l'avenir:

- **Les organes de contrôle** tels que les inspections cantonales du travail doivent élargir leurs activités actuelles et **tenir davantage compte des facteurs psychosociaux protecteurs et de risque**. Ce processus est déjà en cours. Ainsi, pour la période 2014–2018, les inspections cantonales du travail ont défini comme prioritaires les risques psychosociaux au travail. Dès lors, les organes de contrôle doivent appliquer des méthodes qui permettent de prendre en considération les facteurs psychosociaux protecteurs et de risque. La part du temps consacré à la formation relative aux contraintes psychosociales devrait être accrue pour les spécialistes de la sécurité au travail et les autres multiplicateurs professionnels. Lors-

qu'il s'agit de traiter de la santé psychique des actifs, il est aisément concevable que des psychologues formés aux questions de l'entreprise doivent également intervenir. La promotion de la collaboration interdisciplinaire entre la sécurité au travail / protection de la santé d'une part et la promotion de la santé d'autre part, qui agissent parfois avec différentes approches, représentations et méthodes, s'avéreront importantes.

- **Il faut élaborer, dans le cadre de négociations politiques, des solutions adaptées à leur époque et applicables aux contraintes qui doivent faire l'objet d'une réglementation:** l'exemple par excellence est celui de la saisie du temps de travail, à laquelle on renonce progressivement dans les entreprises suisses et qui peut à présent s'effectuer de manière simplifiée (p. ex. en faisant travailler les employés en premier lieu au sein de projets). Dans le cadre des auditions actuelles visant à modifier l'ordonnance 1 relative à la loi sur le travail, des solutions sont discutées pour coupler des offres contraignantes sur la promotion de la santé à la flexibilisation croissante des conditions de travail dans les conventions collectives. C'est une approche très prometteuse, car des changements sociétaux tels que l'augmentation du travail mobile/flexible doivent être appréhendés et mis en pratique de sorte à être favorables à la santé.
- **Il faut continuer à promouvoir les réseaux régionaux, qui incitent les entreprises à s'informer sur les solutions appliquées par d'autres entreprises et à les adopter** (Schibli, Huber & Wyss, 2010): les réseaux actifs en Suisse sont notamment les forums GSE dans le canton d'Argovie et en Suisse orientale. Ce sont en particulier les entreprises disposant de peu de ressources propres et de peu d'expertise en matière de promotion de la santé en particulier et de gestion des ressources humaines en général qui dépendent de réseaux fonctionnels et de solutions acceptables financièrement. De même, les offres facilement disponibles en ligne sont très prometteuses, en particulier pour les services standardisés et les collectes de données. Comme la majorité des entreprises souhaitent des **exemples de mise en œuvre clairs** au sein d'autres entreprises (Berset, Krause & Straub, 2015), la qualité des exemples présentés devrait être améliorée afin que l'on puisse mieux en déduire comment pro-

céder concrètement dans sa propre entreprise. Au-delà des exemples consignés par écrit, **l'échange d'expériences en toute confiance** est requis pour la mise en œuvre concrète dans son quotidien professionnel.

- Afin d'ancrer davantage encore la GSE, les standards de qualité de cette dernière doivent être mieux établis et adaptés en continu aux changements qui ont cours dans le monde du travail. Promotion Santé Suisse a développé de tels standards de qualité au moyen du label Friendly Work Space (voir l'exemple de projet).
- Afin d'influencer positivement la **santé psychique des sans-emploi**, des efforts sont nécessaires en premier lieu pour promouvoir l'intégration dans

le marché du travail officiel. A titre d'exemple stimulant, citons le programme de la Direction de l'instruction publique de la ville de Berne (2014) qui met également en évidence que, compte tenu des efforts d'économie actuels, la capacité de financement de programmes spécifiques, par exemple pour les personnes peu qualifiées les plus jeunes, représente un défi. Il existe heureusement des interventions concrètes qui ont un impact positif sur la santé psychique des sans-emploi (Mohr & Holleder, 2015) et qui peuvent être source d'inspiration pour le travail des Offices régionaux de placement (ORP). La promotion de la santé psychique peut donc être intégrée explicitement dans la gamme d'offres pré-existante.

Exemple de projet: le label Friendly Work Space

Il existe un grand nombre de mesures pratiquées dans les entreprises qui pourraient servir d'exemple de bonne pratique (Pieper & Schröer, 2015). Au lieu de mettre en avant des mesures spécifiques (p. ex. du *job coaching* pour les cadres stressés), il paraît judicieux de présenter un système global de gestion de la santé en entreprise (GSE) qui donne une orientation aux entreprises.

Avec le label Friendly Work Space, Promotion Santé Suisse crée un système incitatif pour les entreprises qui remplissent les critères de qualité GSE suisses. Une directive avec des exemples de bonne pratique apporte un soutien pour construire une GSE solide (Arbeitsgruppe BGM-Kriterien, 2015). En plus de la santé physique, le label permet toujours de traiter la santé psychique et sociale. Selon des informations de Promotion Santé Suisse, 190 000 employés travaillent déjà dans des entreprises labellisées qui profitent d'une GSE systématique (mise à jour: septembre 2015). Grutsch et Kressig (2015) font remarquer que 42% des actifs qui participent à des offres de GSE rapportent qu'ils ont amélioré leur propre comportement en matière de santé.

Le label s'appuie fondamentalement sur les idées essentielles suivantes:

1. Le label repose sur un modèle de qualité global qui est également utilisé dans d'autres pays européens pour évaluer la qualité de la GSE. Les exigences incluent aussi bien le soutien de la part de la direction (p. ex. mettre à disposition

des moyens pour la GSE) que la mise en œuvre de mesures concrètes et la vérification que les objectifs sont atteints.

2. Une évaluation positive des différents critères du label implique que la mise en œuvre dans l'entreprise a lieu à grande échelle et de manière structurée. Les assesseurs vérifient que la réussite de la mise en œuvre des mesures a également été vérifiée et que des mesures d'optimisation en ont également été déduites.
3. Promotion Santé Suisse travaille actuellement à l'élaboration d'un guide destiné à aider les entreprises à mettre davantage en évidence l'intérêt des mesures de GSE pour la propre entreprise par le biais d'indicateurs et de dimensions.

Bien entendu, même dans une entreprise labellisée, l'existence de conditions de travail parfaites promouvant toujours la santé pour tous les employés n'est pas non plus totalement garantie. En obtenant le label, on indique plutôt une volonté de l'entreprise de traiter sérieusement la promotion de la santé et de la soutenir à tous les niveaux hiérarchiques. Les employés ont suffisamment de flair pour savoir si cela est effectivement mis en œuvre et vécu au quotidien. Par conséquent, il est recommandé pour l'entreprise de communiquer de manière ouverte non seulement sur les succès, mais également sur les problèmes de mise en œuvre de la GSE et de les traiter.

Conclusion: Des offres sont nécessaires qui renforcent les collaborateurs, les équipes et les cadres dirigeants et qui les aident à devenir davantage responsables de leur santé. Une démarche axée sur les ressources, qui forme les cadres dirigeants à ménager leur santé et à manifester davantage d'estime personnelle aux collaborateurs (Franke, Ducki & Felfe, 2015) semble prometteuse. Cela peut également réussir particulièrement bien en améliorant ensemble les conditions de travail. **Il est recommandé de mettre sur pied une gestion de la santé en entreprise systématique ou d'intégrer la santé dans un système de gestion existant de l'entreprise individuelle.** Une analyse de la situation du travail et de la situation de santé pertinente du point de vue de la santé psychique, la proposition d'offres spécifiques à des groupes cibles ainsi que l'examen des liens supposés entre santé et réussite de l'entreprise en feront toujours partie.

Une gestion systématique des incidents négatifs, des conflits et des maladies est également indispensable, par exemple repérer précocement des évolutions négatives, avant l'apparition d'une maladie chronique. Au sein de l'entreprise, de la clarté est requise quant à la façon de procéder et à la réparti-

tion des rôles s'agissant de la gestion de l'absentéisme, du *Case Management*, du mobbing et harcèlement sexuel et d'autres conflits ou discriminations. Pour les acteurs interprofessionnels agissant au niveau politique, le sous-chapitre 9.4.3 suggère:

1. Les organes de contrôle élargissent les activités existantes et tiennent davantage compte des facteurs psychosociaux protecteurs et de risque. Les inspecteurs cantonaux du travail requièrent donc davantage de méthodes, de qualifications et de temps pour assumer cette fonction.
2. Dans le cadre de négociations politiques, trouver des solutions adaptées à leur époque et applicables aux contraintes qui doivent être réglementées, comme la combinaison entre (l'abandon de) la saisie du temps de travail et la promotion de la santé en entreprise.
3. Mettre en place et promouvoir des réseaux, inciter les entreprises à découvrir et à adopter des solutions d'autres entreprises.
4. Par rapport aux personnes sans emploi, il existe déjà des acteurs tels que l'ORP et la Suva qui pourraient intégrer encore plus explicitement dans leurs offres la promotion de la santé psychique de ces personnes.

9.5 Références

- Arbeitsgruppe BGM-Kriterien (2015). *Wegleitung Qualitätskriterien für das Betriebliche Gesundheitsmanagement*. Bern: Gesundheitsförderung Schweiz.
- Badura, B., Ducki, A., Schröder, H., Klose J. & Meyer, M. (Hrsg.) (2015). *Neue Wege für mehr Gesundheit – Qualitätsstandards für ein zielgruppenspezifisches Gesundheitsmanagement: Zahlen, Daten, Analysen aus allen Branchen der Wirtschaft*. Berlin: Springer.
- Baer, N., Frick, U., Fasel, T. & Wiedermann, W. (2010). «Schwierige Mitarbeiter». *Wahrnehmung und Bewältigung psychisch bedingter Problemsituationen durch Vorgesetzte und Personalverantwortliche*. Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen.
- Baer, N., Schuler, D., Füglistler-Dousse, S. & Moreau-Gruet, F. (2013). *Depressionen in der Schweiz. Daten zur Epidemiologie, Behandlung und sozial-beruflichen Integration* (Obsan Bericht 56). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Bakker, A. B. & Demerouti, E. (2007). The job demands-resources model: State of the art. *Journal of Managerial Psychology*, 22, 309-328.
- Bamberg, E., Ducki, A. & Metz, A.-M. (Hrsg.) (2011). *Gesundheitsförderung und Gesundheitsmanagement in der Arbeitswelt. Ein Handbuch*. Göttingen: Hogrefe.
- Bauer, G. & Jenny, G. (2015). Gesundheit in Wirtschaft und Gesellschaft. In: Moser, K. (Hrsg.), *Wirtschaftspsychologie* (S. 207-225). Berlin: Springer.
- Bauer, G. & Schmid, M. (2006). Betriebliches Gesundheitsmanagement als salutogene Intervention – Entwicklungsstand und Potenzial im Schweizer Dienstleistungssektor. *Wirtschaftspsychologie*, 2/3, 47-55.

- Berlowitz, I. (2012). *Substanzkonsum im Arbeitskontext in der Schweiz: Expertenbefragung*. Bern: Staatssekretariat für Wirtschaft.
- Berset, M., Krause, A. & Straub, L. (2015). Wie KMU mit Gesundheitsschutz umgehen. *KMU-Magazin*, 11, 94-97.
- Brägger, M. (2014). *Nutzungsanalyse von KMU-vital*. Arbeitspapier 24. Bern und Lausanne: Gesundheitsförderung Schweiz.
- Bruch, H. & Menges, J. (2010). Wege aus der Beschleunigungsfalle. *Harvard Business Manager*, 5, 26-34.
- Bürli, C., Amstad, F., Duetz Schmucki, M. & Schibli, D. (2015). *Psychische Gesundheit in der Schweiz. Bestandsaufnahme und Handlungsfelder*. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- Bundesamt für Sozialversicherungen (2015). *IV-Statistik 2014*. Bern: BSV.
- Bundesamt für Statistik (2014). *Arbeit und Gesundheit. Ergebnisse der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2012*. Neuchâtel: BFS.
- Bundesamt für Statistik (2015a). *BFS aktuell. Arbeit und Erwerb. Arbeitsmarktindikatoren 2015. Kommentierte Ergebnisse für die Periode 2009–2015*. Neuchâtel: BFS.
- Bundesamt für Statistik (2015b). *SAKE in Kürze 2014. Schweizerische Arbeitskräfteerhebung*. Neuchâtel: BFS.
- Direktion für Bildung der Stadt Bern (2014). *Strategie zur Förderung der beruflichen und sozialen Integration in der Stadt Bern 2014–2017*. Bern: Direktion für Bildung.
- Dorsemagen, C., Krause, A., Lehmann, M. & Pekruhl, U. (2012). *Flexible Arbeitszeiten in der Schweiz. Auswertung einer repräsentativen Befragung der Schweizer Erwerbsbevölkerung*. Bern: Staatssekretariat für Wirtschaft.
- Eich, B. & Manike, K. (2013). *VitaLab – Gesundheitsförderung in Kleinunternehmen*. Arbeitspapier 7. Bern und Lausanne: Gesundheitsförderung Schweiz.
- European Agency for Safety and Health at Work (2015). *Second European survey of enterprises on new and emerging risks (ESENER-2)*. Bilbao: EU-OSHA.
- Faller, G. (Hrsg.) (2010). *Lehrbuch Betriebliche Gesundheitsförderung*. Bern: Huber.
- Fischer, G. (2015). *Barometer Gute Arbeit. Bewertung der Arbeitsbedingungen aus Sicht der Arbeitnehmenden*. Bern: Travail Suisse.
- Franke, F, Ducki, A. & Felfe, J. (2015). Gesundheitsförderliche Führung. In J. Felfe (Hrsg.), *Trends in der psychologischen Führungsforschung* (S. 253-264). Göttingen: Hogrefe.
- Gentile, G.-C. & Meier Magistretti, C. (2014). Betriebliches Gesundheitsmanagement ist Chefsache!? Management in der Unsicherheitszone: Eine qualitative Untersuchung der Perspektive von Top-Führungskräften aus der deutschsprachigen Schweiz. *Journal Psychologie des Alltagshandelns*, 7 (2), 4-19.
- Grebner, S., Berlowitz, I., Alvarado, V. & Cassina, M. (2011). *Stressstudie 2010. Stress bei Schweizer Erwerbstätigen. Zusammenhänge zwischen Arbeitsbedingungen, Personenmerkmalen, Befinden und Gesundheit*. Bern: Staatssekretariat für Wirtschaft.
- Grote, G. & Staffelbach, B. (2014). *Schweizer HR-Barometer 2014: Arbeitserleben und Job Crafting*. Zürich: Universität und ETH.
- Grutsch, M. A. & Kressig, C. (2015). *Wahrnehmung von Betrieblichem Gesundheitsmanagement aus Sicht von Angestellten und Verantwortlichen. Eine Vergleichsstudie auf Basis von zwei unabhängigen empirischen Erhebungen*. FHS St. Gallen, Hochschule für Angewandte Wissenschaften.
- Igic, I., Keller, A., Brunner, B., Wieser, S., Elfering, A. & Semmer, N. (2014). *Job-Stress-Index 2014. Erhebung von Kennzahlen zu psychischer Gesundheit und Stress bei Erwerbstätigen in der Schweiz*. Arbeitspapier 26. Bern und Lausanne: Gesundheitsförderung Schweiz.
- Igic, I., Keller, A., Luder, L., Elfering, A., Semmer, N., Brunner, B. & Wieser, S. (2015). *Job-Stress-Index 2015. Kennzahlen zu psychischer Gesundheit und Stress bei Erwerbstätigen in der Schweiz*. Bern und Lausanne: Gesundheitsförderung Schweiz.
- Jenny, G., Inauen, A., Brauchli, R., Füllemann, D., Müller, F. & Bauer, G. (2011). *Projekt SWiNG – Schlussbericht der Evaluation*. Zürich: Universität, ETH und ZHAW.
- Klahr, R., Highton, J. & Harris, T. (2012). *Erhebung 2012 über Sicherheit und Gesundheit am Arbeitsplatz in der Schweiz*. Ipsos MORI.

