

UNIVERSITÉ DE GENÈVE
FACULTÉ DES SCIENCES ÉCONOMIQUES ET SOCIALES
DÉPARTEMENT DE SCIENCE POLITIQUE

LE CONCEPT DE LA SANTÉ PUBLIQUE
DANS LE DOMAINE DE LA SANTÉ
PSYCHIQUE :
L'EXEMPLE DE L'ALLIANCE CONTRE
LA DÉPRESSION

RAPPORT DE STAGE DE LICENCE DE MAGDALENA WICKI

SOUS LA DIRECTION DE FRANZ WYSS ET JEAN-PAUL BARI

LIEU DE STAGE : SECRÉTARIAT CENTRAL DE LA CONFÉRENCE SUISSE
DES DIRECTRICES ET DIRECTEURS CANTONAUX DE LA SANTÉ, BERNE

AUTOMNE 2006

TABLE DES MATIÈRES

1. INTRODUCTION	1
2. PORTRAIT DE LA CDS	4
3. LA SANTÉ	6
4. LA SANTÉ PUBLIQUE	8
4.1 PRÉVENTION DES MALADIES	9
4.2 PROMOTION DE LA SANTÉ	10
4.3 SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES	12
4.4 ASPECTS JURIDIQUES DE LA PRÉVENTION DES MALADIES ET DE LA PROMOTION DE LA SANTÉ	13
5. SANTÉ PSYCHIQUE	15
5.1 LA DÉPRESSION	16
5.1.1 <i>Symptômes de la dépression</i>	16
5.1.2 <i>Causes de la dépression</i>	17
5.1.3 <i>Possibilités de traitements</i>	18
5.1.4 <i>Données statistiques</i>	19
5.1.5 <i>La nécessité d'agir</i>	21
6. L'ALLIANCE CONTRE LA DÉPRESSION	22
6.1 NAISSANCE DE L'ALLIANCE À NUREMBERG	22
6.2 BUTS DE L'ALLIANCE CONTRE LA DÉPRESSION ET MOYENS POSSIBLES POUR LES ATTEINDRE	23
6.3 STRUCTURES ORGANISATIONNELLES DE L'ALLIANCE CONTRE LA DÉPRESSION	26
6.3.1 <i>L'Alliance zougoise contre la dépression</i>	27
6.3.2 <i>L'Alliance bernoise contre la dépression</i>	31
6.3.3 <i>Une future Alliance lucernoise contre la dépression</i>	34
7. CONCLUSION	36
ANNEXES	39
1. INDICE DE BIEN-ÊTRE DE L'OMS	39
2. INTERVIEW DE RICHARD AESCHLIMANN	40
3. INTERVIEW TÉLÉPHONIQUE DE MATTHIAS MEYER	48
4. ORGANISATION DU PROJET DE L'ALLIANCE ZUGOISE CONTRE LA DÉPRESSION	49
5. INTERVIEW DE LIC. PHIL. WERNER FEY	50
6. INTERVIEW DE REGULA RIČKA	58
BIBLIOGRAPHIE	67

FIGURES

FIGURE 1: PROMOTION DE LA SANTÉ VS. PRÉVENTION DES MALADIES	11
FIGURE 2: DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ PSYCHIQUE.....	15
FIGURE 3: L'APPROCHE BASÉE SUR 4 NIVEAUX D'ACTION.....	23

Abréviations

AI	Assurance-invalidité
BAG	Bundesamt für Gesundheit (<i>Office fédéral de la santé publique</i>)
BBgD	Berner Bündnis gegen Depression (<i>Alliance bernoise contre la dépression</i>)
BDSP	Banque de données santé publique (<i>gérée par l'Ecole nationale (française) de la santé publique</i>)
BSV	Bundesamt für Sozialversicherungen (<i>Office fédéral des assurances sociales</i>)
CDS	Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé
EAAD	European Alliance Against Depression
GDK	Schweizerische Gesundheitsdirektoren Konferenz
GEF	Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Berns (<i>Direction de la santé publique et de l'action sociale du canton de Berne</i>)
LAMal	Loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'assurance-maladie
Obsan	Observatoire suisse de la santé
OFSP	Office fédéral de la santé publique
OFS	Office fédéral de la statistique
OMS	Organisation mondiale de la santé
OMS-EURO	Organisation mondiale de la santé – Bureau régional de l'Europe
PNS	Politique nationale Suisse de la santé
UPD	Universitäre psychiatrische Dienste, Berne (<i>Services psychiatriques universitaires</i>)

1. Introduction

Dans le cadre du stage que j'ai effectué au secrétariat central de la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS), je me suis penchée sur la question de la santé psychique et, plus précisément, sur la question de la dépression. J'ai examiné cette question sous l'angle de la santé publique, notamment par rapport à la charge de la maladie pour la société et aux possibilités de prévenir la maladie.

Le choix de ce thème s'explique par le fait qu'il existe un programme d'action, intitulé « Alliance contre la dépression », qui a été mené pendant deux ans comme projet pilote¹ dans le canton de Zoug, et dont l'idée est maintenant de l'élargir à d'autres cantons. Ce programme d'action vient d'Allemagne. Il a été développé dans ce pays par le Kompetenznetz Depression puis mis en œuvre à Nuremberg, le Nürnberger Bündnis gegen Depression ayant été lancé comme projet pilote en janvier 2001. Les résultats encourageants de ce programme, notamment la diminution frappante des actes suicidaires ont fait que ce concept a été repris tant dans d'autres régions d'Allemagne qu'au niveau européen, sous forme d'une European Alliance against Depression (EAAD), existant depuis avril 2004.

Dans le sillage de ces différents élargissements on trouve aussi un premier projet pilote en Suisse, dans le canton de Zoug, projet qui a débuté en 2003. Ce projet pilote suisse, limité dans le temps à deux ans, a été soutenu par la Direction de la santé du canton de Zoug, l'organisation d'entraide Equilibrium et l'Office fédéral de la santé publique (OFSP). Ce projet pilote avait également pour objet d'encourager d'autres cantons à instaurer de telles Alliances.

Cet élargissement est à l'heure actuelle et en étroite collaboration avec l'OFSP, une des tâches de la CDS. Cette dernière a en effet signé un contrat avec l'OFSP visant à un transfert du savoir de l'Alliance zougoise à d'autres cantons, soit sur un échange d'expériences et de savoir. Ce contrat prévoit une participation de 40'000 CHF de l'OFSP et de 20'000 CHF de la CDS. Dans ce cadre, la CDS joue un rôle d'intermédiaire entre les responsables de l'Alliance zougoise contre la dépression d'une part et les responsables potentiels dans les cantons intéressés d'autre part.

¹ „Projet/étude destiné/e à tester la praticabilité d'un concept dans un contexte réel.“ OFSP. *Guide pour la planification de l'évaluation de projets ou programmes de santé*. Berne, 1997. p. 69

À ce rôle de relais d'informations s'ajoute celui de veiller à une bonne présentation du programme de l'Alliance contre la dépression qui démontre les intérêts que les cantons pourraient avoir à mettre en place un tel programme d'action. Ces intérêts peuvent être multiples, liés d'un côté à tout l'aspect financier, soit aux coûts engendrés par la dépression et, d'un autre côté aux aspects de la santé publique, qui sont fortement soulignés par ce programme, notamment ceux de la prévention et de la promotion de santé.

Le présent rapport poursuit deux buts :

Premièrement, il expose le concept de la santé publique pour montrer par la suite comment le programme d'action « Alliance contre la dépression » reprend ce concept dans ses buts et stratégies.

Deuxièmement, il montre à l'aide de l'exemple des Alliances contre la dépression installées en Suisse comment les structures organisationnelles peuvent être conçues et de quels points importants il faut tenir compte avant de commencer les activités du programme d'action.

Le rapport ne traite pas de la question de l'efficacité du programme « Alliance contre la dépression ». Cette évidence semble être donnée par l'étude qui a accompagné l'Alliance de Nuremberg et dont les résultats sont exposés brièvement au chapitre 6.1. De plus il nous a paru impossible de faire une évaluation de l'efficacité ex-post, sans données précises sur la prévalence de la dépression dans une région donnée avant la mise en œuvre du programme.

Le premier chapitre du rapport dresse un petit portrait de la CDS et de son secrétariat central, ses devoirs et ses compétences, afin de situer l'environnement dans lequel ce travail a été fait.

Au portrait de la CDS suit une tentative de définition de la santé. Afin de comprendre le concept de « santé publique » il est en effet indispensable d'avoir la même compréhension de la notion de la santé.

Cette définition permettra alors de montrer au chapitre 4 comment interpréter le concept. Celui-ci sera défini, de même que trois de ses composants les plus importants, soit la prévention des maladies, la promotion de la santé et les soins de santé primaires. Sera également posée dans ce contexte la question de savoir qui a les compétences pour la mise en œuvre des programmes dans le domaine de la prévention des maladies et de la promotion de la santé. Cette compétence incombe-t-elle à la Confédération ou aux cantons et, selon la réponse, quelle est la législation concrète actuellement en vigueur ?

Dans un cinquième chapitre nous examinerons ce que l'on entend par santé psychique et dépression. Quels sont les déterminants de la santé dans ces domaines ? Quelles possibilités de traitements existent-elles pour une dépression ? Quelle est la prévalence de cette maladie ?

Suivra, au chapitre 6, une description du cas concret du programme d'action, recherchant quelles étaient les motivations à Nuremberg pour développer un programme contre la dépression et ce que contient ce programme. Il y sera également question de la structure organisationnelle de cette Alliance. Comment a-t-on procédé à Zoug et à Berne, et comment est-ce prévu à Lucerne ? Quels ont été les problèmes et les points forts à Zoug ? Que se passe-t-il à Berne ? Quelle organisation est prévue à Lucerne ?

En guise de conclusion nous identifierons les liens entre ce programme concret de lutte contre la dépression et la santé publique et nous récapitulerons les points à prendre en compte avant de se lancer dans l'entreprise « Alliance contre la dépression ».

Je profite de cette introduction pour remercier les personnes qui m'ont soutenue lors de mon travail: Messieurs Jean-Paul Bari et Etienne Antille pour leur encadrement; Madame Regula Rička (OFSP) de même que Messieurs Richard Aeschliman (Direction de la santé publique du canton de Zoug) et Werner Fey (Alliance bernoise contre la dépression) pour l'entretien qu'ils m'ont accordé; Messieurs Matthias Meyer (Service de la santé publique du canton de Zoug) et Hans-Ulrich Fisch (Hôpital de l'Ile de Berne) pour leurs renseignements par téléphone ; les collaborateurs du secrétariat central de la CDS pour leur disponibilité et les diverses informations qu'ils m'ont donné. Un merci particulier à Madame Ariane Montagne et Monsieur Franz Wyss pour la lecture attentive de ce rapport et leurs critiques pertinentes ... et, bien sûr, à ma famille pour son soutien.

2. Portrait de la CDS

La CDS a été fondée en 1919 sous le nom de « Conférence des directeurs cantonaux des affaires sanitaires » sur l'initiative du chef du Département des affaires sanitaires du canton de Bâle-Ville. Le but des réunions annuelles de la Conférence était défini comme « [...] examiner des questions d'intérêt commun en matière de sanitaire et médicale ainsi que dans le domaine de l'hygiène publique, et [...] instaurer une prise de contact mutuelle »². Aujourd'hui encore la conférence, qui s'appelle depuis 2004 « Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé », a pour but de promouvoir « la collaboration intercantonale dans tous les domaines de la santé publique qui relèvent des cantons.»³ À côté de la collaboration intercantonale, les statuts prévoient également la collaboration des cantons avec la Confédération, avec d'importantes organisations, du domaine de la santé et, sous certaines conditions, la collaboration au niveau international. La Conférence « adresse des recommandations aux cantons et décide des prises de position destinées aux autorités fédérales et cantonales, aux associations et autres organisations, ainsi qu'au grand public. »⁴ La Conférence peut édicter des normes juridiquement obligatoires dans certains domaines de la formation qui ne sont pas du ressort de la Confédération. Pour le reste, la CDS ne peut que se limiter à donner des recommandations à ses membres, les décisions prises par la Conférence n'ont donc pas de valeur juridique. La Conférence joue par ailleurs le rôle d'interlocuteur pour les autorités fédérales, les associations, les groupes d'intérêt et les institutions nationales.

Les membres de la conférence sont tous les responsables gouvernementaux des affaires sanitaires des 26 cantons. Par année se tiennent généralement deux assemblées plénières (avec les représentants des 26 cantons) et cinq à six séances du comité directeur (10 membres). Le comité directeur établit le programme d'activité de la CDS, prépare les affaires à traiter par l'assemblée plénière, propose les décisions à prendre et surveille l'exécution de celles-ci. Il nomme le secrétaire central et exerce la surveillance sur celui-ci.

Le secrétariat central, qui existe comme secrétariat permanent depuis 1978, a son siège à Berne. Une douzaine de personnes employées avec des formations diverses (économie, sciences sociales et politiques, droit, biochimie, médecine). Le secrétariat central a pour tâche de préparer la documentation à l'attention des différentes organes de la Conférence ; il est

² CONFÉRENCE DES DIRECTEURS CANTONAUX DES AFFAIRES SANITAIRES. *1919-1994 – 75 ans de CDS*. Berne, 1994, p. 13

³ art. 1^{er} al. 1 des Statuts de la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé du 4 décembre 2003 (=Statuts CDS)

⁴ art. 1^{er} al. 9 des Statuts CDS

responsable de la préparation logistique des différentes séances, il rédige les procès-verbaux de l'assemblée plénière et des séances du comité directeur. Le secrétariat informe les organisations et les personnes concernées des décisions prises et tient au courant les membres de la CDS sur les affaires en cours au sein de celle-ci de même que sur l'état des dossiers traités par le Parlement fédéral qui sont d'un intérêt particulier pour les autorités sanitaires cantonales.

Les cantons assurent le financement de la CDS et du secrétariat central au prorata de leur population. Ce sont également eux qui supportent juridiquement la CDS.

Chaque thème de la politique de santé peut théoriquement être traité par la Conférence. Au sein du secrétariat central ceux-ci sont divisés en trois secteurs. L'un d'eux est l'économie et l'information de la santé. On y traite des questions de coordination de l'application de la LAMal, cette application étant du ressort des cantons, de même que du financement des hôpitaux, ainsi que de la mise en place d'un système d'information, soit la mise à disposition des informations statistiques concernant les questions du domaine de la santé.

Un autre secteur comprend les services de la santé et les questions de formation. Pour les services de santé les thèmes principaux y sont la planification des soins résidentiels et la médecine hautement spécialisée. A cela s'ajoutent des questions de l'assurance qualité des services de soins, des questions d'éthique et de l'évaluation des techniques médicales. En ce qui concerne la formation professionnelle et des hautes écoles spécialisées presque toutes les compétences des cantons ont été transférées à la Confédération. Les seuls domaines pour lesquels la CDS a, à l'heure actuelle encore un pouvoir décisionnels, sont ceux de la chiropratique et de l'ostéopathie.

Le troisième secteur est celui de la politique de santé qui inclut la prévention et la promotion de la santé ainsi que le dialogue avec la Confédération pour décider les grands axes d'une politique nationale de la santé.

3. La santé

Avant de parler du concept de santé publique, il est important de définir ce qu'est la santé. Ce n'est en effet qu'après avoir clairement défini ce terme que l'on peut comprendre l'idée de laquelle part tout le raisonnement de la santé publique et ses composants. L'OMS a défini dans sa constitution de 1946 la santé comme « un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. »⁵ Cette définition a souvent été critiquée pour son idéalisme et sa perception de la santé comme quelque chose de stable.

Les dernières décennies ont induit un changement de la conception de la santé. Tout d'abord la santé a reçu le statut d'un droit fondamental de la personne humaine. « La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie; il s'agit d'un concept positif mettant en valeur les ressources sociales et individuelles, ainsi que les capacités physiques. »⁶ C'est l'idée de la santé comme un processus dynamique où l'individu cherche à trouver son équilibre avec l'environnement ; idée que défend également Aaron Antonovsky dans son concept de la salutogenèse.⁷ Antonovsky part de l'idée que la maladie et la santé sont les deux points extrêmes d'un seul continuum. Un être humain ne peut jamais être complètement malade où complètement sain. Antonovsky veut initier un changement de paradigme. Il part du constat que, jusqu'aux années 1980, le paradigme de la pathogenèse, qui se focalise sur le processus du déclenchement d'une maladie, dominait les discussions dans le domaine de la santé. Ce paradigme part de l'idée que l'homéostasie⁸ est l'état normal de l'être humain ; ce n'est que lorsque des éléments perturbants importants émergent de l'extérieur et troublent l'équilibre, que l'être humain tombe malade. Pour Antonovsky, ce paradigme s'occupe beaucoup trop de l'identification de la maladie et de la recherche des moyens pour la soigner, tout en négligeant d'étudier les facteurs qui créent une maladie. Antonovsky a dès lors opposé à la pathogenèse le paradigme de la salutogenèse, qui considère l'hétérostasie⁹ comme un élément cohérent à l'existence de l'être humain. Il s'est posé la question de savoir pourquoi, si la vie est marquée par un déséquilibre, certaines personnes souffrent moins que

⁵ ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Constitution de l'Organisation mondiale de la santé*. New York, 1946.

⁶ ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ – BUREAU RÉGIONAL DE L'EUROPE. *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé 1986* [en ligne]. http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_2?language=French (consulté le 05.09.2006).

⁷ ANTONOVSKY, Aaron. *Gesundheitsforschung versus Krankheitsforschung*. In : FRANKE, Alexa et BRODA, Michael.

Psychosomatische Gesundheit – Versuch einer Abkehr vom Pathogenese-Konzept. Tübingen: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie, 1993. (Forum für Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis). p. 3-14

⁸ La capacité de l'organisme de maintenir un état de stabilité relative des différentes composantes de son milieu interne et ce, malgré les variations constantes de l'environnement externe.

⁹ le non-équilibre

d'autres et sont plus proches du pool « sain » sur le continuum malade-sain. Ce paradigme traite, comme son nom indique, de l'origine de la santé. Dès le moment où les facteurs permettant à un être humain de rester en bonne santé sont identifiés, ils peuvent être renforcés de façon à augmenter la probabilité de rester en bonne santé.

L'idée clé du paradigme de la salutogenèse est celle du sentiment de cohérence. Le sentiment de cohérence est une orientation globale qui exprime chez un individu l'intensité du sentiment dynamique et pénétrant de la confiance

- 1) que les stimuli, qui apparaissent sur la base de l'environnement intérieur et extérieur au cours de la vie, sont structurés, prévisibles et explicables (comprehensibility) ;
- 2) que l'être humain a les ressources nécessaires pour faire face aux exigences de ces stimuli (manageability) ;
- 3) et que ces exigences sont des défis pour lesquels l'engagement et l'effort valent la peine (meaningfulness).

L'hypothèse d'Antonovsky stipule que plus ce sentiment de cohérence est fort chez un individu, plus celui-ci a de chance de venir à bout des agents stressants.

Ce concept est important pour la santé publique car il forme en quelque sorte la base de la promotion de la santé, une composante de la santé publique qui sera développée plus loin.

Dans ce rapport il est important de comprendre la santé comme un concept global, tenant compte des facteurs favorisant la santé non dépendants (paix, écosystème stable, économie florissante) et (partiellement) dépendants de l'individu (style de vie, logement, alimentation). La santé devient donc quelque chose de dynamique, ni acquis ni perdu définitivement en cas de maladie, et influençable par l'être humain et la société, soit aussi par la politique publique.

4. La santé publique

« Santé publique est un concept social et politique qui vise une amélioration de la santé, une plus grande longévité et un accroissement de la qualité de la vie de toutes les populations par le biais de la promotion de la santé, de la prévention des maladies ainsi que par d'autres interventions afférentes à la santé. »¹⁰

La santé publique se distingue donc de la médecine individuelle par le fait qu'elle met au centre la population entière. Elle inclut tous les efforts sociaux, politiques et organisationnels qui permettent de créer des conditions sociales (conditions environnementales et conditions d'assistance sanitaire) favorisant une vie saine. La santé publique peut être vue comme une institution sociale, une discipline et une pratique.

Par rapport à l'ancienne conception de santé publique la nouvelle se base sur une compréhension plus globale de la façon dont les modes et les conditions de vie déterminent la santé. Cette nouvelle santé publique a mené à une prise de conscience de la nécessité et de l'utilité de faire des investissements dans des programmes et des services qui créent, maintiennent et protègent la santé. Autrement dit, la nouvelle santé publique est apparue avec la conception globale de la santé.

Les changements au cours du temps des domaines devenus prioritaires en santé publique montrent également bien ce passage de l'ancienne à la nouvelle conception de celle-ci. En effet, pendant longtemps la santé publique était par excellence la protection de la population contre des épidémies et le manque d'hygiène. Avec le développement des conditions de vie dans les pays industrialisés, le centre des préoccupations de la santé publique s'est déplacé.

La prévention des maladies n'est par exemple plus qu'un domaine parmi d'autres de la santé publique.

¹⁰ ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Glossaire de la promotion de la santé*. WHO/HPR/HEP/98.1. Genève: OMS, 1999. p. 3

4.1 Prévention des maladies

Par prévention des maladies on entend toutes les « actions visant à réduire l'impact des déterminants des maladies ou des problèmes de santé, à éviter la survenue des maladies ou des problèmes de santé, à arrêter leur progression ou à limiter leurs conséquences. »¹¹

Les caractéristiques de la prévention des maladies sont diverses. Dans la majorité des cas les acteurs principaux sont issus du secteur sanitaire. Ce sont donc les professionnels qui s'en chargent pour une intervention préventive sur un groupe cible clairement défini soit les personnes et populations représentant des facteurs de risque identifiable. Souvent, ces personnes présentent également des comportements à risque. Non seulement le groupe cible, mais également la maladie contre laquelle une mesure de prévention est appliquée, sont définis clairement. En d'autres termes, la prévention s'attaque aux causes d'une maladie, elle veut réduire ou empêcher les risques provoquant l'apparition d'une maladie.

Selon le moment de l'intervention on distingue entre trois formes différentes de prévention :

La *prévention primaire*, qui vise à réduire la fréquence d'une maladie par la diminution des causes et des facteurs de risque. Elle renforce les forces de résistance.

