



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Département fédéral de l'intérieur DFI
Office fédéral de la santé publique OFSP
Unité de direction Politique de la santé



GDK Schweizerische Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren
CDS Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé
CDS Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità

Projet pour le renforcement de la promotion de la santé dans le cadre d'un réseau de santé psychique

Rapport final version B du 14.05.2010

Daniela Schibli, Kathrin Huber, Franz Wyss¹

Ce rapport a été établi avec le soutien financier de la fondation
Promotion Santé Suisse

¹ Nous avons bénéficié des suggestions de l'OFSP, en particulier celles de Regula Rička, ainsi que des critiques de Brigitte Ruckstuhl. Le chapitre 7 «Recommandations pour une forme juridique» était élaboré par l'OFSP.



Table des matières

Résumé.....	3
1. Introduction.....	4
1.1. Point de départ	4
1.2. Problématique	6
1.3. Démarche et plan du rapport.....	6
2. Public Mental Health	7
2.1. Promotion de la santé	7
2.2. Prévention	8
2.3. Thérapie / réadaptation	9
3. L'Alliance contre la dépression en tant que programme dans le domaine de la Public Mental Health	9
3.1. Le modèle de l'Alliance contre la dépression.....	9
3.2. Discussion critique et évaluation du programme	10
3.3. Groupes vulnérables	13
3.4. Résumé et bilan intermédiaire.....	16
4. Renforcement de la promotion de la santé dans le réseau	16
4.1. Promotion de la santé et santé psychique	16
4.2. Elargissement des AcD par la promotion de la santé	18
4.3. Renforcement du réseau par l'intégration de la promotion de la santé	19
5. Gestion de la santé en entreprise: exemple pour une intégration de la promotion de la santé dans le réseau Santé psychique.....	19
5.1. Approches possibles de la GSE.....	20
5.2. Activités possibles du réseau dans le domaine de la PSE	21
5.3. Partenaires éventuels du réseau dans le domaine PSE.....	22
5.4. Evaluation de la gestion de la santé en entreprise dans le réseau.....	23
6. Réseau Santé psychique élargi	24
6.1. But et utilité.....	24
6.2. Organisation	25
6.3. Financement et ressources	28
6.4. Monitoring, recherche concomitante et évaluation	29
6.5. Communication.....	29
7. Forme juridique: recommandations	30
8. Perspectives: suite de la procédure.....	30
9. Bibliographie	31
Annexes	35
Annexe 1: Spécialistes interrogés	35
Annexe 2: Liste de questions.....	37



Résumé

Les troubles psychiques sont très répandus en Suisse, mais la promotion de la santé psychique et la prévention des maladies psychiques y sont généralement négligées.

Les Alliances cantonales contre la dépression (AcD) sont un programme établi dans le domaine de la *Public Mental Health*. Leur objectif est le dépistage précoce, le traitement optimisé et la déstigmatisation de la dépression. Sept cantons ont à ce jour fait l'expérience d'une AcD et d'autres ont manifesté leur intérêt. Ils sont reliés dans un réseau AcD de la Confédération et des cantons. Certains cantons sont en outre actifs dans d'autres programmes dans le domaine de la santé psychique.

A côté du réseau AcD, la Confédération et les cantons s'engagent dans le domaine de la santé psychique pour faire avancer la loi prévue sur la prévention. Suivant l'issue des travaux législatifs en la matière, les conditions-cadres pourront changer par rapport à aujourd'hui.

Après de Promotion Santé Suisse, le thème „Santé psychique – stress“ centré sur la promotion de la santé en entreprise constitue un axe prioritaire. Pour cette raison, Promotion Santé Suisse est prête à examiner si et comment les AcD peuvent être élargies par l'approche de la promotion de la santé pour ainsi renforcer le réseau existant AcD et les différentes AcD.

L'objectif du présent rapport est de montrer si et dans quelle mesure l'approche de la promotion de la santé peut être prise en compte dans le domaine de la santé psychique / la dépression pour ainsi renforcer le réseau AcD existant et les AcD elles-mêmes.

Dans les AcD, la promotion de la santé et la prévention sont aujourd'hui le plus souvent négligées. Tandis que les AcD sont axées sur la dépression et suivent une approche curative, la promotion de la santé est salutogénétique, c.-à-d. axée sur la santé. Si la promotion de la santé doit être intégrée dans les AcD, il convient de déplacer l'attention de la maladie en direction de la santé psychique. Tant les AcD que la promotion de la santé peuvent tirer profit d'une association des deux approches, car l'efficacité de leurs mesures en faveur de la santé psychique s'accroît.

Pour que s'établisse une telle association, le rapport plaide en faveur d'un réseau élargi Santé psychique Suisse. Celui-ci devrait être soutenu dans une première phase par la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS), l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) et Promotion Santé Suisse, et il devrait inclure en principe l'ensemble des organisations et des réseaux existants dans le domaine de la santé psychique / la maladie psychique. Le réseau doit être constitué à long terme et la thématique santé psychique / dépression se renforcer durablement.

Le réseau ne proposera pas lui-même des programmes, mais doit renforcer l'interconnexion, l'échange de savoir et la gestion des interfaces entre les acteurs dans le domaine de la santé psychique. Il convient à cet effet de désigner un/e coordinateur/trice réseau et de créer une plateforme web.

Par l'interconnexion des acteurs, le réseau doit entraîner une efficacité accrue des mesures et ainsi une plus-value dont bénéficie tant la population en général que les groupes de personnes particulièrement menacés. Il faut par là prévenir et réduire de manière accrue les maladies psychiques et améliorer la santé psychique. A côté des personnes touchées et des proches, le monde du travail, les assurances sociales et la société dans son ensemble en tirent également profit.



1. Introduction

1.1. Point de départ

Les troubles psychiques sont très répandus en Suisse. On estime que chaque année 20 à 25 % de la population souffrent d'une maladie psychique que l'on peut diagnostiquer, et la dépression est la maladie dont la charge de morbidité est la plus grande. Même si des chiffres exacts sur les coûts économiques en résultant en Suisse font défaut, on peut partir du principe que le grand nombre de maladies psychiques entraîne des coûts économiques massifs. La santé psychique est en même temps une ressource sociale importante dans un monde qui se transforme rapidement (Rička et al. 2007, Santé publique Suisse 2009).

Selon le rapport de l'OCDE sur le système de santé en Suisse (2006), la promotion de la santé psychique et la prévention des maladies psychiques sont cependant négligées en Suisse.

Au niveau national, un projet de stratégie visant à protéger, promouvoir, maintenir et rétablir la santé psychique de la population en Suisse a été élaboré en 2004 et soumis pour consultation à un large cercle d'acteurs concernés (Politique nationale suisse de la santé, 2004). Ce projet de stratégie et le résumé des résultats de la consultation servent de système de référence national pour le domaine de la santé psychique. Au niveau européen, la Déclaration européenne sur la santé mentale et le Plan d'action européen pour la santé mentale ont été adoptés lors de la première Conférence ministérielle européenne de l'OMS sur la santé mentale à Helsinki en 2005. Différentes activités dans le domaine de la santé psychique ont par la suite été lancées au niveau de l'UE et un Pacte européen pour la santé mentale et le bien-être a été conclu en 2008 lors d'une Conférence à haut niveau de l'UE, pacte qui a force obligatoire pour tous les 27 Etats de l'UE.

Au sein du Dialogue Politique nationale de la santé entre la Confédération et les cantons, il a été décidé en 2005 de garder la santé psychique comme thème commun et d'assurer des échanges sur les développements actuels. L'Office fédéral de la santé publique (OFSP) a dans ce cadre acquis les droits d'utilisation du matériel sous licence du programme d'action Alliance contre la dépression (AcD) auprès de l'association allemande Alliance contre la dépression. En Suisse, l'OFSP transfère gratuitement ces droits d'utilisation aux partenaires cantonaux et régionaux de l'Alliance intéressés.

L'AcD est un programme à plusieurs niveaux visant au dépistage précoce de la dépression et à l'optimisation du traitement des personnes souffrant de dépression (informations complémentaires sur le modèle de l'AcD dans le chapitre 3). Le programme a d'abord été expérimenté à Nuremberg de 2000 à 2002 sous la forme d'une étude d'intervention avec une région de contrôle. Entre-temps, d'autres programmes ont débuté dans 18 pays européens dans le cadre du programme de santé publique européen 2004-2008 *European Alliance against Depression (EAAD)* (cf. Hegerl et al., 2007). La Suisse est intégrée à ce programme en tant que pays hôte. Après la fin du programme, les pays se sont constitués en tant qu'association. La manière dont l'affiliation de la Suisse doit être financée n'est actuellement pas clarifiée.

L'OFSP a tenté entre 2003 et 2005 avec le canton de Zoug de mettre en œuvre l'AcD en Suisse au niveau cantonal. Il est apparu que, moyennant quelques adaptations, l'AcD pouvait également être mise en œuvre dans le contexte suisse. Entre-temps, les cantons d'Appenzell Rhodes-Extérieures, de Berne, de Genève, des Grisons, de Lucerne et de Thurgovie ont institué une alliance cantonale contre la dépression; le canton de Bâle-Ville vient de l'adopter. D'autres cantons comme Fribourg, le Valais ou Zurich ne prévoient délibérément pas d'alliance et mettent en œuvre leurs propres projets ou programmes sur le thème



de la santé psychique / la dépression (p. ex. dans le canton de Fribourg le projet Prévention Suicide Fribourg PréSuiFri). Après l'achèvement de son AcD, le canton de Zoug a développé et mis en œuvre le concept Santé psychique dans le canton de Zoug 2007-2012. Des efforts similaires sont en discussion dans le canton de Lucerne.

Depuis 2005, l'OFSP et la CDS ont mis en place un réseau suprarégional Alliance contre la dépression pour les milieux intéressés et les organisations professionnelles. Ce réseau s'articule essentiellement autour de rencontres annuelles, qui servent au transfert des connaissances et à l'approfondissement des acquis dans le domaine de la dépression. La Confédération a par ailleurs apporté les contributions suivantes au développement de l'AcD:

- Soutien financier pour le monitoring du comportement suicidaire dans l'agglomération de Berne depuis 2004 (cf. Reisch, 2007a).
- Intégration de la dépression dans le système de déclaration Sentinella 2008/09 en collaboration avec sa direction de programme. Les données sont exploitées par l'Observatoire suisse de la santé (Obsan).
- Enquête détaillée sur les besoins des différents acteurs impliqués dans la prévention de la dépression, en collaboration avec le service du médecin cantonal des cantons de Lucerne et de Thurgovie (cf. Müller, 2009; Kantonsärztliche Dienste Luzern, 2009).
- Adaptation transculturelle de la brochure d'information pour la population sur le thème „Dépistage et traitement des dépressions“ et traduction dans les cinq langues de migration les plus importantes de Suisse dans le cadre de la deuxième phase de la stratégie „Migration et santé“.
- Développement, par des experts et en collaboration avec les organisations spécialisées concernées, de profils de compétences pour les médecins de famille ou pour d'autres multiplicateurs.

La CDS s'engage en particulier pour la diffusion des AcD dans les cantons/régions et d'une manière générale pour le lancement d'activités des cantons/régions dans le domaine de la santé psychique. La CDS a en outre publié en 2008 le guide pour les planifications cantonales de la psychiatrie élaboré dans le cadre du groupe de travail „Planification hospitalière“. La CDS propose régulièrement des manifestations spécialisées pour le développement d'une prise en charge psychiatrique moderne.

La Confédération et les cantons ne disposent que de moyens limités pour le financement des activités nationales dans le cadre des AcD et d'une manière générale dans le domaine de la santé psychique. La Confédération a depuis 2005 prioritairement visé à combler les lacunes légales sur la prévention des maladies non transmissibles, dont également les maladies psychiques. Le message du Conseil fédéral relatif à la nouvelle Loi fédérale sur la prévention et la promotion de la santé (Loi sur la prévention, LPrév) est en train d'être traité par le Conseil national. En fonction de l'issue des travaux législatifs, les conditions-cadres peuvent se modifier par rapport à aujourd'hui.

Actuellement, les AcD cantonales et l'élaboration de la Loi sur la prévention sont ainsi les seules activités communes au niveau Confédération/cantons dans le domaine de la santé psychique. Un renforcement des AcD et leur diffusion dans d'autres cantons seraient souhaitables et sont aussi presque toujours soutenus par les spécialistes interrogés dans le cadre de l'établissement du présent rapport. Cela avant tout parce que les AcD constituent un bon point de départ pour aborder plus largement le thème de la santé psychique dans une région, comme le montrent les approches à Zoug ou Lucerne.

Après de Promotion Santé Suisse, le thème Santé psychique – stress centré sur la promotion de la santé en entreprise constitue un axe prioritaire. Promotions Santé Suisse soutient des entreprises qui veulent s'engager plus efficacement pour la santé de leurs collaborateurs sur le lieu de travail. Promotion Santé Suisse met à cet effet à la disposition des entreprises des programmes éprouvés, des séries de mesures, des aide-mémoire et des offres de for-



mation continue. L'objectif est de promouvoir des cultures d'entreprise qui contribuent à réduire sur le lieu de travail le facteur de maladie qu'est le stress.

Sur la base de son engagement, Promotion Santé Suisse est prête à examiner si et comment les AcD peuvent être élargies par l'approche de la promotion de la santé pour ainsi renforcer les AcD et le réseau. A cette fin, une convention de collaboration limitée dans le temps a été signée fin janvier 2010 par les trois parties OFSP, CDS et Promotion Santé Suisse. Le point principal en est l'établissement du présent rapport par la CDS, qui montre si et dans quelle mesure l'approche de la promotion de la santé peut être prise en compte dans le domaine de la santé psychique / la dépression en vue de renforcer les alliances régionales contre la dépression. Y est incluse la contribution de l'OFSP concernant les recommandations sur la forme juridique d'une poursuite possible de la collaboration des trois partenaires OFSP, CDS et Promotion Santé Suisse.