- Krause, A., Berset, M. & Peters, K. (2015). Interessierte Selbstgefährdung – von der direkten zur indirekten Steuerung. *Arbeitsmedizin Sozialmedizin Umweltmedizin*, 50, 164-170.
- Krieger, R., Pekruhl, U., Lehmann, M. & Graf, M. (2012). *Fünfte Europäische Erhebung über die Arbeitsbedingungen 2010. Ausgewählte Ergebnisse aus Schweizer Perspektive*. Bern: Staatssekretariat für Wirtschaft.
- Krieger, R., Graf, M. & Vanis, M. (2015). *Arbeit und Gesundheit 2012 – Ausgewählte Ergebnisse der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2012*. Bern: Staatssekretariat für Wirtschaft.
- Kunz Heim, D., Sandmeier, A. & Krause, A. (2014). Negative Beanspruchungsfolgen bei Schweizer Lehrpersonen. *Beiträge zur Lehrerinnen- und Lehrerbildung*, 32, 280-295.
- Lätsch, D. Pfiffner, R. & Wild-Näf, M. (2011). *Die Gesundheit sozialhilfebeziehender Erwerbsloser in der Stadt Bern*. Bern: Berner Fachhochschule, Fachbereich Soziale Arbeit.
- Läubli, T. (2014). *Gesundheitskosten hoher Arbeitsbelastungen*. Bern: Staatssekretariat für Wirtschaft.
- Mohr, G. & Holleder, A. (2015). Arbeitsmarktintegrative Gesundheitsförderung bei Erwerbslosen. In B. Badura, A. Ducki, H. Schröder, J. Klose & M. Meyer (Hrsg.), *Fehlzeiten-Report 2015. Neue Wege für mehr Gesundheit – Qualitätsstandards für ein zielgruppenspezifisches Gesundheitsmanagement* (S. 235-247). Heidelberg: Springer.
- Mojza, E. J., Sonnentag, S. & Bornemann, C. (2010). Volunteer work as a valuable leisure-time activity: A day-level study on volunteer work, non-work experiences, and well-being at work. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 84, 123-152.
- Moreau-Gruet, F. (2014). *Monitoring zur psychischen Gesundheit – mit Fokus «Ältere Menschen» und «Stress am Arbeitsplatz»*. Aktualisierung 2014. Gesundheitsförderung Schweiz Arbeitspapier 2, Bern und Lausanne.
- Mütsch, M., Schmid, H., Wettstein, F., & Weil, B. (2014). Schweizer Manifest für Public Mental Health. Public Health Schweiz. http://www.public-health.ch/logicio/client/publichealth/file/Schweizer_Manifest_fur_Public_Mental_Health-002.pdf [Zugriff: 30.9.2015].
- OECD (2014). *Psychische Gesundheit und Beschäftigung: Schweiz*. Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen.
- OECD (2015). *Fit Mind, Fit Job: From Evidence to Practice in Mental Health and Work*. Paris: OECD Publishing.
- Pieper, C. & Schröer, S. (2015). *Wirksamkeit und Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung und Prävention. Zusammenstellung der wissenschaftlichen Evidenz 2006 bis 2012 (iga-Report 28)*. Essen: BKK.
- Rau, R. & Buyken, D. (2015). Der aktuelle Kenntnisstand über Erkrankungsrisiken durch psychische Arbeitsbelastungen. *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie*, 59, 113-129.
- Resch, M. (1999). *Arbeitsanalyse im Haushalt. Erhebung und Bewertung von Tätigkeiten außerhalb der Erwerbsarbeit mit dem AVAH-Verfahren*. Zürich: Verlag der Fachvereine.
- Richter, P., Buruck, G., Nebel, C. & Wolf, S. (2011). Arbeit und Gesundheit – Risiken, Ressourcen und Gestaltung. In E. Bamberg, A. Ducki & A.-M. Metz (Hrsg.), *Gesundheitsförderung und Gesundheitsmanagement in der Arbeitswelt. Ein Handbuch* (S. 25-59). Göttingen: Hogrefe.
- Rietz, C. & Lohaus, D. (2013). Employer Branding. *WISU*, 8-9, 1065-1070.
- Rosa, H. (2005). *Beschleunigung. Die Veränderung der Zeitstrukturen in der Moderne*. Frankfurt a. M. Suhrkamp.
- Schibli, D., Huber, K. & Wyss, F. (2010). *Konzept zur Stärkung der Gesundheitsförderung im Rahmen eines Netzwerks Psychische Gesundheit*. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- Schmugge, S., Künzi, K. & Guggisberg, J. (2007). *Wirkungsvolle Massnahmen für Erwerbslose über 50. Ergebnisbericht*. Bern: Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien.
- Schuler, D. & Burla, L. (2012). *Psychische Gesundheit in der Schweiz. Monitoring 2012* (Obsan Bericht 52). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Semmer, N. K. & Meier, L. L. (2009). Individual differences, work stress and health. In M. J. Schabracq, J. A. Winnubst & C. L. Cooper (Hrsg.), *Handbook of work and health psychology* (S. 99-122). Chichester: Wiley.
- Semmer, N. K. & Meier, L. L. (2014). Bedeutung und Wirkung von Arbeit. In H. Schuler & K. Moser (Hrsg.), *Lehrbuch Organisationspsychologie* (S. 559-604). Bern: Huber Verlag.
- Steimen Grandel, B. & Hildebrand Alberti, F. (2000). Schweiz. In I. Richter & S. Sardei-Biermann (Hrsg.), *Jugendarbeitslosigkeit. Ausbildungs- und Beschäftigungsprogramme in Europa* (S. 145-171). Wiesbaden: VS.

- Strub, S. & Schär Moser, M. (2008). *Risiko und Verbreitung sexueller Belästigung am Arbeitsplatz. Eine repräsentative Erhebung in der Deutschschweiz und in der Romandie*. Bern: Staatssekretariat für Wirtschaft.
- Ulich, E. & Wiese, B. S. (2011). *Life Domain Balance. Konzepte zur Verbesserung der Lebensqualität*. Wiesbaden: Gabler.
- Ulich, E. & Wülser, M. (2015). *Gesundheitsmanagement in Unternehmen. Arbeitspsychologische Perspektiven*. Wiesbaden: Springer.
- Wehner, T., Ostendorp, C. & Ostendorp, A. (2011). Good practice? Auf der Suche nach Erfolgsfaktoren in gemeinwohlorientierten Freiwilligeninitiativen. *Arbeit, 11*, 48-62.
- Wieser, S., Tomonaga, Y., Riguzzi, M., Fischer, B., Telser, H., Pletscher, M., Eichler, K., Trost, M. Schwenkglens, M. (2014). *Die Kosten der nichtübertragbaren Krankheiten in der Schweiz*. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- Xanthopoulou, D., Bakker, A. B., Demerouti, E. & Schaufeli, W. B. (2007). The role of personal resources in the job demands-resources model. *International Journal of Stress Management, 14*, 121-141.
- Zölch, M. & Mücke, A. (Hrsg.) (2015). *Fit für den demografischen Wandel? Ergebnisse, Instrumente, Ansätze guter Praxis* (2. Auflage). Bern: Haupt.

10 Communautés, famille et réseaux sociaux

Dr phil. Martina Zemp & Prof. Dr Guy Bodenmann, Klinische Psychologie Kinder/Jugendliche & Paare/Familien, Universität Zürich

Résumé

Le rôle prépondérant que joue le soutien social sur la santé est scientifiquement incontestable. Il représente une condition essentielle à la satisfaction face à la vie et il s'est avéré être un facteur de protection robuste contre les maladies psychiques et physiques. Il est encourageant de constater que la majorité de la population suisse est bien intégrée socialement et satisfaite du soutien social reçu. Cependant, il existe des groupes de personnes qui présentent un risque élevé d'isolement social ou de manque de soutien social, tels que les femmes âgées, les pères ou mères élevant seuls leurs enfants ou les couples passant à la parentalité. Ce contexte exige des offres professionnelles visant à renforcer les ressources personnelles (p. ex. compétences sociales, temps disponible, connaissances et sensibilisation) et des conditions favorables (p. ex. lieux de rencontres sociales, compatibilité avec les exigences professionnelles, des offres d'assistance accessibles sur les plans pratique et financier) qui soient propices à la mobilisation du soutien social et de l'appartenance sociale.

10.1 Communautés, famille et réseaux sociaux

La participation à des relations sociales (réseaux sociaux et communautés) est d'une importance primordiale pour le bien-être physique et psychique des personnes. Par **réseaux sociaux** on entend l'ensemble des relations sociales d'une personne avec d'autres personnes ou des organisations (relation de couple, membres de la famille, amitiés, collègues de travail, adhésion à une société ou association, etc.). Les caractéristiques principales des réseaux sociaux sont leur taille, le type et la force de leurs relations ainsi que le soutien social (obtention d'aide instrumentale, informationnelle ou émotionnelle) entre les membres. Les **communautés** se forment lorsque deux ou plusieurs personnes se réunissent pour vivre ensemble. La vie en couple ou le mariage représente la plus petite unité de communauté. Cette dyade originelle se transforme en un **système familial** quand les enfants arrivent. Il existe une multiplicité de formes de vie familiale telles que les familles nucléaires (deux générations), les familles élargies (trois générations ou plus), les familles monoparentales (parent élevant seul ses enfants) ainsi que les familles recomposées, adoptives ou les belles-

familles (le lien de parenté biologique entre les membres de la famille est totalement ou partiellement absent).

10.2 La santé psychique du groupe cible

10.2.1 Prévalences, données actuelles

Les résultats du rapport de l'Observatoire suisse de la santé sur la répartition des ressources sociales en Suisse montrent que la majorité de la population est socialement bien intégrée, dispose d'un vaste réseau social et est satisfaite du soutien social reçu (Bachmann, 2014). La taille typique du réseau social d'une personne de 15 ans et plus résidant en Suisse s'élève en 2010 à 19 personnes. Et près de 95 % des 15 ans et plus ont au moins une personne de confiance importante dans leur entourage. Cependant, il existe également des groupes sociaux qui présentent un risque accru d'isolement social. Selon l'Office fédéral de la statistique (2013b) en 2013 le ménage d'une personne seule était le type de ménage le plus commun dans l'ensemble de la population (34 %), suivi par les couples avec au moins un enfant (29 %), les couples sans enfants (28 %), les familles monoparentales

(6%), les ménages non familiaux comprenant plusieurs personnes (2%) et les ménages multifamiliaux (0,7%). La proportion de ménages d'une personne seule a presque doublé en Suisse depuis 1970, et selon les statistiques cette tendance devrait se poursuivre à l'avenir. Il semble que les femmes âgées en particulier sont les personnes qui présentent le plus grand risque d'isolement social: en 2010, 63% des femmes de plus de 75 ans vivant chez elles ne disposaient pas de réseau social primaire (c'est-à-dire qu'elles vivaient seules et n'avaient pas de conjoint), tandis que pour les hommes du même âge, la proportion était de 16%. D'autres groupes vulnérables du point de vue de l'isolement social sont les personnes de moindre formation scolaire, les personnes issues de l'immigration et de faible statut socio-économique, les pères ou mères élevant seuls leurs enfants et les personnes souffrant ou ayant souffert d'une maladie psychique (Bachmann, 2014).

L'importance toujours plus grande du mariage se reflète dans le fait qu'actuellement, 80–90% de la population suisse se marie au moins une fois avant d'atteindre leur 50^e anniversaire (Bundesamt für Statistik, 2013a). En Europe toutefois, à l'heure actuelle, un couple sur deux ou trois divorce; en Suisse, le taux de divorce s'élevait à 40,3% en 2014 (Bundesamt für Statistik, 2014). Cela signifie que le risque de divorce a plus que doublé au cours des 40 dernières années. L'absence d'enfant est un phénomène relativement répandu en Suisse: en 2013, 19% des femmes et 21% des hommes de 50 à 80 ans n'avaient pas d'enfants biologiques ou adoptés. Ceci est en nette contradiction avec les statistiques concernant le désir d'avoir des enfants: en Suisse, seulement 7% des femmes et des hommes de 20 à 29 ans sans enfant voulaient rester sans enfant et 91% voulaient deux enfants ou plus (Mosimann & Camenisch, 2015).

En outre, l'évolution démographique a modifié la structure des générations au cours des dernières décennies. Suite aux importants changements démographiques qui résultent de l'allongement de l'espérance de vie moyenne, les relations intergénérationnelles se maintiennent plus longtemps dans les familles, ce qui s'accompagne de multiples conséquences sociales: par exemple, de plus en plus de personnes accomplissent des soins à domicile pour des proches (soins médicaux et autres formes d'assistance pour faire face à la vie quotidienne). Selon des estimations, sur l'ensemble de la Suisse 60%

des personnes nécessitant des soins en bénéficient à domicile, et la grande majorité de ces soins est fournie par des proches: dans plus d'un tiers des cas, les soins sont dispensés principalement par le conjoint, suivi par les soins apportés par les enfants (Höpflinger & Hugentobler, 2005). La durée moyenne des soins infirmiers s'élève à 65 heures hebdomadaires pour les partenaires, et 27 heures pour les enfants, où la relation de soins se prolonge en moyenne 5 à 6 ans (Perrig-Chiello, Höpflinger, & Schnegg, 2010).

10.2.2 Facteurs de risque et facteurs protecteurs ou contraintes et ressources

L'implication dans des relations sociales est d'une grande importance pour la santé psychique et physique des personnes. Un réseau social intact fait partie des ressources essentielles, car (1) il constitue une condition essentielle à la satisfaction face à la vie et au bien-être psychique et (2) il s'est avéré être un facteur de protection robuste contre les maladies psychiques et physiques. L'étude *Framingham Heart Study* montre de manière éloquentes à quel point les réseaux sociaux affectent le bien-être humain: la probabilité qu'une personne se qualifie comme heureuse augmente en moyenne de 25% si elle indique avoir une personne de confiance à proximité immédiate (environ 1,6 km) de son lieu de résidence (Fowler & Christakis, 2008). Récemment, une méta-analyse a montré que les individus ayant des relations sociales insatisfaisantes ou insuffisantes présentent un risque de mortalité (risque de mourir prématurément) 50% plus élevé par rapport aux individus qui évaluent leurs relations comme satisfaisantes. Les effets sont à cet égard comparables ou même plus élevés que les facteurs de risque de mortalité les plus importants tels que le tabagisme, l'obésité ou l'inactivité physique (Holt-Lunstad, Smith & Layton, 2010). Selon des études scientifiques, de bonnes relations sociales réduisent le risque de diverses maladies telles que les maladies coronariennes, les maladies rhumatismales ou les dépressions (Berkman & Glass, 2000). Ce constat a été répété à plusieurs reprises et s'est avéré robuste également dans les comparaisons internationales, des pays très riches jusqu'aux pays les plus pauvres (Kumar, Calvo, Avendano, Sivaramakrishnan & Berkman, 2012). Une ressource particulièrement importante au sein des réseaux sociaux est le soutien social, qui peut avoir des répercussions sur la santé de deux façons: d'une part, il agit **de manière préven-**

tive en diminuant l'apparition de contraintes, et d'autre part, il joue un **rôle tampon** dans la mesure où il réduit les effets néfastes sur la santé des contraintes déjà existantes (Reblin & Uchino, 2008). Sur la base de la littérature spécialisée, on pense maintenant que le soutien social agit principalement sur les paramètres biologiques au niveau cardiovasculaire, neuroendocrinien, inflammatoire et immunologique par l'intermédiaire de différents (1) processus psychiques (p.ex. efficacité personnelle, estime de soi, perception et évaluation du stress) et (2) processus au niveau comportemental (influence des comportements de santé et à risque) (Uchino, 2006; Uchino, Bowen, Carlisle, & Birmingham, 2012). En comparaison avec d'autres relations sociales (parents, amis, connaissances), la relation de couple joue un rôle particulier tant au niveau du soutien

affectif que d'une assistance pratique. Dans le cadre d'enquêtes, la majorité des personnes interrogées indiquent qu'une relation de couple solide et satisfaisante fait partie des valeurs les plus importantes pour atteindre le bonheur (Bodenmann, 2003). Une relation stable satisfait le besoin fondamental de sécurité, de proximité et de protection et combat ainsi la solitude et l'isolement (Diener, Gohm, Suh & Oishi, 2000). La satisfaction avec la relation de couple est étroitement liée à la satisfaction générale face à la vie, tout comme d'autres domaines de la vie quotidienne tels que l'amitié, le travail, les loisirs ou la santé physique (Bradbury & Karney, 2010). Un grand nombre d'études montrent en outre que les personnes qui ont une vie de couple heureuse sont en meilleure santé psychique et physique, et présentent un taux de mortalité plus faible (Hughes & Waite,

Infobox Pro Mente Sana: troubles anxieux

L'anxiété fait en principe partie de la vie et nous prévient des dangers. Mais chez les personnes souffrant de troubles anxieux, elle devient incontrôlable et apparaît également dans des situations totalement anodines.