La *prévention secondaire*, qui a pour but de détecter une maladie ou un problème de santé dans un stade précoce de façon à pouvoir appliquer un traitement rapide et efficace.

La *prévention tertiaire*, qui vise à réduire la progression et les complications d'une maladie ou d'un problème de santé, et à empêcher des rechutes (réhabilitation).

On parle alors de médecine préventive, celle-ci intervenant également sur les trois niveaux. Les campagnes de vaccination ou au dépistage (screening) sont des exemples de mesure de médecine préventive. La prévention comportementale se situe également au niveau de l'individu. Les actions y ont comme but un changement du comportement à risque, comme par exemple dans le domaine de l'abus des stupéfiants, d'alcool et du tabac, de la malnutrition ou de l'absence de l'activité physique. Les méthodes utilisées sont des campagnes d'information, l'éducation pour la santé et le renforcement de l'aide par soi-même. Toutes ces mesures visent clairement à permettre au public cible d'augmenter son savoir sur les risques pour de son comportement sa santé et de l'inciter à modifier celui-ci en conséquence. À un niveau plus élevé se trouve la prévention structurelle, ou conditionnelle. Le but visé y est de

¹¹ BANQUE DE DONNÉES SANTÉ PUBLIQUE. *Glossaire multilingue* [en ligne]. <http://www.bdsp.tm.fr/Glossaire/Default.asp> (consulté le 05.09.2006)

contrôler, réduire et même éliminer les risques pour la santé dans l'environnement. C'est donc l'amélioration de la qualité de vie par l'introduction de mesures étatiques comme des lois, ordonnances etc. dans le domaine de la santé aussi bien que dans des domaines tels que la protection du travail, l'amélioration de la formation et l'hygiène des denrées alimentaires.

4.2 Promotion de la santé

La promotion de la santé est définie par l'OMS dans la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé de 1986 comme : « le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci. »¹² C'est donc un processus social et politique qui a une vue d'ensemble de la santé, et dont les actions visent, d'une part à renforcer les capacités et aptitudes personnelles et, d'autre part, à changer la situation sociale, environnementale et économique pour créer un cadre de vie permettant de vivre en bonne santé. Plus concrètement la Charte définit trois stratégies fondamentales pour la promotion de la santé soit : la sensibilisation à la santé, donc la promotion de l'idée de la santé ; l'attribution à tous de moyens pour réaliser pleinement leur potentiel de santé, et le service comme médiateur des groupements professionnels et sociaux entre les différents intérêts présents dans la société pour atteindre la santé. Avec la promotion de la santé on veut amener les individus à mieux maîtriser les déterminants de la santé.¹³ Le point essentiel de la promotion de la santé est la participation active de la population.¹⁴ Ce ne sont pas les experts, comme dans le cas de la prévention, qui sont les acteurs clés, mais chaque personne à titre individuel. Les actions communautaires pour la santé sont renforcées par la promotion de la santé. À un niveau plus élevé la Charte prévoit la réorientation des services de santé, la création des milieux favorables à la santé et l'élaboration d'une politique publique saine comme des domaines d'action prioritaire pour la promotion de la santé.

Un dernier point qui caractérise la promotion de la santé et la distingue de la prévention est que la promotion de la santé n'est pas attachée à une maladie spécifique et ne s'attaque pas aux causes d'une maladie concrète. Elle a cette vue globale de la santé dont on a déjà parlé et

¹² OMS-EURO : 1986.

¹³ Sous déterminants de la santé on comprend « l'ensemble de facteurs personnels, sociaux et environnementaux qui déterminent l'état de santé des individus ou des populations » OMS : 1999, p.7

¹⁴ C'est l'idée de l'empowerment (renforcement), le processus qui permet aux gens d'acquérir un meilleur contrôle des actions et des décisions qui influent leur santé.

ne considère pas la santé comme simple absence d'une maladie mais comme le pool extrême du continuum malade-sain.

Les deux notions de prévention des maladies et promotion de la santé sont souvent confondues ou utilisées comme des synonymes. Les différences sont exprimées dans le tableau suivant, tiré de l'ouvrage des MM Gutzwiller et Jeanneret¹⁵.

Point de vue	Salutogène		Pathogénèse	
	Promotion de la santé		Prévention des maladies	
	non-spécifique	spécifique	primaire	secondaire
Destinataires Bénéficiaires	Population générale ou populations choisies	Groupes-cibles spécifiques	Porteurs potentiels de facteurs de risque	Groupes-cibles à haute prévalence de porteurs de facteurs de risque
Principes	Promotion globale des facteurs protecteurs de la santé	Promotion de facteurs protecteurs (spécifiques) de la santé au sein de groupes-cibles choisis	Prévention de la survenue de maladies par réduction/élimination de risques et perturbations potentiels	Détection précoce - de facteurs de risque -de comportements à risque - de signes pathologiques infracliniques
Objectif principal	Renforcement de l'ensemble des ressources utiles à la santé	Renforcement de ressources spécifiquement utiles à la santé	Réduction / élimination de risques et perturbations potentiels	Intervention médicale aussi précoce que possible dans le déroulement des processus pathologiques

Figure 1: Promotion de la santé vs. prévention des maladies

Comme expliqué, les deux notions sont les deux stratégies de base pour l'amélioration, respectivement le maintien, de la santé. La différence principale réside dans le fait que la prévention vise à réduire et à éviter des risques pour la santé alors que la promotion de la santé pointe le maintien et le renforcement des ressources pour la santé. Le but est le même dans les deux cas ; très souvent les cas concrets de l'action mêlent les deux aspects.

¹⁵ GUTZWILLER, Felix et JEANNERET, Olivier (éd.). *Sozial- und Präventivmedizin, public health*. 2^e éd. Berne: Hans Huber, 1999. p. 195

4.3 Soins de santé primaires

Un autre aspect de la santé publique qui, d'une certaine manière, inclut les deux précédents, est la fourniture des soins de santé primaires. Cette notion de soins de santé primaires n'a pas de définition bien circonscrite. L'OMS a lors de la conférence d'Alma-Ata en 1978 décrit les soins de santé primaire comme les « [...] soins de santé essentiels fondés sur des méthodes et une technologie pratiques, scientifiquement viables et socialement acceptables, rendus universellement accessibles aux individus et aux familles dans la communauté par leur pleine participation et à un coût que la communauté et le pays puissent assumer à chaque stade de leur développement dans un esprit d'autoresponsabilité et d'autodétermination. Ils font partie intégrante tant du système de santé national que du développement économique et social d'ensemble de la communauté. Ils sont le premier niveau auquel les individus, la famille et la communauté entrent en contact avec le système national de santé, rapprochant le plus possible les soins de santé des lieux où les gens vivent et travaillent, et constituent le premier élément d'un processus continu de protection sanitaire. [...] Ils comprennent au minimum: une éducation concernant les problèmes de santé, la promotion de bonnes conditions alimentaires et nutritionnelles, un approvisionnement suffisant en eau saine et des mesures d'assainissement de base, la protection maternelle et infantile y compris la planification familiale, la vaccination contre les grandes maladies infectieuses, la prévention et le contrôle des endémies locales, le traitement des maladies et lésions courantes et la fourniture de médicaments essentiels.[...] »¹⁶ Cette définition, appuyée de différents documents sur les soins de santé primaire en Suisse, montrent que les prestataires des soins de santé primaire sont les médecins de premiers recours, les pédiatres et les spécialistes des maladies internes. Pour la Suisse on peut partir du principe que la population entière a théoriquement la même possibilité d'accès aux soins de santé, bien qu'il existe des différences en ce qui concerne la santé de la population, notamment en raison des différences sociales. Il ne s'agit pas seulement d'assurer une couverture pour le pays entier, mais également son accès en égard aux possibilités de paiement des soins procurés et de l'information sur des soins existants. Ces soins doivent avoir un certain niveau et être variés.

¹⁶ ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ – BUREAU RÉGIONAL DE L'EUROPE. *Déclaration d'Alma-Ata 1978* [en ligne]. http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_1?language=French (consulté le 05.09.2006).

4.4 Aspects juridiques de la prévention des maladies et de la promotion de la santé

En Suisse les compétences de législation dans le domaine de la santé sont, pour des raisons historiques, partagées entre la Confédération et les cantons.

Le principe de base est donné par l'article 3 de la Constitution fédérale qui stipule que : « Les cantons sont souverains en tant que leur souveraineté n'est pas limitée par la Constitution fédérale et exercent tous les droits qui ne sont pas délégués à la Confédération. » Les compétences de la Confédération peuvent être en principe de trois types : la compétence exclusive, concurrentielle ou parallèle. En jetant un regard sur le domaine de la santé et notamment sur l'article 118¹⁷ de la Constitution fédérale concernant la protection de la santé, on constate que la Confédération y exerce une compétence de type concurrentiel¹⁸. En d'autres termes les cantons peuvent légiférer dans un domaine si la Confédération ne le règle pas de manière détaillée. L'examen de cette répartition des compétences montre qu'il existe des domaines où la Confédération a déjà légiféré, notamment celui de la lutte contre les maladies transmissibles de l'homme (loi sur les épidémies, loi sur la lutte contre la tuberculose) et celui de la lutte contre les maladies rhumatismales. D'autres domaines sont encore quasiment vierges et les cantons pourraient y légiférer. Müller mentionne cinq domaines qui pourraient être exploités par les législateurs cantonaux¹⁹ : la prévention primaire et secondaire, la lutte contre la toxicomanie, les maladies psychiques, les maladies dites de civilisation de même que les domaines mentionnés ci-dessus, dans lesquels la Confédération a déjà légiféré mais où il reste encore des détails à régler. Cela montre que, sous un aspect juridique, les cantons ont toutes les compétences d'entreprendre des actions en matière de prévention, promotion de la santé ou de lutte contre les maladies psychiques.

Comment les cantons légifèrent-ils dans les domaines qui nous intéressent, soit concrètement pour la promotion de la santé mentale, ainsi que pour deux aspects importants de la santé publique, la prévention et la promotion de la santé en général ?

¹⁷ « 1 Dans les limites de ses compétences, la Confédération prend des mesures afin de protéger la santé.

2 Elle légifère sur:

a. l'utilisation des denrées alimentaires ainsi que des agents thérapeutiques, des stupéfiants, des organismes, des produits chimiques et des objets qui peuvent présenter un danger pour la santé;

b. la lutte contre les maladies transmissibles, les maladies très répandues et les maladies particulièrement dangereuses de l'être humain et des animaux;

c. la protection contre les rayons ionisants. »

¹⁸ MÜLLER, Markus. *Zwangsmassnahmen als Instrument der Krankheitsbekämpfung: das Epidemienengesetz und die persönliche Freiheit*. Bâle & Francfort: Helbing & Lichtenhahn, 1992. p. 44 s

¹⁹ op. cit. p. 46 s

Des articles spécifiques concernant la promotion de la santé mentale et la prévention des maladies psychiques n'existent que dans les cantons de Fribourg²⁰, Genève²¹ et du Valais²². Le Tessin traite la question concernant les maladies psychiques dans le chapitre consacré à la prévention et la promotion de la santé, où il nomme « le affezioni psichiche » comme des « malattie di rilevanza sociale, di larga diffusione, tossicodipendenze e comportamenti pericolosi per la salute »²³ contre lesquelles l'Etat devrait s'engager.

Si les cantons n'ont pas beaucoup de bases légales explicites contre les maladies psychiques et pour la santé mentale, quasiment tous les cantons mentionnent la prévention et la promotion de la santé, soit comme un objectif général de leur action²⁴, soit qu'ils règlent d'une manière un peu plus détaillée les compétences du canton et des communes dans le domaine²⁵, soit qu'ils consacrent un chapitre entier de leur législation à ce thème²⁶. On voit donc que les bases légales donnent les possibilités aux autorités, les obligent même à entreprendre quelque chose dans le domaine. Il serait dès lors vivement souhaitable que les autorités politiques ainsi que leurs administrations prennent cette tâche à cœur et s'engagent dans le domaine de la promotion de la santé et de la prévention, non seulement pour atteindre les objectifs imposés par les lois cantonales, mais aussi pour le bien de la population.

²⁰ Loi sur la santé 16 novembre 1999, 821.0.1, art. 33

²¹ Loi sur la santé 7 avril 2006, K 1 03, art. 23

²² Loi sur la santé 9 février 1996, 800.1, art. 80

²³ L sulla promozione della salute e il coordinamento sanitario 18 aprile 1989, 6.1.1.1, art. 48

²⁴ cas des cantons BL, GL, NW, OW, SO et ZH

²⁵ cas des cantons AI, BE, GR, SH, SZ, TG et UR

²⁶ cas des cantons AG, FR, GE, JU, LU, NE, SG, TI, VD, VS et ZG

5. Santé psychique

La santé psychique est souvent considérée comme un problème du secteur sanitaire tout autre que la santé physique. On oublie que les deux aspects de la santé sont étroitement liés et interdépendants. La santé psychique semble pour beaucoup être une notion floue, l'Observatoire suisse de la santé (obsan), qui oppose la santé psychique à la maladie psychique, la définit cependant comme suit : « La santé psychique se caractérise par un sentiment de bien-être personnel, l'estime de soi, la joie de vivre et l'aptitude à établir des relations ; la capacité de gérer le quotidien et d'exercer un travail ; la capacité à participer à la vie sociale. La maladie psychique se caractérise par des troubles psychiques ou des troubles de comportement cliniquement diagnostiquables ; la consommation abusive d'alcool ou de drogue et des dysfonctionnements graves du système nerveux central (en particulier démence). »²⁷

Les maladies mentales sont causées par un ensemble de facteurs biologiques, psychologiques et sociaux. On ne peut pas dire quel facteur est le déclencheur d'une maladie psychique ; celle-ci résulte en effet de l'interaction de différents facteurs, comme cela est aussi le cas des déterminants de la santé psychique qui peuvent être de caractère bio-psycho-sociaux, socio-économiques, socioculturels et institutionnels.

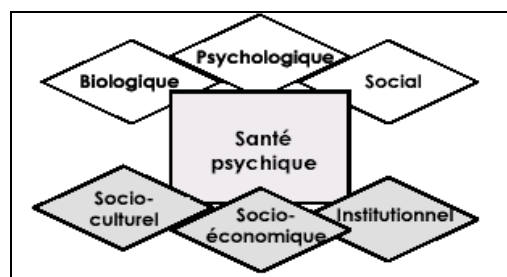


Figure 2: Déterminants de la santé psychique²⁸

Selon l'OMS le taux de morbidité due à des troubles mentaux progresse. « L'exemple le plus éloquent est constitué par les troubles dépressifs, qui constituent la quatrième cause de maladie et d'incapacité, et devraient occuper la deuxième place d'ici 2020. »²⁹ Les prochains paragraphes sont consacrés à cette maladie.

²⁷ OBSERVATOIRE SUISSE DE LA SANTÉ. *La santé psychique en Suisse – Monitoring*. Neuchâtel, 2003. p. 9

²⁸ POLITIQUE NATIONALE SUISSE DE LA SANTÉ. *Projet destiné aux prises de position - Projet pour une stratégie nationale visant à protéger, à promouvoir, à maintenir et à rétablir la santé psychique de la population en Suisse*. Berne, 2004. p. 30

²⁹ ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Aide-mémoire N°265 - Troubles mentaux et neurologiques 2001* [en ligne]. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs265/fr/> (consulté le 05.09.2006)

5.1 La dépression

5.1.1 Symptômes de la dépression

Selon OMS, « la dépression est un trouble mental courant se caractérisant par une tristesse de l'humeur, une perte d'intérêt pour toute activité et une baisse d'énergie. Elle se distingue des modifications normales de l'humeur par son degré de gravité, ses symptômes et la durée des troubles. »³⁰

Plus concret, le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM-IV), rédigé par l'Association américaine de Psychiatrie, décrit les maladies et établit une classification selon des critères portant sur la nature, l'intensité et la durée des symptômes. En ce qui concerne l'épisode dépressif majeur il existe neuf symptômes dont cinq doivent être présents pendant aux moins deux semaines, entraînant un changement dans le mode de fonctionnement habituel. Un de ces cinq symptômes doit être soit (1) une humeur dépressive soit (2) l'anhédonie.

Ces neuf symptômes sont les suivants :

- (1) Humeur dépressive (ou éventuellement irritabilité chez les enfants et les adolescents) pendant pratiquement toute la journée, presque tous les jours ; le sujet se sent triste ou vide, (c'est un sentiment plus intense que la douleur du deuil) ;
- (2) Anhédonie : incapacité du sujet à ressentir des sentiments positifs lors d'événements antérieurement considérés comme plaisants ; c'est une diminution de l'intérêt ou du plaisir pour toutes les activités, pratiquement toute la journée, presque tous les jours ;
- (3) Modification involontaire et significative du poids, soit perte ou gain ;
- (4) Troubles du sommeil : soit insomnie (diminution du temps de sommeil) soit hypersomnie (augmentation du temps de sommeil) ;
- (5) Troubles du comportement : agitation ou ralentissement psychomoteur ;
- (6) Asthénie : fatigue ou perte d'énergie ;
- (7) Sentiment d'indignité ou de culpabilité excessive et inappropriée ;
- (8) Diminution de l'aptitude à penser, à se concentrer ou à prendre des décisions ;

³⁰ OMS. Aide-mémoire N°265 2001

- (9) Pensées récurrentes de la mort, idées suicidaires, tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.³¹

A ces symptômes peuvent s'ajouter encore d'autres non-mentionnés dans le DSM-IV comme l'anxiété, la perte de libido, des douleurs physiques (comme maux de tête ou mal de dos) ou même une absence complète du sentiment d'être malade.

5.1.2 Causes de la dépression

À l'heure actuelle les chercheurs affirment que les causes d'une dépression sont, comme pour les maladies psychiques en générales, le résultat d'une interaction entre différents facteurs génétiques, neurobiologiques, psychologiques et sociaux/environnementaux.

Des études sur des jumeaux monozygotes ont démontré qu'il existe certaines dispositions génétiques pour faire une dépression en cours de sa vie. On ne peut pas identifier un gène qui soit à lui seul responsable de la réceptivité à la dépression ; plusieurs gènes peuvent vraisemblablement prédisposer.

À ce facteur génétique s'ajoute un facteur neurobiologique, soit la production réduite de certains neurotransmetteurs nécessaires pour la régulation de l'humeur et de l'énergie (comme : sérotonine, dopamine, noradrénaline etc.) en situation de stress. Si ces situations de stress se prolongent, le cerveau n'arrive pas de manière autonome à augmenter la production après cette longue phase de stress. Le niveau de production des neurotransmetteurs reste donc bas ce qui a pour conséquence que les récepteurs sont trop nombreux et ne vont pas être assez stimulés. Il se produit un déséquilibre au niveau du cerveau.

Dans le domaine psychologique ils existe différentes théories sur les causes de la dépression. Certains traits de la personnalité semblent être liés à la dépression. Selon la théorie psychodynamique, la dépression est une réaction au deuil. La personne concernée se trouve dans l'impossibilité de faire le travail intérieur du deuil. Elle tourne contre elle-même le sentiment d'agressivité ressenti envers la personne disparue. La théorie cognitive souligne quant à elle qu'il y a des sujets ayant tendance à tout voir sous un angle négatif, cela jusqu'au point de penser qu'ils ne possèdent pas les qualités pour être heureux. Cette conception négative de sa propre personnalité est due à des expériences antérieures.

³¹ AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *DSM-IV – Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington : American Psychiatric Association, 1994. p. 327 ss

Il existe aussi des facteurs environnementaux qui peuvent être classés, soit comme des facteurs prédisposants, soit comme des facteurs déclenchants. Les facteurs prédisposants sont des événements liés à l'enfance comme la perte d'un parent, l'abus sexuel, la maltraitance ou les carences affectives, qui peuvent rendre un être plus vulnérable pour une dépression. Des facteurs déclenchants peuvent être très divers : maladie personnelle ou d'un membre de la famille, décès d'un être cher, divorce, deuil, changement brutal des conditions du travail, déménagement, naissance d'un enfant, ménopause etc. Toute cette énumération ne veut pas dire que la simple présence d'un de ces facteurs suffit pour qu'une personne développe une dépression. Comme déjà mentionné, la dépression est une maladie multicausale qui n'apparaît qu'après une interaction entre différents facteurs. Il est de ce fait possible qu'une personne ayant vécu plusieurs événements prédisposants, susceptibles de déclencher une dépression chez d'autres sujets, n'ait pas une perception si grave de son état et mène une vie normale.

Bref, on peut dire que la dépression est une maladie qui résulte d'interactions entre des déterminants génétiques, neurobiologiques, psychologiques et sociaux. Comme la maladie dépend de différents facteurs, elle peut prendre également différentes formes, ce qui rend son dépistage parfois difficile.

5.1.3 Possibilités de traitements

La dépression est une maladie qui se guérit, notamment à l'aide de médicaments et de psychothérapies.

Les médicaments, les antidépresseurs, dont ils existent différents groupes souvent classés selon leur formule chimique et leur principe actif. Ces différentes classes de médicaments ont cependant toutes la particularité de ne traiter que les symptômes, et non la maladie.

Les antidépresseurs agissent sur l'humeur de manière positive et sur l'impulsion de manière à l'augmenter, la neutraliser, ou la diminuer. Ils agissent sur la transmission de l'excitation neuronale, soit en inhibant la réabsorption des neurotransmetteurs dans l'espace synaptique (inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine, ISRS et antidépresseurs tricycliques), soit en inhibant la dégradation des neurotransmetteurs dans ce même espace (inhibiteurs de la monoamine oxydase, IMAO).

Les psychothérapies agissent sur le psychisme. Il existe différentes formes de psychothérapies, comme la thérapie cognitivo-comportementale ou la thérapie interpersonnelle,

deux thérapies visant à détecter et à modifier les comportements et pensées négatives qui accompagnent une dépression. Ces thérapies sont considérées comme les plus utiles, parce qu'elles visent directement un changement de comportement ou de pensée. D'autres formes de thérapie associées à la psychologie de profondeur (surtout la psychanalyse) sont également utilisées. Celles-ci cherchent surtout la raison inconsciente de la dépression.