1.2. Problématique

Les AcD mettent en avant le dépistage précoce et l'amélioration du traitement de la dépression. L'approche de la promotion de la santé n'est aujourd'hui pas utilisée dans les AcD, ou ne l'est que marginalement. La promotion de la santé est pourtant un moyen efficace pour prévenir les dépressions, mais également d'autres maladies psychiques et physiques. A partir de ce fait et du mandat de Promotion Santé Suisse d'examiner un renforcement de la prise en compte de la promotion de la santé dans les AcD se font jour les questions suivantes, auxquelles le présent concept doit répondre:

- (1) Y a-t-il des possibilités d'élargir les alliances régionales contre la dépression à l'approche de la promotion de la santé?
- (2) Comment le réseau Alliance contre la dépression pourrait-il être renforcé en prenant en compte l'approche de la promotion de la santé?

1.3. Démarche et plan du rapport

Pour répondre aux problèmes soulevés, on s'est appuyé sur la littérature spécialisée pertinente d'une part, et sur les interviews de nombreux spécialistes de l'autre (cf. à ce propos la bibliographie dans le chapitre 8 ainsi que les annexes 1 „Spécialistes interrogés“ et 2 „Liste de questions“). Afin d'obtenir une large vue d'ensemble de la thématique et des spécialistes compétents dans ce domaine, des documents pertinents ou d'autres personnes de référence ont chaque fois été demandés aux personnes interviewées. Un procès-verbal de chaque interview a été établi, qui a été soumis pour contrôle et compléments à la personne interrogée. Une audition sur le projet de concept a en outre été menée en avril 2010 avec des représentants d'AcD cantonales et de programmes cantonaux dans le domaine de la santé psychique. Les suggestions reçues à cette occasion ont également été intégrées dans le rapport.

Le rapport est structuré comme suit: dans le deuxième chapitre, la *Public Mental Health*, avec ses domaines d'intervention promotion de la santé, prévention et thérapie ou réadaptation, est brièvement présentée. Le chapitre 3 décrit l'AcD en tant que programme dans le domaine de la *Public Mental Health* et la soumet à un examen critique. Le chapitre 4 explore la question essentielle de savoir comment la promotion de la santé pourrait être davantage prise en compte dans les AcD et le réseau en être ainsi renforcé. Le chapitre 5 montre ensuite à titre d'exemple à quoi pourrait ressembler concrètement une prise en compte de la promotion de la santé en entreprise. Le chapitre 6 comporte des recommandations pour un réseau élargie santé psychique Suisse, suivies par les recommandations élaborées par l'OFSP pour une forme juridique (chapitre 7). La conclusion dans le chapitre 8 aborde les perspectives et la suite des travaux.



2. Public Mental Health

La *Public Mental Health* (PMH) en tant que branche de la santé publique se concentre sur la santé psychique de l'ensemble de la population (cf. Rička et al., 2007). On a recours également ici à la promotion de la santé (*health promotion*), la prévention ainsi que la thérapie ou la réadaptation (cf. illustration 1). La sensibilisation de la population est une composante de tous ces trois domaines d'intervention. L'AcD est un programme de *Public Mental Health* qui est surtout centré sur le dépistage précoce et la thérapie / la réadaptation.

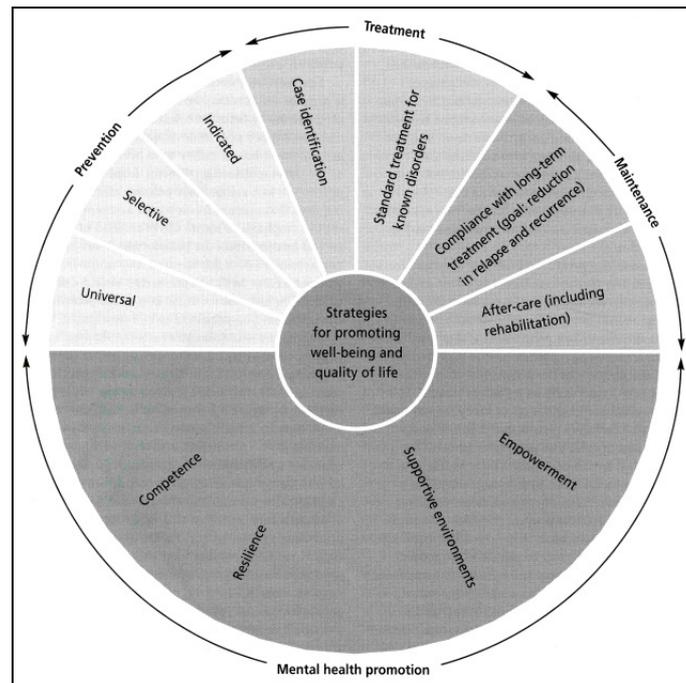


Illustration 1: Modified Mental Health Intervention Spectrum (Barry, 2001)

La *Public Mental Health* a selon les priorités de l'OMS jusqu'en 2015 les objectifs suivants:

- Promotion de la conscience de l'importance du bien-être psychique pour le bien-être humain
- Réduction de la stigmatisation, la discrimination et l'inégalité lors de maladies psychiques
- Renforcement des personnes souffrant de maladies psychiques, des proches et des soignants de manière à ce qu'ils puissent participer activement au système de santé
- Systèmes psycho-sociaux de santé complets et efficaces en vue de promouvoir et de protéger la santé psychique et pour le traitement, les soins et la réadaptation des malades psychiques
- Spécialistes compétents et efficaces
- Intégration du savoir et de l'expérience des personnes touchées, des proches et des soignants dans la planification et le développement de prestations

2.1. Promotion de la santé

Le premier domaine d'intervention de la *Public Mental Health*, la promotion de la santé, part d'une perspective salutogénétique qui met l'accent sur la santé. Elle n'influence le plus souvent la santé pas directement, mais par des déterminants d'importance pour la santé. Les



déterminants de la santé psychique se composent de facteurs bio-psychosociaux, socioéconomiques, socioculturels et institutionnels et peuvent déployer des effets aussi bien positifs que négatifs (cf. Politique nationale suisse de la santé, 2004, et chapitre 4.1).

Au niveau des **structures**, la promotion de la santé a pour objectif de créer des conditions de travail, d'environnement et de vie qui favorisent la santé psychique (*supportive environments*). Elle doit d'autre part aider à réduire les charges qui peuvent porter atteinte à la santé psychique.

Le deuxième objectif, le renforcement des **ressources personnelles**, devra à l'avenir retenir encore davantage l'attention, comme le montre le rapport de la commission de l'OMS sur les déterminants de la santé (Commission on Social Determinants of Health, 2008). A ce niveau, l'accent porte sur la promotion de la compétence en matière de santé, de la résilience et de l'autonomisation.

2.2. Prévention

Le deuxième domaine d'intervention de la *Public Mental Health*, la prévention, ne vise pas contrairement à la promotion de la santé l'accroissement des ressources personnelles et l'amélioration des conditions structurelles, mais la **réduction des risques, symptômes et pathologies**. Les mesures préventives se rapportent ainsi toujours à des pathologies déterminées et aux facteurs de risque correspondants.

Pour une prévention réussie des maladies psychiques en général et des dépressions en particulier, le **dépistage précoce** est particulièrement important afin de pouvoir prévenir la progression de la maladie et alléger le traitement. En vue d'améliorer le dépistage précoce, une meilleure information de la population, l'accroissement des compétences des médecins de famille pour diagnostiquer les maladies psychiques et enfin une collaboration renforcée avec les multiplicateurs sont nécessaires.

Exemple d'une mesure de prévention dans le domaine de la *Public Mental Health*

Prévention du suicide

La prévention du suicide comporte au sens strict des mesures de soins de santé (*health care*), c.-à-d. des mesures de prise en charge médicale qui s'adressent à des groupes à risques spécifiques. L'objectif est l'amélioration du traitement, de l'accompagnement et de la réadaptation des patients psychiques, des personnes après une tentative de suicide ou des personnes en situation de crise et/ou avec des intentions suicidaires. Dans un sens plus large, des mesures de santé publique font partie de la prévention du suicide: mesures de promotion de la santé (p. ex. l'amélioration de la capacité à surmonter des problèmes), sensibilisation de la population, accès rendu plus difficile au moyens et méthodes pour se suicider ou lignes directrices sur la manière de rendre compte d'un suicide par les médias (Office fédéral de la santé publique, 2005, p. 4).

Les stratégies de prévention du suicide les plus efficaces sont selon un examen systématique de Mann et al. (2005) la formation des médecins de famille et les restrictions à l'accès aux moyens de se suicider (p. ex. armes à feu, médicaments). D'autres



méthodes comme l'information du public, les programmes de dépistage systématique (*screening*) ou la formation des médias doivent continuer à être examinés quant à leur efficacité.

Une stratégie nationale de prévention du suicide fait aujourd'hui défaut en Suisse. Différentes initiatives existent par contre au niveau régional, comme le projet Prévention Suicide Fribourg (PréSuiFri), le Forum zurichois pour la prévention du suicide et la recherche sur le suicide (FSSZ) ou l'Association Valaisanne pour la prévention du suicide (PARSPAS). Elles sont réunies avec d'autres dans l'organisation faîtière nationale Ipsilon, Initiative pour la prévention du suicide en Suisse.

www.ipsilon.ch

2.3. Thérapie / réadaptation

L'approche thérapeutique et par la réadaptation, le troisième domaine d'intervention de la *Public Mental Health*, n'apparaît que si une maladie psychique déterminée existe. Sont importants ici dans une première étape le diagnostic aussi rapide et exact que possible et l'introduction des mesures thérapeutiques appropriées. A côté de la poursuite de la thérapie, il s'agit également à long terme de la prévention des rechutes et de l'encadrement et du soutien optimaux – au sens le plus large – des personnes touchées et de leurs proches. L'approche de la thérapie et de la réadaptation comporte donc aussi bien des interventions médicales que non médicales.

3. L'Alliance contre la dépression en tant que programme dans le domaine de la Public Mental Health

3.1. Le modèle de l'Alliance contre la dépression

Le modèle à la base du programme d'action AcD prévoit une approche à quatre niveaux en vue d'un dépistage et d'un traitement optimaux de la dépression (cf. illustration 2).

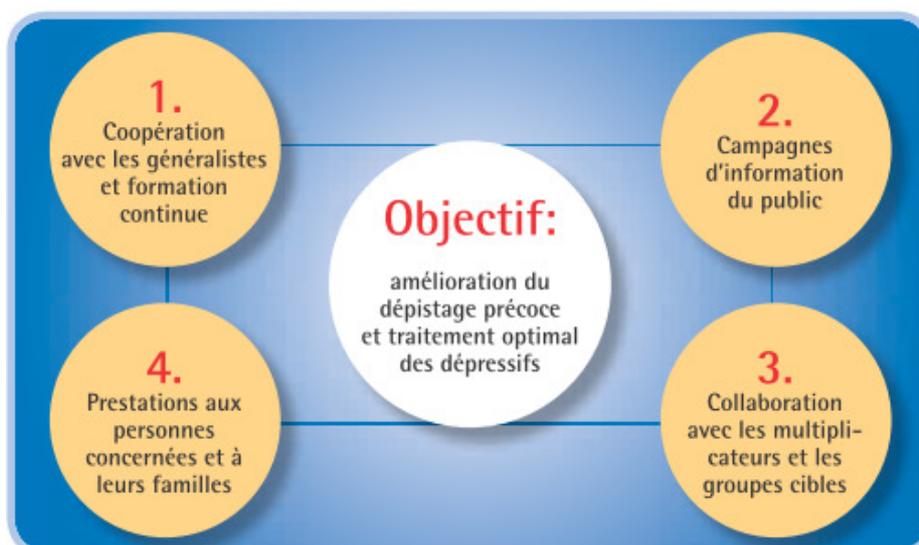


Illustration 2: modèle de l'Alliance contre la dépression. Source: Alliance contre la dépression.



Le premier niveau vise une **coopération avec les médecins de famille**. L'objectif est l'accroissement par la formation continue de la compétence des médecins de famille dans le dépistage précoce, le diagnostic, le traitement et le transfert à des spécialistes.

Le deuxième niveau veut atteindre par des activités de relations publiques une meilleure **information du public** sur le tableau clinique et les possibilités de traitement et ainsi également une déstigmatisation de la dépression. On travaille à cet effet avec les trois messages clés de l'Alliance contre la dépression, qui sont une part essentielle des droits d'utilisation sous licence:

- la dépression a de nombreux visages
- la dépression peut frapper chacun(e)
- la dépression se guérit.

Le troisième niveau recherche une vaste **collaboration avec les multiplicateurs**. Les multiplicateurs sont des personnes clés de la vie publique (enseignante, policier, conseiller spirituel, pharmacienne, travailleur social, soignante, etc.) qui entrent en contact avec des personnes souffrant de dépression. Les multiplicateurs sont rendus aptes par la formation à reconnaître de manière précoce la dépression dans leur environnement et à donner des informations sur la dépression.

Enfin, le quatrième niveau met à disposition des **offres pour les personnes touchées et leurs proches**. Des groupes d'entraide sont par exemple instaurés et accompagnés.

3.2. Discussion critique et évaluation du programme²

Dans les interviews, le programme AcD, en particulier l'approche à quatre niveaux et les messages clés, sont en grande majorité jugés positivement: en associant des acteurs très différents (psychiatres, psychologues, personnes touchées, proches, médecins de famille, enseignants, travailleurs sociaux, policiers, conseillers spirituels, scientifiques, services de consultation et services spécialisés, cliniques, hôpitaux, offices AVS et AI, Pro Senectute, Pro Juventute, La Main Tendue, etc.), les alliances ont bénéficié d'un grand soutien et d'une bonne mise en réseau. Les directives générales peuvent être facilement adaptées aux réalités locales. Les alliances sont de la sorte flexibles et une identification des acteurs avec „leur“ alliance est garantie. Dans le même temps, les cantons sont déchargés de l'élaboration d'un projet propre dans le domaine de la santé psychique / la maladie psychique. La dépression est jugée comme un bon point de départ pour aborder le thème de la santé psychique / la maladie psychique. La dépression est l'une des maladies psychiques les plus fréquentes et représente une charge de santé élevée. Presque chacune et chacun connaît la maladie par son environnement personnel. Elle est ainsi discernable et a malgré sa stigmatisation une acceptation plus grande que d'autres maladies psychiques, comme p. ex. la schizophrénie. Des évaluations de Nürnberg et Regensburg montrent que le concept est efficace (Hegerl et al., 2006; Spiessl, 2009). La large diffusion des AcD en Europe indique que l'utilité du programme est reconnue.