Les troubles anxieux prennent la forme de phobies ou d'autres troubles comme le trouble panique et l'anxiété généralisée.

Les personnes souffrant d'une phobie ont peur d'un objet (p.ex. les araignées) ou d'une situation (p.ex. la hauteur ou les lieux où des foules se rassemblent) en particulier. Les individus atteints de trouble panique ont brusquement une angoisse de mort, avec des symptômes physiques très marqués. L'anxiété généralisée n'est pas limitée à certaines situations et est donc permanente.

Les personnes souffrant de troubles anxieux cherchent à échapper le plus possible à l'anxiété (comportement d'évitement), ce qui peut avoir une incidence sur le quotidien et entretenir durablement le trouble, puisqu'aucune «correction» de l'anxiété n'est envisageable.

Prévalences en Suisse: les adultes affichent une prévalence de 15,8%, et les enfants et les adolescents de 10,4%. Les troubles anxieux sont les troubles psychiques le plus souvent rencontrés pendant l'enfance et l'adolescence.

Causes et groupes vulnérables: les troubles anxieux s'expliquent par une vulnérabilité congénitale et/ou par des événements douloureux. Les comportements d'évitement ou les facteurs comme de fortes réactions physiques ou un environnement pas assez stable peuvent renforcer l'anxiété.

Traitement: il existe de nos jours une vaste palette de thérapies spécifiques aux troubles anxieux. Le principe de base du traitement vise à réduire l'anxiété des patients (p.ex. grâce à des thérapies d'exposition), mais surtout à transmettre à ces derniers des stratégies de maîtrise de leur anxiété qu'ils puissent appliquer eux-mêmes. Souvent, une gestion attentive de l'anxiété est déjà une aide. Les exercices de respiration et de relaxation peuvent soulager. D'une manière générale, quand le diagnostic est soigneusement posé, les troubles anxieux se soignent bien.

Sources: Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM-10); Bodenmann, G. (2013). Lehrbuch Klinische Paar- und Familienpsychologie. Bern: Verlag Hans Huber.

2009). La prévalence de différents troubles psychiques est significativement supérieure chez les hommes et femmes célibataires par rapport aux personnes ayant une relation de couple solide et satisfaisante (Whisman & Baucom, 2012). L'effet protecteur sur la santé de la vie en couple s'explique entre autres par **l'hypothèse protectrice**, à savoir que les partenaires se soutiennent mutuellement dans un style de vie plus sain et entretiennent un réseau social plus grand. A cela s'ajoute qu'une relation de couple offre un moyen important pour gérer le stress (**coping dyadique**; Bodenmann, 2000) grâce au soutien mutuel des partenaires, ce qui permet aux couples de mieux surmonter les contraintes quotidiennes. Cela revêt une importance particulière compte tenu du fait que le stress a de claires répercussions sur la santé. Il y a toutefois consensus scientifique sur le fait que la satisfaction de nombreux couples est élevée au début d'une relation, mais qu'elle diminue à mesure que la relation se prolonge. Pour la plupart des couples, la qualité de la relation diminue considérablement au cours des dix premières années après le mariage (Lavner & Bradbury, 2010). Il a également été démontré de façon consistante que la satisfaction dans la relation diminue après la naissance du premier enfant (Mitnick, Heyman & Smith Slep, 2009). Ce résultat s'explique aisément, si l'on considère qu'en règle générale les nouvelles tâches de la vie des tout nouveaux parents sont associées à une augmentation du niveau de stress. Des études montrent que les conflits de couple font plus que doubler entre les périodes prénatale et postnatale (Hanington, Heron, Stein & Ramchandani, 2012).

Les problèmes de couple (p.ex. sous forme de conflits de couple destructifs, de séparations et de divorces) sont des facteurs de risque importants pour le bien-être psychique et physique des partenaires (Bodenmann, 2013). Les conflits chroniques dans la relation de couple augmentent par exemple le risque de diverses maladies (dépressions, troubles anxieux, abus de substances, maladies cardiovasculaires, etc.), réduisent la cicatrisation des plaies et déstabilisent le système immunitaire du partenaire (Kiecolt-Glaser, Gouin & Hantsoo, 2010; Whisman, 2007). De ce fait, la qualité de la relation de couple joue un rôle important sur la santé, au-delà du statut marital (célibataire, en couple, séparé): les personnes vivant une relation conflictuelle peu satisfaisante affichent un niveau inférieur de bien-être en

comparaison avec les personnes sans partenaire socialement bien intégrées. Les séparations et les divorces font en outre partie des événements les plus graves et critiques de la vie, qui se caractérisent par une grande déstabilisation des personnes concernées et peuvent compromettre fortement la santé des partenaires (Hughes & Waite, 2009; Sbarra & Nietert, 2009).

En outre, le lien entre les troubles de la relation entre les parents et les problèmes psychiques des enfants a été démontré empiriquement (Zemp & Bodenmann, 2015). Selon l'état actuel des connaissances, les conflits de couple destructifs des parents expliquent une grande partie (environ 25% de la variance) des troubles de l'enfance et l'adolescence (Cummings & Davies, 2010). De même, des méta-analyses concluent que les enfants de parents divorcés présentent des déficiences importantes dans de nombreux domaines de développement, en comparaison avec les enfants de familles intactes (parents non divorcés) (Amato, Kane & James, 2011). Dans de nombreux cas, la séparation des parents déclenche chez les enfants une insécurité émotionnelle qui perdure généralement jusqu'à 2 ou 3 ans après le divorce, en moyenne (Schmidt-Denter & Beelmann, 1997). Les conséquences à long terme des divorces ont également été amplement étudiées et concernent les attitudes de base relatives aux relations et au mariage, ainsi que le comportement relationnel et de communication, ce qui augmente souvent le risque de divorce chez la génération suivante (Amato & Keith, 1991). Il convient de noter, toutefois, que les conflits de couple destructifs représentent un facteur prédictif de troubles chez l'enfant plus fort que l'intégrité familiale (Kelly, 2000). Les enfants de familles intactes (parents non divorcés) mais très conflictuelles ont en moyenne plus de problèmes que les enfants de parents divorcés (Morrison & Coiro, 1999). Bien que les divorces fassent partie des expériences de vie les plus stressantes pour les enfants, le climat familial et en particulier la nature et la fréquence des conflits de couple avant, pendant et après le divorce semblent être plus importants pour le bien-être des enfants que la séparation des parents en soi. Dans ce contexte, il faut également considérer la situation après le divorce et le fait de grandir dans une famille recomposée ou une belle-famille: si les enfants sont exposés à moins de conflits dans leur nouvelle famille que dans la famille nucléaire avant le divorce, celles-ci constituent

dans de nombreux cas une base plus favorable pour le développement de l'enfant (Ley, 2005). Cependant, certains éléments indiquent que dans les belles-familles, la relation des enfants non communs avec le nouveau conjoint joue un rôle plus important pour le bien-être de l'enfant que les conflits de couple (Staub & Felder, 2004). Les travaux de recherche ont montré qu'au niveau du comportement, les beaux-enfants se différencient peu des enfants qui, après le divorce, restent seuls avec un des parents biologiques. Dans les études, le bien-être des enfants de ces deux types de familles (belles-familles et monoparentales) est souvent considéré comme nettement moins bon que le bien-être des enfants qui grandissent avec leurs deux parents biologiques. Toutefois, le type de famille devient un facteur prédictif négligeable lorsque d'autres variables importantes (p.ex. qualité des relations familiales, santé des parents, soutien social) sont prises en compte dans les statistiques (Dunn, Deater-Deckard, Pickering, O'Connor & Golding, 1998). Des enquêtes montrent par ailleurs que pour les enfants, en particulier, des structures constantes qui leur confèrent une stabilité, une éducation cohérente et conséquente, des accords prévisibles et fermes ainsi que des figures d'attachement stables (parents, proches, frères et sœurs, enseignants, pairs, etc.) sont utiles en vue de la réorganisation qui fait suite à un divorce (Sigal, Sandler, Wolchik & Braver, 2011).

10.3 Défis particuliers au groupe cible en termes de santé psychique

Le chapitre 10.2 montre l'énorme importance qu'ont des relations sociales pour la santé humaine. L'isolement social et la solitude figurent parmi les principaux facteurs de risque pour l'intégrité physique et psychique. Ce sont avant tout les femmes âgées, les personnes de moindre formation scolaire ou les pères ou mères élevant seuls leurs enfants qui disposent de ressources sociales particulièrement faibles (Bachmann, 2014). Près de la moitié des pères ou mères élevant seuls leurs enfants ne se sentent pas suffisamment soutenus. Cela reflète un besoin accru de relations fiables dans des situations qui sont associées à de nombreuses contraintes. Les personnes vivant seules en ménage se sentent bien plus souvent insuffisamment soutenues, même si elles sont engagées dans une relation stable. Les

hommes en particulier ont du mal à obtenir un soutien pratique et affectif lorsqu'ils habitent seuls. Alors que les femmes mobilisent le potentiel de soutien de différentes personnes de leur réseau social, pour les hommes, la partenaire joue un rôle particulièrement important comme source de soutien. Cela pourrait expliquer pourquoi les hommes éprouvent des conséquences plus négatives sur la santé suite à la perte de leur partenaire (séparation, veuvage) que les femmes (Stroebe, 2001).

Compte tenu de l'allongement de l'espérance de vie de la population suisse, de nouveaux défis se profilent pour la tranche d'âge des 45 à 65 ans environ (dite «génération sandwich»; Mosimann & Camenisch, 2015, p. 22) parce que ces personnes ont souvent des enfants qui ne sont pas encore économiquement indépendants, et en même temps on attend d'eux qu'ils soutiennent leurs parents âgés. Selon des statistiques suisses représentatives, un quart des femmes et un tiers des hommes pensent que les enfants adultes devraient prendre leurs parents chez eux quand ceux-ci ont besoin de soins (Mosimann & Camenisch, 2015). Les soins prodigués par des proches ne sont pas un travail qui jouit de grand prestige social et ils sont considérés dans de nombreux cas comme allant de soi (Clerc, Artho & Clerc, 2015). Pour différentes raisons, la prise en charge des soins aux parents est toutefois considérée comme un facteur de stress chronique potentiel pour les soignants (Gräbel, 2000): conditions de travail stressantes (absence d'horaires, peu de période de repos et aucune compensation financière), conséquences psychosociales (diminution de leur propre capacité de résistance et de travail, perte des propres objectifs et de la liberté personnelle) et problèmes de santé (épuisement, douleurs musculaires, anxiété, dépression, etc.). Par ailleurs, Perrig-Chiello et collègues (2010) indiquent à ce sujet qu'en 2010, en Suisse, près de deux tiers des enfants dispensant des soins à leurs parents étaient actifs professionnellement et une proportion importante, en particulier chez les femmes, devaient réduire leur taux d'activité (57%) ou renoncer à leur travail (16%) pour exécuter les tâches supplémentaires que supposaient les soins.

Les couples sont exposés à un degré élevé de stress dans diverses situations de la vie de tous les jours. Les stressseurs les plus fréquents proviennent principalement, outre du couple lui-même, des domaines de la vie professionnelle, des finances, du logement,

de l'environnement social ou de la famille d'origine (Bodenmann, 2000). On sait que les stressseurs d'une part s'influencent mutuellement et d'autre part qu'ils accumulent des dommages potentiels pour la santé. Ainsi, des études démontrent que le stress quotidien extérieur au couple se répercute souvent de manière inaperçue dans la relation de couple, ce qui s'exprime, par exemple, dans un niveau accru de conflits (Bodenmann, 2012). Inversement, les conflits de couple sont associés à une baisse de productivité au travail et un risque plus élevé de burn-out (Peeters, Montgomery, Bakker & Schaufeli, 2005). De même, il est empiriquement démontré que la combinaison d'un niveau élevé de stress dans le couple / la famille et dans la vie professionnelle est particulièrement préjudiciable: ces personnes présentent significativement plus de symptômes pathologiques et une moindre satisfaction face à la vie que toutes les autres catégories de personnes (seulement stress au travail, seulement stress dans la famille ou stress au travail/dans la famille faible; Schär, Sutter & Amstad, 2014).

10.4 Recommandations d'action et pistes de solutions possibles

10.4.1 Comment atteindre le groupe cible?

Dans le contexte des discussions actuelles, trois groupes de personnes se dessinent comme groupes cibles spécifiques: (a) les personnes socialement isolées et les personnes présentant un risque accru de recevoir un faible soutien social (en particulier les femmes âgées et les mères ou pères élevant seuls leurs enfants), (b) la «génération sandwich» et (c) les couples en conflit et couples en transition vers la parentalité.

Étant donné que souvent les personnes âgées ne sont plus impliquées dans des organisations formelles (p.ex. fédérations, sociétés et associations), la détection précoce de l'isolement social et, donc, des conséquences que cela entraîne pour la santé physique et psychique par le personnel spécialisé des services de soins primaires (personnel médical des soins ambulatoires et des soins médicaux en milieu résidentiel) revêt une grande importance (Weber et al., 2016). Cela nécessite une prise de conscience accrue du problème de la part des professionnels, de sorte que les éventuels signaux d'alarme soient correctement reconnus et identifiés afin d'éviter le risque d'isolement. En outre, la mise en place d'un

conseil et d'un encadrement de proximité (p.ex. aide sociopédagogique à la famille, travail social de proximité, aide et soins à domicile) est nécessaire afin d'atteindre les personnes qui présentent un risque élevé de recevoir trop peu de soutien social. Étant donné que la majorité des 45 à 65 ans (la «génération sandwich») sont encore professionnellement actifs, la possibilité d'atteindre ce groupe cible en milieu de travail (entreprise, gestion des ressources humaines) constitue une autre option prometteuse. En ce qui concerne le troisième groupe cible (les couples en conflit et les futurs parents) on sait que malgré la prévalence élevée des problèmes de couple, de nombreux couples ne sollicitent pas de prestations professionnelles sous forme de consultations ou de thérapies de couple, parce qu'ils manquent de temps, reculent devant les coûts relativement élevés ou sont trop peu motivés pour réaliser un travail intensif sur la relation de couple. Ces obstacles concernent tout particulièrement les futurs parents ou les couples qui sont récemment devenus parents, notamment en raison du haut niveau de stress à cette étape de leur vie. Pour ces raisons, l'accessibilité de ces couples est faible, en particulier dans le cadre d'une approche préventive, et ils ont généralement recours à une aide professionnelle seulement lorsque les problèmes de couple sont déjà bien avancés. La transmission de connaissances sur l'importance de la solidité d'une relation de couple pour la santé psychique des membres de la famille, ainsi que sur les programmes de prévention et d'intervention destinés aux couples, que ce soit par le biais de dépliants d'information, de brochures ou de conférences données par des professionnels, pourrait améliorer cette situation. Il s'agit de viser les principaux lieux de fréquentation du groupe cible, tels que les centres communautaires, les établissements de loisirs, les événements culturels, les cours de préparation au mariage (p.ex. par l'office de l'état civil ou la paroisse), les centres médicaux, et en particulier les cabinets de gynécologie, les cours de préparation à l'accouchement et à la parentalité, les hôpitaux, etc. L'objectif de cette diffusion devrait être de faciliter aux couples l'accès aux offres spécialisées. Dans ce contexte, les nouveaux formats basés sur des supports numériques (DVD, smartphones ou Internet) auront à l'avenir une plus grande importance, étant donné qu'ils sont accessibles à un large public et permettent d'atteindre le groupe cible de manière simple et anonyme.