Dans la plupart des cas (notamment dans le traitement de la dépression majeure) on utilise une combinaison de traitements pharmacothérapeutiques et psychothérapeutiques. Les médicaments sont très souvent nécessaires pour que le dépressif puisse se rendre compte de sa maladie ; ce n'est qu'après cette prise de conscience qu'une psychothérapie peut déployer tous ses effets. A ces formes pharmacologiques et psychothérapeutiques s'ajoutent encore d'autres formes de traitements sur lesquelles nous ne reviendrons pas, comme par exemple l'électrochoc.

5.1.4 Données statistiques

Selon l'Office fédéral de la statistique (OFS), 5% de la population Suisse de plus de 15 ans ont suivi en 2002 un traitement pour cause de dépression.³² Ce chiffre ne prend pas en compte tous ceux qui souffrent d'une dépression sans subir de traitement, soit par honte d'affirmer leur maladie soit parce que celle-ci n'a simplement pas été dépistée. L'OMS affirme que « dans la région européenne de l'OMS, environ 47% des personnes souffrant de dépression majeure ne sont pas soignées. »³³ Ces données permettent de conclure que la proportion de la population suisse souffrant d'une dépression approche les 10%.

La dépression n'est pas seulement une maladie fréquente dans la population, elle a aussi la spécificité de frapper tout le monde. Il n'existe pas un profil-type du dépressif. L'OMS affirme qu' « en Europe, une personne sur cinq souffre de dépression au cours de sa vie »³⁴, un chiffre applicable également à la Suisse.

Le fait que la dépression fasse l'objet d'une politique publique ne se légitime pas uniquement par la fréquence de cette maladie, mais bien plus par les conséquences graves que celles-ci

³² OFFICE FÉDÉRAL DE LA STATISTIQUE. *Enquête suisse sur la santé (ESS) 2002* [en ligne]. http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/gesundheit/gesundheitszustand/gesundheit__krankheit/kennzahlen0/krankheiten0/chronische_krankheiten.html (consulté le 05.09.2006)

³³ ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *La santé mentale dans la Région européenne de l'OMS – Aide-mémoire EURO/03/03* [en ligne]. <http://www.euro.who.int/document/mediacentre/fs0303f.pdf> (consulté le 05.09.2006)

³⁴ *ibid.*

entraîne. Aujourd'hui il est communément admis que le suicide est lié à la dépression. « Plus de 90 % des suicides sont liés à des troubles psychiatriques, la dépression étant de loin le plus important d'entre eux. [...] Près de 15% des patients souffrant d'un épisode dépressif majeur se suicident. »³⁵ Pour concrétiser un peu ces chiffres pour la Suisse : en 2000, 1378 personnes se sont suicidées. On estime que sur chaque suicide il y a dix tentatives de suicide, soit entre 15'000 et 25'000 tentatives.³⁶ La Suisse possède un des taux de suicide les plus élevés d'Europe, au-dessus de la moyenne mondiale.³⁷

Vu l'importance du problème du suicide en Suisse et le lien existant entre la dépression et le suicide il est clair qu'un programme contre la dépression est en même temps un programme de prévention du suicide.

La dépression n'a par ailleurs pas seulement des conséquences sur l'espérance de vie, elle a aussi des répercussions sur les coûts de la santé. Même s'il n'existe pas de chiffres exacts pour les coûts engendrés par la dépression, il existe quelques chiffres pour les maladies psychiques. « Au total, les coûts de la prise en charge psychiatrique ambulatoire et hospitalière s'élèvent à environ cinq pour cent (2.115 milliards de francs) des coûts totaux de la santé (46 milliards). En 2002, le montant des rentes AI allouées à des personnes atteintes de troubles psychiques s'élève en outre à 1.8 milliards de francs. Si on applique à la Suisse les modèles internationaux de calcul des coûts directs et indirects liés aux troubles psychiques, les maladies psychiques ont entraîné en 2001 des conséquences économiques de 16 milliards de francs par rapport à un produit intérieur brut de 415 milliards. »³⁸

Ces explications me semblent importantes pour montrer trois aspects essentiels de cette maladie, aspects qui sont en même temps aussi les messages clés de l'Alliance et sur lesquels nous allons revenir. Les différents symptômes ont montré que la dépression peut prendre différentes formes. L'accent pouvant être mis plus sur un symptôme que sur un autre, ce qui fait que la maladie ne se laisse pas toujours aisément diagnostiquer. Par ailleurs une cause peut prédominer parmi une multitude d'autres, en constante interaction. Il n'existe de fait pas un profil type de la personne dépressive. Chacun peut être victime d'une dépression. Finalement le troisième message est celui du traitement. La dépression est une maladie qui se laisse traiter voire guérir.

³⁵ EUROPEAN ALLIANCE AGAINST DEPRESSION. *Santé publique et dépression* [en ligne]. <http://www.eaad.net/fra/about-eaad.php> (consulté le 05.09.2006).

³⁶ OFFICE FÉDÉRAL DE LA SANTÉ PUBLIQUE. *Le suicide et la prévention du suicide en Suisse – Rapport répondant au postulat Widmer (02.3251)*. Berne, 2005. p. 37

³⁷ op. cit., p. 8-9

³⁸ POLITIQUE NATIONALE SUISSE DE LA SANTÉ. *Projet destiné aux prises de position - Projet pour une stratégie nationale visant à protéger, à promouvoir, à maintenir et à rétablir la santé psychique de la population en Suisse*. Bern, 2004. p. 11

5.1.5 La nécessité d’agir

La forte prévalence de cette maladie et les conséquences graves qui peuvent en résulter semblent à elles seules déjà justifier des actions contre la dépression. S’ajoutent à cela les coûts énormes engendrés par les maladies psychiques.

Ces aspects ne sont pas les seuls à plaider en faveur d’un engagement dans ce domaine. Si l’on se réfère à la définition de la santé de l’OMS, on constate que la dépression est clairement une maladie qui affecte les trois dimensions de la santé (physique, mentale, sociale) et qu’il ne suffit donc pas de n’intervenir que sur une seule dimension. Lutter contre la dépression signifie donc lutter pour le bien-être intégral de l’être humain. Ces actions aux niveaux de la santé mentale sont ainsi nécessaires pour respecter l’intégrité de l’être humain. La santé psychique, dont les troubles dépressifs sont un aspect, doit être comprise comme un processus qui s’étend sur toute la vie. Chaque génération peut être confrontée à des troubles dépressifs. Les actions dans le domaine de la promotion de la santé mentale doivent donc clairement être orientées vers une large population.

Le programme d’Alliance contre la dépression s’inscrit également dans le cadre du projet destiné aux prises de position intitulé « Projet pour une stratégie nationale visant à protéger, à promouvoir, à maintenir et à rétablir la santé psychique de la population en Suisse » dont les résultats de la consultation ont clairement démontré que les mesures perçues comme les plus importantes sont, d’une part :

La détection précoce des maladies psychiques et interventions visant à maintenir l’intégration sociale, scolaire et professionnelle et prévenir l’invalidité ; d’autre part :

La promotion de la santé psychique dans la famille, à l’école et au travail.³⁹

Ces deux mesures représentent également deux objectifs fixés par l’Alliance contre la dépression, comme nous allons le démontrer au point suivant.

³⁹ POLITIQUE NATIONALE SUISSE DE LA SANTÉ. *Récapitulation des résultats de la consultation - Projet pour une stratégie nationale visant à protéger, à promouvoir, à maintenir et à rétablir la santé psychique de la population en Suisse*. Berne, 2004.

6. L'Alliance contre la dépression

6.1 Naissance de l'Alliance à Nuremberg

La première Alliance contre la dépression a été mise en place à Nuremberg en 2001 par le Kompetenznetz Depression (Réseau de recherche allemand sur la dépression et le suicide). Elle représente un projet de recherche sur le suicide parmi d'autres. Les motivations pour ce projet sont les mêmes que celles qui ont déjà été mentionnées, soit la forte prévalence de la maladie et le lien intrinsèque avec le suicide. À cela s'ajoutent les déficits dans le dépistage et le traitement, souvent dus, soit à la non-perception de l'être malade de son état de maladie, soit à la peur de la stigmatisation s'il demande de l'aide, soit au manque d'informations sur les possibilités du traitement.

Le projet de Nuremberg s'est basé dans son développement sur des études existantes. Parmi celles-ci, l'étude de Gotland menée au milieu des années 1980 sur l'île de Gotland (Suède). Les résultats obtenus ont montré que la formation des médecins généralistes, qui attribue une place plus importante au dépistage et à une thérapie appropriée des personnes dépressives, a fait baisser le taux de suicide de 50 %. Dans le même temps, les prescriptions d'antidépresseurs en lieu et place de sédatifs ou de neuroleptiques ont augmenté. Cette étude a cependant aussi montré, et nous reviendrons sur ce point, que trois ans après cette phase de sensibilisation intense des médecins généralistes, l'effet positif était déjà en train de diminuer.

En ce qui concerne concrètement l'Alliance de Nuremberg, le programme a été mis en œuvre dans les années 2001 et 2002 et évalué à l'aide d'une année (2000) et d'une région (Wurtzbourg) de contrôle. Le changement de fréquence des actes suicidaires (suicides et tentatives de suicide) représentait le principal critère d'évaluation. Celle-ci a montré une baisse significative de 21.7% des actes suicidaires en 2001 et 2002 par rapport à l'année de référence 2000. Aucun changement significatif n'a pu être observé dans la région de contrôle. Cette tendance n'était pas observable de manière significative en ce qui concerne les suicides.⁴⁰

⁴⁰ HEGERL, Ulrich et al. Optimierte Versorgung depressiver Patienten und Suizidprävention: Ergebnisse des „Nürnberger Bündnisses gegen Depression“. Deutsches Ärzteblatt [en ligne]. 2003, PP 2, p. 515. <http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikel.asp?src=heft&id=39338> (consulté le 05.09.2006)

6.2 Buts de l'Alliance contre la dépression et moyens possibles pour les atteindre

Les buts de cette Alliance sont multiples et, mise à part quelques variations régionales, toujours les mêmes :

- 1) Information du grand public et lutte contre le tabou « dépression » et contre la stigmatisation des dépressifs.
- 2) Dépistage précoce et des soins optimisés.
- 3) Promotion de la santé et prévention.
- 4) Transmission de trois messages clés :
 - a. La dépression peut frapper chacun.
 - b. La dépression a de nombreux visages.
 - c. La dépression se guérit.
- 5) Création d'un réseau de toutes les institutions et personnes qui sont concernées par le dépistage et le traitement de la dépression pour mieux coordonner l'aide et la formation.
- 6) (In)Formation intense des groupes cibles avec un risque élevé de dépression.

Le programme d'action de l'Alliance contre la dépression agit simultanément sur quatre différents niveaux :

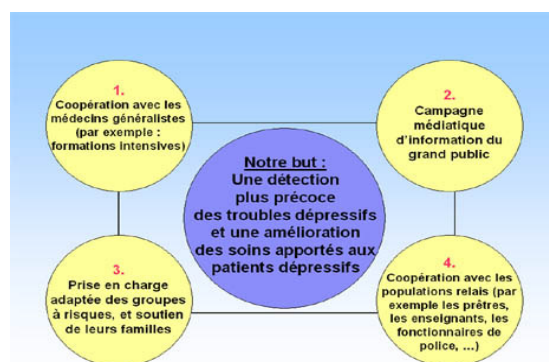


Figure 3: L'approche basée sur 4 niveaux d'action⁴¹

⁴¹ EAAD. *Le concept* [en ligne]. <http://www.eaad.net/fra/our-concept-1.php> (consulté le 05.09.2006)

1) Coopération avec les médecins généralistes

Les compétences en matière de diagnose et de thérapie des médecins généralistes peuvent être décisives dans le cas spécifique pour qu'une dépression soit reconnue et traitée de manière adéquate. La plupart des personnes concernées font part de leurs maux dans un premier temps à leur médecin de famille. Le moyen statistique montre néanmoins que dans la moitié de cas celui-ci ne reconnaît pas la dépression.⁴² Il existe donc à l'heure actuelle une insuffisance diagnostique et de traitement, liée à un manque de connaissance au niveau du repérage et du traitement. Pour permettre à leurs patients de suivre des thérapies appropriées, il faut de ce fait mieux sensibiliser les médecins généralistes à la question de la dépression.

Vu la situation actuelle des médecins de famille (de moins en moins de temps à disposition pour un patient, grande offre de formations continues demandant un investissement personnel en temps) il est difficile de les atteindre pour la cause de la dépression. Les cours de formations spécifiques doivent être courts et intensifs. Pour inciter les médecins à les suivre, il serait également important que ces cours permettent d'obtenir une attestation officielle et confèrent un certain nombre de crédits.

Des cassettes vidéo, présentant aux médecins généralistes les éléments de diagnostic et les formes thérapeutiques existants, pourraient également constituer un bon moyen de formation. De même le questionnaire OMS-5 sur le bien-être⁴³, qui a fait ses preuves dans le cas de l'Alliance de Nuremberg et permet un premier screening, méritait d'être mis à la disposition des médecins qui ne le connaissent pas forcément.

2) Campagne médiatique d'information du grand public

Le thème de dépression est encore aujourd'hui un sujet tabou dans la vie quotidienne, en grande partie en raison d'un manque d'information ou de fausses informations. Une minimisation de la maladie dépression, la peur et la honte liées à cette maladie, un savoir insuffisant sur les possibilités de thérapies ainsi qu'une aversion pour la psychiatrie, peuvent mener au fait que, malgré un système de soins bien développé, la personne concernée ne reçoit pas le traitement approprié. Afin de mieux lutter contre la stigmatisation de cette maladie et faciliter l'accès aux soins la campagne médiatique vise à donner au grand public des connaissances de base sur la dépression.

⁴² BUNDESMINISTERIUM FÜR BILDUNG UND FORSCHUNG. *Kompetenznetze in der Medizin*. [en ligne]. 2002, p. 34. http://www.bmbf.de/pub/kompetenznetze_in_der_medizin.pdf#search=%22%22gotland-studie%22%22 (consulté le 05.09.2006).

⁴³ cf. Annexe « Indice de bien-être de l'OMS »

Les moyens pour faire une campagne médiatique sont très divers. Plusieurs instruments existent déjà, par exemple : des affiches montrant des personnes dans diverses phases de la vie rendant le public attentif à la cause de la dépression ou alors des dépliants d'information sur la dépression et les possibilités d'aide, mentionnant des numéros de téléphone précis, distribués par l'intermédiaire des médecins et d'autres partenaires de l'Alliance.

Il existe également la possibilité de faire de la publicité pour l'Alliance dans des cinémas à l'aide d'un dia ou d'un petit film.

La coopération avec des médias locaux (journaux, radio, télévision) s'est également avérée efficace. Dans ce domaine médiatique il n'y a pas des limites aux idées.

3) Prise en charge adaptée des groupes à risque et soutien de leurs familles

Même si une dépression peut ne toucher qu'une séquence dans la vie d'une personne, elle touche souvent profondément cette personne et son entourage. Il convient dès lors de renforcer l'aide aux dépressifs et à leur entourage, notamment à travers des groupes d'entraide.

Par ailleurs, des « cartes d'urgence » sous format des cartes de crédit, distribuées à tous les patients ayant commis une tentative de suicide, ont été introduites par les Alliances contre la dépression en Allemagne. Sur ces cartes figurait un numéro permettant d'atteindre un médecin psychiatre 24 heures sur 24. Les patients étaient encouragés à utiliser ce numéro en cas de crise.

Une autre action de l'Alliance pour le soutien des personnes dépressives et leur entourage consiste à favoriser la constitution des groupes d'entraide et ce, le cas échéant, avec l'aide de groupes ou organisations d'entraide déjà existantes.

4) Coopération avec les populations relais

Ce point est directement lié avec la campagne d'information. Afin de transmettre les messages de manière efficace il est recommandé de travailler avec des populations relais, soit des personnes de contact dans des lieux de santé⁴⁴, qui sont elles-mêmes souvent liées d'une manière plus directe et plus concrète aux bénéficiaires de cette politique. Ces personnes de contact (ou multiplicateurs) sont multiples : pharmaciens, instituteurs, prêtres,

⁴⁴ Setting for health = « Lieu de Santé : Lieu ou contexte social dans lequel des personnes s'engagent dans des activités quotidiennes dans lesquelles des facteurs environnementaux, organisationnels et personnels interagissent pour influencer sur la santé et le bien être. [...] » BDSP. *Glossaire multilingue* [en ligne].

agents de police, personnel dans les institutions pénitentiaires, infirmiers, personnel de l'aide à domicile etc.

Une formation adéquate de la population relais, particulièrement en ce qui concerne le diagnostic et les rapports avec les personnes dépressives, est important pour la garantie d'une bonne collaboration avec celle-ci.

6.3 Structures organisationnelles de l'Alliance contre la dépression

Il n'y a pas de règle prescrite pour l'organisation d'une Alliance contre la dépression. Les initiateurs, qui peuvent être soit une direction de la santé publique, soit des privés (psychiatres, psychologues etc.), soit des associations sont libres de choisir entre la mise en place d'une association avec des statuts et donc des missions clairement précisées, ou la constitution d'un comité d'action sans base légale définie. Il est également possible que l'Alliance soit inscrite dans le cahier de charge d'un service ou d'une institution.

Les paragraphes suivants sont consacrés à la description sommaire des formes d'organisation pour lesquelles ont opté l'Alliance zougoise et l'Alliance bernoise contre la dépression, de même que celle qui est prévue par le canton de Lucerne. Cette description, qui ne fait que donner une idée des formes d'organisation possibles, se basent principalement sur des interviews réalisées avec les personnes suivantes : M. Aeschlimann de la Direction de la santé du canton de Zoug et responsable d'office du projet pilote l'Alliance zougoise contre la dépression ; Mme Rička, collaboratrice scientifique à l'OFSP dans la section stratégie et politique de santé et responsable pour la santé psychique, de même que M. lic. phil. Fey, secrétaire général de l'Alliance bernoise contre la dépression. Les initiateurs auront à décider eux-mêmes de la façon dont ils organisent leur Alliance, en tenant compte des ressources propres à la région et en évitant de faire concurrence à une initiative déjà en place. Selon les régions, il existe en effet déjà des groupes qui sont soit actifs dans le domaine de la prévention du suicide ou de la dépression, soit qui soutiennent la promotion de la santé et qui pourraient représenter un élément clé de l'Alliance.

6.3.1 L'Alliance zougoise contre la dépression

Dans le canton de Zoug se trouve le siège de l'association Equilibrium, une organisation d'entraide dans le domaine de la dépression. Cette association a pour but d'aider les personnes souffrant de dépression. Elle aide notamment des groupes d'entraide dans la Suisse entière à voir le jour et les conseille par la suite dans leurs tâches. L'association s'est adressée à la Direction de la santé du canton de Zoug pour la rendre attentive au problème de la dépression ; elle a présenté la demande d'un soutien financier pour la mise en place d'un secrétariat professionnel de son association afin de pouvoir mieux assurer ses services. Sans vouloir d'office se prononcer sur la forme de sa contribution, le canton s'est montré ouvert à l'idée de soutenir une action dans le domaine de la prévention et la promotion de la santé ; il se doit par ailleurs, selon l'article 45 de sa loi cantonale sur la santé publique, d'être actif dans ce domaine. Après en avoir présenté la demande de principe, sans avoir encore toutefois défini de projet précis, la Direction de la santé s'est vu attribuer par son gouvernement un montant à consacrer à un projet de lutte contre la dépression. Ce projet a trouvé sa concrétisation en septembre 2002 lors d'une journée de travail à Muttenz dans le cadre de la Politique nationale suisse, où le projet « Alliance de Nuremberg contre la dépression » a été présenté. Les responsables du canton de Zoug y ont fait la connaissance du projet. Ils ont de suite signalé leur intérêt à investir le montant attribué par leur gouvernement cantonal pour la mise en œuvre de cette Alliance sous forme d'un projet pilote. Ce montant s'élevait à 175'000 CHF, répartis en deux tranches, l'une pour 2003, l'autre pour 2004. Le projet a donc été lancé officiellement comme projet pilote le 14 mars 2004.

Le projet pilote était dès le début destiné à être élargi à d'autres cantons. L'OFSP a de ce fait été associé dès les premiers jours comme organe de coordination de cet élargissement. Les deux autres partenaires du projet étaient la Direction de la santé du canton de Zoug et l'association Equilibrium avec laquelle le canton avait signé une convention de prestation. Dans cette convention il était prévu qu'Equilibrium :

- mette à disposition ses services et son infrastructure pour le bon déroulement du projet
- évalue en collaboration avec la Direction de la santé du canton de Zoug, le directeur du projet et l'engage
- mandate le directeur du projet et le paie
- assume la responsabilité de la comptabilité du projet

- soutienne l'administration du projet.

Le projet de Zoug n'a donc pas eu de forme juridique clairement définie. Il n'existait que cette convention de prestation et, en conséquence, une convention entre Equilibrium et le directeur du projet ainsi que le cahier des charges du directeur du projet. C'est également Equilibrium qui était, avec l'OFSP, responsable de l'achat des licences de l'Alliance contre la dépression. Une multitude d'organes étaient impliquée dans l'Alliance zougoise contre la dépression.⁴⁵ En premier lieu les trois partenaires : la Direction de la santé du canton de Zoug, Equilibrium et l'OFSP. Ceux-ci étaient tous représentés dans le comité directeur. Dans ce comité se trouvait également un représentant de la Société des médecins du canton de Zoug et la présidente de l'Alliance, Mme Brigitta Kühn-Waller. Le comité directeur était l'organe responsable pour les décisions stratégiques. Celles-ci étaient mises en œuvre par M. Walter Wyss, en charge de la direction du projet ; celui-ci n'était pas un simple exécutant, il apportait lui-même ses propres idées au projet ou comme le dit M. Aeschlimann lors de l'interview « [...] Herr Wyss ist ein sehr kreativer Kopf und er sprudelt von Ideen. [...] »⁴⁶ Le comité directeur et la direction du projet étaient par ailleurs suivis par un groupe d'accompagnement, constitué de représentants des institutions directement concernées par le sujet ainsi que par des multiplicateurs. Ce groupe d'accompagnement était en quelque sorte le relais entre le comité directeur et la population ; il transmettait les demandes provenant de ses cercles au comité directeur et organisait des manifestations pour garder à vif l'idée de l'Alliance sur le terrain.