La critique porte dans les interviews en premier lieu sur l'approche pathogénétique des AcD et sur l'accent mis sur le domaine curatif. La prévention et en particulier la promotion de la santé sont clairement négligées dans les AcD. Un autre désavantage est le manque de durabilité. Les AcD sont en règle générale conçues *top-down* comme des programmes limités dans le temps d'une durée de quelques années. Ni une déstigmatisation ni l'établissement

² Cf. à ce sujet également Wicki, M. (2006). „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. Genève: Université de Genève.



des structures et offres nécessaires ne sont toutefois atteints par un feu d'artifices d'activités limité dans le temps. Les coûts élevés des alliances et leur grand déploiement de ressources sont en outre signalés à plusieurs reprises.

Selon les personnes interviewées, différents points doivent être considérés dans la mise en œuvre concrète: un secrétariat opérationnel avec une bonne accessibilité téléphonique est important. Celui-ci ne devrait si possible pas être situé dans une clinique psychiatrique, mais p. ex. auprès des autorités sanitaires cantonales. Car les cliniques psychiatriques ont une orientation curative et n'ont guère de compétences préventives. La population continue de plus à avoir des réserves ou des préjugés envers les cliniques psychiatriques. A côté du secrétariat, un comité engagé (comité de pilotage) et le soutien des AcD par la politique et des spécialistes / scientifiques sont essentiels. Cela peut par exemple être assuré par l'établissement d'un conseil politique et scientifique. Il faudrait éviter que les alliances reposent trop fortement sur une personne ou une institution en particulier, car des lacunes apparaissent en cas de défection de leur part. Les alliances doivent au contraire être soutenues par une large base pour avoir un effet durable. L'instauration d'une AcD requiert beaucoup de temps et de travail. Dans les alliances cantonales existantes, avec leurs moyens limités, il n'est guère possible de se mobiliser à tous les quatre niveaux en même temps. La notoriété des alliances au sein des cantons en souffre et constitue de toute façon un défi en soi en dehors des centres. Dans certains cantons avec une alliance, celle-ci n'est pratiquement pas connue dans la population et en partie aussi dans les milieux spécialisés. Comme par ailleurs on n'investit presque jamais dans une évaluation bien conçue, savoir dans quelle mesure les alliances atteignent leurs objectifs est problématique. L'Alliance contre la dépression de Nuremberg, dont l'évaluation a démontré une efficacité élevée, avait incomparablement plus de moyens financiers à disposition que les alliances cantonales et a pu développer des activités en même temps à tous les quatre niveaux. La question de savoir si des interventions partielles produisent des effets reste sans réponse faute de données de base de santé publique.

Les quatre niveaux du modèle sont ci-après soumis encore un peu plus précisément à une évaluation critique à l'aide des interviews.

a) Coopération avec les médecins de famille

L'intégration des médecins de famille dans les AcD est jugée éminemment importante dans les interviews, car les médecins de famille sont très souvent en contact avec des personnes souffrant de dépression et les traitent souvent également eux-mêmes. L'intégration des médecins de famille dans les AcD est en même temps considérée comme très difficile. Sont données comme raisons la négligence ou l'éviction et la stigmatisation du thème de la dépression aussi bien par les patients que par les médecins, de même que la rémunération insuffisante des prestations médicales dans ce domaine.

Le poids important qui est attribué dans les AcD à la formation continue des médecins de famille pourrait de plus leur donner l'impression d'être tenus pour incompetents et susciter des résistances correspondantes. La faible intégration des médecins de famille dans les AcD constitue un problème non résolu, qui est d'autant plus important au vu du rôle clé des médecins de famille dans la reconnaissance et le traitement des dépressions.

Dans ce contexte, il faut également faire état des tensions actuelles entre les psychiatres et les médecins de famille (cf. à ce sujet l'article de Ebner et Kurt, 2009, et la réplique Loeb, 2010). Les médecins de famille ont l'impression d'être d'une manière générale présentés par les psychiatres comme incompetents dans la reconnaissance et le traitement des personnes dépressives. Ils reconnaissent certes qu'un potentiel d'amélioration existe dans ce domaine. Mais ils sont sceptiques face à un profil de compétences pour les médecins de famille dans le domaine du diagnostic, de la thérapie et de la prévention des dépressions tel que proposé



par Begré et Rička (2010). Tant de la part des psychiatres que des médecins de famille, la volonté existe toutefois d'aborder par d'autres voies les problèmes mis en évidence.

b) Information du public

La sensibilisation du public est jugée très importante dans les interviews, car l'on en espère une déstigmatisation de la dépression. Le lancement d'une large campagne nationale est demandé de différents côtés, analogue aux campagnes sur l'alcool et le SIDA de l'OFSP ou à la campagne „see-me“ en Ecosse. Car les frais de production de spots télévisés ou de vastes actions d'affichage dépassent les possibilités des alliances cantonales.

Pour obtenir un effet durable dans ce domaine, des moyens massifs sont cependant nécessaires. Une unique vague d'attention ne modifie encore rien à l'attitude de la population. Si une campagne publique nationale doit être lancée, la question des groupes cibles et le message doivent être au préalable soigneusement clarifiés. A côté de la population dans son ensemble, des multiplicateurs choisis et/ou des personnes touchées pourraient également être atteints. Il faut communiquer différemment en fonction du groupe cible. Au Portugal par exemple, les médecins ont pu être gagnés à l'AcD par des campagnes d'affichage.

c) Collaboration avec les multiplicateurs

La collaboration avec des multiplicateurs et leur intégration est estimée très importante dans les interviews. La plus grande importance est donnée aux médecins de famille et au corps enseignant. Divers autres multiplicateurs sont en plus mentionnés dans les interviews:

- Conseillers spirituels. Ceux-ci sont importants entre autres pour les personnes âgées, dans le domaine résidentiel et dans les régions où l'église a encore une grande influence.
- Psychologues. Se rendre chez un/une psychologue est en règle générale considéré par les patients comme moins problématique que se rendre chez un/une psychiatre.
- Conseillers conjugaux et collaborateurs / collaboratrices d'autres services de consultation (p. ex. services de consultation pour mères ou pères).
- Psychiatres et autre personnel médical comme p. ex. rhumatologues. Le stress et de fortes pressions débouchent souvent sur des douleurs chroniques. L'évaluation et le traitement corrects des maladies psychosomatiques sont donc très importants.
- Les autorités en général. Celles-ci sont un employeur important et dans cette mesure elles-mêmes concernées par la problématique. Elles rentrent en même temps en contact comme prestataires de services avec la population souffrant de dépression.
- Policiers
- Collaborateurs / collaboratrices des assurances d'indemnités journalières
- Responsables dans les associations. Les associations sont importantes dans la mesure où un réseau social est créé par l'activité d'une association et que les associations ont ainsi d'une manière générale un effet préventif. Mais sont souvent actives dans des associations des personnes socialement intégrées qui n'appartiennent pas *per se* aux groupes vulnérables.
- Collaborateurs / collaboratrices dans les centres de jeunes
- Instructeurs dans les écoles de recrues
- Pairs éducateurs. Il s'agit là des personnes touchées elles-mêmes qui sont formées pour proposer aux autres personnes touchées des conseils, des manifestations, etc.

d) Offres pour les personnes touchées et leurs proches

Entrent dans les offres pour les personnes touchées et les proches d'une part des offres professionnelles et d'autres part les groupes d'entraide.



Pour les offres professionnelles, il faut garantir que les capacités existantes de traitement des personnes souffrant de dépression sont suffisantes. En particulier dans les régions rurales, les capacités psychiatriques sont cependant aujourd'hui limitées. Dans les régions urbaines également, les patients doivent en partie attendre relativement longtemps pour pouvoir entamer une thérapie chez un/une psychiatre. La disposition des psychiatres à intervenir en cas de crise doit de plus être stimulée.

Les groupes d'entraide pour personnes touchées et proches sont considérés comme très importants et leur intégration dans les alliances comme essentielle (cf. sur le rôle de l'entraide dans l'alliance zougnoise également Rorato et Voll, 2006). L'utilité des groupes d'entraide est vue suivant les personnes interviewées dans l'échange entre les personnes souffrant de dépression et/ou l'amélioration de leur état. Les groupes d'entraide non accompagnés peuvent cependant avoir des effets négatifs si les participants se tirent mutuellement vers le bas. Très généralement, les groupes d'entraide devraient se concentrer sur leur compétence clé, à savoir l'aide à s'aider soi-même. Les compétences et les capacités font souvent défaut pour assumer d'autres tâches. En raison du manque de moyens financiers, la mise sur pied de groupes d'entraide par les AcD est considérée comme difficile. Dans les régions rurales existe de plus le problème de l'anonymat limité.

Il est plaidé à différentes reprises pour ne pas oublier les proches des personnes souffrant de dépression (partenaires, amis, parents; sont aussi particulièrement concernés les enfants de parents souffrant de dépression ou les parents d'enfants malades). Les proches sont soumis à des pressions énormes et sont très importants pour les personnes dépressives. Il y a d'une manière générale trop peu d'offres pour les proches.

3.3. Groupes vulnérables

Conformément au message clé „la dépression peut frapper chacun(e)“, les AcD s'adressent en premier lieu à l'ensemble de la population. Le statut socioéconomique (formation, profession, revenu), le sexe, l'âge et le contexte migratoire sont toutefois des facteurs qui influent fortement d'une part sur la manière d'être affecté par les pressions ou de les surmonter, et d'autre part également sur la disponibilité des ressources (Promotion Santé Suisse, 2006). Il existe dans ce sens certains groupes qui sont particulièrement vulnérables et peuvent être placés au centre des activités par les alliances. Les plus importants de ces groupes, les pressions qu'ils subissent, la situation de leur prise en charge ainsi que des interventions possibles dans les AcD sont brièvement esquissés ci-après. Sauf autre mention, les données reposent sur les interviews.

Jeunes mères et pères

Un problème particulièrement important dans une approche spécifique au genre est la dépression post-partum, qui concerne les mères et dans une moindre mesure également les pères. La dépression post-partum ne se réfère pas seulement à la naissance, mais également au stress en relation avec la prise en charge du (premier) enfant (surmenage, manque de sommeil, impact sur la vie sexuelle) en tant que cause de dépression.

Les jeunes mères et pères doivent être informés le plus tôt possible de la possibilité d'une dépression post-partum, par exemple dans des cours de préparation à la naissance. La clarification de l'environnement des jeunes parents est également essentielle, car les dépressions post-partum rencontrent souvent une grande incompréhension justement auprès de la parenté. Des spécialistes comme les gynécologues, les sages-femmes ou les consultantes en lactation, qui assurent l'accompagnement spécialisé des femmes après la naissance, sont comparativement bien familiarisées avec le thème et peuvent en conséquence offrir elles-mêmes ou procurer de l'aide. Cela vaut aussi pour les services de consultation pour mères et pères, qui n'existent toutefois pas dans tous les cantons. Pour cette raison, le groupe des jeunes mères et pères n'est pas considéré comme prioritaire par les personnes



interviewées. Mais Il faudrait éventuellement encourager la diffusion de la brochure d'information „Postpartale Depression“ de Pro Mente Sana ou l'amélioration de la formation des médecins ou des éducatrices et éducateurs de la petite enfance qui ont souvent des contacts avec des jeunes parents dans les garderies.

Enfants et adolescents

Les enfants et les adolescents peuvent souffrir d'épisodes dépressifs, de troubles du sommeil et surtout de problèmes de perception de soi (Narring et al., 2002). Les dépressions chez l'enfant sont souvent sous-estimées, car il s'agit en l'occurrence d'enfants calmes et discrets.

Les adolescents sont souvent exposés à des situations de surmenage psychique. La fin de la scolarité, le choix professionnel, l'entrée dans la vie professionnelle, les crises d'identité, les insécurités dans la sexualité, les problèmes familiaux et les problèmes de dépendance peuvent entraîner une grande pression psychique et des tensions durables. Les apprentis sont particulièrement concernés par les épisodes dépressifs. Les enfants et les adolescents avec des parents souffrant de dépression sont aussi fortement menacés.

L'accès aux enfants et aux adolescents est avant tout garanti par l'intermédiaire des écoles (y compris écoles professionnelles et écoles de recrues). Ce sont des lieux importants pour le dépistage précoce et la formation de multiplicateurs. L'avantage des écoles en tant que lieu d'intervention est l'accessibilité de tous les enfants. Cela n'est pas le cas dans d'autres lieux comme p. ex. les associations. La nécessité que les écoles agissent dans le domaine de la santé psychique / la maladie psychique est jugée élevée, par exemple via la formation d'enseignants – également dans le cadre des études dans les hautes écoles pédagogiques – ou l'information des élèves par des spécialistes ou des personnes touchées. Il est toutefois souligné à différentes reprises que de bons programmes existent déjà pour les écoles dans le domaine de la santé psychique, p. ex. un projet de l'association Trialog de Winterthur (www.trialog-winterthur.ch) ou le projet ESSKI (cf. Fäh, 2009). Il existe de plus des réseaux actifs (Réseau suisse d'écoles en santé, éducation + santé Réseau Suisse) ainsi que des efforts cantonaux (p. ex. dans l'AcD bernoise ou dans le canton de Zurich). Une surcharge des écoles par des programmes supplémentaires devrait donc être évitée.

Migrantes / migrants

Les migrants sont un groupe fortement hétérogène de par la langue et l'arrière-plan socio-culturel et socioéconomique. Les migrants et en particulier les demandeurs d'asile souffrent plus fréquemment que la moyenne de la population de conditions défavorables, car ils sont concernés de manière supérieure à la moyenne par des conditions de travail pesantes, des déficits de formation, le chômage, l'inégalité des chances en général et l'absence de réseau social. De plus, les migrants sont souvent affectés par des événements traumatiques. Ils sont ainsi plus souvent touchés par la dépression que la moyenne de la population. En même temps, ils constituent le groupe le plus mal pris en charge en cas de problèmes psychiques. Leur accès à la santé est compliqué et les soins souvent inadéquats, car leurs dépressions se manifestent différemment et ne sont pas reconnues ou le traitement se limite à la remise de médicaments qui ne sont souvent pas pris conformément aux instructions. Une grande partie de ces problèmes sont à attribuer aux barrières linguistiques, socioéconomiques et culturelles entre les migrants et les professionnels.