10.4.2 Comment procéder concrètement pour renforcer la santé psychique?

D'après Feld (1981) la taille et la structure des réseaux sociaux sont déterminées par (a) les ressources personnelles et (b) les opportunités. Les ressources personnelles comprennent notamment le niveau d'éducation, la santé, les revenus et le prestige d'une personne. Les personnes bénéficiant d'une formation supérieure disposent de compétences sociales et culturelles qui les aident à maintenir et cultiver des relations sociales. Une formation supérieure contribue par exemple à bien surmonter la diminution des contacts sociaux à un âge avancé, en les compensant par des activités alternatives (Wagner & Wolf, 2001). Car les personnes jouissant d'une bonne formation (indépendamment de leur sexe) participent plus fréquemment à des associations et occupent par ailleurs plus souvent que la moyenne une charge honorifique. Le manque d'engagement dans des organisations formelles de la part de personnes qui en auraient le temps (p. ex. les personnes âgées) peut être attribué à diverses raisons telles que la maladie, le manque de confiance en soi ou un bas niveau de formation (Freitag, 2014). De même, les personnes au bénéfice d'une bonne formation consultent plus souvent les services d'aide et de soins que les personnes ayant un niveau de formation élémentaire. Dans ce contexte, une expansion quantitative d'établissements de formation qui soient adaptés aux groupes cibles (personnes ayant un réseau social restreint) ainsi que des mesures préventives axées sur la politique de la santé au niveau de la sensibilisation, de la diffusion des connaissances et du soutien de ces groupes cibles (p. ex. importance pour la santé de l'intégration sociale, où et comment peut être mobilisé le soutien social formel et informel) seraient souhaitables. Le temps que peut investir une personne dans le maintien des relations sociales représente également une autre ressource importante. Pour les groupes cibles des mères et pères élevant seuls leurs enfants et de la «génération sandwich» en particulier, le temps disponible peut représenter une ressource rare qui pourrait être augmentée de manière durable par le biais de formes appropriées d'offres professionnelles de soutien (p. ex. accompagnement socio-pédagogique de la famille, garderies disponibles et abordables, adaptations sur le lieu de travail; voir chapitre 4.3).

Pour le troisième groupe cible, une priorité élevée devrait être accordée aux soins axés sur la prévention et au renforcement de la relation de couple, afin de consolider la santé psychique des membres de la famille. Souvent, les couples ne recherchent une aide thérapeutique qu'au moment où ils ressentent une insatisfaction déjà importante, où les blessures sont déjà graves et lorsque les schémas négatifs bien ancrés sont de plus en plus résistants au changement. Au vu de ces connaissances, le renforcement préventif des relations de couple doit être considéré comme extrêmement important (Job, Bodenmann, Baucom & Hahlweg, 2014). La plupart des offres de prévention destinées aux couples et basées sur les évidences scientifiques ont une durée totale de 12 à 18 heures et sont proposées comme cours de week-end ou du soir. Leur contenu vise à la transmission des compétences de couple et à la formation en la matière (communication constructive et résolution de conflits, capacités de résolution de problèmes, etc.). Pour le groupe cible des futurs parents en particulier, la prévention joue un rôle clé, car suite à l'agrandissement de la famille ceux-ci sont soumis à un risque accru d'éprouver un degré élevé de stress et, par conséquent, de détérioration de la satisfaction au sein du couple. Les programmes de prévention à l'intention des futurs parents apportent un soutien au cours de la transition vers la parentalité dans le cadre des changements de vie et des défis particuliers qui accompagnent la naissance. En Suisse, avec *Paarlife* (Bodenmann & Shantinath, 2004), un programme de prévention bien établi et évalué scientifiquement est mis à la disposition de tous les couples et désormais aussi de manière spécifique des futurs parents (voir exemple de projet au chapitre 3).

10.4.3 Quelles sont les conditions cadres à créer pour promouvoir la santé psychique?

La mise en place et le maintien de relations sociales présuppose l'existence d'opportunités appropriées (structure d'opportunités). En suivant la théorie de Feld (1981), les contacts s'établissent dans des endroits où ont lieu des activités réunissant différentes personnes (milieu de travail, associations, sociétés, lieux de rencontre tels que les bistrotts, etc.). Des études ont montré que l'influence de la taille du lieu de résidence sur la taille du réseau social suit une courbe en U: c'est dans les plus petites et les plus grandes localités que les personnes disposent des

réseaux sociaux les plus vastes (Wagner & Wolf, 2001). Il est effectivement possible que les ressources sociales soient très nombreuses dans les petites localités en raison des liens existants. Avec l'augmentation de la taille de la localité, le maintien des contacts sociaux se complique du fait de l'accroissement de l'éloignement géographique entre les membres du réseau social. Dans les grandes villes, cet obstacle peut être à nouveau compensé par une amélioration de la desserte et des raccordements des transports publics. Pour les personnes professionnellement actives, les structures et l'organisation au sein de l'entreprise sont des déterminants importants du réseau social des employés. Plusieurs auteurs soulignent les exigences des entreprises vis-à-vis de leurs employés hautement qualifiés et le potentiel impact négatif qu'elles ont sur leur intégration sociale (Flick, 2013). Cela est particulièrement inquiétant si l'on considère que les conséquences qui en découlent ne se limitent pas à la vie privée des personnes concernées, mais qu'à bien des égards elles se font également sentir sur leur efficacité professionnelle (p.ex. risque d'erreurs, diminution de la concentration, engagement professionnel réduit, absences). C'est précisément pour la «génération sandwich» que les incitations qui proviennent de la «*gestion du personnel axée sur les événements de vie*» (Clerc et al., 2015) sont particulièrement prometteuses. Face aux événements de vie critiques de leurs employés, les employeurs jouent un rôle important pour prévenir et réduire les conséquences sur la santé. Une gestion du personnel axée sur les événements de vie cherche à avoir des collaborateurs en bonne santé et orientés vers le rendement, en essayant de concilier l'activité rémunérée avec des circonstances de vie particulières (p.ex. soins prodigués aux parents âgés). Cet objectif peut être atteint si l'entreprise reconnaît suffisamment tôt la situation difficile du collaborateur concerné et permet un soutien personnalisé (p.ex. adaptations des horaires de travail, de la présence requise ou des tâches).

Les conditions cadres qui réduisent les obstacles subjectifs des couples à participer à un programme de prévention spécialisé portent sur trois aspects fondamentaux: accessibilité financière, faisabilité organisationnelle et disponibilité des offres. En ce qui concerne l'accessibilité financière, la question importante est de savoir dans quelle mesure sont subventionnés les coûts associés à l'utilisation des

offres de prévention. Alors que la psychothérapie de couple est remboursée par l'assurance de base ou complémentaire selon le type de thérapeute, en règle générale les caisses-maladie ne reconnaissent guère les mesures préventives. En outre, les couples qui vivent des aides sociales représentent un groupe à risque particulier en ce qui concerne les problèmes de couple. Il faudrait mettre à disposition de ces couples des services subventionnés et accessibles à un large public. En ce qui concerne la faisabilité organisationnelle, de manière générale il faut favoriser toutes les conditions cadres qui facilitent les ressources temporelles nécessaires au recours à ces services. Cela comprend en premier lieu la gestion du temps des couples professionnellement actifs, ainsi que la garde des enfants pour les couples de parents. Pour les partenaires actifs professionnellement, le soutien de l'employeur et la possibilité d'avoir des horaires flexibles peuvent par exemple constituer une aide précieuse. Pour les couples avec enfants, des offres de garde d'enfants doivent être mises en place, de préférence là où ont lieu les cours pour les parents. Et finalement, du point de vue de la disponibilité des offres, il faudrait chercher à faciliter l'accès à celles-ci. Il serait souhaitable de disposer d'une offre à l'échelle nationale pour pouvoir atteindre également les couples en dehors des grandes villes. Des formats accessibles à un large public et des mesures autogérées sans contact direct avec des professionnels (p.ex. DVD, programmes basés sur Internet) peuvent être utilisés pour réduire les obstacles subjectifs à l'utilisation de services plus intensifs.

Conclusion: Il existe des groupes à risque qui présentent une probabilité accrue de recevoir un soutien social insuffisant ou déficient. Cependant, l'initiation et le maintien des contacts sociaux présupposent des ressources individuelles ainsi qu'une structure d'opportunités appropriée qui peuvent être favorisées de manière ciblée afin de renforcer durablement la santé psychique.

Exemple de projet: les groupes d'entraide

Les groupes d'entraide revêtent une grande importance pour la consolidation et le renforcement des ressources psychiques. L'intérêt commun qui réunit les membres de groupes d'entraide est souvent de faire face à des événements de vie critiques ou de se réorienter suite à des phases de transition de nature similaire. C'est pourquoi la promotion active des groupes d'entraide représente une contribution essentielle à l'objectif de renforcer les ressources psychiques au cours des différentes étapes de la vie. Ce sont les centres d'entraide régionaux et cantonaux qui s'occupent de cette tâche, et, au niveau national, Info-Entraide Suisse (Selbsthilfe Schweiz, 2015) assure le travail de coordination. Il existe des groupes d'entraide sur les questions relatives à la gestion des différents événements critiques de la vie, comme la mort d'une personne proche.

10.5 Références

- Amato, P. R. (2001). Children of divorce in the 1990s: An update of the Amato and Keith (1991) meta-analysis. *Journal of Family Psychology, 15*(3), 355–370.
- Amato, P. R., Kane, J. B., & James, S. (2011). Reconsidering the «good divorce». *Family Relations, 60*(5), 511–524.
- Amato, P. R., & Keith, B. (1991). Parental divorce and adult well-being: A meta-analysis. *Journal of Marriage and the Family, 53*(1), 43.
- Bachmann, N. (2014). *Soziale Ressourcen als Gesundheitsschutz: Wirkungsweise und Verbreitung in der Schweizer Bevölkerung und in Europa* (Obsan Dossier 27). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Berkman, L. F., & Glass, T. (2000). Social integration, social networks, social support, and health. In L. F. Berkman & I. Kawachi (Hrsg.), *Social Epidemiology* (S. 137–173). Oxford: University Press.
- Bodenmann, G. (2000). *Stress und Coping bei Paaren [Stress and coping in couples]*. Göttingen, Germany: Hogrefe.
- Bodenmann, G. (2003). Welche Bedeutung haben Partnerschaft und Liebe für Jugendliche heute? *Zeitschrift für Familienforschung, 15*, 91–104.
- Bodenmann, G. (2012). *Verhaltenstherapie mit Paaren*. Bern: Huber.
- Bodenmann, G. (2013). *Lehrbuch Klinische Paar- und Familienpsychologie*. Bern: Huber.
- Bodenmann, G., Nieuwenboom, J. W., & Schmid, H. (2013). *Strengthening couples during the transition to parenthood: A randomized controlled study*. Bewilligtes Gesuch beim Schweizerischen Nationalfonds (SNF). Projektnummer: 146775.
- Bodenmann, G., & Shantinath, S. D. (2004). The Couples Coping Enhancement Training (CCET): A new approach to prevention of marital distress based upon stress and coping. *Family Relations, 53*(5), 477–484.
- Bradbury, T. N., & Karney, B. R. (2010). *Intimate Relationships*. New York: W. W. Norton & Company.
- Bundesamt für Statistik (2013). Anteil der Nichtledigen nach Geburtsjahrgang und Geschlecht. <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/01/06/blank/key/05/05.html> [Zugriff: 17.6.2015].
- Bundesamt für Statistik (2013b). Privathaushalte nach Haushaltstyp. <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/01/04/blank/key/01/04.html> [Zugriff: 10.9.2015].

- Bundesamt für Statistik (2014). Scheidungen und Scheidungshäufigkeit. <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/01/06/blank/key/06.html> (Zugriff: 17.6.2015).
- Clerc, M., Artho, S., & Clerc, I. (2015). *Lebensereignisse: Neue Ansätze für eine individualisierte und gesundheitsförderliche Personalarbeit*. Gesundheitsförderung Schweiz Arbeitspapier 30, Bern und Lausanne.
- Cummings, E. M., & Davies, P. T. (2010). *Marital conflict and children: An emotional security perspective*. New York: The Guilford Press.
- Diener, E., Gohm, C. L., Suh, E., & Oishi, S. (2000). Similarity of the relations between marital status and subjective well-being across cultures. *Journal of Cross-Cultural Psychology, 31*(4), 419–436.
- Dunn, J., Deater-Deckard, K., Pickering, K., O'Connor, T. G., & Golding, J. (1998). Children's adjustment and prosocial behaviour in step-, single-parent, and non-stepfamily settings: Findings from a community study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 39*(8), 1083–1095.
- Feld, S. L. (1981). The focused organization of social ties. *American Journal of Sociology, 86*(5), 1015–1035.
- Flick, S. (2013). *Leben durcharbeiten. Selbstsorge in entgrenzten Arbeitsverhältnissen*. Frankfurt am Main: Campus.
- Fowler, J. H., & Christakis, N. A. (2008). Dynamic spread of happiness in a large social network: longitudinal analysis over 20 years in the Framingham Heart Study. *British Medical Journal, 337*, 1–9.
- Freitag, M. (2014). *Das soziale Kapital der Schweiz*. Zürich: Verlag Neue Zürcher Zeitung.
- Gräbel, E. (2000). Warum pflegen Angehörige? Ein Pflegemodell für die häusliche Pflege im höheren Lebensalter. *Zeitschrift für Gerontopsychologie & -psychiatrie, 13*(2), 85–94.
- Hanington, L., Heron, J., Stein, A., & Ramchandani, P. (2012). Parental depression and child outcomes – is marital conflict the missing link? *Child: Care, Health and Development, 38*(4), 520–529.
- Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., & Layton, J. B. (2010). Social relationships and mortality risk: A meta-analytic review. *PLoS Medicine, 7*(7).
- Höpflinger, F., & Hugentobler, V. (2005). *Familiale, ambulante und stationäre Pflege im Alter. Perspektiven für die Schweiz*. Bern: Huber.
- Hughes, M. E., & Waite, L. J. (2009). Marital biography and health at mid-life. *Journal of Health & Social Behavior, 50*(3), 344–358.
- Kelly, J. B. (2000). Children's adjustment in conflicted marriage and divorce: A decade review of research. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 39*(8), 963–973.
- Kiecolt-Glaser, J. K., Gouin, J. P., & Hantsoo, L. (2010). Close relationships, inflammation, and health. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews, 35*(1), 33–38.
- Kumar, S., Calvo, R., Avendano, M., Sivaramakrishnan, K., & Berkman, L. F. (2012). Social support, volunteering and health around the world: Cross-national evidence from 139 countries. *Social Science & Medicine, 74*(5), 696–706.
- Lavner, J. A., & Bradbury, T. N. (2010). Patterns of change in marital satisfaction over the newlywed years. *Journal of Marriage and the Family, 72*(5), 1171–1187.
- Ley, K. (2005). Wenn sich eine neue Familie findet – Ressourcen und Konflikte in Patchwork- und Fortsetzungsfamilien. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 54*, 802–816.
- Mitnick, D. M., Heyman, R. E., & Smith Slep, A. M. (2009). Changes in relationship satisfaction across the transition to parenthood: A meta-analysis. *Journal of Family Psychology, 23*(6), 848–852.
- Morrison, D. R., & Coiro, M. J. (1999). Parental conflict and marital disruption: Do children benefit when high-conflict marriages are dissolved? *Journal of Marriage and the Family, 61*(3), 626–637.
- Mosimann, A., & Camenisch, M. (2015). Erhebung zu Familien und Generationen 2013. Neuchâtel: Bundesamt für Statistik. <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/news/publikationen.html?publicationID=4882> (Zugriff: 10.9.2015).
- Peeters, M. C. W., Montgomery, A. J., Bakker, A. B., & Schaufeli, W. B. (2005). Balancing work and home: How job and home demands are related to burnout. *International Journal of Stress Management, 12*(1), 43–61.