Les responsables de l'Alliance zougoise tirent un bilan globalement positif de leurs expériences. S'il pouvait repartir à zéro, M. Aeschlimann modifierait néanmoins certains points.

Le rôle détenu par l'association Equilibrium devrait par exemple être étudié soigneusement. Tous ses membres ainsi que les membres de son comité directeur sont en effet des personnes dépressives. Or une des caractéristiques de la dépression est que les personnes en souffrant peuvent avoir des phases pendant lesquelles elles se sentent bien et peuvent assumer à cent pour cent les tâches qui leurs sont confiées, tandis que ces mêmes personnes peuvent avoir d'autres phases pendant lesquelles elles sont plus instables et la dépression se fait plus ressentir. Cela complique la collaboration avec celles-ci, surtout lorsqu'elles doivent assurer des tâches administratives. Une certaine instabilité et un manque de continuité dans le travail d'Equilibrium s'est fait ressentir, avec pour conséquence le fait que les autres membres du comité directeur ainsi que la direction du projet ont dû s'investir davantage. De plus, pendant

⁴⁵ cf. aussi « Organisation du projet de l'Alliance zougoise contre la dépression » en annexe

⁴⁶ « Monsieur Wyss est un homme très créatif et il déborde d'idées. », cf. intégrale de l'interview en annexe

la période du projet pilote, il y a eu un changement du représentant d'Equilibrium au sein du comité directeur.

Pour la formation d'une Alliance contre la dépression dans un autre canton, cela ne veut toutefois pas dire qu'il faut exclure les organisations ou même les groupes d'entraide. Au contraire, M. Aeschlimann et Mme Rička soulignent l'importance de cette démarche. Celle-ci a en effet permis à l'Alliance de ne pas être identifiée avec la psychiatrie et de dépasser les limites de la psychiatrie institutionnelle. Le fait d'avoir inclus de manière visible l'aspect entraide pourrait même faciliter l'accès pour des personnes souffrant d'une dépression. La question réside seulement dans le type de cette responsabilité qui peut être confiée à de telles organisations. Devraient-elles avoir essentiellement un rôle de conseiller en ce qui concerne les demandes des personnes malades ou peut-on leur confier également des tâches organisationnelles et administratives ? L'évaluation commandée par l'OFSP tentera de répondre à une telle question. Cette évaluation, pour laquelle l'HSA de Lucerne⁴⁷ a été mandatée, analyse le rôle d'Equilibrium en tant que partenaire pour l'Alliance contre la dépression ainsi que le rôle de groupes d'entraide tout court.

Un autre point mentionné par M. Aeschlimann a trait aux finances. Malgré la somme importante attribuée par le canton, l'Alliance a été contrainte de chercher des sponsors pour le financement de ses activités. Cette quête n'a pas toujours été facile et a coûté beaucoup d'énergie aux personnes qui se sont engagées. Cet aspect devrait donc être mieux planifié dès le début.

Le projet était limité dès le début à deux ans. « L'après projet pilote » n'a pas été préparé de manière explicite. Or il faudrait y penser dès le moment du démarrage. Même s'il est clair qu'une Alliance ne peut pas rester active indéfiniment avec la même intensité, il est important que la question de la durabilité soit thématifiée dès le début du projet ; il n'y a en effet pas beaucoup de sens à s'engager dans un tel projet, si l'on n'envisage pas d'assurer sa durabilité.

Un autre point, évoqué non seulement par M. Aeschlimann mais également par Mme Rička, est celui de la précision du rôle joué par l'OFSP. Dans le cas de l'Alliance zougnoise l'OFSP avait à assurer l'évaluation du projet, le paiement des licences et les conseils au niveau des stratégies de la santé publique. Il semble que la limitation du rôle de l'OFSP à ces points ainsi que les limites de son soutien financier n'étaient pas connues par toutes les personnes concernées par la mise en œuvre de l'Alliance, ce qui a provoqué certaines tensions au sein

⁴⁷ Hochschule für soziale Arbeit Luzern, Haute Ecole de travail social de Lucerne

du comité directeur et avec la direction du projet. Pour éviter ce genre de malentendu dans des futurs projets menés dans d'autres cantons il est indispensable de fixer à l'avance les tâches et les responsabilités de chaque participant, de même que celles de l'organisme qu'il représente. Il est également évident que, plus le nombre de partenaires associés à un projet est grand, plus la coordination devient difficile ; et ce d'autant plus lorsque ces partenaires doivent tous représenter des organisations avec différents modes de fonctionnement.

Il faut par ailleurs tenir compte du fait que le canton de Zoug est un petit canton. Comme le dit M. Aeschlimann « Man kennt sich ja im Kanton Zug. »⁴⁸ Cette spécificité du petit canton (11 communes, 100'000 habitants, un centre) fait que beaucoup de choses peuvent y être réglées de manière informelle. Le fait de se connaître dans le canton a également facilité la quête des sponsors. Le mode de planification est également lié à cette informalité. Vu que de nombreuses questions se réglaient par des simples appels téléphoniques informels, sans réunion avec procès-verbal etc. on avait ce que les responsables zougois appellent « eine rollende Planung »⁴⁹. Seul le membre non-zougois (Mme. Rička de l'OFSP) insistait sur une planification plus structurée, ce qui a été rejeté par les membres zougois.⁵⁰ Cette démarche présente quelques dangers.

En effet l'Alliance risque de tomber dans une dépendance de certaines personnalités et d'être remise en cause si l'une ou l'autre de ces personnes clés venaient à la quitter. De plus, le projet zougois avec toutes ses spécificités, intentionnellement voulues, perd le caractère d'un projet pilote qui devrait servir de référence nationale.

Le projet pilote dans le canton de Zoug s'est terminé en décembre 2005. Les structures de l'Alliance (directeur du projet, comité directeur, groupe d'accompagnement) n'existent plus de manière visible, les personnes sont toutefois encore là et pourraient être consultées pour des informations supplémentaires. Le nom d' « Alliance zougoise contre la dépression » existe encore à l'heure actuelle et Equilibrium en détient pour le moment aussi les droits. Des activités sous le nom de l'Alliance ne sont à ma connaissance pas prévues. Le thème de la dépression va être intégré dans la stratégie santé psychique en phase d'élaboration à Zoug.

⁴⁸ « On se connaît dans le canton de Zoug. »

⁴⁹ une planification courante

⁵⁰ HOCHSCHULE FÜR SOZIALE ARBEIT LUZERN. „Jede Forme von Aufklärung ist immer gut“ – Begleitforschungsprojekt zum „Zuger Bündnis gegen Depression“ – Zwischenbericht zuhanden des Bundesamtes für Gesundheit. August 2005.

6.3.2 L'Alliance bernoise contre la dépression

C'est sur l'initiative des services psychiatriques universitaires de Berne qu'a été fondée l'association menant l'Alliance contre la dépression. Les services psychiatriques universitaires ont eu la possibilité de donner le coup d'envoi grâce à un bonus qui leur a été attribué par la Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale du canton de Berne. Selon les propos de M. Fey, secrétaire général de l'association, cet argent n'était pas directement lié à une mission. L'Alliance a donc été une initiative indépendante de la politique cantonale et de la Direction cantonale de la santé publique. Cette initiative a été largement soutenue par le Prof. Werner Strik, directeur de la clinique psychiatrique universitaire. Le montant attribué a permis de constituer un premier groupe de travail au sein de la clinique Waldau à Berne, un des centres des soins psychiatriques de base du canton. Ce groupe de travail a engagé une secrétaire générale qui, pendant douze à dix-huit mois, a préparé l'Alliance. M. Werner Fey a pris la succession en janvier 2005. Selon ses propos il a pu profiter largement de ce travail préparatoire. L'association Alliance bernoise contre la dépression a été fondée le 14 mars 2005. La raison principale mentionnée par M. Fey pour le choix de la forme juridique d'une association est la volonté de créer une certaine distance vis-à-vis des services psychiatriques universitaires. Un lien trop marqué avec l'institution universitaire pourrait en effet constituer un obstacle pour d'autres institutions de se joindre à l'association ; l'Alliance perdrait dès lors de son attractivité. Malgré cette précaution, la forte position de la clinique psychiatrique reste un point de critique. Prof. Hans-Ulrich Fisch, Dr en sciences naturelles et médecin en chef de la psychiatrie à l'Hôpital de l'Île à Berne, y voit notamment le problème de la stigmatisation.⁵¹ Le patient souffrant d'une dépression se voit stigmatisé quand il reçoit le diagnostic de la dépression. Dans certains cas il n'ose même pas en parler avec son médecin généraliste. Par peur de stigmatisation ce type de patient ne va pas non plus aller voir un psychiatre.⁵² Il n'est donc pas souhaitable qu'une clinique psychiatrique joue un rôle trop fort dans un programme qui veut lutter contre la stigmatisation. Cela pourrait représenter un obstacle pour les personnes que l'Alliance vise à atteindre de s'adresser à celle-ci.

Une grande difficulté de l'Alliance bernoise est le manque de ressources humaines et de ressources monétaires. Le secrétaire général a un poste de 30% pour organiser les activités de

⁵¹ Propos tenu lors d'un entretien téléphonique du 11 septembre 2006.

⁵² cf. article : PRIEST, Robert G et al.. Lay people's attitudes to treatment of depression: results of opinion poll for Defeat Depression Campaign just before its launch. *British Medical Journal*. [en ligne]. 1996, 313, 858-859. <http://bmj.bmjournals.com/cgi/content/full/313/7061/858?maxtoshow=&HITS=10&hits=10&RESULTFORMAT=&fulltext=depression&andorexactfulltext=and&searchid=1&FIRSTINDEX=0&sortspec=relevance&volume=313&resourcetype=HWCIT> (consulté le 11. 9. 2006)

l'Alliance. À ses yeux cela est insuffisant. Il souligne que l'organisation des activités de l'Alliance prend beaucoup de temps. M. Fey estime qu'il serait nécessaire d'avoir un secrétariat qui le soutienne. Momentanément c'est lui qui doit s'occuper de tout. Ce manque de personnel a surtout des conséquences sur le niveau et l'intensité des activités. Les ressources monétaires insuffisantes comportent un autre risque : celui de la fin prématurée de l'Alliance. Sans sponsors supplémentaires l'Alliance devra être dissoute en 2007. Or la quête des sponsors s'avère difficile. Certaines firmes pharmaceutiques sont prêtes à apporter une contribution financière, mais uniquement si l'argent est lié à un projet concret. Le comité directeur a choisi d'accepter cet argent et de l'investir dans le financement des cours de formation. Cet argent ne peut dès lors, de l'avis du comité directeur, être utilisé à des fins publicitaires auprès des groupes d'entraide ou pour soutenir des actions communes avec ces derniers. Il n'existait au moment de mon interview pas non plus de soutien financier du canton. M. Fey a encore l'espoir que cela va changer et que le canton va soutenir le travail de l'Alliance. Cet espoir est alimenté par une motion au Grand Conseil qui demande que le canton s'investisse dans le domaine de la prévention des suicides⁵³. Cette motion a été acceptée en deux (sur trois) points sous forme d'un postulat. Samuel Bhend, directeur de la santé publique et de la prévoyance sociale à l'époque, a notamment promis, lors de la discussion parlementaire, en cas d'une acceptation du postulat, d'examiner si le canton voulait attribuer un mandat de prestations pour la prévention des suicides à l'Alliance bernoise contre la dépression.

Un autre problème reste la popularité du nom « Alliance bernoise contre la dépression » dans le canton de Berne. Même si M. Fey me confirme avoir pris des initiatives sur tous les quatre niveaux d'action, le nom est surtout connu auprès des institutions professionnelles (pro senectute, pro infirmis, cliniques, psychiatres etc.). À ce problème de popularité insuffisante du nom s'ajoute celui du travail dans un canton bilingue. Tous les matériaux momentanément disponibles proviennent d'Allemagne et sont en allemand. Il faudrait donc traduire ces informations, ce qui n'est pas encore fait. Toute la région francophone du canton de Berne n'a de ce fait quasiment pas pu prendre connaissance de l'Alliance.

À l'occasion de l'interview du 21 juin 2006 M. Fey a également souhaité que les idées concernant les actions, formations etc. ne soient pas fruit des réflexions internes à l'association. À son avis c'est aux organisations qu'il revient de soumettre des idées concrètes pour une action ou un projet à l'Alliance, celle-ci les mettant en œuvre.

⁵³ GFELLER, Niklaus. Motion M 162/2005 GEF – Suizidprävention. Déposée le 15 juin 2005, réponse du 21 septembre 2005

L'exemple de Berne montre à mon avis que le soutien du politique cantonal serait un avantage pour l'Alliance et cela pour différentes raisons. Un soutien prononcé de la part du canton peut donner plus de visibilité et plus de légitimité aux actions de l'Alliance. En même temps on pourrait s'attendre à ce qu'un soutien de la part du canton ne se limite pas seulement à des paroles mais inclue également un volet financier de façon à donner une plus grande stabilité aux actions de l'Alliance.

La durée particulièrement longue de la période préparatoire avant laquelle les premiers pas concrets ont été entrepris est un autre point frappant de l'Alliance bernoise. Malgré ce délai important quelques problèmes semblent persister, notamment le manque d'implication de la partie francophone.

L'Alliance souffre par ailleurs également de son absence de popularité. Est-ce dû au fait que la préparation était insuffisante dans ce domaine, ou a-t-on sous-estimé le travail publicitaire et communicationnel indispensable ? Il est certes difficile d'agir sur les quatre niveaux en même temps avec la même intensité. Toutefois pour une personne extérieure le projet donne l'impression d'avoir trop mis l'accent sur la formation des professionnels et négligé la question de la sensibilisation de la population au problème de la dépression.

Un autre point, qui à notre avis, n'a pas suffisamment été prise en considération, est celui de la durabilité du projet. Le fait de fonder une association devrait être un acte destiné à un long terme. Néanmoins l'existence de l'association même à moyen terme, ne semble pas être assurée pour des causes financières. Plusieurs questions se posent dans ce contexte : a-t-on utilisé trop de moyens pendant la phase préparatoire ? La durabilité n'a-t-elle pas été prise en compte pendant la phase préparatoire ou pendant la phase d'exécution ?

L'Alliance bernoise contre la dépression existe encore à l'heure actuelle. Les responsables ont des projets pour l'avenir, notamment des cours de formation et des exposés. L'Alliance sera également présente lors de la journée mondiale de la santé psychique. Mais sa survie n'est pas garantie, les responsables espèrent pouvoir compter sur le soutien du nouveau chef de la Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale dans le cadre de la prévention des suicides.

6.3.3 Une future Alliance lucernoise contre la dépression

L'Alliance lucernoise n'existe certes pas encore, mais un arrêté du Conseil d'Etat, daté du 14 mars 2006, montre la forme d'organisation prévue pour celle-ci. Le début du travail de l'Alliance lucernoise contre la dépression est prévu pour janvier 2007 sous forme d'un projet pilote d'une durée de deux ans. L'arrêté du Conseil d'Etat souligne qu'une Alliance contre la dépression ne doit pas être simplement une campagne de sensibilisation touchant un large public ; grâce à l'implication et la construction d'un réseau avec des organisations, des institutions et des spécialistes, l'Alliance devrait également permettre de mettre en évidence de nouveaux éléments pour un meilleur dépistage précoce et une optimisation des thérapies de la dépression. Le responsable de la coordination du projet est le médecin cantonal adjoint. Le chef du Département de la santé et de l'action sociale est prévu comme parrain du projet. C'est également le Département de la santé et de l'action sociale qui décidera de la composition du comité directeur et du groupe d'accompagnement ainsi que de la direction du projet. Il est prévu que, pour cette phase de deux ans, le service du médecin cantonal emploie un collaborateur scientifique comme gestionnaire du projet, avec un taux d'engagement de 60%, de même qu'un secrétaire à raison de 50%. Pour ces deux postes ainsi que pour les dépenses pour affranchissement, téléphone et autres frais divers le canton attribue une somme de 142'000 CHF par an. Les actions concrètes doivent par contre être financées par des sponsors. Les membres du comité directeur ainsi que du groupe d'accompagnement travaillent à titre bénévole. Après ces deux ans de construction de l'Alliance il est prévu que le « Luzerner Hilfsverein für Psychischkranke »⁵⁴ prenne le relais du service du médecin cantonal. Le but est qu'après cette phase de projet pilote cette association soit en mesure d'assurer l'activité permanente de l'Alliance. Le mode de financement de l'Alliance devrait également être réglé à la fin de cette phase de deux ans. Le part du canton n'est pas encore fixée.

Il est encore difficile de juger de l'efficacité et du succès de cette forme organisationnelle avant que le projet n'ait commencé. Mme Rička, qui connaît le projet, souligne comme point fort que c'est le Service du médecin cantonal qui en a la responsabilité. À son avis le thème de la santé psychique est un thème très large qui ne concerne pas seulement les psychiatres et psychologues. Elle estime très positif que le projet ne reste pas complètement entre les mains des psychiatres.

⁵⁴ Association lucernoise d'aide aux malades psychiques

Un autre point fort du projet lucernois réside dans le fait que la question de la durabilité a été abordée avant même de commencer le projet. Il serait en effet regrettable que des structures élaborées pendant deux ans se perdent, d'autant plus que ces structures établies dans le domaine de la dépression pourraient aussi être utiles dans d'autres domaines de la santé psychique.

La description de ces cas de figure ne se veut nullement prescriptive, il est évident que la marge de manœuvre pour chaque Alliance doit être garantie. Néanmoins quelques points doivent être respectés pour la mise en œuvre d'une Alliance contre la dépression telle que conçue par les initiateurs allemands. Il faut tout d'abord savoir que quelques éléments de l'Alliance sont protégés, notamment le logo. Les droits d'utilisation de ces éléments ont été achetés par l'OFSP pour une durée de 15 ans et l'OFSP les met à la disposition des régions intéressées sur la base d'une convention. Cette convention détermine les obligations des responsables régionaux, soit en particulier :

- L'utilisation de l'approche basée sur les quatre niveaux ;
- Un état des lieux tous les six mois à l'adresse de l'OFSP ;
- La prise en compte des besoins et ressources régionaux ; en ce qui concerne le sponsoring par l'industrie pharmaceutique, il convient de se référer aux directives de l'Académie Suisse des Sciences Médicales concernant la Collaboration corps médical – industrie ;
- l'Alliance doit assurer la durabilité du projet.

Les droits qui incombent aux responsables de l'Alliance sont l'utilisation de l'approche basée sur les quatre niveaux ; l'utilisation du nom et du logo « Alliance contre la dépression » ; divers matériaux de formation et d'information comme des vidéos à l'attention des médecins et des patients, des concepts et matériaux pour la formation des différents groupes de multiplicateurs, des dépliants d'information sur la dépression etc.

7. Conclusion

Comme mentionné en introduction le rapport ne traite pas de la question de l'efficacité du programme d'action « Alliance contre la dépression ». Cette efficacité a été démontrée à Nuremberg, l'aspect important d'une formation adéquat et de la sensibilisation des médecins ayant déjà été prouvée dans l'étude de Gotland. Ce rapport vise avant tout à mettre deux points en évidence. L'un plutôt théorique, a trait à l'importance du programme d'action dans le cadre du concept de santé publique et l'autre, plus pratique, consiste en une présentation de quelques points déterminants pour la réussite de la mise en œuvre du programme.

Nous reprenons ci-dessous les quatre niveaux d'action en mettant en évidence le lien qu'ils entretiennent avec le concept de la santé publique.

1) Coopération avec les médecins généralistes : Cette coopération a pour but une amélioration des soins de santé primaires à travers un meilleur dépistage (prévention primaire) ainsi qu'une amélioration des traitements pour éviter des rechutes (prévention tertiaire).

2) Campagne médiatique d'information du grand public : C'est un aspect de la prévention primaire et de la promotion de la santé. Une campagne d'information peut, d'une part, sensibiliser la population au fait que chaque individu peut être frappé de dépression et amené à s'interroger sur son propre état de santé. D'autre part l'information peut permettre de réduire la stigmatisation des personnes souffrant de dépression, de les encourager à chercher de l'aide et donc créer d'une certaine manière un climat favorable à la santé.

3) Prise en charge adaptée des groupes à risque et soutien de leurs familles : Avec la prise en charge adaptée des groupes à risque on limite le risque des rechutes (prévention tertiaire) et on peut renforcer les ressources personnelles permettant une meilleure protection contre la dépression (promotion de la santé). Le soutien des familles des personnes concernées s'inscrit dans une logique de création d'un environnement favorable à la santé.

4) Coopération avec les populations relais : Cette coopération est importante sur plusieurs niveaux. La formation des multiplicateurs peut favoriser un meilleur dépistage (prévention secondaire) et créer un environnement favorable à la santé, soit en faisant de la dépression un thème dans un lieu de santé (p. ex. école) ce qui peut réduire la stigmatisation, soit en améliorant véritablement l'environnement, en le sensibilisant à la question de la dépression et en développant une plus grande compréhension pour les personnes souffrant de dépression dans un lieu de santé (p. ex. lieu de travail).

Le fait que le programme favorise la lutte contre une maladie concrète peut être sujet à critiquer car cela semble au premier abord aller à l'inverse de l'un des concepts principaux de la santé publique, la promotion de la santé. L'idée clé de la promotion de la santé est le renforcement des ressources propres à l'être humain pour maîtriser les déterminants de la santé, or l'Alliance contre la dépression ne suit que partiellement ce chemin car elle vise essentiellement à renforcer les capacités de l'être humain pour lui éviter de devenir dépressif. Comme nous l'avons vu avec la définition de la santé psychique, les facteurs qui influencent la maladie psychique sont quasiment les mêmes que pour la dépression. L'Alliance contre la dépression n'est donc pas seulement un programme contre la dépression mais peut, par le renforcement des capacités personnelles et une information adéquate sur la maladie « dépression », être vue comme un moyen de promotion de la santé psychique. Une sensibilisation du grand public, des multiplicateurs et des spécialistes de santé (médecins, infirmiers, personnel des soins à domicile etc.) pour la cause des personnes souffrant de dépression peut en même temps sensibiliser pour la cause de la santé psychique. Le programme d'action « Alliance contre la dépression » ne doit de ce fait pas être considéré comme un projet isolé et limité à un thème spécifique, mais bel et bien comme un projet plus vaste, touchant à tout un domaine de la santé publique, à savoir la santé psychique. Les ressources mobilisées afin de sensibiliser le public à cette cause peuvent également servir à d'autres projets dans le domaine de la santé psychique. Les expériences faites pendant le programme peuvent être utilisées pour des actions dans des domaines similaires. Le réseau créé dans ce cadre peut être utilisé à d'autres fins.