C'est pourquoi la nécessité d'agir pour le groupe cible des migrants vulnérables est fondamentalement jugée grande par les personnes interviewées. Les soins et la prise en charge et ainsi également les compétences transculturelles devraient être améliorés, ce par quoi les médecins de famille sont également concernés. L'accessibilité de la population migrante est toutefois estimée difficile en raison de son hétérogénéité. Pour la mise en œuvre de mesures, des compétences linguistiques et transculturelles concordant avec les groupes de migrants respectifs sont requises. Des interventions auprès de la population migrante sont en



outre politiquement difficilement réalisables. Pour cette raison, des mesures d'intégration régulières visant à réduire les conditions-cadres défavorables doivent également être encouragées.

Personnes sans emploi

La pression psychique est particulièrement grande en cas de perte d'emploi. A côté de la perte de la valorisation et du stress de ne pas avoir de travail, les personnes sans emploi sont confrontées à l'isolement et au manque de structure des journées. Le risque d'une dépression est ainsi fortement accru chez les personnes sans emploi par rapport aux personnes actives.

La nécessité d'agir pour le groupe cible des personnes sans emploi a été diversement évaluée dans les interviews. Les uns discernent des besoins urgents: en collaboration avec les offices régionaux de placement (ORP), des structures de jour, des activités ou des cours pourraient être proposés, p. ex. par analogie avec les offres de passerelle qui existent pour les adolescents. Le bien-être psychique en serait renforcé, ce qui est à son tour une condition pour une recherche d'emploi fructueuse. Les autres personnes interviewées agiraient plutôt avec retenue dans ce domaine. Précisément chez les chômeurs de longue durée, l'attitude pourrait se manifester que l'on attend d'eux quelque chose qui ne leur sert à rien pour leur objectif essentiel, trouver un emploi. Seraient donc bienvenues plutôt des mesures en vue de réintégrer le plus rapidement possible le monde du travail

Personnes âgées

Certains facteurs peuvent favoriser une dépression chez les aînés, p. ex. la mort du partenaire, une solitude et un isolement croissants, la perte de valorisation et de sens (entre autres du fait de la retraite), ainsi que des souffrances corporelles.

Les dépressions chez les personnes âgées sont encore plus taboues que chez les jeunes. La plupart des personnes interrogées voient donc pour ce groupe également une nécessité d'agir élevée. Les personnes actives devraient être mieux préparées à la retraite et des activités qui leur apportent considération et reconnaissance, p. ex. le travail bénévole, sont importantes pour les retraités. Bâtiments répondant aux besoins des aînés, formes d'encadrement adaptées (aide et soins à domicile, aide hors murs, contacts téléphoniques) et aide entre voisins devraient renforcer l'intégration des personnes âgées et leur permettre de vivre aussi longtemps que possible dans leur environnement familial. Pro Senectute, le Conseil des aînés CSA, les Panthères grises et les groupes d'entraide sont à cet égard des partenaires importants. Dans les homes pour personnes âgées et les EMS, la conscience qu'ont les collaborateurs et collaboratrices de la dépression devrait être aiguës et il faudrait veiller à la préservation aussi longtemps que possible de l'autonomie des clientes et clients.

Autres groupes cibles

A côté des groupes vulnérables mentionnés, les autres groupes suivants ont été cités dans les interviews. Ceux-ci ne sont pas décrits davantage, mais ne devraient pas être oubliés dans un réseau élargi.

- Femmes au foyer / hommes au foyer
- Mères élevant seules leurs enfants / pères élevant seuls leurs enfants
- Homosexuels / homosexuelles
- Personnes souffrant de dépendances
- Détenus
- Proches des suicidés
- Proches des personnes touchées par la dépression



- Personnes après une tentative de suicide
- Bénéficiaires d'une rente AI

3.4. Résumé et bilan intermédiaire

L'AcD est fondamentalement considérée comme un bon et utile programme dans le domaine de la *Public Mental Health*. Un élargissement de la diffusion des AcD à d'autres cantons / régions est par conséquent considéré comme approprié. Les réserves les plus importantes concernent l'approche pathogénétique, la négligence de la promotion de la santé et de la prévention ainsi que le manque de durabilité et en partie la faible notoriété des alliances. Comme déjà demandé par Wicki (2006), les AcD devraient donc être intégrées dans un cadre élargi de la santé psychique. Pour améliorer la durabilité des programmes, des moyens financiers à long terme sont premièrement nécessaires. En second lieu, une intégration des AcD dans une stratégie globale Santé psychique augmenterait la durabilité.

Quant aux quatre niveaux du modèle, ils sont tous considérés comme importants. Les efforts pour inclure les médecins de famille devraient être renforcés étant donné leur position importante dans le dépistage précoce et le traitement des dépressions. À côté des médecins de famille, les enseignants sont tenus pour le multiplicateur le plus important. Des campagnes publiques nationales à long terme qui contribuent à une déstigmatisation durable de la dépression seraient souhaitables, mais sont liées à un besoin élevé de moyens financiers. Les expériences positives avec la campagne sur le SIDA ou la campagne de prévention des problèmes liés à l'alcool „Ça débouche sur quoi?“ pourraient servir de modèle dans le domaine de la santé psychique. S'agissant des offres pour les personnes touchées et leurs proches, il faut veiller à ce qu'elles soient disponibles dans l'ampleur nécessaire et qu'en particulier les proches ne soient pas oubliés.

Concernant les groupes vulnérables, l'avis qu'il est important de recourir à une approche intégrée (*mainstreaming*) de la dépression et de la santé psychique („la dépression peut frapper chacun(e)“) plutôt que de se concentrer sur des petits groupes a été exprimé à différentes reprises. Il ne faudrait pas donner l'image que la dépression est un problème de groupes marginaux. D'autres voix font cependant observer que les groupes vulnérables requièrent précisément une attention particulière et ne doivent en aucun cas être négligés.

4. Renforcement de la promotion de la santé dans le réseau

4.1. Promotion de la santé et santé psychique

En règle générale, la promotion de la santé n'influence pas directement la santé psychique, mais par des déterminants d'importance pour la santé. Les déterminants de la santé psychique peuvent être résumés dans les points principaux suivants (Politique nationale suisse de la santé, 2004; cf. également Illés et Abel, 2002):

- Déterminants bio-psychosociaux. Les facteurs biologiques comportent des processus génétiques, neurologiques et biochimiques. Les facteurs psychosociaux se rapportent au bien-être psychique, à la conviction de pouvoir maîtriser sa vie et à des relations sociales satisfaisantes.
- Déterminants socioéconomiques. Le contexte social et économique influence la santé psychique. L'exercice d'une activité professionnelle est par exemple central pour la santé psychique, même si le travail peut être parfois pesant.



- Déterminants socioculturels. En fait partie la liberté de choix et d'organisation dans tous les domaines de la vie. La possibilité de participer à l'édification de sa propre vie ainsi que des structures sociales, économiques et politiques constitue une ressource importante.
- Conditions-cadres institutionnelles. L'accès aux aides offertes informelles et professionnelles et leur disponibilité ainsi que la législation sont également très importants pour la santé psychique.

Les modes d'action des déterminants de la santé psychique peuvent être mis en relation et expliqués dans un modèle des exigences et de ressources (cf. Becker, 1997). Selon ce modèle, plus des ressources personnelles et externes sont disponibles pour maîtriser les exigences et les contraintes, meilleures sont les conditions pour la santé psychique. Sur la base du modèle des exigences et des ressources, l'influence des déterminants peut favoriser la santé psychique par la réduction des contraintes et le renforcement des ressources.

Pour l'influence des déterminants d'importance pour la santé psychique, on a recours aux notions suivantes:

Résilience

La résilience est la capacité d'une personne à développer une bonne santé psychique malgré des grandes contraintes ou des conditions de vie défavorables parce qu'elle dispose de suffisamment de ressources (cf. Fröhlich-Gildhoff et al., 2009). Le renforcement de la résilience est d'une importance particulière pour les enfants et les adolescents. Car plus tôt il a lieu dans l'enfance, plus le développement des ressources personnelles et de la résistance est efficace.

Compétence en matière de santé

On entend par compétence en matière de santé la capacité de chacun de prendre dans la vie quotidienne des décisions qui exercent une influence positive sur sa santé. La promotion de la compétence en matière de santé a pour objectif de renforcer la liberté d'organisation et de décision dans les questions de santé et d'améliorer la capacité de trouver, comprendre et mettre en pratique des informations de santé.

Autonomisation (empowerment)

Le concept d'autonomisation, au sens de responsabilisation ou aptitude, a pour objectif de soutenir l'individu ou une communauté de sorte qu'ils puissent changer positivement leurs conditions de vie. Sur la base de la Charte d'Ottawa de 1986 pour la promotion de la santé, l'autonomisation est un principe fondamental de la promotion de la santé et est partie intégrante de cette approche.

Environnement de soutien (supportive environments)

L'environnement d'une personne est particulièrement important pour sa santé psychique: la famille, l'école, le lieu de travail, la collectivité locale ainsi que les conditions socioculturelles, politiques et économiques. La pauvreté, les désavantages sociaux et économiques, l'injustice sociale ou la discrimination sont en particulier considérés comme des risques pour la santé psychique.

Pour les personnes touchées, la mobilisation d'un soutien dans l'environnement social est d'une grande importance. Les programmes de *Public Mental Health* peuvent sur ce point par exemple fournir une contribution déterminante par la sensibilisation du public et des offres pour les personnes touchées et leurs proches.



4.2. Elargissement des AcD par la promotion de la santé

Dans les AcD, la promotion de la santé est aujourd'hui le plus souvent encore négligée. Un élargissement possible des AcD à l'approche de la promotion de la santé a toutefois été jugé presque constamment de manière positive dans les interviews. Les alliances – tout comme d'autres programmes cantonaux de santé psychique – peuvent tirer profit des approches existantes de la promotion de la santé. En même temps, l'approche de la promotion de la santé trouve une diffusion plus large par son utilisation dans les alliances et les autres programmes. En matière d'efficacité, tant les AcD qu'également la promotion de la santé profitent en fin de compte d'une association des deux approches complémentaires.

La plus-value pour les AcD se présente comme suit:

- Avec l'approche de la promotion de la santé, la conscience des différentes causes (déterminants) de la santé psychique est aiguisée. Peuvent également en tirer profit les domaines de la thérapie, de la réinsertion, de la déstigmatisation, de la sensibilisation, etc.
- Les entreprises, les écoles ou les autres organisations qui s'engagent déjà aujourd'hui dans le domaine de la promotion de la santé sont sensibilisées à des approches non spécifiques ou globales et ainsi ouvertes au domaine de la santé psychique.
- En fonction du canton, les AcD et les autres programmes de santé psychique mettent l'accent sur des points différents. Pour satisfaire aux divers besoins des cantons, on peut profiter, en fonction des priorités, des programmes correspondants de promotion de la santé.
- A côté de projets dans ses domaines prioritaires Promotion de la santé en entreprise et Poids corporel sain, Promotion Santé Suisse soutient financièrement et au niveau du contenu des projets qui promettent des impulsions innovantes pour des approches fondées sur la promotion de la santé, en particulier en matière d'égalité des chances. Des projets dans le domaine de la santé psychique sont également soutenus dans ce cadre. Les AcD ou d'autres programmes cantonaux dans le domaine de la santé psychique pourraient également profiter de ce fonds de projet.

La plus-value pour la promotion de la santé réside en particulier dans la sensibilisation aux approches fondées sur la promotion de la santé et dans le renforcement de la prise en compte des programmes de promotion de la santé:

- Par l'intégration de la promotion de la santé dans les AcD et les programmes cantonaux dans le domaine de la santé psychique, les acteurs impliqués dans ces programmes et les cantons sont en général sensibilisés à la promotion de la santé.
- L'efficacité de l'ensemble du programme est accrue en ce que les différents domaines d'intervention, à savoir la promotion de la santé, la prévention, la thérapie et la réadaptation, se complètent et se renforcent.
- Dans les programmes cantonaux dans le domaine de la santé psychique / la maladie psychique, des domaines d'intervention ont déjà été exploités qui sont également indiqués pour des mesures de promotion de la santé et aussi probablement ouverts à de telles mesures.

Des difficultés liées à un possible élargissement des AcD à la promotion de la santé pourraient survenir avant tout en raison des perspectives différentes (salutogénétique versus pathogénétique), de l'absence d'objectif général dans le domaine de la santé psychique au niveau national et du manque à ce jour de possibilités de mise en réseau.



4.3. Renforcement du réseau par l'intégration de la promotion de la santé

Si des approches fondées sur la promotion de la santé doivent être prises en compte de manière renforcée dans les AcD, il faut viser à la constitution d'un **réseau élargi Santé psychique Suisse**. Les deux domaines sont de la sorte reliés entre eux et avec d'autres acteurs dans le domaine de la santé psychique. Un réseau élargi à la promotion de la santé sous le label „dépression“ serait trop fortement centré sur une maladie et prendrait trop peu en compte la promotion de la santé. Sous le nom „santé psychique“, les autres programmes cantonaux dans le domaine de la santé psychique peuvent en outre également être intégrés et profiter du réseau (p. ex. Zoug, Zurich, Lucerne, Fribourg).

Lors d'une intégration de la promotion de la santé dans un réseau élargi Santé psychique, des activités doivent être envisagées qui prennent en compte les ressources à disposition du réseau et des acteurs et programmes inclus dans le réseau. Il faut en outre veiller à ce qu'aucune structure parallèle à des structures existantes ne soit créée. Cela signifie que, lors du renforcement de la promotion de la santé dans le nouveau réseau, il faut miser prioritairement sur **l'interconnexion**, la collaboration avec des partenaires compétents et l'utilisation des structures et programmes existants, autrement dit sur l'amélioration de la **gestion des interfaces**. Le réseau ne proposera ainsi pas lui-même des programmes ou des projets dans le domaine de la promotion de la santé. Il doit motiver ses membres à prendre et diffuser des mesures sur ce thème, mais avant tout aussi à identifier des synergies possibles et les utiliser en faveur d'une efficacité plus élevée.