- Perrig-Chiello, P., Höpflinger, F., & Schnegg, B. (2010). Pflgende Angehörige von Menschen in der Schweiz. SwissAgeCare: Forschungsprojekt im Auftrag der Spitex Schweiz. <http://upload.sitesystem.ch/B2DBB-48B7E/0CDC636B60/2FF10C60B3.pdf> [Zugriff: 10.9.2015].
- Reblin, M., & Uchino, B. N. (2008). Social and emotional support and its implication for health. *Current Opinion in Psychiatry*, 21(2), 201–205.
- Sbarra, D. A., & Nietert, P. J. (2009). Divorce and death: Forty years of the Charleston Heart Study. *Psychological Science*, 20(1), 107–113.
- Schär, M., Sutter, S., & Amstad, F. (2014). *Familie, Stress und Gesundheit*. Gesundheitsförderung Schweiz Arbeitspapier 27, Bern und Lausanne.
- Schmidt-Denter, U., & Beelmann, W. (1997). Kindliche Symptombelastungen in der Zeit nach einer ehelichen Trennung: Eine differentielle und längsschnittliche Betrachtung [Children's problems following parental separation: A differential and longitudinal approach.]. *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie*, 29(1), 26–42.
- Selbsthilfe Schweiz (2015). Rubriken «Aktuell» sowie «Themenliste». www.selbsthilfeschweiz.ch [Zugriff: 29.9.2015].
- Sigal, A., Sandler, I., Wolchik, S., & Braver, S. (2011). Do parent education programs promote healthy post-divorce parenting? Critical distinctions and a review of the evidence. *Family Court Review*, 49(1), 120–139.
- Staub, L., & Felder, W. (2004). *Scheidung und Kindeswohl. Ein Leitfaden zur Bewältigung schwieriger Übergänge*. Bern: Hans Huber.
- Stroebe, M. (2001). Gender differences in adjustment to bereavement: An empirical and theoretical review. *Review of General Psychology*, 5(1), 62–83.
- Uchino, B. N. (2006). Social support and health: a review of physiological processes potentially underlying links to disease outcomes. *Journal of Behavioral Medicine*, 29(4), 377–387.
- Uchino, B. N., Bowen, K., Carlisle, M., & Birmingham, W. (2012). Psychological pathways linking social support to health outcomes: a visit with the «ghosts» of research past, present, and future. *Social Science & Medicine*, 74(7), 949–957.
- Wagner, M., & Wolf, C. (2001). Altern, Familie und soziales Netzwerk. *Zeitschrift für Erziehungswissenschaft*, 4(4), 529–554.
- Weber, D., Abel, B., Ackermann, G., Biedermann, A., Bürgi, F., Kessler, C., Schneider, I., Steinmann, R. & Widmer Howald, F. (2016). *Gesundheit und Lebensqualität im Alter. Grundlagen für kantonale Aktionsprogramme «Gesundheitsförderung im Alter»*. Gesundheitsförderung Schweiz Bericht 5, Bern und Lausanne.
- Whisman, M. A. (2007). Marital distress and DSM-IV psychiatric disorders in a population-based national survey. *Journal of Abnormal Psychology*, 116(3), 638–643.
- Whisman, M. A., & Baucom, D. H. (2012). Intimate relationships and psychopathology. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 15(1), 4–13.
- Zemp, M., & Bodenmann, G. (2015). *Partnerschaftsqualität und kindliche Entwicklung. Ein Überblick für Therapeuten, Pädagogen und Pädiater*. Berlin/Heidelberg: Springer.

11 La santé psychique des personnes âgées

MSc Veronika Boss, Promotion Santé Suisse

Résumé

Une majorité des personnes âgées jouit d'une bonne santé psychique, en dépit de l'augmentation des contraintes et de la diminution des ressources physiques et sociales. Toutefois, il est possible d'identifier certains groupes de personnes âgées vulnérables: les personnes atteintes d'incapacités physiques, les personnes vivant seules ainsi que les veufs et veuves, les proches soignants et les personnes utilisant des stratégies de coping inadaptées. Diverses mesures de promotion de la santé sont proposées pour renforcer la santé psychique des personnes âgées. Les connaissances, la motivation et le soutien sont nécessaires pour que les personnes âgées puissent préserver et renforcer elles-mêmes leur santé psychique. A cet égard, les offres de formation permettent l'acquisition de nouvelles compétences requises, un style de vie sain, un environnement résidentiel adapté, la participation sociale, des possibilités d'engagement social, des services de proximité pour les personnes difficiles à atteindre ainsi que des offres de prise en charge et de renforcement des ressources pour les proches soignants. La société, les cantons et les communes, les employeurs et les professionnels créent des conditions cadres et peuvent contribuer à ce que les personnes âgées fassent une utilisation optimale de leurs ressources, malgré l'augmentation des contraintes, et puissent vivre longtemps chez elles en jouissant d'un bien-être élevé.

11.1 Personnes âgées

Dans ce chapitre, on entend par «personnes âgées» les personnes à partir de 65 ans. Cette étape de la vie est souvent divisée en troisième (de 65 à 79 ans) et quatrième âge (à partir de 80 ans). En moyenne, les gens vivent maintenant plus longtemps que les générations précédentes et restent en principe plus longtemps en bonne santé et sans incapacité. Les personnes âgées présentent toutefois, en ce qui concerne leur santé et leur situation de vie, une hétérogénéité considérable. En Suisse, les personnes de plus de 65 ans vivent principalement chez elles; seuls 6 % d'entre elles résident depuis plus d'un mois dans un établissement médico-social (Bundesamt für Statistik, 2012a). Environ la moitié des personnes de 80 ans et plus vivent seules (Höpflinger & Wezemaël, 2014). Plus de deux tiers des plus de 80 ans sont des femmes (Bundesamt für Statistik, 2014b). Bien qu'en Suisse, la plupart des personnes âgées

jouissent d'une bonne situation économique, en 2013 12 % des bénéficiaires de rentes AVS percevaient des prestations complémentaires (Höpflinger, 2015)³⁰. Tout cela donne l'image d'une population âgée très hétérogène ayant des besoins très différents. Et cela devrait être pris en compte pour la promotion de la santé psychique des personnes âgées.

11.2 La santé psychique des personnes âgées

11.2.1 Prévalences, données actuelles

Les personnes âgées présentent les valeurs parmi les plus élevées en ce qui concerne la satisfaction face à la vie et l'optimisme, ce qui témoigne de la **santé psychique** élevée de ce groupe d'âge (Bundesamt für Statistik, 2012b; Moreau-Gruet, 2014; Schuler & Burla, 2012). Cela peut paraître surprenant, puisque les forces physiques décroissantes, les maladies, la diminution de la capacité mémo-

³⁰ Pour de plus amples informations sur le thème de la promotion de la santé des personnes âgées voir Weber et al. (2016) *Gesundheit und Lebensqualität im Alter. Grundlagen für kantonale Aktionsprogramme «Gesundheitsförderung im Alter»* (en français: Santé et qualité de vie des personnes âgées. Bases pour les programmes d'action cantonaux).

rielle et la perte de proches sont caractéristiques surtout du quatrième âge et peuvent constituer des contraintes psychiques. Néanmoins, si l'on considère l'ensemble de la vieillesse, il s'avère qu'une majorité des personnes âgées peuvent conserver leur santé psychique. Dans la littérature gérontologique, ce phénomène est appelé «paradoxe du bien-être des personnes âgées». En effet, ces dernières tirent principalement profit des ressources internes, telles que la capacité d'interpréter positivement une situation et de s'adapter à une nouvelle situation (coping adaptatif) (Perrig-Chiello, 2007, 2011). En 2012, les indicateurs et les ressources permettant de mesurer la santé psychique des personnes âgées en Suisse ont affiché les valeurs suivantes (Bundesamt für Statistik, 2012b; Moreau-Gruet, 2014):

- **Optimisme et bien-être**³¹ restent relativement stables au cours de la vie et tendent à reculer légèrement à partir de 75 ans. Entre 65 et 74 ans, 72 % des femmes et des hommes présentent des valeurs élevées à très élevées d'optimisme et de bien-être. A partir de 75 ans, ce taux s'abaisse à 55 %, au profit d'appréciations plus mitigées.
- **Energie et vitalité**³² offrent des valeurs différentes entre les femmes et les hommes tout au long de la vie, augmentent avec l'âge pour les deux sexes et tendent également à baisser à partir de 75 ans. Entre 65 et 74 ans, deux tiers (66 %) des femmes et 78 % des hommes indiquent un niveau d'énergie et de vitalité élevé. A partir de 75 ans, la proportion d'évaluations élevées en énergie et vitalité diminue à 51 % pour les femmes et 66 % pour les hommes, au profit d'évaluations moyennes et faibles.
- **Satisfaction touchant plusieurs domaines importants de la vie**³³: la satisfaction face à la vie en général augmente avec l'âge. Les trois quarts des hommes et des femmes de plus de 65 ans sont satisfaits de leur vie³⁴.
- **Le sentiment de maîtrise de sa vie**³⁵ s'accroît au cours de la vie et surtout au moment de la retraite. A partir de 65 ans, la moitié des femmes et des hommes indiquent un fort sentiment de maîtriser leur vie.

Les personnes âgées sont atteintes de **maladies psychiques** aussi fréquemment que les jeunes (Benz et al., 2006; Schuler & Meyer, 2006). Si l'on inclut les démences, les maladies psychiques affectent jusqu'à un quart de toutes les personnes âgées (Stoppe, 2012; Weber et al., 2016). Chez les personnes âgées, la vulnérabilité aux maladies psychiques augmente en raison des conditions d'existence (Ugolini & Angst, 2009). A partir de 75 ans, on constate une augmentation de l'apparition de symptômes dépressifs légers (Bundesamt für Statistik, 2012b; Schuler & Burla, 2012). Au cours des troisième et quatrième âges, la dépression, les troubles anxieux et les délires³⁶ comptent parmi les principaux problèmes psychiques (Stoppe, 2012). Comme c'est le cas tout au long de la vie, durant la vieillesse également les femmes souffrent plus fréquemment de troubles psychiques et de dépressions que les hommes (Bundesamt für Statistik, 2012b). Souvent, les maladies psychiques ne sont pas reconnues comme telles chez les personnes âgées³⁷. A ce propos, il convient de noter le taux de suicide élevé chez les hommes de 75 ans et plus: ce sont alors souvent des dépressions qui provoquent le suicide (Fachgruppe Mental Health, 2011). Cela concerne fréquem-

³¹ Question du Panel suisse de ménages pour «force, énergie et optimisme». Cet indicateur est considéré comme un aspect du bien-être (Moreau-Gruet, 2014).

³² Energie et vitalité décrivent davantage qu'une énergie et une force purement physiques et comprennent également des aspects de la santé psychique (Moreau-Gruet, 2014).

³³ Cet indicateur composite englobe la santé et la situation économique, mais également le niveau d'exigence individuel et la biographie personnelle (Moreau-Gruet, 2014).

³⁴ La satisfaction face à la vie en général se comporte de façon inverse à la satisfaction spécifique à l'égard de la santé, qui est élevée au début de la vie et diminue au cours de l'existence. 63 % des personnes de 65 ans et plus, et 54 % des personnes de 75 ans et plus se disent satisfaites ou très satisfaites de leur santé (Moreau-Gruet, 2014).

³⁵ Le sentiment de maîtrise de sa vie représente une ressource directe pour préserver la santé psychique (Schuler & Burla, 2012).

³⁶ Apparition de troubles aigus de l'attention, de la concentration, de la pensée, de la mémoire et de la psychomotricité.

³⁷ Le nombre de traitements professionnels pour des problèmes psychiques diminue fortement à partir de 65 ans. Cela indique que les atteintes psychiques sont moins fréquemment identifiées ou que l'on a plus rarement recours à une assistance professionnelle. Mais ce plus faible recours à l'assistance psychologique et psychiatrique pourrait changer pour les générations futures, du fait d'une meilleure acceptation (Bundesamt für Statistik, 2012b).

ment les hommes vivant seuls, divorcés ou veufs (Bachmann, Burla & Kohler, 2015; Keller-Guglielmetti & Walter, 2015). A partir de 75 ans, les troubles du sommeil augmentent également, affectant 39% des femmes et 26% des hommes (Bundesamt für Statistik, 2012b). Ils peuvent être l'expression d'un trouble psychique ou déclencher un tel trouble.

11.2.2 Facteurs de risque et facteurs protecteurs ou contraintes et ressources

Les **facteurs de protection ou ressources** suivants aident les personnes âgées à rester en bonne santé psychique (Dellenbach & Angst, 2011; Schuler & Burla, 2012; Steinmann, 2005):

- Facteurs physiques: par exemple, bon état de santé, bonne condition physique, alimentation équilibrée, sommeil suffisant
- Caractéristiques de la personnalité et compétences: par exemple, stratégies de coping adaptatives, compétences de communication, recherche de sens, transcendance/spiritualité, sentiment d'efficacité personnelle
- Facteurs sociaux: par exemple, soutien social, personnes de confiance, protection contre la violence physique et psychologique
- Facteurs structurels: par exemple, accès au conseil, à la formation continue et aux services, possibilités d'activités significatives, technologies de soutien
- Facteurs sociétaux: par exemple, stabilité politique et économique, assurances sociales adéquates, participation et intégration sociale

Les **facteurs de risque ou contraintes** suivants peuvent entraîner l'apparition de maladies psychiques chez les personnes âgées:

- Facteurs physiques: par exemple, déficiences visuelles et auditives, des accidents tels que les chutes, maladie(s) chronique(s), infirmité, malnutrition, troubles du sommeil
- Caractéristiques de la personnalité et compétences: par exemple, faible estime de soi, stratégies de coping insuffisantes
- Facteurs sociaux: par exemple, solitude, isolement social, expériences de violence
- Facteurs structurels: par exemple, infrastructures insuffisantes dans et hors du logement, obstacles environnementaux, accès insuffisant au conseil et aux services

- Facteurs sociétaux: par exemple, statut socio-économique bas, discrimination liée à l'âge, stigmatisation
- Événements critiques de la vie et transitions biographiques: par exemple, soins au partenaire, décès d'une figure d'attachement proche, séparation ou divorce, départ à la retraite, déménagement ou admission dans une maison de retraite, processus de fin de vie

Étant donné que les ressources exercent un effet modérateur sur les facteurs de risque ou les contraintes et qu'en même temps elles peuvent renforcer directement la santé psychique, la promotion et la conservation de ces ressources chez les personnes âgées est de la plus grande importance. Dès lors, si les ressources physiques et sociales diminuent, les ressources personnelles telles que le sentiment de maîtrise de sa vie et les stratégies de coping adaptatives, par exemple les mécanismes d'adaptation, deviennent plus importantes. Par ailleurs, le renforcement des ressources sociales et structurelles externes dans l'environnement des personnes âgées réduit les contraintes et permet de préserver et promouvoir la santé psychique durant la vieillesse.

11.3 Défis particuliers aux personnes âgées

11.3.1 Tâches de développement typiques durant la vieillesse

Pour les personnes âgées, la diminution des ressources physiques et sociales, un événement de vie critique ou des transitions biographiques conduisent à des changements souvent liés à l'expérience de la perte. Une adaptation intérieure, et non seulement extérieure, à la nouvelle situation s'avère nécessaire. Malgré l'accroissement de la dépendance extérieure, les personnes âgées doivent préserver leur autonomie, dans le sens d'une autodétermination. Ceci est une tâche de développement personnel, dont la réalisation est cependant facilitée par un environnement favorable (Samochowiec, Kühne & Frick, 2015; Steinmann, 2005). Une autre tâche de développement importante dans le cadre des divers changements qui ont lieu au cours de la vieillesse est la recherche d'un sens à la situation et d'un sens existentiel. La réévaluation de leur propre biographie

peut les aider dans cette quête. A cet égard, les événements de la vie sont répertoriés et intégrés dans l'histoire même de leur vie, ce qui soutient la recherche de sens et favorise ainsi la santé psychique (Perrig-Chiello, 2014). Une autre tâche importante pour les personnes âgées est le travail de réflexion sur le processus de fin de vie et sa propre mort. Un cheminement qui ne s'adapte pas à la situation ou l'échec des tâches de développement peut provoquer des atteintes psychiques (Bürli, Amstad, Duetz Schmucki & Schibli, 2015; Steinmann, 2012).