Cette réutilisation des ressources et le recours à ce réseau sont des éléments importants de la planification de l'Alliance.

Comme nous l'avons montré dans les exemples zougnois et bernois, la durabilité du projet est un point qui a été négligé. Si l'on veut pouvoir profiter à plus long terme des structures qui se forment pendant la phase de grande activité de l'Alliance, il faut également traiter dès le début des questions concernant la suite de la phase intensive. Les actions dans le domaine de la prévention et de la promotion de la santé n'ont de sens que si elles sont répétées, les objectifs principaux étant toujours des objectifs à long terme. Il serait regrettable que les structures du réseau ne se perdent, car celles-ci pourraient être utilisées dans un autre projet de la santé publique.

Le choix des organisations ou personnes responsables du projet a également son importance pour la durabilité. Il est clair que la question de la responsabilité doit être vue en cas par cas,

mais à notre avis il est important de ne pas faire dépendre le projet d'une seule personnalité ; la responsabilité devrait plutôt être liée à une fonction, soit représenter un point du cahier de charge d'une organisation ou d'une institution. Cela minimise le risque qu'avec le départ d'une personnalité l'Alliance perde de son intensité. Dans le même contexte il faut se demander quelle institution ou organisation pourrait réaliser le travail de coordination des activités de l'Alliance contre la dépression. L'organisme choisi doit avoir les capacités en ressources humaines ainsi qu'en ressources monétaires pour assumer cette tâche, un organisme souffrant d'une surcharge de travail s'y prête mal. De plus il devrait si possible ne pas être chargé de préjugés négatifs pouvant représenter un obstacle pour certaines organisations ou personnes de participer à l'Alliance. Il serait donc à notre avis souhaitable qu'une institution forte, neutre et avec une mission clairement définie se charge ou soit chargée des préparations et de la mise en œuvre de l'Alliance contre la dépression. Si, après avoir surmonté les premières difficultés, l'on souhaite mettre en œuvre un projet de longue durée qui implique la coopération des divers partenaires, la responsabilité de ce projet devrait être transmise à une autre institution pour une gestion à long terme. Il convient toutefois de s'assurer que celle-ci est en mesure d'assurer cette tâche.

Le financement du projet, et cela est lié à sa durabilité, doit être assuré avant le lancement d'actions concrètes. Le projet « Alliance contre la dépression » est un projet pour lequel on ne peut pas fixer de plafond financier. On pourrait toujours faire plus. Ce qu'il faut voir c'est que l'on peut assurer un service minimal tout en travaillant (de manière simultanée) sur les quatre niveaux. Le programme a la spécificité d'être composé de différents niveaux et, selon les innovateurs allemands, ce n'est qu'en travaillant parallèlement sur les quatre que l'on arrive à des résultats satisfaisants.

Tant les investissements financiers que le temps à consacrer au projet peuvent avoir un effet décourageant pour des personnes intéressées à construire une Alliance contre la dépression. Cela n'était bien sûr pas l'objet de ce rapport. Même s'il est difficile de faire un calcul coût – bénéfice de ce projet (et cela déjà pour la simple raison que l'on ne connaît pas les coûts exacts engendrés par la dépression) il est important d'investir sur le fait que la mise en place d'un réseau contre la dépression représente en même temps l'établissement d'un réseau pour la santé psychique, un aspect de la santé qui gagne constamment en importance. En mettant en œuvre l'Alliance contre la dépression dans leurs cantons, les responsables politiques ne prennent pas seulement en compte un problème de santé important de notre pays, mais ils appliquent également leurs lois cantonales ; celles-ci stipulent explicitement un engagement des cantons en matière de prévention des maladies et de promotion de la santé.

ANNEXES

1. Indice de bien-être de l’OMS



Psychiatric Research Unit
WHO Collaborating Centre in Mental Health

Indice (en cinq points) de bien-être de l’OMS (1999)

Veillez indiquer, pour chacune des cinq affirmations, laquelle se rapproche le plus de ce que vous avez ressenti au cours des deux dernières semaines. Notez que le chiffre est proportionnel au bien-être.

Exemple : si vous vous êtes senti(e) *bien et de bonne humeur plus de la moitié du temps au cours des deux dernières semaines*, cochez la case 3.

Au cours des deux dernières semaines	Tout le Temps	La plupart du temps	Plus de la moitié du temps	Moins de la moitié du temps	De temps en temps	Jamais
1. Je me suis senti(e) bien et de bonne humeur	5	4	3	2	1	0
2. Je me suis senti(e) calme et tranquille	5	4	3	2	1	0
3. Je me suis senti(e) plein(e) d'énergie et vigoureux(se)	5	4	3	2	1	0
4. Je me suis réveillé(e) en me sentant frais(che) et dispos(e)	5	4	3	2	1	0
5. Ma vie quotidienne a été remplie de choses intéressantes	5	4	3	2	1	0

Calcul des points :

Pour calculer votre score, ajoutez les chiffres correspondant aux cases que vous avez cochées et multipliez la somme par quatre.

Vous obtiendrez alors un score compris entre 0 et 100. Un score élevé signifie un meilleur bien-être.

2. Interview de Richard Aeschlimann

Collaborateur scientifique de la Direction de la santé publique du canton de Zoug, 23 juin 2006, Zoug

Welches war ihre Aufgabe in der Gesundheitsdirektion während dem Pilotprojekt?

Ich war Leiter des Gesundheitsamtes. Das Gesundheitsamt hat als Kernaufgabe, sich mit der Suchtfrage zu befassen sowie Gesundheitsförderung und Prävention zu betreiben.

Sie waren im Bündnis als Vertreter des Gesundheitsamtes?

Als Vertreter der Gesundheitsdirektion.

Weshalb kam es im Kanton Zug zu diesem Pilotprojekt in Zusammenarbeit mit dem Bund?

Zuerst möchte ich sagen, weshalb nicht: Manchmal wurde behauptet, es habe mit dem Attentat vom 27. September 2001 zu tun, aber das stimmt nicht. Es hat überhaupt nichts damit zu tun. Der Kanton Zug ist auch nicht ein besonders depressiver Kanton, eher im Gegenteil. Aber es hat damit zu tun, dass wir Gesundheitsförderung und Prävention auf unsere Fahne geschrieben haben. Wir haben einen Gesetzesartikel, der uns ermächtigt, sogar verpflichtet, auf diesem Gebiet tätig zu sein und wir nehmen diese Aufgabe sehr ernst. Das ist so ein wenig der Hintergrund, Gesundheitsförderung, Prävention, als Aufgabe des Kantons. Dann gab es eine Reihe von Zufällen, die machen, dass so was zu Stande kommt. Präventiv kann man ja auf sehr vielen Ebenen tätig sein. Wir wurden darauf aufmerksam gemacht, dass dieses Thema (*Anm.: Depression*) etwas Verstecktes, aber sehr Präzentes ist.

Die Idee kam dann aber von wem aus? Kam sie von der Gesundheitsdirektion oder kam das BAG auf sie zu oder war das John Kummer oder...

(Zögern) Kann man einfach so sagen: Da ist die Idee? Dann läuft's... Da gibt es verschiedene Faktoren. Die Präsenz von John Kummer im Kanton Zug, das war schon ein Schlüssel fürs Zustandekommen. Konkret kam der Verein Equilibrium, mit ein wenig anderen Bedürfnissen als wir dann realisiert haben, auf uns zu. Sie wollten sich auf eine professionelle Stufe (mit Sekretariat etc.) stellen, um dann präventiv tätig zu sein. Es gab also ein Gespräch zwischen Equilibrium und der Gesundheitsdirektion, um zu schauen, was im Bereich Depression getan werden könnte. Das war ein erster Anstoss. Das ist meine Wahrnehmung, andere Personen haben da vielleicht ein wenig andere Akzente. Man dachte also von der Gesundheitsdirektion aus, das ist eine gute Sache und hat dann mal vorsorglich einen Budgetbetrag gesprochen. Das ist normalerweise ein langer Prozess, aber man hatte da die Möglichkeit, etwas im Budget einzustellen, und das ging schnell durchs Parlament und wir hatten einen Kredit, ohne dass wir ein Projekt definiert hatten. Das ist ein wenig atypisch. Die nächste Sache war die

Muttenzertagung der Nationalen Gesundheitspolitik (September 2002), die das BAG und die GDK veranstaltet hatten, zum Thema psychische Gesundheit, wo dann das Nürnberger Bündnis auch vorgestellt wurde. Von da her kam dann die ganz konkrete Idee. Da haben mein Chef, Regierungsrat Joachim Eder, und ich mit Frau Rička vom BAG und mit den Nürnbergern gesprochen und darüber diskutiert; und wir haben gedacht, das könnte was sein, wofür wir diese Gelder verwenden können. Zusammen mit dem Verein Equilibrium, dem wir ja bereits zugesagt hatten, etwas zu unternehmen.

Wie gross war dann dieser Erste Budgetbetrag?

Im Jahr 2003 hatten wir 100'000 CHF und dann im Jahr 2004 nochmals 75'000 CHF.

Das sind so ungefähre Zahlen, die auch für andere Kantone interessant sind um zu wissen, wie viel es braucht, um das Ganze zu starten. Klar, man könnte immer mehr...

Ja, oder weniger, oder durch andere Kanäle. Bern hat andere Möglichkeiten und einen anderen Weg. Also im ganzen waren es im Kanton Zug 175'000 CHF vom Kanton. Es ist etwa die Hälfte der gesamten Projektkosten, die der Kanton Zug da bezahlt hat.

Und dieses Geld floss vor allem in Aktionen?

Nicht direkt, auch in die Projektleitung, für Löhne.

Was Pharmafirmen anbelangt, da waren sie ja eher vorsichtig. Haben diese Firmen einfach gespendet oder haben die etwas Konkretes finanziert?

Ich weiss gar nicht, wie viel wir von den Pharmafirmen bekamen, das war sicherlich nicht Match entscheidend. Sie zahlten für eine Aktion oder eine Publikation, denn es ist natürlich nicht ihre Konzeption, dass sie Lohnkosten bezahlen.

Das ist ja sicherlich eine Diskussion, je nach Kanton, wie viel man von einer Pharmafirma will oder nicht will.

Ja, im Kanton Zug waren wir zurückhaltend. Das ist auch direktionsspezifisch. Wir wollten da nicht den Vorwurf riskieren, wir seien vereinnahmt worden. Das ist ein heikler Bereich. Von da her gab es eine gewisse Zurückhaltung von unserer Seite her.

Haben sie sonst bei diesen Spendengeldern irgendwo das Gefühl gehabt, es gäbe ein Loyalitätsproblem? Also, dass man das Gefühl hatte, man sei dem Spender etwas schuldig? Oder kam ein solches nie auf? Die Hälfte des Budgets war ja durch Spenden finanziert.

Nein, eigentlich nicht. Das Bündnis ist ja auch keine feste Institution. Ich kann mir vorstellen, dass es dann auch noch anders sein könnte, aber das war ja einfach ein Projekt. Es war einfach eine gute Zusammenarbeit (Anm.: zwischen dem Bündnis und den Spendern) und es hat einfach mit Personen zu tun, die sich engagieren. Personen und Persönlichkeiten, die die Prob-

leme auch sehen und echt was machen wollen. Und ich denke, da sind alle Menschen guten Willens willkommen, ohne dass sich da institutionelle Verpflichtungen ergeben.

Was die Evaluation betrifft, was wurde da gemacht?

Die Fachhochschule Zentralschweiz, genauer die Hochschule für soziale Arbeit in Luzern, hat eine Zwischenevaluation gemacht, eine Befragung und jetzt sind sie an der Schlussevaluation. Auftraggeber für die ganze Evaluation ist das BAG.

Die Evaluation kümmert sich aber vor allem um die Rolle der Selbsthilfe, wenn ich das richtig verstanden habe. Was wird genau untersucht?

(Herr Aeschlimann gibt mir die Projektbeschreibung der Evaluation. Darin steht zum Ziel der Evaluation: „Analyse der Rolle von Equilibrium als Partner im Bündnis gegen Depression, Analyse der Rolle der Selbsthilfegruppen. [...] Entsprechend hat die Evaluation zum Ziel, Veränderungen im gegenseitigen Verhältnis von Selbsthilfegruppe, Selbsthilfeorganisation und professioneller sowie politisch-administrativer Umwelt zu eruieren, die sich im Verlauf des Bündnisses einstellen und diesem als Wirkung zugeschrieben werden können. Dazu gehören insbesondere Veränderungen: Der Wahrnehmung der Umwelt durch Equilibrium und umgekehrt; der Selbstwahrnehmung der Gruppenmitglieder in Bezug auf das Leiden an Depression und den Umgang damit; der dadurch bedingten Handlungsmuster.“)

Für das Zuger Bündnis, während der Pilotprojektphase, gab es da irgendeine rechtliche Form?

Schwierige Frage. Nein, es ist kein Verein, keine Stiftung und es ist auch nicht der Staat und schliesslich auch nicht Equilibrium... Wir hatten ja eine Leistungsvereinbarung mit Equilibrium. Es waren dann im ganzen drei Partner: BAG für den Transfer von Deutschland und die Evaluation; Equilibrium und dann eben die Gesundheitsdirektion. Das einzige, was da ist, ist diese Leistungsvereinbarung.

Es waren ja relativ viele beteiligt gewesen an diesem Projekt, Equilibrium als Leistungsbeauftragter, dann die Präsidentin, Steuergruppe, Projektleitung, Begleitgruppe... Was waren die verschiedenen Aufgaben dieser Organe.

Das Pflichtenheft für den Projektleiter werde ich Ihnen nachliefern. Wir haben am Anfang auch gesucht, welches die richtige Form ist für dieses Bündnis. Das ist ja auch normal. Es gab da verschiedene Vorstellungen und wir haben uns dann auf diese Organisation festgelegt. Ich denke, es war eine gute Form. Das hängt auch wieder mit den Personen zusammen. Mit der Präsidentin und dem Projektleiter, die haben ganz verschiedene Qualitäten, aber insgesamt gab es etwas Ganzes.

Was den Leistungsauftrag an Equilibrium anbelangt: Was waren die Aufgaben und wie wurden die erfüllt?

Das lässt sich aus der Vereinbarung entnehmen. Die war natürlich vorausblickend und man hat sich auch daran gehalten mit den Zahlungen, den Strukturen und so, aber es geschah auch rollend immer was. Aber ich denke schon, dass die Grundstruktur standhielt.

Auf den Verein Equilibrium kamen sie, weil er auf sie zu kam...

Ja, ganz klar. Das ist etwas, was wir oft gefragt werden. Unser Bündnis ist etwas, das nicht aus der Psychiatrie kommt, sondern eine andere Seite gab den Anstoss. Es wäre ja auch denkbar gewesen, dass unser ambulanter Psychiatrischer Dienst, die Psychiater oder Psychotherapeuten gekommen wären um zu sagen, dass da ein Riesenproblem mit der Depression besteht und dass man da etwas machen müsse. Das wäre auch möglich gewesen. Aber bei uns war es tatsächlich Equilibrium.

Somit ist es nur indirekt die Wahl der Gesundheitsdirektion?

Ja, das ist richtig. Aber Equilibrium kam mit was anderem auf uns zu. Es war dann wirklich ein Prozess. Unser Anliegen, die Gesundheitsförderung und Prävention, ist ein offenes Feld, und da kam jemand mit einem Anliegen und dann geschieht so eine Geschichte. Aber es ist schon so, ausser der grundsätzlichen Bereitschaft, etwas im Bereich Gesundheitsförderung und Prävention zu tun, hatten wir nicht gesagt: Depression, das ist jetzt ein Schwergewicht und wir suchen jetzt einen Partner.

Schlussendlich war es also eher ein Zufall, dass in Zug dieses Pilotprojekt durchgeführt wurde und nicht in einem anderen Kanton?

Mein Chef hört das gar nicht gerne. Aber es ist zum Teil schon so. (lacht). Wobei, es braucht die Disposition, Partner, aber ob dann so etwas wird oder nicht wird, das hängt wirklich auch vom Zufall und von Konstellationen ab. Die richtigen Personen müssen zum richtigen Zeitpunkt aufeinander treffen.

Denken Sie, es war ein guter Weg, dass Equilibrium so eine zentrale Rolle spielte?

Dass Equilibrium eine zentrale Rolle spielte, stimmt so nicht. Die hauptsächlichsten Exponenten des Projekts waren - mit Ausnahme von John Kummer, der eine besondere Stellung hatte - eben nicht Equilibrium-Leute. Ich sehe es aber nach wie vor als positiv an, dass das Bündnis nicht mit der institutionellen Psychiatrie identifiziert wurde, dass es den Rahmen der institutionellen Psychiatrie sprengte. Mit Equilibrium selber ist es halt schon eine schwierige Geschichte.

Dadurch, dass alles Betroffene sind?

Ja. Es fehlt die Kontinuität. Das wäre wohl was anderes, wenn man eine Präventionsaktion mit einer Arthroseselbsthilfegruppe machen würde. Es stiegen wirklich immer wieder Menschen aus und es waren dann andere verantwortlich, mit anderen Vorstellungen. Das hat halt etwas mit der Problematik zu tun, die diese Menschen erleben. Diese Stabilität, worum sie ringen, die sie aber eben oft nicht haben. Wenn man ein Projekt von zwei, drei Jahren durchziehen will, braucht es eben Kontinuität und Stabilität. Aber ich plädiere klar dafür, dass man diesen Aspekt mit drinnen hat, aber man müsste da eine Form finden, damit die Stabilität gewährleistet, oder eben vermehrt gewährleistet wäre.

Was war konkret die Aufgabe des Büro Walter Wyss?

Das Büro Walter Wyss ist Walter Wyss. Einzelfirma. Er war der Projektleiter, der das Ganze operativ vorzubereiten und umzusetzen hatte.

Sprich, er organisierte Veranstaltungen?

Richtig. Ich sagte vorhin: bei allen Spannungen, die es gab, die Kombination mit der Präsidentin (*Anm.: Brigitte Kühn-Waller*) und Walter Wyss war eine glückliche Kombination. Herr Wyss ist ein sehr kreativer Kopf und er sprudelt von Ideen. Er war einfach sehr anregend. Und diese Anregungen hatte er dann auch umzusetzen, dort wo sie bewilligt wurden.

Wie fest war der Kanton, also die Gesundheitsdirektion, damit beschäftigt und involviert?

Ich war der Vertreter der Gesundheitsdirektion in der Steuergruppe. Diese bestand aus fünf Personen: die drei Partner, die Präsidentin und ein Vertreter der Zuger Ärzteschaft. Sie traf sich etwa alle drei Monate. Bei mir lagen dann die Rückfragen an die staatliche Seite. Selbstverständlich waren wir (*Anm.: Gesundheitsdirektion*) auch in der Begleitgruppe vertreten. Da kam man in einem ein wenig lockereren Rhythmus zusammen. Da war der Kantonsarzt, der Beauftragte für Gesundheitsförderung und der Leiter des ambulanten psychiatrischen Dienstes. Wir hatten also drei Amtsleiter der Gesundheitsdirektion im Projekt. Von dort her ein substantieller Beitrag, den wir leisten konnten. Wer sich auch sehr engagierte war der Schirmherr des ganzen Bündnisses, also unser politischer Vorgesetzter, Regierungsrat Joachim Eder. Man kennt sich ja im Kanton Zug, da lief dann sehr viel direkt. Es brauchte dann nicht immer den Umweg über mich, sondern Frau Kühn war oft auch direkt im Gespräch mit dem Gesundheitsdirektor. Er hat sich wirklich sehr stark engagiert.

Nun doch nochmals: was war die konkrete Aufgabe der Steuergruppe?

Da waren all die strategischen Fragen. Und wir hatten auch für die Rahmenbedingungen zu sorgen. Das war vor allem die Präsidentin, die sich ganz stark für das Finanzielle engagierte, zusammen mit Herrn Wyss. Sie hatte dort auch Beziehungen. Aber sonst waren es die strate-

gischen, operationellen Dinge, die in der Steuergruppe entschieden wurden. Welche Schwerpunkte setzt man zu welchem Zeitpunkt.

Und die Begleitgruppe?

Das war eigentlich das Netz. Da waren Vertreter der Kirchen, Psychotherapeuten, Schulen, Polizei, die aus ihren Kreisen Anregungen hinein brachten und in ihren Kreisen das Bündnis präsent hielten. Sie hatten auch Veranstaltungen durchgeführt und machten somit das Bündnis in ihren Kreisen zum Thema.

Die Zusammenarbeit mit dem Bund, was hat die ihnen gebracht?

Es war ja von Anfang an die Meinung, dass der Transfer in andere Kantone kommt. Dann war der Bund auch für die Evaluation verantwortlich. Am Schluss gab es die Diskussion um den Schlussbericht. Die verschiedenen Vorstellungen mussten ausdiskutiert werden, aber der Bund hat den Schlussbericht dann ja auch mitgetragen. Wir machten ihn am Schluss in Form eines publikumsnahen Hefts und nicht als höchstwissenschaftliche Darstellung. Die französische Übersetzung gibt es mittlerweile ja auch. Sie wurde vom Bund finanziert. Die deutsche Fassung wurde durch den Bund mitfinanziert. (Anmerkung: Sowohl die deutsche wie die französische Version des Bündnis-Magazins wurden durch die GDK mitfinanziert.)

Gab es von ihrer Seite Erwartungen, die sie an den Bund hatten und die nicht erfüllt worden waren? Missverständnisse...