Concrètement, le réseau transversal doit assurer les tâches suivantes en vue d'une prise en compte renforcée de l'approche de la promotion de la santé:

- Mise en réseau des programmes cantonaux dans le domaine de la santé psychique avec des spécialistes de la promotion de la santé
- Interconnexion des réseaux dans le domaine de la santé psychique avec ceux dans le domaine de la promotion de la santé
- Transmission de contacts avec des spécialistes ou des projets dans le domaine de la promotion de la santé et de la santé psychique
- Promotion de l'échange et de la discussion entre les spécialistes des différents domaines d'intervention
- Simplification de l'accès aux informations clés et aux instruments dans le domaine de la promotion de la santé et de la santé psychique.

Pour la mise en œuvre de ces activités, un centre de coordination du réseau et une plateforme web du réseau doivent entre autres être créés (voir à ce sujet chapitre 6).

5. Gestion de la santé en entreprise: exemple pour une intégration de la promotion de la santé dans le réseau Santé psychique

La gestion de la santé en entreprise est présentée ci-après à titre d'exemple pour une intégration de la promotion de la santé dans un réseau élargi. La gestion de la santé en entreprise est employée ici comme terme englobant la gestion de la santé en entreprise (GSE), la promotion de la santé en entreprise (PSE) et la gestion des cas (*case management*). La délimitation entre GSE et PSE est floue dans la littérature spécialisée et l'emploi des termes hétérogène. En général, la GSE est employée comme terme englobant la PSE ou synonyme de celle-ci.



Une interconnexion du domaine de la santé psychique avec la gestion de la santé en entreprise s'impose pour différentes raisons:

- En premier lieu, une grande nécessité d'agir dans le domaine de la GSE est vue dans les interviews et beaucoup des personnes interrogées estiment que le besoin de rattrapage de la Suisse en matière de promotion de la santé en entreprise est encore élevé. Les personnes actives sont soumises à des contraintes particulières en fonction de l'environnement professionnel (branche, profession, conditions de travail). La pression physique, psychique et psychosociale croissante dans le monde du travail conduit toujours plus souvent à des sollicitations excessives et au surmenage. Le stress est p. ex. l'un des facteurs de risque les plus importants pour les maladies psychiques. D'autres risques comme le mobbing et les expériences de violence sur le lieu de travail existent en plus pour les maladies psychiques. L'approche de la promotion de la santé vise à une réduction des pressions et des sollicitations excessives liées au travail et minimise ou prévient de la sorte les maladies psychiques.
- Deuxièmement, Promotion Santé Suisse s'engage dans le domaine de la santé psychique de manière prioritaire par l'intermédiaire du thème „Stress sur le lieu de travail / promotion de la santé en entreprise“.
- En outre, dans diverses AcD des interventions sont déjà réalisées aujourd'hui dans le champ professionnel. L'objectif des AcD d'améliorer la situation des personnes souffrant de dépression vaut aussi pour le contexte „Entreprise – lieu de travail – champ professionnel“.

5.1. Approches possibles de la GSE

La gestion – ou la promotion – de la santé en entreprise vise à améliorer globalement la santé et le bien-être par des mesures touchant le poste de travail et l'environnement professionnel. S'adressant à tous les actifs, elle a pour objectif de maintenir et de promouvoir leur santé, de renforcer leurs ressources et de réduire les pressions auxquelles ils sont exposés. Elle peut intervenir à deux niveaux, celui des relations, des structures et des conditions, et celui de la personne (attitude et comportement).

Exemple de programme de promotion de la santé en entreprise

PME-vital

Depuis 2001, Promotion Santé Suisse offre, dans le cadre du projet *PME-vital*, dix modules de promotion de la santé en entreprise spécialement adaptés aux besoins et aux possibilités des petites et des moyennes entreprises. Celles-ci peuvent les choisir et les combiner en fonction de leurs besoins.

Le module „Gestion du stress“, par exemple, a pour objectif de réduire les agents stressés et d'améliorer la façon de réagir au stress.

www.kmu-vital.ch

La gestion des cas, de son côté, a pour but de repérer précocement les anomalies psychiques et les collaborateurs déjà atteints. Cette détection précoce doit intervenir rapidement afin d'offrir aux personnes concernées un soutien optimal et de leur permettre de conserver leur emploi le plus longtemps possible. L'assurance-invalidité (AI) met également l'accent, dans le cadre de la 5e révision, sur la détection précoce, l'intervention précoce et la réinsertion. Pour réussir la mise en œuvre de cette révision, l'AI est obligée de coopérer avec les entreprises; elle les soutient pour les mesures de réinsertion, notamment par du coaching et du suivi. La collaboration avec les offices AI cantonaux est donc importante.



La participation active des personnes concernées et l'interconnexion des acteurs impliqués sont les deux conditions indispensables à la réussite de l'insertion ou de la réinsertion dans le monde professionnel. Le „Case management Suisse“ est un bon exemple de réseau de ce type.

Exemple de modèle de réinsertion dans le monde du travail

Emploi assisté (*supported employment*)

Jusqu'ici, le principe de la réinsertion était „first train, then place“; autrement dit, la réadaptation avant le travail. L'insertion professionnelle des personnes atteintes d'une maladie psychique passait par les ateliers protégés et une réadaptation sous forme d'entraînements.

On applique désormais le principe inverse: „first place, then train“, c'est-à-dire la réadaptation par le travail. Dans le modèle du *supported employment*, développé et appliqué avec succès aux Etats-Unis pour la réadaptation des personnes handicapées, le placement direct dans le marché ordinaire du travail (emplois non subventionnés) constitue une étape individualisée, proche de la réalité. Un job-coach soutient la personne souffrant d'un trouble psychique pendant qu'elle cherche un emploi, puis durant ses débuts à son nouveau poste dans une entreprise „normale“. Il est en même temps l'interlocuteur de l'employeur.

L'idée de départ est que l'insertion dans le marché du travail des personnes présentant un handicap psychique a un effet positif sur leur estime de soi, leur qualité de vie et leur santé. Des études américaines ont montré que le *supported employment* contribue à faire baisser le coût des assurances.

www.supportedemployment-schweiz.ch

5.2. Activités possibles du réseau dans le domaine de la PSE

Si la PSE est prise en compte dans le réseau transversal, la priorité doit être donnée à l'**interconnexion**. Le réseau ne s'occupera donc ni de mettre en œuvre la PSE ni de proposer des programmes. Son but sera plutôt de sensibiliser ses membres à cette question et de faire connaître les programmes par l'intermédiaire de Promotion Santé Suisse. Concrètement, il s'agira d'inciter les membres à prendre et à diffuser des mesures relatives à la PSE (p. ex. réalisation de programmes PSE/GSE spécifiques, mise en place de structures favorables à la santé, formation des cadres et des collaborateurs, etc.). Le réseau doit aider à trouver les interlocuteurs, les informations, les matériaux, les programmes et les formations qui conviennent. Il doit également s'investir pour que la santé psychique soit mieux prise en compte dans les programmes existants et dans le matériel pédagogique utilisé dans les programmes PSE.

En résumé, le réseau transversal pourrait, dans le domaine de la PSE, être chargé des tâches suivantes:

- informer ses membres quant à l'existence de la gestion de la santé en entreprise et les aider à accéder aux informations clés et aux différents outils, notamment en les mettant en contact avec le réseau PSE en cours de création à Promotion Santé Suisse;
- faire connaître les programmes et les formations PSE et GSE aux membres intéressés;
- encourager les échanges et les discussions entre spécialistes de la PSE/GSE et du domaine de la santé psychique;
- utiliser et promouvoir les synergies entre les partenaires du réseau et leurs offres en vue d'accroître leur efficacité.

Comme mentionné plus haut, il faut pour cela qu'une personne soit chargée de coordonner le réseau. Le principal instrument de ce centre de coordination sera une plateforme Internet



d'information, encore à créer. Renvoyons à ce propos au réseau PSE de Promotion Santé Suisse, en cours de constitution.

5.3. Partenaires éventuels du réseau dans le domaine PSE

Pour que les activités proposées soient couronnées de succès, le facteur décisif est la collaboration avec les partenaires qui possèdent un savoir-faire en matière de PSE et offrent les programmes et les services correspondants. Indiquons brièvement les deux organisations avec lesquelles il faudrait chercher en premier lieu à collaborer.

5.3.1. Promotion Santé Suisse

La promotion de la santé en entreprise constitue l'un des trois axes des programmes proposés par la fondation Promotion Santé Suisse (PSS). Celle-ci a déjà élaboré et réalisé plusieurs programmes dans ce sens:

- SWiNG (gestion du stress, effets et avantages de la promotion de la santé en entreprise),
- 50+ santé (de bonnes conditions de travail pour les aînés),
- zWäg! (promotion de la santé pour les apprentis),
- PME-*vital*,
- label „Friendly Work Space“ (label de qualité pour les entreprises pouvant servir d'exemple en matière de PSE).

Par ailleurs, Promotion Santé Suisse représente la Suisse au sein de l'*European Network for Workplace Health Promotion* (ENWHP). Il s'agit d'un réseau informel regroupant des services nationaux s'occupant de médecine du travail et de sécurité du travail, de santé publique et de promotion de la santé, ainsi que des institutions de sécurité sociale, dont le but est d'améliorer la santé et le bien-être des salariés. Le réseau encourage les échanges internationaux d'informations et la diffusion des bons programmes de promotion de la santé au travail. Il a également développé dans ce domaine des critères de qualité qui définissent les exigences applicables aux projets de PSE.

Exemple de programme PSE proposé par Promotion Santé Suisse

SWiNG

Promotion Santé Suisse et l'Association suisse d'assurances (ASA) mettent à disposition des entreprises, avec leur projet SWiNG, des instructions spécifiques pour déceler et éliminer les causes de stress sur le lieu de travail. Le projet se base sur des critères de qualité acceptés au plan européen.

SWiNG travaille avec différents instruments:

- questionnaires permettant d'analyser les facteurs de stress, les pressions, les ressources et le bien-être des collaborateurs dans l'entreprise;
- formations pour les cadres, visant à présenter les stratégies de lutte contre le stress et à montrer l'importance du rôle qu'ils peuvent jouer dans cette lutte ainsi que dans la promotion de la santé psychique;
- ateliers avec les collaborateurs.

Le projet SWiNG comprend également une évaluation approfondie des effets et de l'utilité économique des mesures prises.

www.gesundheitsfoerderung.ch



5.3.2. Association Suisse pour la promotion de la santé en entreprise (SVBGF)

La SVBGF est une communauté d'intérêts regroupant des personnes qui appliquent les principes de la promotion de la santé en entreprise et des personnes qui offrent des prestations dans ce domaine. Elle a été fondée sous l'égide du SECO. Son but est de garantir des échanges permanents de connaissances et d'expériences ainsi que de proposer des formations continues.

Exemple de programme PSE proposé par la SVBGF

power@work

Avec ce programme, la SVBGF souhaite apporter une contribution à la santé des jeunes salariés et leur permettre d'entamer leur vie professionnelle dans les meilleures conditions possibles.

Les apprenants doivent...

- pouvoir échanger librement avec leurs formateurs, leurs supérieurs hiérarchiques et leurs collègues;
- être conscients des pressions et des risques ainsi que des conséquences possibles;
- avoir un comportement favorable à la santé.

Les groupes cibles de power@work ne sont pas uniquement les jeunes eux-mêmes, mais aussi les employeurs, les maîtres d'apprentissage, les enseignants d'écoles professionnelles, les offices concernés par la formation, les responsables de la PSE dans les entreprises et les prestataires de services dans ce domaine.

www.svbGF.ch

5.4. Evaluation de la gestion de la santé en entreprise dans le réseau

5.4.1. Pertinence

La pertinence de la PSE dans le réseau dépend des besoins et des intérêts des groupes concernés (employeurs, salariés et assurances sociales).

Besoins et intérêts des employeurs et promotion économique

Les maladies psychiques peuvent provoquer une baisse de la productivité et de la performance, des absences pour cause de maladie et, pour finir, une incapacité de travail. D'après Druss et al. (2001), les collaborateurs dépressifs ont 1,5 fois plus de jours d'arrêt maladie et une productivité réduite de 20 %. Du point de vue économique, tant au niveau du pays que de l'entreprise, la mauvaise santé psychique des salariés peut s'avérer très coûteuse, alors que les mesures de promotion de la santé en entreprise sont à même d'améliorer notablement la santé psychique (et physique) des salariés et ainsi de prévenir les pertes de productivité et les absences.

Comme la promotion de la santé accroît la productivité des collaborateurs et diminue les pertes dues aux arrêts maladie, investir dans ce domaine est payant pour les entreprises. Celles-ci profitent en outre d'un réseau élargi, qui leur donne une vue d'ensemble des mesures de promotion de la santé et peut les mettre en contact avec des prestataires et des spécialistes compétents, capables de répondre à leurs besoins.

La prise en compte de la gestion de la santé en entreprise dans le réseau Santé psychique serait également payante du point de vue de l'économie nationale: selon les estimations, le



stress touchant la population active coûterait à lui seul 4,2 milliards de francs par an (Ramaciotti et al., 2000).

Besoins et intérêts des salariés

Les pressions liées au travail sont des facteurs de stress majeurs, susceptibles de perturber la santé psychique. La réduction de ces pressions et le renforcement des ressources revêtent donc une importance particulière pour l'organisation du poste de travail. Même si ce thème ne figure pas encore à l'ordre du jour des syndicats, les mesures de promotion de la santé sont bien accueillies par les salariés, parce qu'elles leur donnent l'occasion d'aborder la question des conditions de travail et donc des pressions qu'elles engendrent.

Au niveau individuel, de telles mesures soutiennent le maintien et la promotion de la santé et du bien-être en réduisant les tensions et en augmentant le plaisir de travailler. Améliorer la qualité du temps passé au travail améliore aussi la qualité de vie en général.

Besoins et intérêts des assurances sociales et des services sociaux

La promotion de la santé dans la sphère professionnelle au sens large présente également un intérêt pour l'assurance-invalidité, l'assurance-chômage et l'aide sociale. Les mesures de promotion de la santé dans le monde du travail peuvent atténuer, voire éviter, l'apparition de maladies psychiques ou l'aggravation de celles qui existent déjà, et ainsi prévenir l'invalidité. En outre, développer les mesures visant la réadaptation des jeunes et la réinsertion des bénéficiaires de rente AI permettrait des économies considérables à long terme.