11.3.2 Enjeux physiques durant la vieillesse

L'augmentation des maladies physiques³⁸ et de la fragilité, les pathologies multiples et les suites de chutes chez les personnes âgées peuvent contribuer à ce que les activités de la vie quotidienne, telles que

les achats et la préparation des repas, et plus tard également les déplacements et les soins corporels, ne puissent plus être assumés de façon indépendante. Cela porte atteinte à la mobilité, à la vie sociale et à l'autonomie des personnes âgées concernées (Bachmann et al., 2015). Les personnes de 65 ans et plus souffrant de limitations fonctionnelles ressentent davantage de troubles psychiques que les personnes du même âge qui ne souffrent pas de ces restrictions et se plaignent plus souvent de dépressions, de manque d'énergie et de faible vitalité. Elles indiquent un sentiment plus faible de maîtrise de leur vie, évaluent plus négativement leur qualité de vie et expérimentent moins de soutien social (Bundesamt für Statistik, 2014a). Ainsi les maladies et limitations physiques entraînent-elles fréquemment des troubles et maladies psychiques (Schuler & Burla, 2012).

Infobox Pro Mente Sana: démence

Une démence est une maladie neurodégénérative, caractérisée par un déficit des fonctions cognitives, émotionnelles et sociales. La mémoire à court terme, l'aptitude cognitive, le langage et la motricité sont touchés. La structure de la personnalité peut aussi être altérée.

Il existe différentes formes de démence. La forme la plus fréquente, la maladie d'Alzheimer, représente environ les trois quarts des démences.

Prévalences en Suisse: dans le groupe d'âge entre 65 et 69 ans, moins de 2% des personnes sont atteintes de démence. A partir de 90 ans, 30% des individus en souffrent.

Causes et groupes vulnérables: les mécanismes d'apparition de la démence ne sont pas définitivement élucidés. La démence a d'une part une composante biologique (comme l'âge, le sexe et les prédispositions génétiques). D'autre part, les facteurs de mode de vie ont une incidence sur l'évolution de la maladie.

Traitement: la démence est incurable. Mais ses conséquences peuvent être atténuées grâce à des médicaments ou à des traitements adaptés, de façon à ce que les personnes touchées puissent conserver une bonne qualité de vie.

Sources: Ecoplan (2013). Principes sous-tendant l'élaboration d'une stratégie nationale en matière de démence. La démence en Suisse, bilan de la situation actuelle. Berne; Prince, M., Albanese, E., Gierchet, M., & Prina, M. (2014). World Alzheimer Report 2014. Dementia and Risk Reduction. An Analysis of Protective and Modifiable Factors. Londres.

³⁸ Les maladies cardiovasculaires, le cancer, les démences, le diabète, les maladies musculo-squelettiques sont parmi les principales maladies non transmissibles chez les personnes âgées (Bachmann et al., 2015).

11.3.3 Perte de soutien social et isolement

Le réseau social et la participation sociale diminuent avec l'âge³⁹. A partir de 75 ans, nettement plus de personnes âgées regrettent l'absence d'une personne de confiance proche ou se sentent seules⁴⁰. Le soutien social peut se perdre soudainement durant la vieillesse, du fait d'une transition biographique (déménagement, départ à la retraite) ou d'un événement de vie critique (séparation du partenaire, maladie subite). Mais il peut aussi diminuer progressivement, par exemple en raison de l'implication croissante dans la prise en charge du partenaire (Dellenbach & Angst, 2011; Perrig-Chiello & Höpflinger, 2012). Un faible statut socio-économique, une déficience auditive ou visuelle ou encore une origine immigrée constituent également des facteurs de risque de l'isolement social et de la solitude (Dellenbach & Angst, 2011). Une solitude perçue négativement ne doit pas être sous-estimée. Outre un mauvais état de santé physique et psychique, elle peut entraîner une espérance de vie plus courte et un risque accru de démence (Schäfler, Biedermann & Salis Gross, 2013; Schuler & Burla, 2012).

11.3.4 Proches soignants

En comparaison avec d'autres pays européens, en Suisse les personnes âgées sont plus rarement prises en charge par des proches. La société compte principalement sur des services de soins professionnels qui sont bien développés. Néanmoins, de nombreuses personnes souhaitent être prises en charge par des proches (Perrig-Chiello, Höpflinger & Schnegg, 2010) et 54 % des personnes de plus de 65 ans souffrant de limitations fonctionnelles ont recours à l'aide de leurs proches (Bundesamt für Statistik, 2014a). Selon l'étude *SwissAgeCare 2010*, les deux tiers des proches soignants sont des femmes, un tiers des hommes. La moitié des femmes soignantes sont des partenaires, contre deux tiers des hommes soignants. La moyenne d'âge des partenaires soignantes est de 75 ans, 78 ans pour les partenaires soignants. Mais il arrive aussi que des personnes à la retraite prennent soin de leurs parents. L'amour et la bienveillance, mais aussi l'obli-

gation, la nécessité et les considérations financières sont les raisons qu'invoquent les proches soignants. Tous les proches soignants ne parviennent pas à faire face aux fortes contraintes physiques, psychiques et sociales qui résultent des soins prodigués. Cela se traduit par un état de santé subjectif moins bon et une moindre satisfaction face à la vie des proches soignants par rapport aux personnes qui n'ont pas à prendre soin d'un parent. Selon l'étude *SwissAgeCare*, une attention particulière devrait être accordée aux proches soignants qui disposent de stratégies de coping adaptatives insuffisantes: il s'agit d'une part des femmes et hommes soignants qui dédient beaucoup de temps aux soins (70 heures ou plus), qui présentent un faible niveau de satisfaction et un bien-être réduit. Et d'autre part des femmes soignantes dont l'horaire est plus léger (27 heures), mais dont le bien-être est fortement réduit et qui prennent régulièrement des médicaments contre la douleur (Bachmann et al., 2015; Perrig-Chiello et al., 2010; Perrig-Chiello & Höpflinger, 2012).

11.4 Recommandations d'action et pistes de solutions possibles

11.4.1 Comment atteindre les personnes âgées?

Les multiples expériences qu'a acquises la promotion de la santé concernant l'accès aux personnes âgées ou à des groupes sociaux difficilement accessibles et socio-économiquement défavorisés, peuvent également être utilisées dans le cadre d'interventions visant à promouvoir la santé psychique durant la vieillesse. La liste suivante énumère les possibles canaux de contact qui ont fait leurs preuves pour les personnes âgées (Dellenbach & Angst, 2011; Soom Ammann & Salis Gross, 2011; Weber et al., 2016; et point de vue de l'auteure):

- **Services de consultation et représentants d'intérêts:** services de consultation pour personnes âgées (p. ex. Pro Senectute, Croix-Rouge suisse, Association Alzheimer, Ligue suisse contre le rhumatisme), travail social, services communaux

³⁹ Entre 65 et 74 ans, 69 % des femmes et 60 % des hommes indiquent avoir plusieurs personnes proches. A partir de 75 ans, cette proportion diminue de manière significative chez les femmes – ce qui est probablement lié à la perte du partenaire – pour atteindre 59 %, tout en restant pratiquement inchangée chez les hommes (enquête suisse sur la santé, 2012).

⁴⁰ 9 % des femmes et 6 % des hommes de 75 ans et plus indiquent n'avoir aucune personne de confiance proche; plus de 30 % n'ont qu'une seule personne de confiance. Par ailleurs, 21 % des hommes et 35 % des femmes de 75 ans et plus se sentent parfois seuls (Bundesamt für Statistik, 2012b).

de consultation pour les problèmes d'addictions, *Case Manager* et *Elder Care Manager*, services de conseil en cas de divorce et avocats spécialisés en divorce, médiateurs

- **Professionnels et secteurs d'activités en contact avec des groupes à risque:** médecins de famille ou spécialistes (ORL, ophtalmologues ou neurologues, p. ex.), cliniques, opticiens, distributeurs d'appareils auditifs ou services de pompes funèbres
- **Services de soutien et spécialisés à domicile:** aide et soins à domicile, Pro Senectute, services de visite, de livraison de repas ou de transport, soins de beauté à domicile
- **Société civile et proches:** voisinage, associations, paroisses, organisations de migrants, famille, amis, bénévoles, pairs
- **Organismes officiels et institutions de prévoyance:** communes ou caisses de pension, service du contrôle des habitants, bureau des affaires sociales et services d'intégration
- **Employeurs juste avant ou après le départ à la retraite:** employeurs des secteurs public et privé, associations professionnelles, syndicats
- **Médias:** placer des informations, témoignages et offres de soutien dans les journaux locaux, la radio et la télévision, les sites Web, les revues qui s'adressent au groupe cible et à ses proches
- **Canaux de contact alternatifs qui ont pu être testés:** intégration des prestataires de services privés tels que les restaurants, centres commerciaux, coiffeurs, facteurs, taxis, banques

11.4.2 Comment procéder concrètement pour renforcer la santé psychique des personnes âgées?

La santé psychique des personnes âgées, en particulier en ce qui concerne les défis mentionnés ci-dessus, peut être influencée de manière positive par le biais d'interventions dans les champs d'action suivants. Il est important que les projets évalués soient mis en application et que les idées basées sur la théorie et l'expérience soient évaluées. En outre, il faut également tenir compte d'une approche d'intervention respectueuse de la sexospécificité.

L'importance de la santé psychique devrait être abordée avec les personnes âgées. L'objectif est de transmettre des connaissances à ce sujet, et de motiver et d'aider les personnes âgées à préserver et renforcer leur santé psychique par elles-mêmes

(Soom Ammann & Salis Gross, 2011). A cette fin, il est possible de recourir à des activités déjà existantes au niveau communal pour les personnes âgées (offres d'activité physique, cours de formation) ou des événements incitatifs spécifiques. De même, de brefs sondages écrits sur les besoins, suivis d'un conseil individualisé, se sont avérés efficaces (Feller-Länzinger, La Mantia, Künzi & Egger, 2014). Pour les personnes âgées, les médecins de famille font souvent office de personne de confiance pour les questions de santé entre autres. C'est pourquoi le dialogue médecin-patient est également mis en évidence comme un moyen efficace pour aborder les aspects de la santé psychique et les facteurs qui influent sur celle-ci, pour initier des interventions et les accompagner (Kessler & Steinmann, 2015; Künzler & Bandi-Ott, 2014; Künzler & Minzer, 2015). Les proches des personnes âgées peuvent également être impliqués dans la discussion des aspects de la santé psychique (Feller-Länzinger et al., 2014).

Afin que les personnes âgées puissent faire face avec succès aux tâches de développement typiques de la vieillesse, les offres de formation pour **la transmission et le renforcement des compétences personnelles** sont d'une grande utilité. Le travail en groupe se prête particulièrement bien à ce genre de formation. Si les responsables du cours parviennent à initier un processus positif de dynamique de groupe, la réflexion sur soi-même et l'interaction sociale peuvent conduire à la modification des attitudes et des comportements et renforcer la santé psychique (Soom Ammann & Salis Gross, 2011). Les cours de préparation à la retraite ou de réévaluation de la propre biographie en sont des exemples (Dellenbach & Angst, 2011; Kessler & Schmocker, 2014).

Afin de retarder aussi longtemps que possible les atteintes physiques et de les gérer correctement lorsqu'elles apparaissent, des interventions pour promouvoir un **style de vie sain** peuvent être proposées. Ce qui peut inclure le mouvement et l'activité physique, une alimentation équilibrée, mais également une bonne hygiène du sommeil. L'activité physique exerce un effet direct positif sur le sommeil et le psychisme, par exemple (Büla et al., 2014). Le travail en groupe se prête aussi très bien à l'apprentissage et au maintien d'un style de vie sain, car il encourage la participation sociale, en plus des compétences pratiques (Dellenbach & Angst, 2011; Gesundheitsförderung Schweiz, 2014).

Afin de pouvoir vivre aussi longtemps que possible dans un environnement familier malgré l'augmentation des infirmités et des restrictions physiques, il est important d'aménager et d'organiser de manière adaptée **l'environnement résidentiel, l'espace habitable et le type de logement**. Il existe un besoin d'autres formes de logement, telles que les communautés d'habitation pour personnes âgées ou intergénérationnelles, des services d'aide échelonnés au niveau administratif et en termes de soins pour les ménages privés et des places d'accueil de jour qui servent de transition entre l'autonomie du foyer et la prise en charge en milieu résidentiel⁴¹. Ces solutions de logement alternatives peuvent retarder ou même éviter l'entrée dans un home. Un cadre de vie bien adapté réduit le sentiment de solitude, augmente les opportunités de participation sociale et favorise la recherche de sens (Feller-Länzinger et al., 2014; Perrig-Chiello et al., 2010; Wächter, Bommer, Hafen & Rabhi-Sidler, 2015).

Le transport à la demande permet de favoriser la **participation sociale** des personnes âgées actives. Mais il s'agit également, outre les offres de formation de groupe (voir ci-dessus), de lieux de rencontre sociale, ainsi que d'activités créatives, artisanales, sociales et politiques. **L'engagement** des personnes âgées, en particulier en faveur des jeunes générations, a un impact significatif et représente une contribution durable pour la société. De plus, les activités réalisées avec succès augmentent le sentiment d'efficacité personnelle. Sont également prometteuses des approches telles que les approches communautaires⁴², la constitution de réseaux d'aide entre voisins (intra- et intergénérationnels) et la promotion de groupes d'entraide. Toutes encouragent la bonne forme physique et mentale, en plus de la participation sociale (Bundesamt für Sozialversicherungen, 2007; Dellenbach & Angst, 2011; Feller-Länzinger et al., 2014; Kessler, Bonsack, Seematter & Biedermann, 2009; Soom Ammann & Salis Gross, 2011).

Afin de pouvoir répondre aux besoins sociaux et autres des **personnes âgées difficilement accessibles**, des **services à domicile** (offres de livraison)

sont nécessaires. Lors d'une visite à domicile, les professionnels clarifient les besoins et offrent des services de soutien et de conseil, tout en tirant parti de l'effet positif du contact social sur les personnes âgées. A cet égard, il faut préserver et encourager l'esprit d'initiative et l'autonomie des personnes âgées. Le soutien social peut également se faire par des visites à domicile volontaires de la part de pairs (personnes du même âge) (Feller-Länzinger et al., 2014; Soom Ammann & Salis Gross, 2011).

Pour les **proches soignants** il est recommandé d'une part d'éviter les contraintes structurelles et organisationnelles dans l'environnement de soins. S'agissant des moyens techniques de soin adaptés, il faut veiller à donner suffisamment d'informations concernant les compensations financières et les possibilités d'aide. Par ailleurs, les ressources sociales et psychiques doivent être renforcées, par exemple par des échanges avec d'autres personnes affectées (groupes d'entraide) ou en traitant des sujets tels que le burn-out ou les soins dans la relation de couple (Perrig-Chiello et al., 2010; Perrig-Chiello & Höpflinger, 2012).

11.4.3 Quelles sont les conditions cadres à créer pour promouvoir la santé psychique des personnes âgées?

Pour renforcer la santé psychique des personnes âgées, il faudrait développer une image positive de cette phase de la vie dans la **société**. Il est vrai que les personnes âgées peuvent apporter une contribution importante à la société, et il s'agit de vouloir leur donner de l'espace et leur accorder de la valeur (Bundesamt für Sozialversicherungen, 2007). Toutefois, il est également important de reconnaître qu'avec l'âge, les personnes peuvent dépendre de l'aide et du soutien des autres.