Die gab es laufend (lacht). Also, ich persönlich habe es nicht so empfunden. Aber das Beispiel des Schlussberichtes ist so was. Da gab es verschiedene Vorstellungen darüber, wie man so was aufbereitet und verfügbar macht. Der Bund kam von einer ein wenig "abstrakteren" Ebene und wir sind eben eher pragmatisch vorgegangen. Auch die Menschen, die dabei waren, haben immer zuerst ans Publikum gedacht. Das waren schon gewisse Spannungsfelder, die es auszuhalten gab. Es war auch nicht immer einfach zwischen der Vertreterin des Bundes und dem Projektleiter, weil sie so anders funktionieren. Die Nerven lagen manchmal blank. Vor allem in der letzten oder zweitletzten Phase. Ich denke, es waren manchmal auch ein wenig unnötige Aufregungen und persönliche Empfindlichkeiten gewesen. Ich persönlich war ein wenig weiter weg und habe es nicht so empfunden. Ich möchte beiden attestieren, dass sie zwar andere Vorstellungen hatten, aber dass sie ihre Sache an beiden Orten wirklich gut gemacht haben.

Waren das die einzigen Probleme, die es in der Steuergruppe gab?

Das andere haben wir ja bereits angesprochen mit Equilibrium, wo am Anfang jemand nur sehr kurz da war, und dann engagierte man den Ehrenpräsidenten John Kummer. Auch Herr Gessler, der am Anfang dabei war, hatte seine Qualitäten, aber man hatte gewisse Spann-

gen. Er hatte andere Vorstellungen von diesem Zuger fonctionnement. Da gab es ein gewisses Spannungsfeld, das ging aber ziemlich rasch vorbei weil der Equilibrium-Vertreter dann ausgewechselt wurde. Ich denke, Frau Kühn hatte auch eine schwierige Zeit, als sie dem Geld nachrannte. Aber sie hat das bravourös gemacht. Es brauchte zeitweise schon Nerven, aber das will nicht heissen, dass etwas falsch lief.

Das Pilotprojekt dauerte zwei Jahre, es ist jetzt abgeschlossen. Welche Bilanz ziehen sie aus Sicht des Kantons? Würden sie es wieder gleich machen, würden sie es anders machen?

Ich glaube aus dem, was ich so gesagt habe, kann man ableiten, dass man gewisse Sachen anders überlegen sollte. Zum Beispiel die Zusammenarbeit mit Equilibrium. Beim Finanzieren sollte man auch weiter vorausdenken, als dass wir das gemacht haben, sonst braucht das unendlich viel Kraft. Und was die Nachhaltigkeit anbelangt, da muss man jetzt einfach in der Zukunft schauen. Das ist jetzt so aufgegleist und sollte dann schon so weiter gehen können. Wie so etwas auf die Länge nachhaltig ist und in den Köpfen bleibt, das muss sich nun zeigen. Wir haben jetzt im Gesundheitsamt wieder einen Budgetbetrag für die psychische Gesundheit aufgenommen, um dort etwas zu machen. Wir sind auch daran, eine Strategie psychische Gesundheit zu elaborieren. Mit dem Zuger Bündnis wurde für die Gesundheitsdirektion die psychische Gesundheit ein Thema, das jetzt sicher präsent bleibt. Also etwas, wofür man jetzt wirklich auch eine Strategie entwickelt und dann finanzielle Mittel bereitstellt, allerdings nicht mehr so viel wie es (für die Kampagne) waren.

Das Zuger Bündnis gibt es jetzt in dieser Form also nicht mehr?

Ja. Es war eine Kampagne, ein Projekt mit einer definierten Zeitdauer, aber das Thema wird weiterhin gepflegt.

Der Name bleibt also?

Den Namen gibt's immer noch. Wir haben das Recht, den Namen weiter zu verwenden. Man hat auch die Begleitgruppe wieder angeschrieben in Bezug auf die Strategie psychische Gesundheit. Man möchte das auf die eine oder andere Art schon weiter pflegen.

Abschliessend: was würden Sie anderen Kantonen weitergeben? Was ist das Wichtigste, an was muss man denken?

Ist nicht ganz einfach. Jeder Kanton hat wieder seine eigenen Strukturen. Der Kanton Zug hat den Vorteil: elf Gemeinden, 100'000 Einwohner, ein Zentrum. Der Kanton Bern muss das sicherlich anders überdenken, die haben ja so ein wenig so etwas wie ein Kammersystem. Aber wie auch immer, ich denke, es ist schon wichtig: wenn man an die Leute gelangen will, muss man die Leute auch einbeziehen. Das kann auf der Ebene eines Bezirks oder einer Region sein. Im Kanton Zug konnten wir das gut auf der Ebene des Kantons machen. Das denke

ich, ist das Zentrale. Ich denke auch, wir müssen nicht missionieren gehen. Es ist nicht die Aufgabe des Staats, die ganz grossen Flügel auszubreiten, sondern die Leute an Bord zu holen. Rudern müssen wir alle zusammen. Das bedeutet für mich, an die Betroffenen und ihre Angehörigen heranzukommen und die Thematik breit anzupacken und das nicht einfach einer bestimmten Berufsgruppe zu überlassen, auch wenn es die Professionellen natürlich zentral braucht.

3. Interview téléphonique de Matthias Meyer

Service de la santé publique du canton de Zoug, 13 juillet 2006

Wie geht es nun konkret weiter im Kanton Zug? Wird das Bündnis in irgendeiner Form weitergeführt?

Das Bündnis war von Anfang an als Projekt gedacht, das nun abgeschlossen ist. Auch die Strukturen des Bündnisses gibt es nicht mehr.

Spielt der Verein Equilibrium weiterhin eine zentrale Rolle?

Der Verein Equilibrium wird als normaler Partner weiterhin eine Rolle spielen, wird jedoch keinen privilegierten Platz haben.

Welches sind gegenwärtig Ihrer Meinung nach die grössten Schwierigkeiten und Gefahren für das Zuger Bündnis? Was wird unternommen damit die Idee des Bündnisses weiterhin präsent bleibt?

Es war von Anfang an klar, dass es sich da um ein Projekt handelt, das nach zwei Jahren zu Ende ist. Die Website ist jedoch weiterhin aktiv und wird auch aktualisiert. Die Broschüre, also der Schlussbericht, wird auch weiterhin verteilt.

Was wird sonst im Kanton Zug unternommen um die psychische Gesundheit der Bevölkerung zu fördern?

Im Kanton Zug wird nun eine Strategie psychische Gesundheit erarbeitet. Darin wird die Depression als eines von mehreren Themen enthalten sein. Die Strategie wird vier Schwerpunkte Selbsthilfe, Früherkennung, vor allem im Bereich Suizid, Gesundheitsförderung im allgemeinen und Information der Bevölkerung haben. Für die Umsetzung dieser Punkte wird man dann eventuell wieder auf gewisse Akteure der Begleitgruppe zurückkommen.

4. Organisation du projet de l'Alliance zougoise contre la dépression

Une campagne menée conjointement par trois partenaires

La Direction de la santé du canton de Zoug

(responsabilité politique, financement)

L'organisation d'entraide Equilibrium

(mandat de prestation)

L'Office fédérale de la santé publique

(encadrement scientifique et évaluation)

Parrain du projet et dirigeant politique

Conseiller d'Etat Joachim Eder, Directeur de la santé

Présidence de l'Alliance

Brigitta Kühn -Waller

Comité de pilotage

Brigitta Kühn-Waller, président du comité de pilotage et du groupe d'accompagnement

Richard Aeschlimann, collaborateur scientifique de la Direction de la santé

John P. Kummer, fondateur et président d'honneur d'Equilibrium

Regula Rička, collaboratrice scientifique à l'OFSP

Dr Jaques Stäger, représentant de la Société de médecine du canton de Zoug

Direction du projet

Walter Wyss, Büro Walter Wyss / conseils dans le domaine social, environnemental et culturel

Groupe d'accompagnement

Les personnalités zougaises citées ci-dessous, membres de groupes et d'institutions directement concernés par le sujet ou « multiplicateurs » auprès des groupes cibles, se sont engagées à collaborer au sein du groupe d'accompagnement

Lis Bammert, Centre de liaison des organisations féminines, Zoug

Pascale Berchier, dipl. en pharm. EPF, pharmacien Zoug

Gaby Fischer, assistante pastorale, décanat Zoug

Maria Fries-Lindgren, Equilibrium

Anna Gasser, Association des psychothérapeutes du canton de Zoug

Andreas Haas, Pasteur, Eglise réformée évangélique Zoug

Dr. med. Ruedi Hauri, médecin cantonal

Ernst K. Hermann, Clinique psychiatrique Meissenberg

Barbara Hotz, Service de l'action cantonal

Karin Iten-Waser, Pro Infirmis

Karolin Julien, Clinique psychiatrique Oberwil

Yvonne Lüdi, Fondation Phönix Zoug

Dr. Peter Müller, Service psychologique scolaire du canton de Zoug

Thomas Pfister, Service de la santé publique du canton de Zoug

Christof Portmann, EMS St. Franziskus, Menzingen

Elke Romano-Koch, Service psychologique scolaire du canton de Zoug

Dr. med. Eberhard Rust, médecin-chef Clinique psychiatrique Oberwil

Christian Siegwart, Pro Senectute

Gabriela Röthlin, police zougoise

Dr. med. Axel F. Wallossek, psychiatre zougoise indépendant

Dr. med. Hanspeter Walti, médecin-chef des services psychiatriques ambulatoires Zoug

Elisabeth Wismer, Spitex Zoug

Source: DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANTON DE ZOUG. Magazine Alliance contre la dépression. Zoug, 2006. p. 7

5. Interview de Lic. phil. Werner Fey

Secrétaire général de l'Alliance bernoise contre la dépression, 21 juin 2006

Zum Beginn die Frage nach Ihrem Beruf und welches ist Ihre Aufgabe im Berner Bündnis gegen Depression (BBgD)?

Ich bin Psychologe und hier in der Klinik, UPD⁵⁵ Waldau zu 50 % angestellt. Für das BBgD bin ich zu 30% als Leiter der Geschäftsstelle angestellt.

Betreffend der UPD Waldau, ist die der Uni angeschlossen?

Ja, die ist der Uni angeschlossen und ist für die psychiatrische Grundversorgung verantwortlich. Es gibt verschiedene Stationen der psychiatrischen Grundversorgung im Kanton Bern und die UPD Waldau ist das Zentrum.

Mit dem Berner Bündnis ging's im letzten September (2005) los. Da fand die Kick-off Veranstaltung statt.

Vereinsgründung gab es am 14 März 2005. Das Berner Bündnis ist ein Verein.

Es ging relativ lange bis es zu dieser Vereinsgründung kam...

Ich bin im Januar 2005 dazugekommen. Da gab es das Bündnis bereits seit einem, eineinhalb Jahren. Das war eine Vorbereitungszeit. Während der gab es eine Projektgruppe intern in der Waldau. Es gab auch bereits jemanden der die Geschäftsstelle leitete. Das alles wurde sehr ausführlich erarbeitet. Es wurde da bereits sehr viel Vorarbeit geleistet. Und dann gab es einen Wechsel innerhalb der Geschäftsstelle und ich konnte mit Hilfe dieses Materials, das bereits vorlag, das Ganze hinaustragen. Das gab eine längere Vorbereitungszeit, das ist richtig.

Wieso ging die so lange?

Die Vorgängerin hat es sehr gut gemacht, sehr ausführlich. Ich muss Ihnen aber sagen, ich weiss nicht, weshalb es so lange ging.

Das könnte ja auch abschreckend wirken für andere Kantone...

Aus meiner Perspektive lag das an der Vorgehensweise meiner Vorgängerin. Sie hat es sehr genau gemacht, viel vorgearbeitet, viel geplant. Ich bin da eher pragmatisch und mit den zur Verfügung stehenden Ressourcen, da muss man einmal loslegen und was wagen. Niemand sagt, wie genau vorzugehen ist. Man muss an einer Ecke anfangen und schauen, wie sich das bewährt. Aber wie gesagt, ich konnte von diesen Vorbereitungen viel profitieren.

Denken Sie, dass auch andere Kantone von dieser Vorbereitungsarbeit profitieren könnten, oder ist das sehr Bern spezifisch?

⁵⁵ Universitäre psychiatrische Dienste

Das Konzept kommt ja aus Deutschland und es ist so, dass man das eigentlich recht gut anwenden könnte. Man sieht aber gleichzeitig, weil es aus Deutschland ist, dass auch sehr viel geändert werden muss, nur schon weil das Gesundheitswesen anders organisiert ist. Andere Kantone könnten sicherlich zu einem gewissen Teil profitieren, aber sehr viel ist schon Bern spezifisch. Wir haben zum Beispiel das Problem der Zweisprachigkeit, das andere Kantone nicht haben. – Aber wir hatten bereits Austausch mit anderen Kantonen. Da kann man schon sehr viel Wissen weitergeben.

Von wem kam die Initiative, für den Kanton Bern ein Bündnis gegen Depression aufzuziehen?

Die UPD Waldau bekam einen Bonus von der GEF (Gesundheits- und Fürsorgedirektion des Kantons Berns), weil sie gut gewirtschaftet hatte. Diesen Bonus durfte sie frei wählbar einsetzen, und sie wollten dann was Gemeinnütziges machen. Sie sagten: wir kaufen das Konzept des Bündnisses gegen Depression ein. Die Idee kam sicherlich auch von Herrn Prof. Dr. med. Strik⁵⁶, der sagte: da setzen wir dieses Geld ein. Darauf gab es in der UPD eine Projektgruppe, im Wesentlichen zwei, drei Oberärzte und dann noch eine Psychologin, die hier im Stab arbeitet. Es war eine kleine Gruppe von drei bis vier Personen, die sich dieser Sache annahmen. Sie stellten dann die Leiterin für die Geschäftsstelle ein. Es war wirklich eine kleine Gruppe.

Dieser Bonus, wie gross war der?

Das ist eigentlich kein Geheimnis. Der kam von der Geschäftsleitung, aber das war vor meiner Zeit, ich kenne die Zahl nicht genau. Das Bündnis kostet pro Jahr 100'000 bis 120'000 Franken. Vorgesehen ist, dass man das während zwei bis drei Jahren machen kann.

Mit diesem Bonus?

Ja. Aber das Ganze ist so eine Mischrechnung... Aber so ein Bündnis kostet einfach so viel im Jahr, etwa 100'000 Franken.

Was schliessen sie da ein, die Arbeit...

Es ist ja so, dass die UPD dieses Büro hier zur Verfügung stellt mit Computer, Drucker etc. weil ich ja auch hier arbeite. Dann arbeitet auch Frau Lic. phil. Krneta⁵⁷ hier, sie ist aber nicht durchs Bündnis angestellt. Sie hat eine beratende Funktion, macht ab und zu etwas fürs Bündnis, wird aber nicht im Budget erfasst. Das ist alles ein wenig verschachtelt. Es ist zwar alles transparent, aber es lässt sich schwer beziffern. Herr Prof. Dr. med. Seifritz⁵⁸ macht auch

⁵⁶ Direktor der Universitätsklinik für Psychiatrie, UPD Bern

⁵⁷ Psychologin an der Universitätsklinik für Psychiatrie, UPD Bern und Stellvertreterin des Geschäftsführers des BBGD

⁵⁸ Vizedirektor der Universitätsklinik für Psychiatrie, UPD Bern und Präsident des Vereins BBGD

ab und zu etwas fürs Bündnis, was aber auch nicht durchs Bündnis finanziert wird. Wenn er hier ein, zwei Stunden an eine Sitzung kommt, dann zahlt das die UPD.

Also diese 100'000 bis 120'000 Franken....

Das ist so ein Erfahrungswert. Mein Psychologenlohn, die 30 %, das ist der grösste Posten. Wir wissen jetzt nach einem Jahr: Mit allem zusammen, Aktivitäten und Flyer drucken etc. da kommt es auf etwa 100'000, wenn man es richtig machen will. Aber wir machten letztthin ein Budget; wenn wir alle Register ziehen wollten dann käme man leicht auf 300 bis 400'000 Franken.

Im Moment haben sie als Ressource nur diesen Bonus der UPD?

Nein. Es gibt diesen Bonus und dann sind wir aber schon immer auf der Suche nach Gönnern, Sponsoren, Vereinsmitgliedern. Wir haben etwa fünfzig Mitglieder, die zahlen 30 Franken Jahresbeitrag. Also ein kleiner Betrag. Ab und zu gibt es Pharmafirmen, die Geld geben für einen bestimmten Anlass. Die geben nicht pro Jahr z.B. 10'000 Franken. Die sagen, wir geben für einen Anlass was. Da gibt es im Jahr vielleicht 20'000 Franken. Von dieser Seite gibt es schon noch etwas.

Aber Sie sind noch nicht auf diesem Niveau wie es im Kanton Zug war, 50 Prozent Kanton, 50 Prozent Spenden?

Nein. Das ist auch fraglich, ob wir das erreichen können. Wir merken, dass es sehr schwierig ist, an Geld ranzukommen. Im Moment gibt es eine Diskussion in der GEF. Es gibt eine Motion, die anfragt, was macht der Kanton Bern zur Suizidbekämpfung. Da sind wir natürlich im Gespräch, denn das BBGD macht ja auch Suizidprävention. Jetzt ist also die Frage, ob der Kanton uns unterstützen soll. Das wäre für uns natürlich hervorragend, wenn wir vom Kanton Geld bekämen. Das ist im Moment aber noch nicht aktuell, sondern einfach ein Wunsch, den wir haben.

In diesem Fall sind Sie im Moment eher unabhängig vom Kanton?

Ja, aber das klingt nun, wie wenn das ---- toll wäre. Wenn wir nun von niemandem Geld kriegen, dann ist das BBGD Mitte 2007 zu Ende, weil es kein Geld mehr hat. Wenn der Kanton aber Geld geben würde, dann könnte das Bündnis in Bern noch zwei, drei Jahre weiter bestehen mit der Hoffnung, dass sich noch was ergibt.

Im Moment ist da also noch nichts Konkretes.

Weshalb haben sie die Form eines Vereins gewählt?

Es war so, dass die UPD das Ganze lancierte, weil jemand anderes das gar nicht hätte machen können. Es sollte sich aber ein wenig von der Klinik lösen, damit es auch interessant wird für andere. Es sollte ein eigenständiger Verein werden, damit nicht die Klinik alleine das Sagen

hat. Wir würden dann die Attraktivität gegen aussen verlieren. Böse Zungen könnten dann sagen, jetzt machen die schon wieder alles, reißen alles an sich. Das waren so ein wenig die Überlegungen. Wir wollten nicht ein Klinikprojekt machen. Es ist aber gut, dass die Klinik das unterstützt.

Könnten sie sich vorstellen, dass es sich einmal noch mehr von der UPD löst?

Das ist schwierig zu sagen. Im Moment lebt es durch die UPD. Ich bin hier angestellt, der Präsident ist hier... Wir wollten das einmal ein wenig heraustragen, aber niemand kann es übernehmen.

Wie fest sind Selbsthilfegruppen bei Ihnen miteinbezogen. Die UPD ist ja eher für die stationäre Behandlung verantwortlich...

Es ist schon so, dass wir auf diesen vier Ebenen tätig sein wollen, wie es das Projekt aus Deutschland vorschlägt. Wir haben einerseits die Kooperation mit den Hausärzten, die bei Depressionen ja oft die erste Anlaufstelle sind. Das andere sind die PR-Aktivitäten. Dann die Zusammenarbeit mit verschiedenen Multiplikatoren, verschiedenste Menschen, die mit Depressiven in Kontakt kommen könnten; und dann das Angebot für Angehörige und Betroffene, also die Selbsthilfegruppen. Wir möchten ganz konkret mit den Selbsthilfegruppen zusammenarbeiten. Wir planen am 17.10.2006 einen Aktionstag für die Selbsthilfegruppen, dann wird es etwas ganz Dominantes sein an diesem Tag.

Das Projekt ist so offen gestaltet, wir sind eigentlich froh, wenn jemand an uns herantritt mit Ideen. Deshalb ist es auch wichtig, dass es ein Verein ist. Es ist nicht so, dass man einfach sagen kann, die UPD macht's und dann können alle dort anklopfen gehen. Das ist ein wenig ein schwieriger Punkt.

Dieser Punkt, dass die UPD das Ganze zu dominieren scheint, wurde ja bereits kritisiert und es kam auch die Angst auf, dass das Ganze dann aus der rein medizinischen Sicht angeschaut wird.

Es ist so, die UPD ermöglicht das, sie müsste es ja nicht machen. Sie hätte den Bonus auch für etwas anderes einsetzen können. Sie hat die Anfangsfinanzierung gewährleistet, zieht sich nun aber auch wieder, bis zu einem gewissen Grad, zurück. Aber man kann natürlich nicht abstreiten, dass ich hier bin. Herr Professor Seifritz, der sehr aktiv ist, ist auch an der UPD. Aber wenn wir auftreten, dann gehen wir nicht als UPD-Vertreter sondern als Vertreter des BBgD. Man sieht uns auch bei Selbsthilfegruppen. Das ist uns sehr wichtig. Auch auf dem Briefpapier sieht man nirgends die UPD. Wenn es dann aber um die Behandlung geht, dann denken wir schon, dass man eine schwere Depression nicht mit einer Bachblütentherapie behandeln sollte. Aber ich weiss, es ist ein Kritikpunkt und vielen ist das ein Dorn im Auge. Aber gerade

bei Selbsthilfegruppen kommen wir sehr gut an. Die sind dankbar und sagen: Endlich macht wieder jemand etwas. Die haben verstanden, dass da nicht nur die UPD dahinter steckt.

Wer ist dann im Vereinsvorstand?

Auch da wollten wir möglichst wenige UPD-Leute haben. Erich Seifritz ist der Präsident, dann gibt es einen Kommunikationsfachmann, eine Gemeindepolitikerin, einen Hausarzt, jemand vom seco... Es war uns ganz wichtig, dass wir da nicht viele UPD-Leute drin haben. Jede Aktivität, die wir machen, wird durch den Vorstand beschlossen.

Der Vorstand beschliesst also, und Sie führen es durch.

Das wäre das Ideale. Unsere Vorstellung wäre, dass die Ideen von aussen kämen und wir es dann umsetzen würden. Momentan sind immer noch wir, die alles machen, die alles anreisen. Generell sagt der Vorstand, was wir machen. Jemand aus dem Vorstand hat einmal das Theater Knotenpunkt, ein interaktives Theater, vorgeschlagen. Sie haben ein Stück zum Thema Depression, das sehr gut ankommt. Das unterstützt der Vorstand auch und das ist ja eigentlich nichts Medizinisches.

Meine nächste Frage haben Sie eigentlich bereits beantwortet, dass die Zukunft nicht gesichert ist...