5.4.2. Limites

Les résultats des interviews montrent que la prise en compte, dans le réseau, de la gestion de la santé en entreprise se heurterait à quelques difficultés.

- L'utilité de la PSE pour les entreprises nécessiterait des recherches plus poussées, surtout pour le contexte suisse.
- Comme pour toutes les mesures de promotion de la santé, il faudrait tenir compte du fait que les succès ne sont pas immédiatement visibles, mais ne se manifestent qu'après un certain temps. De plus, le lien de cause à effet n'est pas toujours évident car, les causes étant multiples, ces mesures agissent toujours par le biais de plusieurs déterminants.
- En ce qui concerne les AcD, certaines personnes interrogées ont mis en garde: il ne faudrait pas qu'un élargissement en direction de la promotion de la santé et/ou de la PSE constitue une trop lourde charge pour les alliances cantonales.

6. Réseau Santé psychique élargi

6.1. But et utilité

Un réseau Santé psychique Suisse élargi devrait en principe réunir l'ensemble des organisations et des réseaux existants dans le domaine de la santé et de la maladie psychique (y compris la promotion de la santé). Axé sur le long terme, il viserait à renforcer durablement la thématique santé psychique / dépression.

Le réseau élargi doit, en fin de compte, apporter une plus-value profitant aussi bien à la population en général qu'à des groupes à risque particuliers. L'interconnexion des acteurs et des mesures dans le domaine de la santé psychique vise à **accroître l'efficacité des mesures prises**, le but étant toujours, dans ce domaine, de prévenir et d'atténuer les maladies, ainsi que d'améliorer la santé. Les bénéficiaires en seraient, outre les personnes concernées



et leurs proches, le monde du travail, les assurances sociales et la société dans son ensemble.

Un réseau élargi donne la possibilité d'aborder le thème de la santé psychique, négligé dans le cadre des dispositions légales actuelles, et, simultanément, de créer une base solide pour d'autres mesures – par exemple un grand thème national de prévention „santé psychique“ –, si la loi sur la prévention prévue était mise en œuvre.

Les éléments déterminants quant à l'efficacité des mesures sont **l'échange d'expériences et l'interconnexion** des différents acteurs ayant pour objectif de promouvoir, de maintenir et de rétablir la santé psychique. Il est nécessaire de faire connaître les exemples d'interventions dont l'efficacité a été prouvée (bonnes pratiques).

Pour la mise en œuvre, les deux principaux outils à prévoir sont, premièrement, la création d'un **centre de coordination du réseau** (avec un seul poste pour commencer) et d'une **plateforme Internet** conviviale; deuxièmement, l'organisation de rencontres à l'intention des membres du réseau et de séances d'information destinées à un public plus large.

Chaque membre du réseau en profiterait de la façon suivante:

- Acquisition de connaissances sur les programmes et les projets de best-practice ainsi que sur la littérature scientifique sur des thèmes d'intérêt.
- Rencontres de réseau où les membres peuvent échanger des informations sur des projets et des problèmes concrets et profiter des connaissances les plus récentes d'experts.
- Aide à la recherche de partenaires compétents intéressés par un engagement dans les domaines de la dépression, de la GSE et de la santé psychique.
- Établissement de liens avec d'autres organisations membres. Outre l'échange de connaissances, cela favorise la réalisation de projets communs.

6.2. Organisation

Le réseau Santé psychique Suisse devrait avoir la structure la plus légère possible. Toutefois, des organismes responsables, un comité de direction, un groupe d'experts et un centre de coordination sont des éléments indispensables à sa solidité et à son fonctionnement. L'illustration 3 présente l'organigramme prévu.

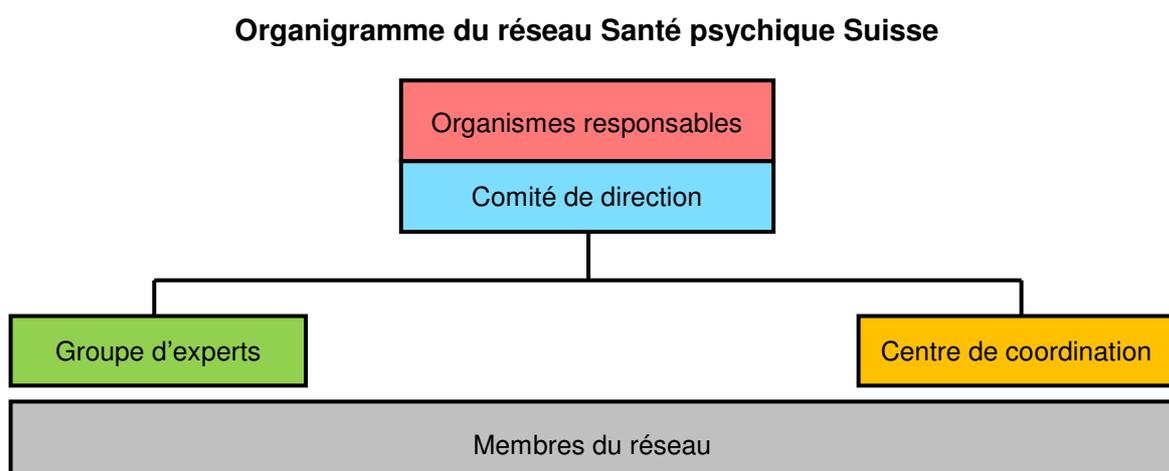


Illustration 3: Organigramme du réseau Santé psychique Suisse



L'illustration 4 renseigne en outre sur les flux financiers et la circulation de l'information, ainsi que sur les membres et l'évaluation.

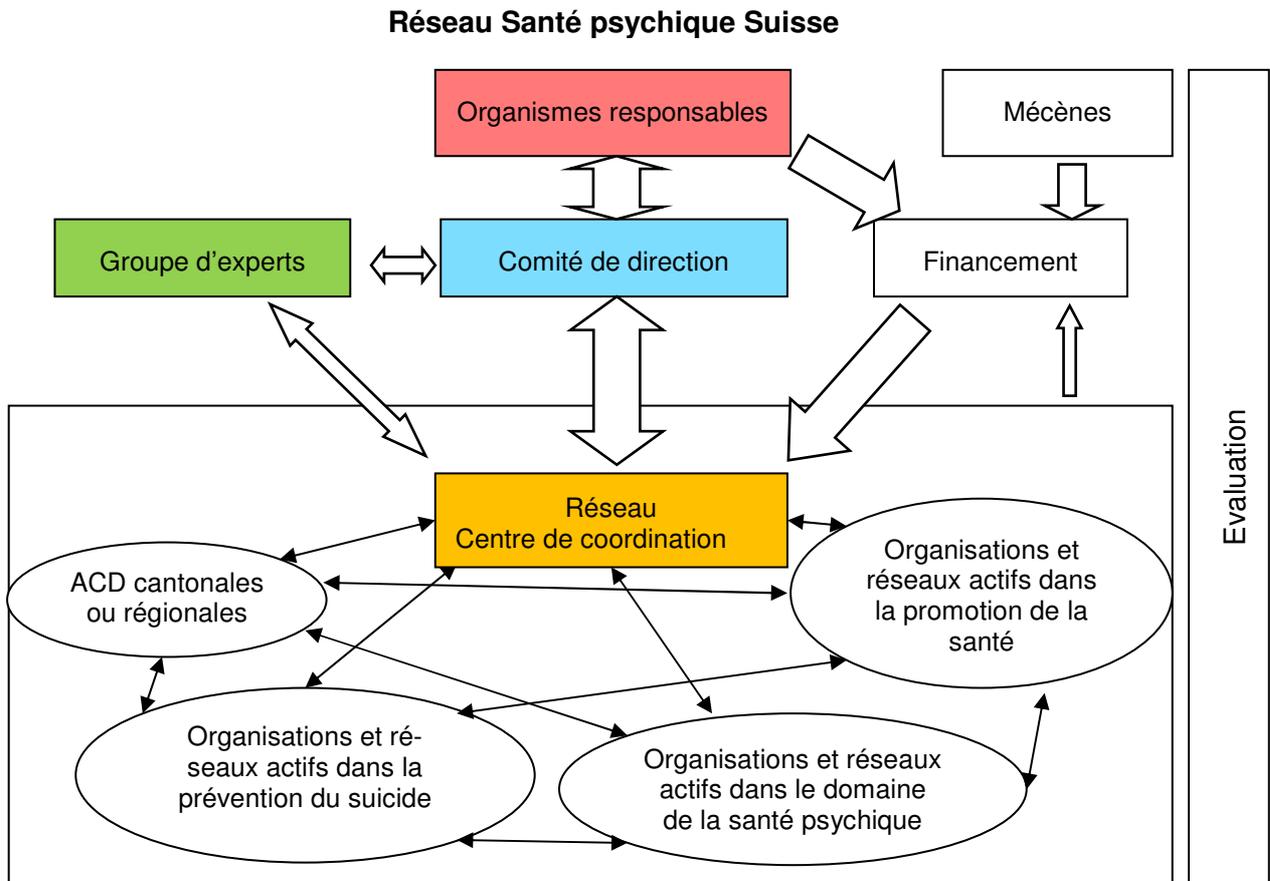


Illustration 4: Réseau Santé psychique Suisse

Les partenaires potentiels doivent être impliqués très tôt dans le développement du réseau. Il convient de faire participer les réseaux existants, comme Alliance Santé psychique Suisse, et de tenir compte de leur expérience.

Le développement du réseau doit se dérouler en plusieurs étapes. La phase de projet (qui fait l'objet du présent rapport) sera suivie d'une phase pilote étalée sur quatre ans, puis d'une évaluation du travail de développement au bout d'un an et demi (évaluation des processus) et enfin d'une évaluation de l'efficacité après encore un an et demi. Un concept d'évaluation correspondant doit être établi au début des travaux du réseau.

6.2.1. Organismes responsables

Les organismes responsables prennent en charge les frais de personnel et de fonctionnement afférents au centre de coordination; par une procédure consensuelle, ils définissent le profil de celui-ci ainsi que les priorités stratégiques de son mandat. Ils veillent à ce que le réseau se maintienne et soit utilisé à long terme. Par ailleurs, chacun des organismes responsables apporte au réseau ses compétences propres, qui seront décrites dans un contrat de collaboration.

Trois organismes sont disposés à assumer la responsabilité du réseau pour la phase pilote: l'OFSP, la CDS et Promotion Santé Suisse. Dans l'ensemble, les personnes interrogées ont approuvé la collaboration future entre ces trois partenaires. Certaines ont cependant souhaité la participation d'acteurs privés et plaidé pour un partenariat public-privé (PPP).



Si besoin est, la responsabilité peut être élargie, par exemple à l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS, avec en particulier l'assurance-invalidité, AI), au Secrétariat d'Etat à l'économie (SECO), à la Conférence des directrices et directeurs des affaires sociales (CDAS) ou à l'Alliance Santé psychique Suisse. D'autres organisations pourront participer si elles sont intéressées et satisfont aux critères suivants: (1) elles amènent un élargissement des compétences des organismes responsables; (2) elles apportent leur contribution propre au réseau; (3) elles ont un ancrage national et en même temps un accès aux cantons. Dans la perspective d'un élargissement éventuel pour la phase pilote, des discussions sont en cours avec le SECO et Alliance Santé psychique Suisse; d'autres sont prévues avec l'OFAS.

6.2.2. Comité de direction

Le comité de direction dirige les opérations. Il comprend un représentant de chaque organisme responsable ainsi que la personne qui dirige le centre de coordination. Cette dernière n'a cependant qu'une fonction consultative, sans droit de vote.

Sur la base du mandat de prestations défini par les organismes responsables, le comité de direction définit le programme de travail avec le directeur ou la directrice du centre de coordination et lui apporte les éléments techniques nécessaires à la réalisation. En cas de besoin, il est possible de demander une expertise technique externe.

Le comité de direction se réunit environ trois fois par an. Les décisions sont prises par consensus.

6.2.3. Centre de coordination

Le centre de coordination fait office d'interlocuteur national pour les questions relatives à la santé psychique; toutes les organisations participantes doivent pouvoir être jointes par son intermédiaire. Ses principales missions sont les suivantes:

- gestion des connaissances: toutes les informations doivent pouvoir être consultées (et présentées) sur une plateforme Internet, qui reste à créer. Ces informations concernent: (1) les programmes et les projets touchant la santé psychique et la PSE, avec priorité aux projets portant sur les bonnes pratiques; (2) la littérature scientifique actuelle sur des thèmes précis (tels que la détection précoce); (3) les formations initiales et continues dans certains domaines (PSE et GSE, p. ex.) et le matériel existant pour des formations ou des exposés (notamment des AcD); (4) les contacts avec tous les membres du réseau; (5) le réseau lui-même;
- gestion du réseau et échanges: des rencontres sont organisées pour faire vivre le réseau. Il peut s'agir soit de séances d'information, soit, conformément aux vœux diversement exprimés durant les entretiens, de rencontres à propos de la mise en œuvre, permettant de traiter des questions pratiques (p. ex. comment financer une AcD? comment inciter les entreprises à mettre sur pied une PSE ou d'autres programmes dans le domaine de la santé psychique?). Ces rencontres sont l'occasion de profiter de l'expérience d'autres membres et d'échanger des connaissances. Les thèmes traités doivent répondre aux besoins des membres;
- coordination des différents programmes: elle est nécessaire pour éviter les doublons, qui augmentent le travail des responsables de la réalisation des programmes, et pour encourager la collaboration interdisciplinaire. Les réseaux existants dans un domaine doivent également être impliqués;
- soutien technique pour les AcD existantes ou nouvelles, ainsi que pour les programmes relatifs à la santé psychique ou à la GSE.
- On pourrait envisager de lancer par la suite une campagne nationale d'information (analogue à la campagne „see me“ en Ecosse ou à celle sur le sida en Suisse).



Dans une première phase, le centre de coordination n'emploiera qu'une personne (directrice ou directeur) à 60-80 %. Cette personne devra être la plus indépendante possible, disposer de bonnes compétences et collaborer étroitement avec le comité de direction. Son poste sera, en principe, établi chez l'un des partenaires, à savoir la CDS, l'OFSP ou Promotion Santé Suisse, ou bien auprès d'un organisme externe comme Santé publique Suisse, Ipsilon, RADIX ou Alliance Santé psychique Suisse. En cas de besoin, les membres du groupe d'experts seront à la disposition du centre pour des conseils techniques.