Les cantons et les communes sont appelés à inclure les questions de santé concernant la vieillesse dans leurs stratégies et concepts. Des champs thématiques importants relatifs à la promotion de la santé psychique concernent la création de réseaux de prestations coordonnés et adaptés aux personnes âgées, la promotion de la participation sociale et le

⁴¹ L'objectif est un logement indépendant, mais pas isolé. Appartements sur un seul étage, sans seuil, services à la demande, possibilités d'aide et d'échange mutuel, etc. à proximité.

⁴² «L'approche communautaire est un principe de travail participatif, qui, via la collaboration de la population et la prise en considération ciblée d'institutions, d'organisations et d'autres acteurs contribue à améliorer les conditions de vie de personnes ainsi que la cohésion sociale et l'assurance de prestations sociales.» (Weber et al., 2016, p. 119).

soutien aux proches soignants. A partir de là, des interventions peuvent alors être planifiées et financées. Afin que les personnes âgées puissent vivre aussi longtemps que possible chez elles selon leur choix, les communes et les centres villes, quartiers et autres environnements devraient être adaptés aux personnes âgées et conçus de manière à promouvoir la santé. Dans l'environnement résidentiel, il faut aménager des accès sans obstacle aux services, activités de loisirs, réseaux sociaux et technologies (Bachmann et al., 2015; Schäfler et al., 2013).

Les **employeurs** (entreprises, organisations, administrations) peuvent contribuer à la promotion de la santé psychique de leurs employés juste avant et après leur départ à la retraite. C'est le cas des cours de préparation et conseils individuels avant le départ à la retraite ou des options et incitations permettant d'être professionnellement actif à temps complet ou partiel après 65 ans (Bundesamt für Sozialversicherungen, 2007; Dellenbach & Angst, 2011; Moreau-Gruet et al., 2014). En outre, la conciliation entre vie professionnelle et soins prodigués à un parent (*Elder Care*) doit être clarifiée (Bundesamt für Sozialversicherungen, 2007).

Les **professionnels** qui travaillent avec ou pour des personnes âgées doivent en fin de compte réserver

une place appropriée à la santé psychique dans leur travail quotidien, ainsi que dans le cadre de la formation initiale et continue. Enfin, une mise en réseau, une coordination et une collaboration accrues sont nécessaires pour développer des réseaux efficaces de soutien et de prise en charge (Feller-Länzinger et al., 2014).

Exemple de projet: Tavolata

Le projet «Tavolata» est un réseau de tables communautaires lancé par le Pour-cent culturel Migros en 2010. Il s'agit de tables communautaires locales basées sur l'auto-organisation où des personnes âgées se réunissent régulièrement dans un cadre privé ou dans un local semi-public pour cuisiner et manger ensemble. Le projet «Tavolata» permet de promouvoir la mise en réseau de personnes âgées, de faciliter la participation sociale et de renforcer ainsi le bien-être psychique. En règle générale, une ou deux tables communautaires sont organisées chaque mois. Les groupes comprennent de sept à dix personnes et, en 2015, 135 tables communautaires étaient proposées dans 15 cantons des trois régions linguistiques. L'âge moyen était de 74 ans (Gartmann & Umbach-Daniel, 2015)⁴³.

11.5 Références

- Bachmann, N., Burla, L. & Kohler, D. (2015). *Gesundheit in der Schweiz – Fokus chronische Erkrankungen. Nationaler Gesundheitsbericht 2015*. Neuchâtel.
- Benz, P., Gut, E., Hock, C., Minder, J., Noser, O. & Radman, I. (2006). *Bericht der Arbeitsgruppe «Gerontopsychiatrie» zur alterspsychiatrischen Versorgung im Kanton Zürich. Im Auftrag des Vorstandes des Zürcher Vereins Psychiatrischer Chefärzte (ZVPC)*.
- Büla, C., Jotterand, S., Martin, B. W., Bize, R., Lenoble-Hoskovec, C. & Seematter-Bagnoud, L. (2014). *Bewegung im Alter: Dafür ist es nie zu spät! Swiss Medical Forum, 14(45), 836–841*.
- Bundesamt für Sozialversicherungen (2007). *Strategie für eine schweizerische Alterspolitik. Bericht des Bundesrates*. Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen.
- Bundesamt für Statistik (2012a). *Gesundheit im Alter – Daten, Indikatoren. Personen in Heimen*. <http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/14/02/01/key/07/01.html> (Zugriff: 19.11.2015).
- Bundesamt für Statistik (2012b). *Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012*. <http://www.portal-stat.admin.ch/sgb2012/files/de/00.xml> (Zugriff: 19.11.2015).
- Bundesamt für Statistik (2014a). *Schweizerische Gesundheitsbefragung 2012. Die funktionale Gesundheit von älteren Menschen in Privathaushalten*. Neuchâtel: BFS.

⁴³ Informations complémentaires: www.tavolata.net/fr et évaluation du projet: https://www.tavolata.net/data/seiten/120D50C9/Kurzfassung_Act_for_Age_def_D-1.pdf

- Bundesamt für Statistik (2014b). Ständige Wohnbevölkerung nach Alter und Geschlecht am Jahresende 2014. http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/de/index/themen/01/02/blank/key/alter/nach_geschlecht.html [Zugriff: 19.11.2015].
- Bürli, C., Amstad, F., Duetz Schmucki, M. & Schibli, D. (2015). *Psychische Gesundheit in der Schweiz. Bestandesaufnahme und Handlungsfelder*. Faktenblatt 7. Bern und Lausanne: Gesundheitsförderung Schweiz.
- Dellenbach, M. & Angst, S. (2011). *Förderung der psychischen Gesundheit im Alter*. Teilprojekt im Rahmen des Projekts «Best Practice Gesundheitsförderung im Alter». Zürich: Zentrum für Gerontologie.
- Ecoplan (2013). Grundlagen für eine Nationale Demenzstrategie. Demenz in der Schweiz: Ausgangslage. Bern: Bundesamt für Gesundheit / Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren (GDK).
- Fachgruppe Mental Health (2011). Positionspapier «Suizidprävention im Alter». Public Health Schweiz.
- Feller-Länzinger, R., La Mantia, A., Künzi, K. & Egger, T. (2014). *Via – Best Practice Gesundheitsförderung im Alter. Evaluation 2011–2013*. Bern und Lausanne: Gesundheitsförderung Schweiz Arbeitspapier 18.
- Gartmann, L. & Umbach-Daniel, A. (2015). Act for Age – Evaluation und Gestaltung von Tischgemeinschaften für ältere Menschen als nachhaltiges soziales Netzwerk. Rüschiikon.
- Gesundheitsförderung Schweiz (2014). *Gesundheitsförderung im Alter – Handeln lohnt sich! Argumentarium*. Bern und Lausanne: Gesundheitsförderung Schweiz.
- Höpflinger, F. (2015). Wirtschaftliche Sicherung im Alter – gestern und heute. <http://www.hoepflinger.com/fhtop/Wirtschaftliche-Lage.pdf> [Zugriff: 19.11.2015].
- Höpflinger, F. & Van Wezemaal, J. (2014). Age Report III. Wohnen im höheren Lebensalter. Grundlagen und Trends. Graphiken zum Download. <http://www.age-report.ch/grafiken-zum-download/> [Zugriff: 19.11.2015].
- Keller-Guglielmetti, E. & Walter, E. (2015). Epidemiologie von Suiziden, Suizidversuchen und assistierten Suiziden in der Schweiz. Bern: Bundesamt für Gesundheit.
- Kessler, C. & Schmocker, H. (2014). *Via – Best Practice Gesundheitsförderung im Alter. Umsetzungshilfe «Tipps und Tools für Veranstaltungen und Kurse»*. Bern und Lausanne: Gesundheitsförderung Schweiz Arbeitspapier 16.
- Kessler, C. & Steinmann, R. M. (2015). Gesundheitsförderung im Alter in der Hausarztpraxis. *Primarycare*, 15(7), 118–123.
- Kessler, D., Bonsack, S., Seematter, L. & Biedermann, A. (2009). *Gesundheitsförderung im Alter. Synthese von Interviews mit Expert/innen in der Schweiz und einer auf diesen Interviews basierenden Literaturanalyse*. Bern: Pro Senectute Kanton Bern / Public Health Services.
- Künzler, A. & Bandi-Ott, E. (2014). Chronisch kranke Patienten – Psychische Komorbiditäten – erkennen, fragen, handeln. *Hausarzt Praxis*, 9(12), 33–35.
- Künzler, A. & Minzer, A. (2015). Was der Hausarzt wissen sollte. *Primary Care – Die Schweizerische Zeitschrift für Hausarztmedizin*, 15(5), 81–83.
- Moreau-Gruet, F. (2014). *Monitoring zur psychischen Gesundheit – mit Fokus «ältere Menschen» und «Stress am Arbeitsplatz»*. Aktualisierung 2014. Gesundheitsförderung Schweiz Arbeitspapier 2, Bern und Lausanne.
- Perrig-Chiello, P. (2007). Paradox des Wohlbefindens. Kriterien für ein positives Lebensgefühl im Alter. *Sozial Aktuell, Avenir Social*, 3, 2–3.
- Perrig-Chiello, P. (2011). Glücklich oder bloss zufrieden? Hintergründe und Fakten zum Paradoxon des Wohlbefindens im Alter. In A. Holenstein, R. Meyer Schweizer, & P. Perrig-Chiello (Hrsg.), *Glück. Berner Universitätsschriften*. Bern: Haupt Verlag. S. 241–255
- Perrig-Chiello, P. (2014). Autobiografische Erinnerung: Fakt oder Fiktion? *Universität Bern, UniPress*, 160, 16–17.
- Perrig-Chiello, P., & Höpflinger, F. (2012). *Pflegende Angehörige älterer Menschen*. Bern: Huber Verlag.
- Perrig-Chiello, P., Höpflinger, F. & Schnegg, B. (2010). Pflegende Angehörige von älteren Menschen in der Schweiz. SwissAgeCare-2010. Schlussbericht. <http://www.spitex.ch/files/CEAAGB6/SwissAgeCare-2010-Schlussbericht> [Zugriff: 22.11.2015].

- Samochowicz, J., Kühne, M. & Frick, K. (2015). Digital Ageing. Unterwegs in die alterslose Gesellschaft. Rüslikon/Zürich: GDI Gottlieb Duttweiler Institut.
- Schäfler, H., Biedermann, A. & Salis Gross, C. (2013). Soziale Teilhabe. Angebote gegen Vereinsamung und Einsamkeit im Alter. Bern: Public Health Services.
- Schuler, D. & Burla, L. (2012). *Psychische Gesundheit in der Schweiz. Monitoring 2012* (Obsan Bericht 52). Neuchâtel: Schweizerisches Gesundheitsobservatorium.
- Schuler, D., & Meyer, P. C. (2006). Psychische Gesundheit/Krankheit: die Versorgungslage in der Schweiz. *Managed Care*, 1, 6–8.
- Soom Ammann, E. & Salis Gross, C. (2011). Schwer erreichbare und benachteiligte Zielgruppen. Teilprojekt im Rahmen des Projekts «Best Practice Gesundheitsförderung im Alter». Zürich: Institut für Sucht- und Gesundheitsforschung (Zugriff: 30.10.2015).
- Steinmann, R. M. (2005). Psychische Gesundheit – Stress. Wissenschaftliche Grundlagen für eine nationale Strategie zur Stressprävention und Förderung psychischer Gesundheit in der Schweiz. Bern: Gesundheitsförderung Schweiz.
- Steinmann, R. M. (2012). *Spiritualität – die vierte Dimension der Gesundheit. Eine Einführung aus der Sicht von Gesundheitsförderung und Prävention*. Wien: LIT Verlag.
- Stoppe, G. (2012). Psychische Gesundheit im Alter: Lasst uns mehr dafür tun! *Schweizerische Ärztezeitung*, 93(39), 1-3.
- Ugolini, B. & Angst, S. (2009). Erhaltung und Förderung psychischer Gesundheit im Alter. Zürich: Zentrum für Gerontologie.
- Wächter, M., Bommer, A., Hafen, M. & Rabhi-Sidler, S. (2015). *Die Zukunft der hauswirtschaftlichen Leistungen der Spitex. Standortbestimmung und Ausblick*. Luzern: Hochschule Luzern.
- Weber, D., Abel, B., Ackermann, G., Biedermann, A., Bürgi, F., Kessler, C., Schneider, I., Steinmann, R. & Widmer Howald, F. (2016). *Gesundheit und Lebensqualität im Alter. Grundlagen für kantonale Aktionsprogramme «Gesundheitsförderung im Alter»*. Gesundheitsförderung Schweiz Bericht 5, Bern und Lausanne.

12 Recommandations pour la promotion de la santé psychique

Dr Fabienne T. Amstad & MSc Martina Blaser, Promotion Santé Suisse

L'objectif du présent rapport est de servir de base scientifique à un programme d'action cantonal (PAC) axé sur la santé psychique et de constituer un socle décisionnel pour des mesures stratégiques dans ce domaine thématique aux niveaux national, cantonal et communal. Outre cette base scientifique, il convient de prendre en compte les besoins des cantons et les activités cantonales déjà existantes afin de définir les conditions cadres détaillées d'un PAC. Ce processus est illustré par la figure 12.1. Afin de pouvoir tenir compte des bases scientifiques en matière de santé psychique dans un PAC, trois recommandations concrètes sont formulées à partir du présent rapport de base. Elles permettent de se concentrer sur les mesures à prendre.

12.1 Recommandation 1: tenir compte de la personne dans son environnement

Il est essentiel de prendre en compte une personne dans ses différents domaines de vie (p. ex. famille, temps libre ou école) (voir figure 12.2). Dans tout domaine de l'existence, chaque individu peut être influencé par des personnes référentes et/ou des pairs. Les offres, la structure, le climat et la culture de l'environnement doivent également être considérés comme des facteurs d'influence. Cette influence est mutuelle: une personne contribue à concevoir son environnement. Il est par conséquent important, lors de la planification et de la mise en œuvre de mesures de promotion de la santé psychique, de ne pas considérer uniquement les personnes de manière isolée, mais bien de les percevoir comme partie de leur environnement (relations).

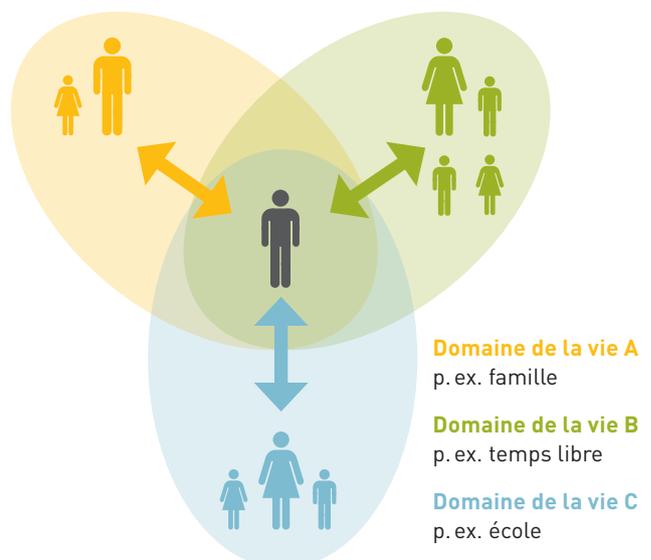
FIGURE 12.1

Processus d'élaboration d'un PAC⁴⁴



FIGURE 12.2

La personne dans ses différents domaines de vie



⁴⁴ Le chapitre 19 Promotion de la santé psychique axé sur l'intégration sociale du rapport «Santé et qualité de vie des personnes âgées» (Weber et al., 2016) sert également de base scientifique.