Ja, wenn wir vom Kanton kein Geld bekommen, ----, dann ist das Projekt 2007 fertig. Je nachdem, was der gibt, wäre es dann noch zwei, drei Jahre gesichert. Vielleicht kommt auch einmal ein zahlungskräftiger Sponsor auf uns zu.

Sie wären auch Pharmafirmen gegenüber nicht abgeneigt?

Das ist etwas, was der Vorstand jedes Mal neu beurteilen muss. Bis jetzt hatten wir zwei, drei Aktivitäten, die Pharmafirmen gesponsert haben. Das ist zwiespältig. Wir haben uns jetzt entschieden, dass es im Gesundheitswesen nun mal die Pharmafirmen sind, die Geld haben. Bei Weiterbildungsveranstaltungen für Ärzte kann man sie einladen. Dort haben wir ein Abkommen, dass sie nicht mit riesigen Plakaten kommen und keine Produktvorstellungen machen. Bei Selbsthilfegruppen ist es was anderes, da würde es sich nicht gut machen. Das ist ein heikler Punkt und da entscheidet schlussendlich immer der Vorstand. Ganz verschliessen können wir uns da nicht.

Wird ihre Tätigkeit auch evaluativ begleitet?

Ja, da gibt es eine Evaluation, die vom BAG bezahlt wird. Die läuft durch Professor Dr. med. Michel, er ist Suizidexperte und durch Herr Dr. med. Reisch, der ist Oberarzt hier.

Wie fest arbeiten sie dann mit dem BAG zusammen.

Wir haben mit dem BAG Kontakt, wenn es um übergeordnete Ziele geht. Also für die interkantonale oder auch internationale Zusammenarbeit, da erfolgt ein Austausch. Aber sonst

fungieren wir unabhängig vom BAG. Aber das BAG hat sich zum Beispiel auch sehr engagiert für die Übersetzung des Bündnismagazins in die französische Sprache.

Die Rechte aus Deutschland, haben Sie die gekauft?

Gewisse Lizenzen hat das BAG bezahlt. Das ist ein ziemlich kompliziertes Vertragswerk.

Seit dem Herbst 2005 sind Sie aktiv...

Ja, Vereinsgründung war im März und die kick-off Veranstaltung fand am 5. September statt, aber wir waren vorher bereits aktiv. Was wir eigentlich nicht wollten, aber wir wurden sehr oft angefragt, was zu machen. Aber offiziell war der Start am 5. September.

Was hat seit da an Veranstaltungen stattgefunden?

Da gab es sehr viel Weiterbildung für die Spitex, oder Pro Senectute. Es gab eine Anfrage einer Gewerbeschule, zum Thema Depression was zu machen oder für die Pflegefachleute in Spiez einen Vortrag zu halten. Professor Seifritz hat an einem Symposium zum Thema „Schmerz und Depression“ einen Vortrag gehalten. Dann hatten wir auch eine Ärztereinbildung, das war auch sehr gut.

Gab es dann dafür auch credits?

Ja, das konnten wir da an eine Weiterbildung anhängen und wir konnten da dann auch diese Punkte verteilen.

Dann gab es natürlich auch verschiedene Beiträge in den Medien. Es gab sogar einen kleinen Beitrag beim Schweizerfernsehen und auf Tele Bärn.

Was sehr wirksam ist, sind diese Flyers, die wir verteilt haben. Wir liessen 10'000 Flyers mit den Anlaufstellen drucken und haben diese im Kanton Bern verteilt. Die waren sehr begehrt, in kürzester Zeit waren sie weg.

Wie gingen Sie für diese Verteilung vor?

Wir haben sie aufgelegt, an alle Partnerorganisationen und Kliniken verschickt. Aber dann gab es auch laufend Anfragen von Privatpraxen, Schulen etc. Bei unseren Partnerorganisationen befinden sich ja die Hausärzte, Ypsilon, Pro Senectute... Also wir sind wirklich ein Netzwerk.

Mit welchen Problemen wurden sie bis jetzt konfrontiert? Oder lief immer alles Bestens?

Ein Problem haben wir ja bereits angesprochen, die Beziehung Klinik und Verein. Wie fest sind die miteinander verbunden? Dann ein anderes Problem ist die Ressourcenfrage. Also meine 30%, die reichen praktisch nicht. Theoretisch bräuchten wir ein Sekretariat. Dann ein anderes Problem, oder ein anderer Wunsch ist, dass nicht die ganze Initiative für Anlässe von uns aus kommt. Es gibt schon immer wieder Organisationen, die an uns herantreten, aber es wäre mehr die Idee, dass diese Organisationen an uns herantreten und sagen, wir haben eine

gute Idee, helfe ich Ihnen. Das ist uns noch nicht gelungen. Und dann möchten wir auch den Namen noch ein wenig mehr bekannt machen.

Aber bis jetzt haben Sie das Gefühl, auf allen vier Ebenen was gemacht zu haben?

Wir haben bis jetzt auf allen was gemacht, aber die Idee wäre ja, dass man auf allen Ebenen gleichzeitig interveniert und das ist nicht machbar mit unseren Ressourcen.

Sie haben es auch angesprochen, der Name muss noch bekannter gemacht werden. Ich habe aus Gesprächen mit Studienkollegen gemerkt, dass der Name nicht bekannt ist. Sie sind sich also dessen bewusst, dass der Name in der breiten Öffentlichkeit noch nicht bekannt ist?

Ja, das sind wir und bewusst. Wo wir sehr bekannt sind, ist bei Pro Senectute, Pro Infirmis, bei den Psychiatern, den Kliniken; einfach bei den professionellen Institutionen. Das andere, dass es allgemein ein Begriff wird, ist uns immer noch ein Anliegen.

Wie möchten Sie denn dafür vorgehen. Gibt es da bereits Ideen?

Wir haben ja einen Kommunikationsfachmann im Vorstand. Was z.B. eine Inseratekampagne anbelangt, da haben wir eine bereits lanciert, kleinere Inserate, die einen Monat lang in der Zeitung erschienen. Dann machten wir auch Werbung in Kinos, mit einem Dia. Aber wir haben gesehen, dass es etwas ist, was schwierig ist. Zusätzlich ist es halt wirklich ein Thema, über das man nicht spricht. Niemand leidet unter einer Depression und spricht in der Öffentlichkeit darüber.

Das Erreichen der Zielgruppe ist eigentlich weiterhin ein Problem?

Das wird ein Dauerproblem sein. Zielgruppe sind ja die, die in eine Depression fallen und dort ist ein Symptom, dass man sich langsam zurückzieht. Jemanden, der Zuhause sitzt, erreicht man nicht. Da sollte man die Bezugspersonen erreichen.

Aber eine Inseratekampagne in der Zeitung, die kostet 10 bis 15'000 Franken.

In der Coop-Zeitung, das ist ja eine der meistgelesenen Zeitungen der Schweiz, da kam einmal ein Interview mit Herrn Professor Seifritz. Da bekamen wir viele Rückmeldungen. Aber dort war das Interview ganz gross und das Logo war irgendwo klein in einer Ecke.

Haben Sie bereits etwas gemacht, um an die Ausländer zu gelangen. Zum Beispiel in Zusammenarbeit mit einem Migrationsbüro?

Nein. Aber das wäre jetzt ein typisches Beispiel, wenn jemand zu uns käme von einer Migrationsstelle und sagen würde: wir haben das Gefühl, mehrere depressive Personen unter unseren Klienten zu haben. Was können wir da machen? Wir würden da sicherlich Hand bieten. Wir haben Schulungsmaterial, wir können Vorträge halten... Mehr können wir nicht.

Es ginge nun darum, eine kleine Bilanz zu ziehen. Es ist jetzt ein Jahr nach der Vereinsgründung. Ein Problem, wie man sah, ist, dass Ihre 30 Stellenprozent nicht ausreichen...

Da ist so. Es ist viel zu wenig. Man müsste das mit mehr Stellenprozenten planen. Im Kanton Zug war das ganz anders organisiert, da war es ja mehr top-down, kam von der politischen Ebene.

Fazit: Es läuft eigentlich hervorragend. Wir sind voll ausgelastet mit Anfragen und Aktivitäten. Wir wissen, wir sollten noch mehr machen, wir kennen aber auch die damit verbundenen Kosten und unseren Budgetrahmen. Wir sind zufrieden, was wir bis jetzt erreicht haben. Beim Austausch mit Deutschland, die ja etwa 30 Bündnisse haben, da wird dasselbe berichtet: Sehr interessant, aber ausserordentlich intensiv.

Was würden Sie anderen Kantonen mit auf den Weg geben

Kurz gesagt: ich würde sagen, sie sollen mal anfangen. In einer Ecke anfangen. Kontakt aufnehmen mit Personen, die bereits Erfahrungen haben mit diesem Bündnis, sich aber sehr bewusst sein, dass man das nicht nebenbei machen kann. Wir hatten auch schon mal eine Anfrage aus einer Klinik, welche die Idee hatte, dass ein Assistenzarzt das so nebenbei machen könnte. Das ist unmöglich. Das ganze Projekt ist komplexer, als es auf den ersten Blick aussieht. Es beginnt bereits mit diesen Verträgen, das ist sehr komplex und zeitaufwändig.

Das sollte jetzt ja einfacher werden mit diesen Verträgen, wenn das BAG sich darum kümmert.

Man darf es einfach nicht unterschätzen. Es ist nichts, was man so schnell abends noch eine halbe Stunde macht. Man sollte sich ja auch auf alle vier Ebenen fokussieren und nicht nur auf eine.

Was haben Sie für ein Gefühl: Wie lange sollte so ein Bündnis bestehen?

Das ist wirklich nur ein Gefühl... Ich würde sagen so vier, fünf Jahre dominant, und dann nur noch auf einem Level, wo es zwar noch besteht, aber nicht mehr so aktiv ist.

Welches sind die nächsten Aktivitäten, die sie geplant haben?

Eines ist ein Projekt: Früherkennung von Suizid bei Kindern und Jugendlichen. Das ist ein kantonales Projekt, zusammen mit „Bern Gesundheit“. Dann gibt es den Tag des psychisch kranken Menschen und dort ist im Kanton Bern das Thema: ist Suizid ansteckend? Dort werden wir an diesem Abend aktiv sein am 10.10.2006 und zwischendurch haben wir immer Vorträge und Weiterbildung.

6. Interview de Regula Rička

OFSP, section stratégie et politique de santé suisse , collaboratrice scientifique, 26 juin 2006

Welches ist Ihre Aufgabe im BAG, wie lange arbeiten Sie bereits hier?

Ich stieg im Februar 2002 beim Projekt Nationale Gesundheitspolitik ein und war dort für das Thema psychische Gesundheit verantwortlich. Die anderen Themen waren Empowerment und Gesundheitsdeterminanten. Zuerst wollte man die drei Themen miteinander kombinieren, aber nachdem ich mich damit befasst hatte, sah ich, dass das Thema psychische Gesundheit eigentlich ein sehr breites Thema ist und dass die psychische Gesundheit nicht einfach als ein Glücklich-Sein verstanden werden kann, sondern dass dahinter auch die Fragen zur heutigen Psychiatrie stehen.

Von Haus aus bin ich Gesundheits- und Pflegewissenschaftlerin. Ich habe Pflegewissenschaft studiert und public health.

Das Thema psychische Gesundheit war vorher im BAG nicht verankert gewesen. Ein Produkt dieser Zeit (*Anm.: des Projekts Nationale Gesundheitspolitik*) ist die „Nationale Strategie zum Schutz, zur Förderung, Erhaltung und Wiederherstellung der psychischen Gesundheit der Bevölkerung in der Schweiz“. Anschliessend stand dann die Entscheidung an, ob das BAG das Thema integrieren soll oder nicht. Das Thema lag Ruth Dreifuss sehr am Herzen. Damals hatten wir sehr viel politischen Goodwill. Anschliessend gab es dann aber einen Wechsel und dann war 2004 (*Anm.: Erscheinen der Strategie*) auch die Zeit, wo psychisch Kranke in der Öffentlichkeit als Scheininvalide bezeichnet wurden. Es ist also die ganze Frage der Stigmatisierung, die eher zunahm. Wir wollten aber mit unserer Arbeit genau das Gegenteil, dass sie abnimmt. Das hat natürlich ein wenig gebremst, dieser politische Wind, um für dieses Thema auch wirklich Ressourcen zu gewinnen. Das ist ein eindrücklicher Prozess, die Wirkung, welche die Alltagspolitik haben kann, um ein Thema zu portieren oder zu blockieren.

Für das Projekt Nationale Gesundheitspolitik wurde die psychische Gesundheit ja als einer der Schwerpunkte gewählt. Weshalb?

Das BAG befindet sich an und für sich im Wandel mit seinen klassischen gesetzlichen Aufgaben von Gesundheitsschutz. Früher war es vor allem für Prävention und Gesundheitsschutz verantwortlich. Dann kam im Jahr 2004 die Kranken- und Unfallversicherung vom Bundesamt für Sozialversicherung weg zum BAG und damit wurden die Versorgungsfragen und die Finanzierung der psychotherapeutischen Leistungen zu einem Thema. Um 2000 gab es eine Zeit, als bestimmte Krankenkassen die ambulanten psychiatrischen Pflegeleistungen nicht

mehr bezahlten wollten. Das sind schon gesetzliche Missbräuche. Das BAG muss sich nun in Folge seiner Umstrukturierung auch mit Vollzugs- und Finanzierungsproblemen befassen.

Der Finanzdruck nimmt ja jedes Jahr zu. Die Gesundheitskosten sind hoch und die IV-Belastung ist auch hoch und steigt weiter an. Haben Sie diese Zahlen über den Anstieg der IV-Renten?

Also ich habe die Anzahl Fälle, die Kosten werden ja erst 2002, wie man mir beim BSV sagte, einzeln ausgewiesen.

Eben, das ist ja auch nicht so lange. Da gibt es auch plötzlich neue Zahlen zu den Kosten. Dann gibt es auch noch den Bereich Arbeit: da haben wir lange Absenzen verbunden mit hohen Taggeldkosten. Das sind alles Themen, die plötzlich von verschiedenen Seiten her aufgegriffen werden. Hauptsächlich von einer negativen Seite...

Was läuft denn jetzt bereits im Bereich der psychischen Gesundheit?

Konkret gibt es beim BAG im Moment das Projekt der Neuregelung Prävention und Gesundheitsförderung. Es geht insbesondere um die Bekämpfung von nicht übertragbaren und psychischen Krankheiten. Kennen sie das?

Nein.

Dafür ist eine Fachkommission eingesetzt worden.

Es geht nicht darum, die Logik zur Bekämpfung der nicht übertragbaren Krankheiten in einer Reihe von Spezialgesetzen fortzusetzen. Beispiel dafür ist das Rheumatologiestgesetz. Man könnte auf Grund der Bundesverfassung sagen, dass Depression eine schwere Krankheit ist und könnte dafür ein Spezialgesetz machen.⁵⁹ Aber dann bräuchte man auch ein Spezialgesetz für Krebs etc. So will man jetzt versuchen, alle nichtübertragbaren Krankheiten zu regeln, die ja nicht so wie ein Epidemiestgesetz geregelt sind. Jetzt hat die Fachkommission die Vorarbeit geleistet, Visionen verabschiedet, Überlegungen angestellt. Die wichtigen Partner waren in der Fachkommission vertreten: Kantone, Gesundheitsförderung Schweiz, Versicherer... Langfristig geht etwas, das Thema wird wahrgenommen.

Wie gross ist der Handlungsspielraum für den Bund überhaupt? Die Gesundheitspolitik ist ja vor allem Aufgabe der Kantone.

⁵⁹ „Art. 118 Schutz der Gesundheit

¹ Der Bund trifft im Rahmen seiner Zuständigkeiten Massnahmen zum Schutz der Gesundheit.

² Er erlässt Vorschriften über:

a. den Umgang mit Lebensmitteln sowie mit Heilmitteln, Betäubungsmitteln, Organismen, Chemikalien und Gegenständen, welche die Gesundheit gefährden können;

b. die Bekämpfung übertragbarer, stark verbreiteter oder bösartiger Krankheiten von Menschen und Tieren;

c. den Schutz vor ionisierenden Strahlen.“

Da gibt es die zwei Gesetze. Das KVG mit dem Artikel zur Qualität und Wirksamkeit. Nachher kann der Bund auch im IV-Bereich handeln. Dann gibt es Artikel 19⁶⁰ des KVG zur Gesundheitsförderung, wovon die Gesundheitsförderung Schweiz ja das Produkt ist. Sie haben ja den Schwerpunkt Psychische Gesundheit - Stress in ihrer langfristigen Strategie. Dann ist der Bund auch am obsan beteiligt, das auch einen Schwerpunkt auf die psychische Gesundheit legt. Der Bund kann also bei der Datenverbesserung Einfluss nehmen. Dann natürlich auch auf das Forschungsgesetz und durch das seco bei den Arbeitsbedingungen, also das Arbeitsgesetz.

Zum Zuger Bündnis, das in der Schweiz ja ein Pilotprojekt war. Wie kam es, dass es in Zug stattfand.

Herr John Kummer war sicherlich eine wichtige Persönlichkeit. Er war auch beim Nürnberger Bündnis in der Steuerung beteiligt. Wir konnten dieses Projekt an der Tagung der Nationalen Gesundheitspolitik in Muttenz (2002) vorstellen. Dort gab es grosse Diskussionen, weil das Projekt eher krankheitsorientiert ist. Aber der Kanton Zug wollte das erproben. Es war eine Initiative, die aus einem Kanton kam. Sicherlich weil wir es an dieser Tagung vorgestellt haben und nachher haben wir es dann immer wieder aufgenommen. An einer weiteren Tagung zum Thema Versorgung z.B. haben wir nochmals darauf hingewiesen. Wir haben die Selbsthilfeorganisation Equilibrium mandatiert, die Lizenzen für das Bündnis in Deutschland für die Kantone Zug und Bern zu erwerben. Jetzt haben wir unter einem public health Aspekt geschaut, dass das BAG diese Lizenzen für die ganze Schweiz zur Verfügung stellen kann, damit die Kantone sich nicht kümmern müssen um diese Materialien und Lizenzen, sondern dass sie das bei uns beziehen können.

Was war also im Kanton Zug genau die Aufgabe des Bundes?

Die fachliche Beratung von diesem Bündnis. Ich nahm an den Netzwerktagungen in München teil, wo die Erweiterung nach Abschluss des Pilotprojektes in Nürnberg anging. Dann auch der public health Aspekt, denn die vier Ebenen, die im Bündnis angesprochen werden, sind ganz typische public health Zugänge. Wenn in der Projektleitung im Kanton Zug jemand aus dem public health Bereich gewesen wäre, dann wäre es für diese Person klar gewesen, dass man zuerst das Terrain vorbereiten muss, bevor man mit der Öffentlichkeitskampagne beginnen kann. Hingegen waren der Projektleiter und die Präsidentin ja nicht aus dem public health oder aus dem medizinischen Bereich gewesen und von da her war die Beratung nicht immer

⁶⁰ „Die Versicherer fördern die Verhütung von Krankheiten.

² Sie betreiben gemeinsam mit den Kantonen eine Institution, welche Massnahmen zur Förderung der Gesundheit und zur Verhütung von Krankheiten anregt, koordiniert und evaluiert. Kommt die Gründung der Institution nicht zustande, so nimmt der Bund sie vor.

³ Das leitende Organ der Institution besteht aus Vertretern der Versicherer, der Kantone, der SUVA, des Bundes, der Ärzteschaft, der Wissenschaft sowie der auf dem Gebiet der Krankheitsverhütung tätigen Fachverbände.“

einfach. Was auch nicht genug gut geklärt war, war die Frage, wie die Zuger Erfahrungen national genutzt werden können. Das denke ich im Nachhinein, war ein Punkt, wo der Kanton Zug mehr finanzielle Unterstützung erwartet hätte.

Was also Geldressourcen anbelangt war das so indirekt, die Lizenzen, das Einzige, was sie dem Kanton Zug zur Verfügung gestellt haben.

Ja. Wir konnten als Projekt Nationale Gesundheitspolitik nochmals 10'000 CHF zuspeisen. Und die Lizenzen sind ja auch nicht gratis.

Kann man wissen, wie teuer sie sind?

Der Preis wurde pro Einwohner berechnet. Ich müsste das nachschauen. Ich glaube es waren € 5000. Es war ein schwieriger Prozess, dies nun für die Schweiz auszuhandeln, damit nicht jeder Kanton da wieder neu verhandeln muss. Es ist klar, dass das nachher auf dem Terrain nicht so als Arbeit gesehen wird.

Also jetzt ist es generell für die Schweiz eingekauft worden, oder ist man noch daran?

Beinahe fertig. Es geht halt sehr lang.

Wird also nachher das BAG die Verträge zur Verfügung stellen oder müssen dann die Kantone dem BAG trotzdem etwas bezahlen?

Nein, das BAG stellt sie zur Verfügung.

Hatten Sie von Seiten des Bundes auch Erwartungen an den Kanton Zug gehabt, die nicht erfüllt wurden?

Ja, der Abschluss war dann ja ein wenig schwierig. Das Nicht-Verständlich-Machen-Können, weshalb der Bund da nicht mehr in ein Projekt eines Kantones investieren kann. Da kam es dann zu persönlichen Angriffen, sehr unschönen persönlichen Angriffen vom Projektleiter her. Das hätte ich nicht erwartet. Er konnte nicht verstehen, weshalb der Bund einem Kanton nicht mehr Mittel zur Verfügung stellen kann. Die Schwierigkeit war auch, dass es keine klare, klassische Projektplanung gab. Es war eine so genannte rollende Planung, das heisst, es war sehr spannend, aber es brachte auch Schwierigkeiten mit sich. Und auch diese Broschüre (*Anm.: Bündnis Magazin*): damit wurden wir auch vor ein fait accompli gestellt. Wir hatten die Vorstellung, das zuerst konzeptuell aufzugleisen und anschliessend die Inhalte zu gestalten, und das war ganz anders. Da war zuerst das Layout, wie es am Schluss aussehen muss und die Inhalte hat man dann quasi eingefüllt. Sie kennen ja das Produkt. Ich denke, man hätte mehr rausholen können aus diesen Beiträgen, noch Werkstattgespräche bei diesen verschiedenen Massnahmen: was bringen sie; Wie ist der Aufwand? Etc.