6.2.4. Groupe d'experts

Le groupe d'experts assure l'ancrage technique du réseau dans la pratique et le monde scientifique. Presque toutes les personnes interrogées estiment que la prise en compte des connaissances spécialisées est essentielle au bon fonctionnement du réseau. Le groupe d'experts doit refléter de manière adéquate le domaine de la santé psychique. Il est constitué d'une dizaine de personnes représentant les associations professionnelles (médecins généralistes, psychiatres, psychologues), les organisations de patients (Pro Mente Sana), les AcD cantonales et autres programmes cantonaux concernant la santé psychique, les ONG relevant de ce même domaine (Alliance Santé psychique Suisse, Ipsilon, groupe spécialisé „santé mentale“ de Santé publique Suisse) et une université ou un institut universitaire possédant des compétences en matière de santé psychique. Le groupe d'experts soutient au besoin le comité de direction ainsi que la direction du centre de coordination par ses conseils. L'une de ses premières missions pourrait être de préparer, sous la houlette du centre de coordination, un rapport actualisé sur la santé psychique en Suisse et sur les mesures pouvant être prises pour améliorer la situation. Le groupe d'experts est autonome et travaille bénévolement.

6.2.5. Membres du réseau

En principe, toutes les organisations et institutions et tous les réseaux qui travaillent déjà dans le domaine de la santé psychique ou la promotion de la santé peuvent devenir membres du réseau. Ils sont admis, à leur demande, par le comité de direction.

De leur côté, les membres peuvent profiter des services du réseau, mais celui-ci attend d'eux un certain engagement, qui peut consister, par exemple, en activités de soutien (comme la participation active aux rencontres). La plus-value que le réseau apporte aux membres doit avoir une visibilité immédiate. Les membres peuvent à tout moment sortir du réseau ou en être exclus par le comité de direction. Parmi les motifs possibles d'exclusion, citons le non-respect des objectifs du réseau ou la demande d'un certain quorum de membres.

6.3. Financement et ressources

La mise en place et le fonctionnement du centre de coordination (notamment le site Internet et les rencontres du réseau) sont financés essentiellement par les organismes responsables et par des contributions de donateurs (entreprises, assurances ou services institutionnels, p. ex.). L'appel aux dons se fait conformément aux directives de l'Académie suisse des sciences médicales (2005). Les membres, à l'exception des ONG ne touchant pas de subventions officielles, peuvent être tenus de verser une cotisation modeste.

La charge que représente la recherche de fonds supplémentaires par la direction du centre de coordination doit rester dans des limites acceptables. Si le temps et l'énergie qui y sont consacrés sont trop importants, c'est au détriment de l'essentiel, c'est-à-dire le travail de réseautage proprement dit.



6.4. **Monitoring, recherche concomitante et évaluation**

Le réseau se charge du monitoring, de la recherche concomitante et de l'évaluation. Le monitoring permet d'observer les tendances de certains indicateurs, tels que le comportement suicidaire. La recherche concomitante fournit les bases scientifiques nécessaires pour développer la promotion de la santé psychique et la prévention de la dépression et de la suicidalité (cf. les analyses des besoins faites par les alliances régionales des cantons de Lucerne et de Thurgovie). Enfin, l'atteinte des objectifs fera l'objet d'évaluations périodiques appropriées, portant d'une part sur les processus (la première devant avoir lieu après environ 18 mois) et, d'autre part, sur les effets (la première après trois ans). La procédure concrète sera définie dans un concept d'évaluation, qui reste à établir.

Tant l'OFSP (service Evaluation et recherche) que Promotion Santé Suisse ont des connaissances et de l'expérience dans ces domaines. De manière générale, les différentes tâches relatives à l'évaluation seront attribuées aux partenaires en fonction de leurs points forts et de leurs compétences.

6.5. **Communication**

La communication, efficace et transparente, doit se faire dans les deux sens, aussi bien en ce qui concerne le comité de direction et le centre de coordination que les membres du réseau et le public. Elle relève en règle générale du centre de coordination, qui gère les instruments d'information et de communication nécessaires à cet effet.

Les organismes responsables utiliseront les canaux d'information et de communication dont ils disposent déjà, ce qui permettra de bien faire connaître le réseau au sein de la Confédération, des cantons et de Promotion Santé Suisse. Chaque organisme sera informé par son représentant au comité de direction.

La stratégie de communication qui sera définie servira de directive pour la communication interne et externe.

Exemple de réseau existant dans le domaine de la santé psychique

Réseau de compétences Dépression et suicidalité

Le réseau de compétences Dépression et suicidalité (*Kompetenznetz Depression, Suizidalität*) est un réseau actif dans toute l'Allemagne, qui a pour objectif d'optimiser la recherche et les soins dans le domaine des troubles dépressifs en améliorant la coopération et le transfert de connaissances entre les instituts de recherche et les établissements de santé des différents niveaux.

Le réseau relie les instituts de recherche, les hôpitaux et les cliniques, les médecins installés et les réseaux de cabinets médicaux, ainsi que d'autres organisations comme la commission des médicaments des médecins allemands, les caisses-maladie, les représentants de l'industrie pharmaceutique, les associations de médecins des caisses, les services d'urgence et les groupes d'entraide.

Outre ses partenaires, le réseau comprend un comité de direction (y compris un porte-parole et coordinateur), une assemblée (constituée d'environ 50 membres ordinaires et 70 membres extraordinaires) et un conseil externe. Il travaille également sur six sous-projets, portant notamment sur l'organisation la plus efficace pour la prévention du suicide et sur le traitement des symptômes dépressifs légers. Il est financé par le Ministère fédéral de la formation et de la recherche.

www.kompetenznetz-depression.de



7. Forme juridique: recommandations ³

Pour la phase pilote de quatre ans d'élargissement en vue de la création du „réseau Santé psychique Suisse“, la forme proposée est une collaboration entre l'OFSP, la CDS et Promotion Santé Suisse (ainsi éventuellement qu'avec d'autres organisations). Elle préfigure les grandes lignes du réseau Santé psychique Suisse et règle la collaboration en ce qui concerne les thèmes suivants:

- bases légales,
- but et objectifs du projet et du contrat,
- prestations de chacun des trois organismes responsables,
- principaux points du mandat de prestations à l'intention du centre de coordination,
- organisation et financement du réseau Santé psychique Suisse,
- communication, évaluation et garantie de la qualité,
- responsabilités, droits de propriété en cas de dissolution, for, etc.

Le contrat de collaboration à établir sera valable, dans un premier temps, pour la phase pilote. Il pourra être dénoncé avec un délai de six mois au minimum. A partir de l'évaluation des processus après 18 mois et de l'évaluation des effets après trois ans, et compte tenu de l'avancement de la loi fédérale pour la prévention et la promotion de la santé proposée par le Conseil fédéral, les organismes responsables définiront les étapes suivantes.

8. Perspectives: suite de la procédure

Le développement du réseau proposé ici, „Santé psychique Suisse“, présuppose que la CDS, l'OFSP et Promotion Santé Suisse sont disposés à collaborer dans ce domaine à moyen et à long termes.

A cette fin, le conseil de fondation de Promotion Santé Suisse décidera d'un éventuel engagement lors de sa réunion de mi-juin 2010, en se basant sur le présent concept. En cas de décision positive, le comité directeur de la CDS se penchera sur cette question le 1^{er} juillet 2010. Parallèlement, le processus décisionnel poursuit son cours au sein de l'OFSP. La décision définitive concernant l'éventuel engagement de la Confédération et des cantons sera prise le 26 août 2010 lors de la séance du Dialogue Politique nationale de la santé.

Par la suite, un contrat de collaboration initialement limité à quatre ans serait élaboré et signé par les trois partenaires concernés (OFSP, CDS et Promotion Santé Suisse), ainsi que par d'autres partenaires le cas échéant. Comme indiqué au chapitre 7, il y figurerait en substance les conditions générales régissant le réseau Santé psychique Suisse, y compris pour l'organisation et le financement. La signature du contrat serait suivie par la nomination des membres des organes officiels du réseau ainsi que par les travaux de développement de celui-ci. Comme indiqué, ces travaux comprendraient également l'élaboration d'un bref concept d'évaluation et de communication.

³ Ce chapitre a été rédigé par l'OFSP.



9. Bibliographie

(littérature citée et littérature spécialisée choisie)

Académie Suisse des Sciences Médicales ASSM (2005). „Collaboration corps médical – industrie. Directives de l'ASSM“, <http://www.samw.ch/fr/Ethique/Directives/actualite.html>

Ajdacic-Gross V., Graf, M. (2003). „État des lieux et données concernant l'épidémiologie psychiatrique en Suisse“, Neuchâtel: Obsan.

Althaus, D., Niklewski, G. Schmidtke, A., Hegerl, U. (2007). „Veränderung der Häufigkeit suicidalen Handlungen nach zwei Jahren „Bündnis gegen Depression““, Nervenarzt 2007; 78, S. 272-282.

Bachmann, N., Neuhaus, M. (2010). „Quatrième rapport sur la santé dans le canton de Berne. Inégalité des chances en santé“, Berne: Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale du canton de Berne.

Badura, B., Schröder, H., Klose, J. et al. (2009). „Arbeit und Psyche: Belastungen reduzieren – Wohlbefinden fördern. Fehlzeiten-Report 2009“, Heidelberg: Springer.

Baer, N., Frick, U., Zähringer, S. (2005). „Informations scientifiques sur la santé psychique en Suisse“, Neuchâtel: Obsan.

Baer, N., Frick, U., Fasel, T. (2009). „Dossieranalyse der Invalidisierungen aus psychischen Gründen: Typologisierung der Personen, ihrer Erkrankungen, Belastungen und Berentungsverläufe“, Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen.

Barry, M. (2001). „Promoting Positive Mental Health: Theoretical Frameworks for Practice“, International Journal of Mental Health Promotion 2001; 3 (1), S. 25-34.

Becker, P. (1997). „Prävention und Gesundheitsförderung“, in: Schwarzer, R. (Hrsg.): „Gesundheitspsychologie“, Göttingen: Hogrefe.

Begré, S., Rička, R. (2010). „Erkennen, behandeln, verhüten von Depressionen in der Grundversorgung“, Bulletin des médecins suisses 2010; 91 (8), p. 312-316.

Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen (2008). „Psychische Gesundheit am Arbeitsplatz in Deutschland“.

Bodenmann, G. (2009). „Depression und Partnerschaft. Hintergründe und Hilfen“, Bern: Hans Huber.

Brenner, H. (2006). „Arbeitslosigkeit“, in: Stoppe, G., Bramesfeld, A., Schwartz, F. (Hrsg.): „Volkskrankheit Depression“, Heidelberg/New York: Springer.

Brühlmann, T. (2010). „Burnout und Depression – Überschneidung und Abgrenzung“, Schweiz Med Forum 2010; 10 (8), S. 148-151.

Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (2005). „Arbeitsbedingtheit depressiver Störungen“, Tagungsbericht.

Commission on Social Determinants of Health CSDH (2008). „A conceptual framework for action on the social determinants of health“, Geneva: World Health Organization.

Druss, B., Schlesinger, M., Allen, H. (2001). „Depressive Symptoms, Satisfaction with Health Care, and 2-Year Work Outcomes in an Employed Population“, American Journal of Psychiatry 2001; 158 (5), S. 731-734.

Ebner, G., Kurt, H. (2009). „Papier de prise de position: doublement de la quote-part pour les personnes souffrant de maladies psychiques“. Bulletin des médecins suisses 2009; 90 (49), S. 1920-22.



- Fäh, B. (2009). „Starke Eltern – Starke Lehrer – Starke Kinder. Wie psychische Gesundheit von Eltern und Lehrer Kindern hilft“, Marburg: Tectum.
- Faller, G. (Hrsg.) (2010). „Lehrbuch betriebliche Gesundheitsförderung“, Bern: Hans Huber.
- Fröhlich-Gildhoff, K., Rönna-Böse, M. (2009). „Resilienz“, München: Reinhardt.
- Furrer, C., Bieri, O., Bachmann, R. (2004). „Berufliche Eingliederung in der Eidg. Invalidenversicherung“, Bern: Bundesamt für Sozialversicherungen.
- Graf, M., Pekruhl, U. (2007). „Quatrième enquête européenne sur les conditions de travail en 2005. Résultats choisis du point de vue de la Suisse“, Zurich: Secrétariat d'Etat à l'économie SECO.
- Guggisberg, J., Egger, T. (2008). „Evaluation du placement dans l'assurance-invalidité“, Sécurité Sociale 2008, 3, p. 157-161.
- Hegerl, U., Althaus, D., Schmidtke, A. und G. Niklewski (2006). „The alliance against depression: 2-year evaluation of a community-based intervention to reduce suicidality“, Psychological Medicine; 36 (9), S. 1-9.
- Hegerl, U., Wittmann, M., Arensman, E. et al. (2007). „The „European Alliance Against Depression (EAAD) “: A multifaceted, community-based action programme against depression and suicidality“, The World Journal of Biological Psychiatry; 9 (1), S. 1-8.
- Hawton, K., van Heeringen, K. (2009). „Suicide“, Lancet 2009; 373, S. 1352-1381.
- Hämmig, O., Jenny, G., Bauer, G. (2005). „Arbeit und Gesundheit in der Schweiz“, Neuchâtel: Obsan.
- Illés, C., Abel, T. (2002). „Psychische Gesundheit. Eine qualitative Studie im Rahmen des Projekts Nationale Gesundheitspolitik Schweiz“, Bern: Schweizerische Gesellschaft für Gesundheitspolitik.
- Kantonsärztliche Dienste Luzern (2009). „Luzerner Bündnis gegen Depression 2007-2009“, Schlussdokumentation. Luzern: Gesundheits- und Sozialdepartement. *Rapport non publié.*
- Kocher, G., Oggier, W. (Hrsg.) (2007). „Gesundheitswesen Schweiz 2007-2009. Eine aktuelle Übersicht“, Bern: Hans Huber.
- Kreis, J., Bödecker, W. (2003). „Gesundheitlicher und ökonomischer Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung und Prävention. Zusammenstellung der wissenschaftlichen Evidenz“, IGA-Report 3. BBK Bundesverband Essen und HVBG Dresden.
- Krieger, R., Graf, M. (2009). „Travail et santé. Récapitulation des résultats de l'Enquête suisse sur la santé 2007“, Zurich: Secrétariat d'Etat à l'économie SECO.
- Loeb, P. (2010). „Le traitement insatisfaisant de la dépression est-il imputable uniquement au médecin de famille?“, 91(4), S. 117-119 .
- Mann, J. J., Apter, A., Bertolote, J. et al. (2005). „Suicide prevention strategies. A systematic review“, JAMA 2005; 294 (16), S. 2064-2074.
- Meier, C. (2004). „Ökonomische Nutzen und Kosten populationsbezogener Prävention und Gesundheitsförderung“, Zürich: Institut für Sozial- und Präventivmedizin.
- Meyer, K. (Hrsg.) (2009). „La santé en Suisse. Rapport national sur la santé 2008“, Neuchâtel: Obsan.
- Müller, B. (2009). „Thurgauer Bündnis gegen Depression und Luzerner Bündnis gegen Depression: Vergleich der Bedarfsanalysen und Bevölkerungsbefragungen“, Olten: Fachhochschule Nordwestschweiz. *Rapport non publié.*