La transmission de compétences de vie (*life skills*) est un exemple de mesure de promotion de la santé qui tient avant tout compte de la personne, de ses pensées, de ses émotions et de son comportement. Les compétences de vie englobent des capacités qui permettent aux personnes de gérer de manière efficace les défis et les contraintes du quotidien. Les capacités suivantes font partie des compétences de vie (WHO, 1997):

- capacités relationnelles
- empathie
- capacités de communication efficaces
- perception de soi/ pleine conscience
- régulation des émotions
- gestion du stress
- pensée critique et créative
- prise de décisions
- capacités de résolution de problèmes

Outre ces mesures au plan individuel, les mesures en lien⁴⁵ avec l'environnement visent les personnes référentes, les offres, la structure, le climat et la culture d'un environnement. Par exemple, les mesures liées à l'environnement du domaine de la vie Ecole sont orientées vers la culture de la classe, le climat de l'école, les enseignants et les offres scolaires.

Pour renforcer la personne dans son environnement de manière efficace, ces mesures doivent être harmonisées.

12.2 Recommandation 2: renforcer les ressources internes et externes

D'un côté, les ressources ont une influence positive directe sur la santé psychique et, d'un autre, un effet d'atténuation des contraintes ayant un impact négatif sur la santé psychique (voir figure 12.3).

Il est ainsi doublement important de renforcer les ressources internes et externes⁴⁶. Ces dernières exercent une influence les unes sur les autres. Renforcer unilatéralement les ressources internes ou externes n'est donc pas un procédé adéquat.

FIGURE 12.3

Modèle modifié des ressources et contraintes



Renforcer toutes les ressources est une tâche impossible. Il est donc conseillé de se concentrer sur quelques-unes (et donc très importantes) d'entre elles, qui peuvent ainsi avoir un effet générique sur les contraintes. Dans ce contexte, générique signifie que ces ressources peuvent avoir une influence sur différentes contraintes.

L'efficacité personnelle en tant que ressource interne et le soutien social en tant que ressource externe sont des ressources génériques, car tous deux jouent un rôle capital tout au long de la vie, au cours de différentes transitions et lors d'événements clés (Wettstein, 2016).

12.2.1 Ressource interne centrale: l'efficacité personnelle

L'efficacité personnelle est une ressource interne essentielle. Elle décrit la conviction de pouvoir agir en s'appuyant sur ses propres compétences. L'efficacité personnelle se développe très tôt dans la vie et s'avère nécessaire tout au long de celle-ci afin de maintenir sa santé psychique ou la rétablir. C'est particulièrement dans le cadre de la gestion de transitions ou d'événements critiques qu'il s'agit d'être convaincu de sa propre efficacité à assumer de nouveaux rôles ou à aborder de nouvelles situations.

En matière de promotion et de développement de l'efficacité personnelle, l'individu et l'environnement sont tout autant décisifs. Au niveau individuel, il faut citer ici les compétences de vie (voir chapitre 12.1). En effet, l'efficacité personnelle peut également être considérée comme le résultat d'une application

⁴⁵ Par «mesures liées à l'environnement», on entend les mesures qui se rapportent à l'environnement de la personne visée. Ainsi, les personnes référentes constituent une partie de l'environnement social.

⁴⁶ Dans le présent rapport, les termes «ressources personnelles» et «ressources liées à l'environnement» sont également utilisés pour les ressources internes et externes.

réussie des compétences de vie (Bühler & Heppekausen, 2005). S'agissant de l'environnement, la confiance qu'une personne reçoit et la marge de manœuvre qui lui est accordée en sont des exemples, car toutes deux lui permettent de faire ses propres expériences d'efficacité personnelle.

12.2.2 Ressource externe centrale: le soutien social

Le soutien social est très important tout au long de la vie. Il décrit l'apport d'une aide pratique, l'estime ou l'échange d'informations entre les personnes. Dans la petite enfance déjà, il est essentiel pour la santé psychique de l'enfant que des personnes référentes fiables soient disponibles. Durant la scolarité et à l'adolescence, les pairs constituent une source de soutien supplémentaire qu'il s'agit d'exploiter. A l'âge adulte, le soutien social ne s'exprime pas uniquement à travers le couple, mais également par le biais des réseaux sociaux extrafamiliaux, par exemple dans les interactions avec les collègues de travail et les collaborateurs. Même à un âge avancé, le soutien social reste important.

Pour renforcer le soutien social, on peut agir au niveau individuel – c'est-à-dire de la personne – et au niveau de l'environnement. Au plan individuel, les compétences de vie apportent à nouveau une contri-

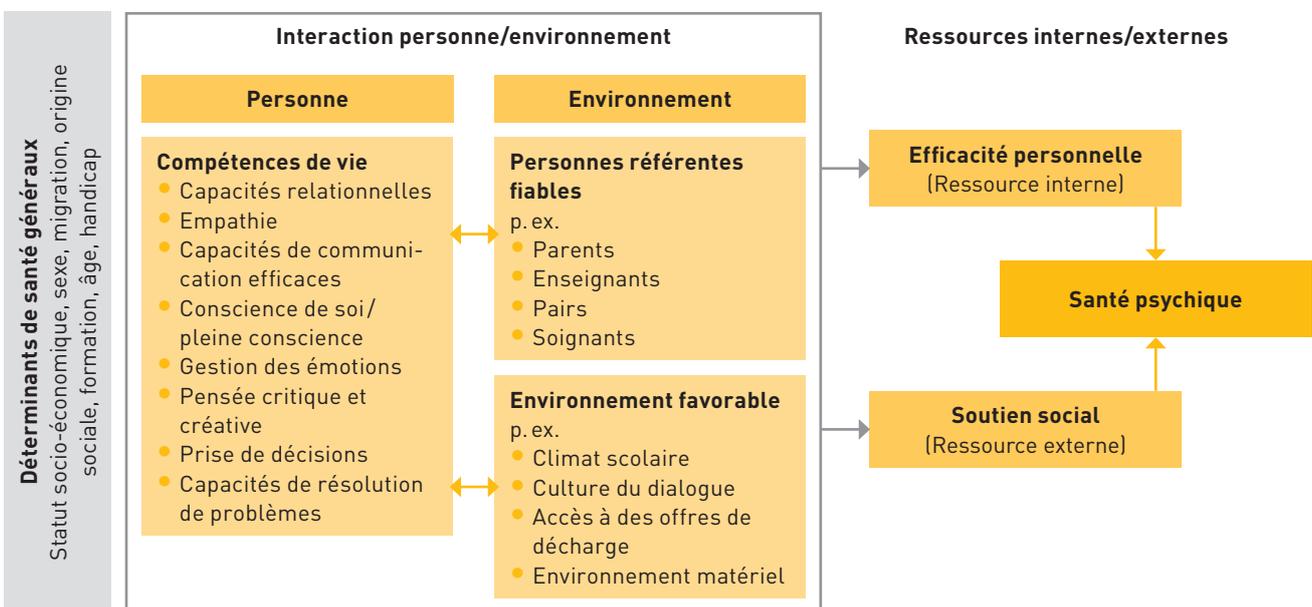
bution précieuse. Les capacités relationnelles, l'empathie ou les capacités de communication efficaces, par exemple, jouent un rôle important pour apporter, maintenir, voire accepter le soutien social.

L'environnement scolaire en constitue un bon exemple. Celui-ci peut être influencé par la promotion de la solidarité au sein de la classe, du sentiment d'appartenance à l'école, d'un climat d'apprentissage favorable et de la responsabilisation de l'élève. Ces facteurs créent une culture du soutien social vivante.

La figure 12.4 présente, à travers l'exemple des ressources «Efficacité personnelle» et «Soutien social», une infographie relative aux deux premières recommandations. Sur le côté gauche de la figure, on peut observer l'interaction entre la personne et son environnement, interaction qui joue un rôle décisif dans le développement des ressources. C'est pourquoi les mesures de renforcement des ressources ne doivent pas uniquement être définies au niveau individuel; il s'agit également de prendre en compte l'environnement, c'est-à-dire les relations (recommandation 1). Le côté droit de la figure montre qu'à la fois l'efficacité personnelle en tant que ressource interne et le soutien social en tant que ressource externe assurent la promotion de la santé psychique (recommandation 2).

FIGURE 12.4

Infographie sur les recommandations 1 et 2 pour la promotion de la santé psychique



12.3 Recommandation 3: se concentrer sur des groupes cibles particuliers

Il est pertinent de tenir compte en priorité des groupes cibles vulnérables dans la planification et la mise en œuvre de mesures de promotion de la santé. Ce sont surtout les personnes en phase de transition qui sont confrontées à des défis particuliers, principalement en matière de santé psychique. La personne doit redéfinir son propre rôle, sa propre identité. Par ailleurs, lors des transitions, il arrive souvent qu'une partie de l'environnement change également. En voici plusieurs exemples: au moment de la première rentrée scolaire, la classe fait désormais partie de l'environnement de l'enfant; les parents de jeunes enfants endossent leur nouveau rôle parental; lors de l'entrée dans la vie professionnelle, il s'agit tout d'abord d'apprendre à connaître sa nouvelle entreprise. La personne doit s'approprier son nouvel environnement et y faire l'expérience de sa propre efficacité afin de pouvoir finalement stabiliser son identité. Et à cela s'ajoute le fait que le statut socio-économique influence chaque phase de vie.

Trois groupes de personnes sont décrits ci-dessous, à savoir celles,

- qui se trouvent en phase de transition,
- qui sont confrontées à plusieurs contraintes,
- dont l'accessibilité est en grande partie assurée,
- dont les problèmes ou défis en sont encore à leurs débuts (intervention précoce)
- et qui ne profitent pas d'offres de promotion (gestion de la santé en entreprise [GSE], offices régionaux de placement [ORP], etc.).

12.3.1 Enfants en bas âge/âge préscolaire et leurs parents

La famille en tant que réseau social est à considérer comme ressource, autant pour les enfants que pour les adultes. Il est important de renforcer la famille en tant que système afin de promouvoir la santé psychique des enfants et des parents. Dans la famille, de nombreuses transitions ont lieu. Les parents en devenir et les jeunes parents⁴⁷ se trouvent dans une transition importante de l'âge adulte qui touche simultanément plusieurs domaines de la vie: la vie

de couple se modifie, la parentalité devient un rôle supplémentaire, le système familial grandit et, souvent, le taux d'activité professionnelle des femmes (ou des hommes) change. Les raisons pour lesquelles il est utile d'impliquer l'ensemble du système familial dans l'intervention, surtout lorsqu'il s'agit d'enfants en bas âge, sont expliquées plus en détail ci-après:

- La relation de couple est très importante pour la satisfaction face à la vie et la santé des parents. La satisfaction vis-à-vis de la vie de couple diminue fortement après la naissance du premier enfant.
- Le renforcement des parents (père ou mère) a en même temps un effet positif sur leurs enfants. Personne ne marque autant la petite enfance que les parents, ou les principales personnes référentes.
- Les premières phases de la vie sont décisives. C'est ce que montrent entre autres des études sur le lien entre le statut socio-économique et le développement des enfants.
- 13% des mères font une dépression post-partum (Beck, 2001). Or, en raison des liens étroits et de la dépendance de l'enfant par rapport à la mère, la dépression peut avoir un effet négatif sur la santé psychique de celui-ci.
- Les facteurs protecteurs d'une activité professionnelle peuvent disparaître lorsque de futurs parents abandonnent leur emploi ou réduisent fortement leur taux d'activité. Lorsque la personne reste professionnellement active, maintenir l'équilibre entre les différents domaines de la vie constitue un défi important.

12.3.2 Jeunes adolescents

L'adolescence est également une phase de transition qui comporte de nombreux défis. Voici les raisons pour lesquelles il est utile de cibler des mesures de promotion de la santé spécialement au début de l'adolescence:

- L'adolescence est marquée par une accumulation de tâches de développement. Celle-ci constitue un véritable défi pour la santé psychique, car chacune de ces tâches représente en elle-même une contrainte considérable pour le jeune.

⁴⁷ Le terme «jeune» ne qualifie pas l'âge biologique des parents, mais bien la nouveauté que constitue ce rôle pour eux.

- L'âge médian des premières maladies psychiques se situe à 14 ans (Kessler et al., 2005). Il s'agit d'une indication importante de la vulnérabilité des jeunes au début de l'adolescence, qui souligne l'importance d'une intervention à cet âge-là.
- Le début de l'adolescence est en outre considéré comme particulièrement approprié parce que les jeunes vont encore à l'école. Les interventions en milieu scolaire touchent également des jeunes au statut socio-économique moins élevé, ce qui est très important car un statut socio-économique bas peut avoir des effets négatifs sur la santé psychique.

12.3.3 Proches soignants des personnes âgées

Les proches soignants représentent le troisième groupe de personnes soumises à de réels défis en matière de santé psychique. Il s'agit généralement de personnes d'âge avancé, car c'est souvent le ou la partenaire qui prodigue les soins à la personne âgée; ensuite viennent les enfants (adultes). Les raisons suivantes plaident en faveur d'une approche centrée sur les proches soignants:

- Une contrainte particulière propre aux soins apportés à des personnes âgées est le fait que ces soins prennent en règle générale fin avec le décès et non la guérison. La menace de perdre le proche concerné est omniprésente et très lourde à supporter pour la santé psychique du soignant.
- Le veuvage est l'événement de vie qui a des répercussions particulièrement négatives sur la santé psychique. De nombreuses ressources, comme le soutien social du ou de la partenaire, disparaissent. Si les personnes âgées sont sensibilisées au moyen de mesures de promotion de la santé avant leur veuvage, les risques d'isolement consécutif à celui-ci sont réduits.
- Le thème de l'isolement des proches soignants (également avant le décès) est important à plusieurs égards: il a été démontré que soigner un proche entraîne une réduction du réseau social. Cela est notamment lié à l'activité de soins qui demande souvent beaucoup de temps: le ou la partenaire investit en moyenne 65 heures par semaine dans les soins, les enfants en moyenne 27 heures (Perrig-Chiello, Höpflinger & Schnegg, 2010).

- Par ailleurs, lorsqu'elles s'occupent de proches âgés, de nombreuses personnes éprouvent des contraintes doubles voire triples si elles exercent en plus un emploi et/ou ont des enfants à charge. On les qualifie souvent de «génération sandwich». Trouver l'équilibre entre les différents domaines et tâches de la vie constitue une fois de plus un véritable défi.

12.4 Conclusion

Le présent rapport de base fournit entre autres des réponses à la question de savoir **comment, avec quelles ressources et chez qui** la santé psychique peut être renforcée.

Les mesures doivent tenir compte des personnes (p. ex. par la promotion des compétences de vie) et de leur environnement (p. ex. le climat, la culture et la structure), et être harmonisées. Les ressources très importantes telles que le soutien social et l'efficacité personnelle doivent être renforcées. Les groupes définis comme des populations cibles particulièrement intéressantes sont les enfants en bas âge/d'âge préscolaire et leurs parents, les jeunes adolescents ainsi que les proches soignants.

12.5 Références

- Beck, C.T. (2001). Predictors of postpartum depression: An update. *Nursing Research*, 50 (5), 275-285.
- Bühler, A. & Hepekausen, K. (2005). *Gesundheitsförderung durch Lebenskompetenzprogramme in Deutschland: Grundlagen und kommentierte Übersicht*. Köln: BZgA.
- 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.
- Perrig-Chiello, P., Höpflinger, F. & Schnegg, B. (2010). Pflegende Angehörige von älteren Menschen in der Schweiz. SwissAgeCare-2010. Schlussbericht. Online unter <http://www.spitex.ch/files/CEAAGB6/SwissAgeCare-2010-Schlussbericht> (Zugriff: 30.11.2015).
- Weber, D., Abel, B., Ackermann, G., Biedermann, A., Bürgi, F., Kessler, C., Schneider, I., Steinmann, R. & Widmer Howald, F. (2016). *Gesundheit und Lebensqualität im Alter. Grundlagen für kantonale Aktionsprogramme «Gesundheitsförderung im Alter»*. Gesundheitsförderung Schweiz Bericht 5, Bern und Lausanne.
- WHO (1997). Life Skills Education for children and adolescents in Schools. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/63552/1/WHO_MNH_PSF_93.7A_Rev.2.pdf (Zugriff: 9.10.2015).