Wenn ich das richtig verstehe, ist das der Schlussbericht zum Zuger Bündnis?

Ja, genau. Eben, dort hätte man wahrscheinlich um die Frage, was können jetzt andere Projekte davon lernen, didaktisch noch mehr machen können. Es ist einfach eine Knochenarbeit, das zu überlegen. Man hätte sicherlich bereits andere Kantone einbinden können in diesen Prozess und das wäre dann eben nicht so schnell gegangen. Aber das ist natürlich auch verständlich, der Projektleiter hatte ein Mandat und das Mandat war befristet und wir konnten ihm auch nicht ein Angebot machen, er könne da noch weiter arbeiten. Das sind so Rahmenbedingungen, die bremsen.

Was haben Sie dann in der Steuergruppe operativ entscheiden können? Was haben sie da gemacht?

Wir haben da entschieden, dass zuerst die Hausärzte eine Fortbildung brauchen, dass die Train-to-train Seminare durchgeführt werden müssen, bevor da die verschiedenen Öffentlichkeitsveranstaltungen stattfinden. Dass es mindestens den Flyer braucht und dass man diesen einsetzt. Also wirklich die Grundarbeit durchzuziehen, die in diesem Vier-Ebenen-Ansatz beschrieben ist.

Mit dem Kanton Zug, war da die Zusammenarbeit gut?

Ich denke, ja. Wir haben Herrn Eder immer wieder eine Plattform gegeben, so dass er an der GDK-Plenarversammlung im Herbst 2005 das Projekt präsentieren konnte. Und das Bündnis Magazin haben wir ja auch mitfinanziert. Wir haben nicht einfach abgeblockt. Wir haben da wirklich auch unsern Beitrag geleistet, damit es nach Zuger Art zu einem guten Schluss kommt.

Innerhalb der Steuergruppe mussten Sie dann die Sicht des Bundes verteidigen?

Ja, ich war da ja nicht als Regula Rička dabei. Ich musste da ja auch einen Systemwechsel mitmachen, von einem Projekt zu einer riesen Institution, und dort finde ich das Positive, dass das BAG nicht einfach sagte: nein, wir wollen mit dem nichts zu tun haben. Wir sind schon der Überzeugung, dass es uns gelungen ist, mit diesem Zuger Projekt den Zugang für andere Kantone zu schaffen. Jetzt kommt es dann darauf an, wie die anderen Kantone das nützen.

Zur Rolle von Equilibrium, wie gut finden Sie die zentrale Rolle, die Equilibrium hatte?

Das ist sicherlich eine Zegerspezialität: Equilibrium, das seinen Sitz in Zug hat. Ich finde, es war mutig. Es gibt verschiedene Punkte. An und für sich ist es ein gutes Modell, dass Betroffene auch mehr zu Beteiligten gemacht werden. Aber dann gab es innerhalb von Equilibrium eine un stabile Situation, mit dem Präsidentenwechsel und dann einem erneuten Wechsel. So gab es da nie eine Konstanz. Dann ist die offene Frage: ist die Depressionskrankheit anders als andere Krankheiten? Kann diese Selbsthilfeorganisation auf Grund ihrer Krankheit solche Aufgaben wahrnehmen? Es ist anders bei Krebspatienten als bei Depressiven. Diese

Fragen spielen auch eine Rolle. Ich finde, dass man das nun einmal ohne die genaueren Hintergründe - ob jemand Geld hinterzogen hatte oder nicht, ob das wahr ist oder nicht zu erproben und ich erhoffe mir von unserer Evaluation, die wir da machen, eine weiterführende Sicht wie es mit der Selbsthilfe weitergehen könnte, unabhängig vom Zuger Projekt. Die Frage ist, was Depressionskranke brauchen, damit sie sich selber organisieren können. Es ist ja auch eine Frage der Entstigmatisierung. Es ist sicherlich auch ein wichtiger Teil, der zum Heilungsprozess gehört und wahrscheinlich ist es auch eine Quelle von Kostenersparnissen, wenn die Menschen sich selber Hilfe organisieren können. Dass die Zuger die Selbsthilfe so stark einbezogen haben, ist eine Besonderheit und macht es natürlich schon zu einem sehr hervorragenden Projekt.

Welche Bilanz würden Sie aus Sicht des Bundes von diesem Bündnis ziehen?

Gut, dass ein Kanton dies versucht hat; gut, dass ein Kanton das in kurzer Zeit durchgezogen hat. Ohne den Kanton Bern zu kritisieren, aber wenn ein Projekt zu lange geht, dann versandet es, dann geht die Energie aus. Vielleicht hätte man in der Verarbeitung ein wenig sorgfältiger planen müssen, die Aufarbeitung für die anderen Kantone. Dort ist halt auch wieder die Frage, wie weit ist das eine Aufgabe des Bundes oder ist es vielleicht nicht eine Aufgabe der GDK, als Zwischeninstanz? Wessen Aufgabe ist es? Ich verstehe, dass es nicht die Aufgabe eines einzelnen Kantons sein kann. Das leuchtet mir schon ein. Und jetzt das Aushandeln der Verträge, das läuft jetzt dann bereits ein Jahr.

Aber würden Sie sagen, dass andere Kantone von diesem Pilotprojekt doch profitieren können. Wenn ja, was?

Sie können profitieren. Das sieht man ja in Bern, das waren die nächsten, die eingestiegen sind, und das sieht man auch im Kanton Luzern als Nachbarkanton. Sie können auch davon profitieren, dass es jetzt auch ein europäisches Bündnis gibt. Zudem können sie profitieren, dass man jetzt mit diesem Bündnis einen public health Ansatz im Bereich von mental health umsetzen kann. Aber es kostet halt was. Es ist sicherlich auch gut, einen Profi für die Öffentlichkeitsarbeit zu haben. Von dem kann man profitieren, auch wenn es im Bündnismagazin da nicht so explizit beschrieben ist. Aber die Leute sind ja nicht verschwunden, die kann man sicherlich wieder gewinnen, wenn man sie auch entsprechend bezahlen kann. Damit diese Erfahrungen weitergehen können. Aber ich muss schon sagen, von mir aus gesehen, geht es jetzt schon sehr lange, bis wieder etwas geht. Jetzt wäre eigentlich ein commitment von kantonaler Seite her wichtig. Und wenn man natürlich auch die FMH oder die Hausarztmedizin gewinnen könnte, in den Kantonen ihre Kurse entsprechend anzupassen und diesem Thema einen Schwerpunkt zu setzen, wäre das natürlich super. Aber das ist im Moment auch

schwierig, weil die Hausärzte ja andere Probleme haben. Dort sind es wiederum grössere politische Veränderungen, die dem Thema nicht zum Durchbruch verhelfen.

Und jetzt ist das Projekt in Zug ja fertig, wie geht es da weiter? Der Name ist noch da, aber sonst läuft nicht mehr viel. Musste man das so erwarten oder haben Sie gehofft, dass es weitergeht?

Sie haben ja diese Resolution, das ist bereits ein Schritt. Das finde ich auch etwas Positives. Und sie haben ja die Homepage weiterhin und ich nehme an, dass auf Grund dieser Resolution das Thema auf kleiner Sparflamme weitergeht. Man kann das ja nicht so auf lange Zeit in der Intensität machen. Man muss jetzt wirklich schauen, dass die ärztliche Fortbildung dieses Thema wieder aufnimmt. Dann haben sie den Flyer, den kann man ja wieder aktualisieren, und von dort her haben sie die Infrastruktur gesetzt. Auch das Netzwerk mit dieser Begleitgruppe steht. Ich finde, Zug hat nicht einfach einen Verein gegründet. Das meine ich jetzt nicht negativ, aber in Bern ist das Aktionsprogramm im Moment zuwenig politisch verankert. Es ist sehr stark von einer kleinen Gruppe abhängig, die hoffentlich noch wächst, und daher haben sie vielleicht auch viel weniger finanzielle Mittel. Der Kanton Luzern hat das jetzt ja über einen parlamentarischen Prozess lanciert...

Nicht ganz. Es gibt in Luzern einen Regierungsratsbeschluss, worin dem Kantonsärztlichen Dienst der Auftrag erteilt wird, während zwei Jahren, ab 2007, im Sinne eines Pilotprojekts so ein Bündnis zu gründen und anschliessend möchte man es dem Hilfsverein für Psychisch-krankte übergeben.

Aber trotzdem, es ist ein Regierungsratsbeschluss und die Nachhaltigkeit ist bereits angedacht. Das dünkt mich eine gute Voraussetzung. Das ist zum Beispiel auch etwas, was ich von meinem fachlichen Hintergrund her hinein gebracht habe, dass man dann rechtzeitig schaut, wie es weitergeht. Nürnberg war ein wissenschaftliches Projekt und anschliessend geschah dort nichts mehr. Das braucht man jetzt nicht mehr, die Evidenz muss man nicht mehr neu konstruieren. Jetzt geht es um Strukturbildungsprozesse, damit die Früherkennung auch weiterhin möglich ist. Das weiss man ja auch aus der Gotland-Studie⁶¹, dort geschah es genau gleich, das war ein einmaliger Effekt von dieser ärztlichen Fortbildung, welche die Suizidrate senkte und nach einer gewissen Zeit ist dieser Effekt wieder verschwunden, also muss man mit diesem Projekt einen Strukturbildungsprozess einleiten, wo dies dann immer wieder aufgenommen wird. Und gut finde ich im Kanton Luzern, dass es im Kantonsärztlichen Dienst

⁶¹ Rutz W, von Knorring L, Walinder J: Frequency of suicide on Gotland after systematic postgraduate education of general practitioners. Acta Psychiatr Scand 1989; 80: 151–154.

Rutz W, von KL, Walinder J, Wistedt B: Effect of an educational program for general practitioners on Gotland on the pattern of prescription of psychotropic drugs. Acta Psychiatr Scand 1990; 82: 399–403

angegliedert ist. Das finde ich gut, denn das Thema psychische Gesundheit ist ja so breit und wird von so vielen getragen, dass es auch gut ist, wenn es nicht nur aus der Psychiatrie getragen wird. Das gibt auch eine ganz andere Basis für die Zusammenarbeit und es ist auch ein Schritt hin zur Integration dieses Themas in public health. Das ist nicht eine Gegenbewegung, eine antipsychiatrische Bewegung, das soll nicht so verstanden werden.

Haben Sie irgendwelche Hinweise von einem anderen Kanton, dass etwas im Tun ist?

Ich kann mir vorstellen, dass die französische Version des Bündnis Magazins etwas auslöst. Micheline Schenker, welche die französische Redaktion machte, wurde durch diese Arbeit sehr begeistert von diesem Projekt und sie versucht jetzt in ihrem Kanton etwas zu erreichen.

Sie ist aus Lausanne?

Ja. Anschliessend hatte auch mal der Kanton Aargau die Absicht. Zürich ist nicht so klar. St. Gallen, dort stellt sich die Frage, ob St. Gallen alleine oder mit Appenzell zusammen und vielleicht noch mit Thurgau etwas machen will. Der Chefarzt der privaten Klinik Littenheid (TG) hat mich mal angerufen. Wir werden jetzt dann sicherlich wieder ein Schreiben lancieren. Da muss man auch mit Franz Wyss (GDK) schauen, welches die nächsten Schritte sind.

Was könnten sie sich vorstellen, das man als nächstes machen sollte?

Auf unserer Seite sollten wir schauen, was man an der Datengrundlage verbessern kann, um auch zusammen mit dem obsan immer wieder zu sensibilisieren. Dann, aber da weiss ich noch nicht so genau wer das könnte, müsste man wirklich auch die ärztliche Weiterbildung forcieren. Dann wäre es vielleicht auch wieder ein Thema, das man wieder an einer GDK-Plenarversammlung einbringen könnte. Wir konnten bis jetzt aber auch gar nichts weiterplanen, weil es nicht klar war, ob wir diese Rechte bekommen. Vorher hat es keinen Sinn, etwas in Angriff zu nehmen. Jetzt müssen sie noch unterschrieben werden. Man kann es erst kommunizieren, wenn es von beiden Seiten unterschrieben ist. Es ging halt lange, da hat unser Rechtsdienst die Verträge sehr gut angeschaut und dann gingen sie wieder nach Deutschland und sie haben sie auch sehr lange geprüft. Dazwischen ist oft ein Monat vergangen und da muss man halt auch aufpassen, dass man nicht zu ungeduldig wird.

Ich denke, dass es sicherlich gut ist, dass es das Bündnismagazin jetzt auf französisch gibt.

Für die Westschweiz war das sicherlich ein Hindernis...

Aber Materialien gibt es auch noch nicht viel auf französisch... Andere Länder gehen das eben mehr wissenschaftlich an und wir setzen den public health Aspekt in den Vordergrund.

Da ist sicherlich die Frage, wie fest man die französischsprachige Schweiz noch unterstützen kann, auch was Übersetzungen anbelangt.

Genau dort muss man nochmals dahinter. Meine Idee war zum Beispiel, dass man für diesen Flyer ein wenig beschrieben hätte, was man ändern muss. Eine Liste von key players geben, die man berücksichtigen muss. Wenn man das manualartig machen könnte, kann ich mir auch vorstellen, dass die Kantone eher bereit wären, und wir dann anschliessend wieder gewisse Sachen evaluieren, weil man das Rad nicht jedes Mal neu erfinden muss.

Bibliographie

ACHTERMANN, Wally et BERSET, Christel. *Les politiques suisses de santé – potentiel pour une politique nationale*. Berne : OFSP, 2006. (Volumes 1 : Analyse et perspectives ; Volume 2 : Portraits de 10 politiques suisses de santé)

ALTHAUS, David, SCHÄFER, Rita et HERGERL, Ulrich. *Deutsches Bündnis gegen Depression e. V. – Empfehlungen zur Planung und Durchführung regionaler Antidepressionskampagnen: Das Bündnis-Kursbuch*. München, 2006. (non publié)

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. *DSM-IV – Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington: American Psychiatric Association, 1994 .

ANTONOVSKY, Aaron. Gesundheitsforschung versus Krankheitsforschung. In : FRANKE, Alexa et BRODA, Michael. *Psychosomatische Gesundheit – Versuch einer Abkehr vom Pathogenese-Konzept*. Tübingen: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie, 1993. (Forum für Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis). p. 3-14

BANQUE DE DONNÉES SANTÉ PUBLIQUE. *Glossaire multilingue* [en ligne].
<http://www.bdsp.tm.fr/Glossaire/Default.asp> (consulté le 05.09.2006)

BARBIER, Dominique. *La Dépression*. Paris : Odile Jacob, 2003.

BUNDESMINISTERIUM FÜR BILDUNG UND FORSCHUNG. *Kompetenznetze in der Medizin*. [en ligne]. 2002, p. 34.
http://www.bmbf.de/pub/kompetenznetze_in_der_medizin.pdf#search=%22%22gotland-studie%22%22 (consulté le 05.09.2006).

COMMISSION EUROPÉENNE. *Actions contre la dépression – Améliorer la santé mentale et le bien-être en luttant contre les effets négatifs de la dépression sur la santé, la société et l'économie*. Luxembourg, 2004.

CONFÉRENCE DES DIRECTEURS CANTONAUX DES AFFAIRES SANITAIRES. 1919-1994 – 75 ans de CDS. Berne, 1994.

DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANTON DE ZOUG. Magazine Alliance contre la dépression. Zoug, 2006.

EUROPEAN ALLIANCE AGAINST DEPRESSION. *Santé publique et dépression* [en ligne]. <http://www.eaad.net/fra/about-ead.php> (consulté le 05.09.2006).

GFELLER, Niklaus. Motion M 162/2005 GEF – Suizidprävention. Déposée le 15 juin 2005, réponse du 21 septembre 2005

GUTZWILLER, Felix et JEANNERET, Olivier (éd.). *Sozial- und Präventivmedizin, public health*. 2^e éd. Berne: Hans Huber, 1999.

HAISCH, Jochen, WEITKUNAT, Rolf et WILDNER, Manfred (éd.). *Wörterbuch Public Health*. Berne: Hans Huber, 1999

HEGERL, Ulrich et al. Optimierte Versorgung depressiver Patienten und Suizidprävention: Ergebnisse des „Nürnberger Bündnisses gegen Depression“. *Deutsches Ärzteblatt* [en ligne]. 2003, PP 2, p. 515. <http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikel.asp?src=heft&id=39338> (consulté le 05.09.2006)

HOCHSCHULE FÜR SOZIALE ARBEIT LUZERN. „Jede Form von Aufklärung ist immer gut“ – Begleitforschungsprojekt zum „Zuger Bündnis gegen Depression“ – Zwischenbericht zuhanden des Bundesamtes für Gesundheit. August 2005. (non publié)

HURRELMANN, Klaus et LAASER, Ulrich (éd.). *Handbuch Gesundheitswissenschaften*. Weinheim: Juventa-Verlag, 1998.

HURRELMANN, Klaus. *Gesundheitssoziologie – Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung*. Weinheim: Juventa-Verlag, 2003.

INSTITUT FÜR SOZIAL- UND PRÄVENTIVMEDIZIN DER UNIVERSITÄT ZÜRICH.
Ökonomische Nutzen und Kosten populationsbezogener Prävention und Gesundheitsförderung. ISPM: Zürich, 2004. (Serie Gesundheit, Gesundheitsförderung und Gesundheitswesen im Kanton Zürich, Nr. 9).

KOMPETENZNETZ DEPRESSION. *Ein Bündnis gegen Depression* [en ligne].
http://www.kompetenznetz-depression.de/buendnis/frameset_buendnis.htm?regionen.htm&top_buendnis.htm (consulté le 05.09.2006).

LEBLANC, Jean et coll. *Les dépressions et les troubles affectifs cycliques*. Montréal : Gaëtan Morin, 1996. (Démystifier les maladies mentales)

LÔO, Henri et LÔO, Pierre. *La dépression*. Paris : Presse universitaire de France, 2001. (2579. Que sais-je ?)

MÜLLER, Markus. *Zwangsmassnahmen als Instrument der Krankheitsbekämpfung: das Epidemiengesetz und die persönliche Freiheit*. Bâle & Francfort: Helbing & Lichtenhahn, 1992.

OBSERVATOIRE SUISSE DE LA SANTÉ. *La santé psychique en Suisse - Monitoring..* Neuchâtel, 2003.

OFFICE FÉDÉRAL DE LA SANTÉ PUBLIQUE. *Guide pour la planification de l'évaluation de projets ou programmes de santé*. Berne, 1997.

OFFICE FÉDÉRAL DE LA SANTÉ PUBLIQUE. *Le suicide et la prévention du suicide en Suisse – Rapport répondant au postulat Widmer (02.3251)*. Berne, 2005.

OFFICE FÉDÉRALE DE LA STATISTIQUE. *Enquête suisse sur la santé (ESS) 2002* [en ligne].
http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/fr/index/themen/gesundheit/gesundheitszustand/gesundheits_krankheit/kennzahlen0/krankheiten0/chronische_krankheiten.html (consulté le 05.09.2006)

OFFICE FÉDÉRAL DE LA STATISTIQUE. *Statistique de l'état annuel de la population (ESPOP) 2004 – Résultats définitifs*. Neuchâtel, 2005.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Constitution de l'Organisation mondiale de la santé*. New York, 1946.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ – BUREAU RÉGIONAL DE L'EUROPE. *Déclaration d'Alma-Ata 1978* [en ligne].

http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_1?language=French (consulté le 05.09.2006).

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ – BUREAU RÉGIONAL DE L'EUROPE. *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé 1986* [en ligne].

http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_2?language=French (consulté le 05.09.2006).

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Glossaire de la promotion de la santé. WHO/HPR/HEP/98.1*. Genève: OMS, 1999.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Aide-mémoire N°265 - Troubles mentaux et neurologiques 2001*[en ligne]. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs265/fr/> (consulté le 05.09.2006)

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Rapport sur la santé dans le monde - La santé mentale :Nouvelle conception, nouveaux espoirs*. Genève: OMS, 2001.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *La santé mentale dans la Région européenne de l'OMS – Aide-mémoire EURO/03/03* [en ligne].

<http://www.euro.who.int/document/mediacentre/fs0303f.pdf> (consulté le 05.09.2006)

PELTIER Karine. *Évaluation d'un projet-pilote – Zuger Bündnis gegen Depression (Alliance de Zoug contre la dépression)*. 2005. Mémoire de licence, Science politique, Université de Genève, 2005.

POLEDNA, Tomas et al. (éd.). *GESUNDHEITSRECHT*. Bâle: Helbing & Lichtenhahn, 2005. (Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht, vol. 8)

POLITIQUE NATIONALE SUISSE DE LA SANTÉ. *Projet destiné aux prises de position - Projet pour une stratégie nationale visant à protéger, à promouvoir, à maintenir et à rétablir la santé psychique de la population en Suisse*. Berne, 2004.

POLITIQUE NATIONALE SUISSE DE LA SANTÉ. *Récapitulation des résultats de la consultation - Projet pour une stratégie nationale visant à protéger, à promouvoir, à maintenir et à rétablir la santé psychique de la population en Suisse*. Berne, 2004.

PRIEST, Robert G et al.. Lay people's attitudes to treatment of depression: results of opinion poll for Defeat Depression Campaign just before its launch. *British Medical Journal*. [en ligne]. 1996, 313, 858-859.

<http://bmj.bmjournals.com/cgi/content/full/313/7061/858?maxtoshow=&HITS=10&hits=10&RESULTFORMAT=&fulltext=depression&andorexactfulltext=and&searchid=1&FIRSTINDEX=0&sortspec=relevance&volume=313&resourcetype=HWCIT> (consulté le 11. 9. 2006)

ROSENBROCK, Rolf et GERLINGER, Thomas. *Gesundheitspolitik – Eine systematische Einführung*. Berne: Hans Huber, 2004.

WALLER Heiko. *Gesundheitswissenschaft – Eine Einführung in Grundlagen und Praxis von Public Health*. 3^e éd. Stuttgart: Kohlhammer, 2002.

ZENGER Christoph et JUNG, Taris (éd.). *Management im Gesundheitswesen und in der Gesundheitspolitik - Kontext, Normen, Perspektiven*. Berne: Hans Huber, 2003.