- Naidoo, J., Wills, J. (2003). "Lehrbuch der Gesundheitsförderung. Umfassend und anschaulich mit vielen Beispielen und Projekten aus der Praxis der Gesundheitsförderung", Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung.
- Narring, F., Tschumper, A. et al. (2003). „Gesundheit und Lebensstil 16- bis 20 Jähriger in der Schweiz (2002). SMASH 2002: Swiss multicenter adolescent study on health 2002, Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; Bern: Institut für Psychologie; Bellinzona: Sezione sanitaria, 2003.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (2009). "Promoting mental wellbeing through productive and healthy working conditions: guidance for employers".
- OECD (2006). „OECD rapport sur le système de santé en Suisse“, OECD / OMS.
- Office fédéral de la santé publique (2005). „Le suicide et la prévention du suicide en Suisse Rapport répondant au postulat Widmer (02.3251)“. Berne: Office fédéral de la santé publique.
- OMS (2004). „Promoting Mental Health. Concepts, Emerging Evidence, Practice“, Genève: Organisation mondiale de la Santé.
- OMS Europe (2005). „Déclaration sur la santé mentale pour l'Europe. Relever les défis, trouver des solutions“, Helsinki: OMS Europe.
- OMS Europe (2005). „Relever les défis, trouver des solutions. Relever les défis, trouver des solutions“, Helsinki: OMS Europe.
- Politique nationale suisse de la santé (2004). „Santé psychique - Projet pour une stratégie nationale visant à protéger, à promouvoir, à maintenir et à rétablir la santé psychique de la population en Suisse“, Berne: Politique nationale suisse de la santé.
- Promotion Santé Suisse (2005). „Santé psychique – stress. Bases scientifiques pour une stratégie nationale en matière de prévention du stress et de promotion de la santé psychique en Suisse“.
- Promotion Santé Suisse (2006). „Egalité des chances face à la santé. Et son rapport avec les thèmes «Santé psychique – stress» et «poids corporel sain»“.
- Public Health Schweiz (2009). „Papier de référence "Santé psychique / santé mentale"“. Berne: Public Health Schweiz.
- Ramaciotti, D., Perriard, J. (2000). "Les coûts du stress en Suisse", Zurich: Secrétariat d'Etat à l'économie SECO.
- Reisch, T., Maillart, A., Michel, K. (2007a). „Monitoring des suizidalen Verhaltens in der Region Bern“, Bern: Studie im Auftrag vom Bundesamt für Gesundheit.
- Reisch, T., Schuster, U., Michel, K. (2007b). „Suicide by jumping and accessibility of bridges: results from a national survey in Switzerland“, Suicide Life Threat Behav. 2007 Dec; 37(6), S. 681-687.
- Rička R. et al. (2006). „Conditions de travail et santé – Une orientation stratégique commune. Impulsions, résultats et recommandations issus de la Journée nationale de travail de la Politique nationale suisse de la santé le 8 septembre 2003 à Aarau“, Berne: Office fédéral de la santé publique, Secrétariat exécutif pour la politique nationale de la santé.
- Rička, R., Kickbusch, I., von Greyerz, S. (2007). „Public Health – Mehrwert durch Integration der psychischen Gesundheit“, Tiré à part du Bulletin PSY & PSY 1/07 pour la Swiss Public Health Conference des 21/22 juin 2007 à Olten.
- Rorato, M., Voll, P. (2006). „Wir sind ein Verein, wo ein Mensch auch ausfallen kann... Zur Rolle der Selbsthilfe im Zuger Bündnis gegen Depression“, Kurzfassung. Luzern: Fachhochschule Zentralschweiz.



Schaufeli, W., Enzmann, D. (1998). "The Burnout Companion to Study and Practice. A Critical Analysis", London: Taylor & Francis.

Schuler, D., Rüesch, P., Weiss, C. (2007). „La santé psychique en Suisse“, Neuchâtel: Obsan.

Sommerhalder, K., Abel, T. (2007). "Gesundheitskompetenz: Eine konzeptuelle Einordnung", Bern: Institut für Sozial- und Präventivmedizin.

Spiessl, H., Hübner-Liebermann, B., Neuner, T. et al. (2009). „Senkung der Suizide durch das „Bündnis gegen Depression““, Nervenheilkunde 2009; 28, S. 205-210.

Ulich, E., Wülser, M. (2009). „Gesundheitsmanagement in Unternehmen. Arbeitspsychologische Perspektiven“, Wiesbaden: Gabler.

Union européenne (2008). „Pacte européen pour la santé mentale et le Bien-être“.

Wicki, M. (2006). „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. Genève: Université de Genève.

<http://www.buendnis-depression.de/depression/arbeitsplatz.php>, 7.12.2009



Annexes

Annexe 1: Spécialistes interrogés

Fabienne Amstad, responsable de projet, Promotion Santé Suisse

Georg Bauer, spécialiste de la gestion de la santé en entreprise, Université et ETH Zurich

Stefan Begré, délégué du CMPR dans le réseau suprarégional AcD

Guy Bodenmann, professeur, Institut für Psychologie, Université de Zurich

Heinz Bolliger-Salzman, assistant, ISPM Berne, maître de conférences, psychothérapeute

Ulrike Borst, responsable d'AcD Thurgovie

Mathis Brauchbar, directeur d'advocacy AG

Brigitta Danuser, présidente de la Société suisse de médecine du travail

Elisabeth Débenay, responsable de la promotion de la santé et de la prévention, canton de Genève

Tony Erb, chef Mesures du marché du travail, SECO

Barbara Fäh, responsable Bachelor-Studium Soziale Arbeit FHNW

Beat Fasnacht, entrepreneur et responsable de l'Institut St-Josef Guglera

Werner Fey, directeur du bureau, AcD Berne

Jürg Gassmann, secrétaire général de Pro Mente Sana

Maggie Graf, cheffe Travail et santé, SECO

Philippe Granget, conseiller scientifique, Direction générale de la santé, canton de Genève

Barbara Hochstrasser, présidente du Réseau suisse d'experts sur le burnout

Dieter Kissling, directeur de l'Institut für Arbeitsmedizin Baden

Ursula Koch, cheffe de la section Alcool et tabac, OFSP

Markus Krähenbühl, médecin militaire, district Est

Daniela Krneta, vice-présidente d'AcD Berne

John Kummer, président-fondateur d'Equilibrium

Hans Kurt, président de la SSPP et d'Alliance Santé psychique Suisse

Pierre Loeb, président de l'ASMPP

Rita Meyer, membre d'Equilibrium

Konrad Michel, Psychiatrische Poliklinik der UPD Berne

Dario Mordasini, responsable Sécurité au travail / protection de la santé, Unia

Marc Müller, président du CMPR et de Médecins de famille Suisse

Jacques Reiner, personne touchée, membre du comité directeur, Ipsilon

Thomas Reisch, spécialiste du suicide, membre d'AcD Berne

Stefan Ritler, président de la COAI, vice-directeur désigné de l'OFAS

Claude-François Robert, médecin cantonal, Neuchâtel



Hans-Peter Roost, membre du comité directeur, AcD Lucerne

Roy Salveter, chef de la division Programmes nationaux de prévention, OFSP

Alice Scherrer, membre du comité directeur, AcD Appenzell-Rhodes extérieures

Bettina Schulte, vice-directrice de Promotion Santé Suisse

Roland Stähli, délégué à la promotion de la santé, canton de Zurich

Thomas Steffen, responsable promotion de la santé et prévention, canton de Bâle-Ville

Andreas Stettbacher, médecin en chef de l'armée

Margot Vanis, spécialiste stress et mobbing au poste de travail, SECO

Lukas Weber, responsable de projet, Promotion Santé Suisse

Barbara Weil, secrétaire générale d'Ipsilon

Sabine Wiederkehr, HR Project Manager Alsthom Suisse

Marc Wülser, Institut für Arbeitsforschung und Organisationsberatung iafob



Annexe 2: Liste de questions

- (1) Date et lieu de l'**interview**, personne posant les questions.
- (2) **Personne interrogée**: nom, prénom, fonction, institution, profil professionnel.
- (3) Quelle relation avez-vous avec le thème de la **dépression**? Quel est votre engagement (personnel) dans ce domaine?
- (4) Avez-vous déjà fait des expériences avec le concept „**Alliance contre la dépression (AcD)**“? Si oui, dans quel cadre?
- (5) Considérez-vous le concept „**Alliance contre la dépression (AcD)**“ comme pertinent? Quelles forces et faiblesses voyez-vous dans le concept AcD par rapport à d'autres concepts ou approches (prévention du suicide, santé psychique en général, promotion de la santé en général, compétence santé, autres)?
- (6) Avez-vous des remarques sur certaines **modalités** de la mise en œuvre du concept „AcD“ (attribution de la direction, des responsabilités et du secrétariat, conception de la collaboration avec le domaine, mécanismes de financement, etc.)?
- (7) Considérez-vous comme pertinent un **élargissement** de l'AcD à d'autres **régions** ou cantons de la Suisse? Pour quelles raisons?
- (8) Quelles **institutions partenaires** pourraient entrer en ligne de compte pour un élargissement de l'AcD (de façon générale, ou institutions partenaires avec lesquelles vous travaillez déjà dans un autre contexte)?
- (9) Considérez-vous comme pertinent un **élargissement/renforcement** de l'AcD en direction de la **santé au travail**? Quelles limites y voyez-vous?
- (10) Quelles mesures concrètes pourriez-vous vous figurer à cet égard?
- (11) Voyez-vous des limites à l'application du concept en entreprise? A quels aspects faudrait-il particulièrement veiller?
- (12) Comment jugez-vous les possibilités d'une meilleure intégration de **personnes sans emploi** dans les activités de l'AcD? A quoi faudrait-il particulièrement veiller en pareil cas?
- (13) Comment jugez-vous les possibilités d'une meilleure intégration des **offices cantonaux AI** dans les activités de l'AcD? A quoi faudrait-il particulièrement veiller en pareil cas?
- (14) Comment jugez-vous les possibilités d'une meilleure prise en compte des besoins des **personnes âgées** dans les activités de l'AcD? Avec quelles organisations/institutions faudrait-il ici en priorité chercher le contact?
- (15) Comment jugez-vous les possibilités d'une meilleure prise en compte des besoins des **migrants** dans les activités de l'AcD? Avec quelles organisations/institutions faudrait-il ici en priorité chercher le contact?
- (16) Comment jugez-vous les possibilités de mieux intégrer les **centres de conseil aux mères et aux pères** (dépressions postnatales) dans les activités de l'AcD? Avec quelles organisations/institutions faudrait-il ici en priorité chercher le contact?
- (17) Comment évaluez-vous le bien fondé d'une **perspective spécifique au genre** dans l'élargissement de l'AcD? Dans quels domaines liés au thème de la dépression faut-il particulièrement prendre en considération la question du genre?
- (18) Comment jugez-vous les possibilités d'une meilleure intégration **des écoles et des associations** (loisirs sportifs, culturels, etc.) dans les activités de l'AcD? Avec quelles organisations/institutions faudrait-il ici en priorité chercher le contact?



- (19) Avez-vous des suggestions concernant l'intégration et le soutien d'**autres groupes-cibles**: personnes ayant tenté de se suicider, victimes d'addictions, détenus, proches d'une personne qui s'est suicidée, ou autres?
- (20) Connaissez-vous les matériaux de l'AcD mis à disposition par l'OFSP ? Travaillez-vous avec ces matériaux? Si oui, lesquels? Avez-vous des suggestions sur les **documents de formation et de soutien et sur les matériaux** qui devraient ou pourraient être utilisés dans l'AcD?
- (21) Avez-vous des suggestions relatives à la **conception, la structure et l'organisation** du réseau AcD?
- (22) Quels rôles et tâches voyez-vous pour les **autorités** fédérales, cantonales et communales ainsi que pour les services publics (services de santé, services de sauvetage, services sociaux, police et autres) dans les efforts en vue d'améliorer la façon d'aborder de la dépression?
- (23) Avez-vous des remarques sur les rôles et sur l'engagement de **milieux privés** déterminés dans ces efforts: médecins de famille, psychiatres, psychologues, églises / assistance spirituelle, entreprises, assurances, médias, organisations d'entraide, organisations de proches, ... ?
- (24) Que pensez-vous d'une collaboration **OFSP – CDS – Promotion Santé Suisse** dans un élargissement et un approfondissement recherchés de l'AcD ?
- (25) Avez-vous des suggestions relatives au **financement** des activités de l'AcD et du réseau?
- (26) Avez-vous des suggestions ou des remarques sur **le suivi scientifique, le monitoring, et la gestion des connaissances** dans le domaine de l'approche de la dépression?
- (27) Quels autres **éléments ou domaines** devraient encore retenir l'attention lors des futurs travaux dans le réseau „AcD“?
- (28) Quelles autres **personnes de référence** devraient à votre avis encore être interrogées?
- (29) Quelles autres **sources d'information** devrions-nous encore considérer en vue d'affiner notre concept de projet?
- (30) Existe-t-il des **documents** que vous pourriez de votre côté nous mettre à disposition ?
- (31) Avez-vous d'autres remarques à formuler?

■