

**VERS UNE POLITIQUE NATIONALE DE LA SANTE ?
EVALUATION D'UN PROJET DE MISE EN RESEAU
DES CANTONS ET DE LA CONFEDERATION DANS LE
DOMAINE DE LA SANTE**

RAPPORT FINAL

Katia Horber-Papazian, professeure
Laurent Thévoz, collaborateur scientifique
Riccarda Schaller, assistante
avec la collaboration de
Améli de Fossey, assistante
Stéphane Luyet, assistant

JUIN 2004

Table des matières

Avant-propos	4
Liste des abréviations	5
Bref résumé	6
Kurzübersicht	8
Résumé détaillé	10
Zusammenfassung	18
1 L'organisation du rapport et un bref rappel du mandat	27
1.1 Question d'évaluation	28
1.2 La démarche permettant de récolter l'information	29
1.3 Le cadre d'analyse	30
2 Une rétrospective factuelle : phases de développement et processus d'apprentissage organisationnels	33
2.1 De l'idée aux premières pratiques de coordination : ambitions	33
2.2 Du discours au projet : pragmatisme	36
2.3 Première consolidation du processus en faveur de la PNS sous la houlette du groupe de mandat	37
2.4 Des tensions dans le processus	38
2.5 Réorganisation du projet PNS	39
2.6 De la verticalité à l'horizontalité : expériences d'établissement	41
2.7 Contenu et processus : deux dynamiques parallèles d'institutionnalisation de la politique nationale de la santé	42
2.7.1 Visibilité et légitimation croissante	42
2.7.2 Deux pas en arrière, un pas en avant : la révision du cadre de travail et la fin du projet PNS	45
2.8 Synthèse : la dynamique d'apprentissage	48
2.8.1 La dynamique du point de vue du contenu	48
2.8.2 La dynamique du point de vue des acteurs	49
3 Les activités déployées par le projet : une perspective analytique sur le développement du consensus	51
3.1 Selective goods : l'affiliation par intérêt pour des services	51
3.1.1 L'Observatoire de la santé (Obsan)	51

3.1.2	Le « tableau de bord »	58
3.1.3	Synthèse et évaluation des effets d'incorporation de l'Obsan et du « tableau de bord »	60
3.2	La création d'une communauté thématique : l'affiliation et le consensus par une vision commune	62
3.2.1	Les journées thématiques	62
3.2.2	Le thème de la santé psychique	69
3.2.3	Synthèse : les projets thématiques comme moteurs de création d'un consensus autour du projet PNS	80
3.3	L'identité élargie : le développement d'une communauté de projet et l'affiliation par responsabilisation	81
3.3.1	La plate-forme de dialogue	81
3.3.2	Excursus : Le projet PNS comparé avec deux initiatives similaires - la Conférence universitaire suisse (CUS) et la Conférence tripartite sur les agglomérations (CTA)	91
3.3.3	Synthèse	96
4	Synthèse : potentiels et limites de la politique nationale de la santé	99
4.1	L'évolution de la reconnaissance du besoin d'une politique nationale de la santé	99
4.2	L'évolution de l'adhésion à la politique nationale de la santé	100
4.3	La dynamique organisationnelle du projet PNS	101
4.4	Recommandations	102
	Liste des tableaux et des figures	106
	Annexes	107
	Annexe 1 : Observations participantes	107
	Annexe 2 : Liste des personnes consultées pour cette évaluation	108
	Annexe 3 : Documents utilisés pour la réalisation de l'évaluation	109
	Annexe 4 : Enseignements des évaluations 1999-2003	121
	Annexe 5 : Chronologie des principaux événements du projet PNS	123
	Annexe 6 : Liste et provenance des mandats de l'Obsan	133
	Annexe 7 : Evaluation de la journée d'Aarau 2003	134
	Bibliographie	147

Avant-propos

Ce rapport d'évaluation fait suite aux évaluations réalisées par une équipe de l'unité de politique locale et d'évaluation des politiques publiques de l'Idheap. Toutes les analyses ont eu pour objectif d'évaluer l'évolution de la reconnaissance d'un besoin d'une Politique nationale de la santé, l'évolution de la définition de cette politique et les apports du projet « Politique nationale suisse de la santé » à ce processus. Les conclusions et les recommandations issues de ces travaux antérieurs ont été présentées à l'organe responsable de cette politique, à savoir le Comité de pilotage du projet « Politique nationale suisse de la santé » qui les a acceptées.

Le présent rapport couvre, tout en les approfondissant, les développements récents de la politique nationale de la santé et vise une rétrospective d'un processus commencé en 1998 qui a abouti fin 2003 à la signature d'une Convention entre la Confédération et les cantons.

Les événements postérieurs au 31 décembre 2003 ne sont pas pris en compte, notamment la mise en place du Dialogue de politique nationale de la santé selon la Convention du 15 décembre 2003, la consultation sur la stratégie pour la santé psychique et la réorganisation en cours de l'OFSP.

Structuré autour des mêmes questions d'évaluation que les précédentes études, ce rapport doit permettre de comprendre le chemin parcouru et de porter un regard évaluatif sur les événements et projets menés sous l'égide du projet « Politique nationale suisse de la santé » pour l'ensemble de la période de novembre 1998 à décembre 2003 avec un accent particulier sur les années 2001 à 2003.

Tout au long de ses travaux, l'équipe d'évaluation a bénéficié d'un accès privilégié à l'ensemble des données et aux acteurs impliqués dans le processus. Nous tenons ici à remercier chacun du temps et de l'appui qu'il a bien voulu nous accorder. La rédaction de ce dernier rapport a bénéficié de façon substantielle de l'apport et des connaissances du professeur Sandro Cattacin de l'Idheap auquel nous adressons nos plus vifs remerciements.

KHP, juin 2004

Liste des abréviations

ACS	Association des communes suisses
CDC	Conférence des gouvernements cantonaux – KDK en allemand
CDS	Conférence des directeurs cantonaux de la santé
CF	Conseil fédéral
CRUS	Conférence des recteurs universitaires suisses
CTA	Conférence tripartite sur les agglomérations
CT-CVA	Communauté de travail paritaire cantons-villes-agglomérations, créée par la CDC et l'UVS
CUS	Conférence universitaire suisse
DFI	Département fédéral de l'intérieur
FMH	Fédération des médecins suisses
KDK	Voir CDC
LAMal	Loi fédérale sur l'assurance-maladie
LAU	Loi fédérale d'aide aux Universités
NPF	Nouvelle péréquation financière
Obsan	Observatoire de la Santé
OFAS	Office fédéral des Assurances Sociales
OFES	Office fédéral de l'éducation supérieure
OFSP	Office fédéral de la santé publique
projet PNS	Projet Politique Nationale suisse de la Santé - Ensemble du dispositif constitué pour mettre sur pied une Politique suisse de la santé
SSSP	Société suisse de santé publique
UVS	Union des villes suisses

Bref résumé

Vers une politique nationale de la santé ? Evaluation d'un projet de mise en réseau des cantons et de la Confédération dans le domaine de la santé

Thématique. Le rapport a abordé le développement du projet « Politique nationale de la santé » (projet PNS) sous deux angles: d'un côté par une reconstruction historique des changements majeurs intervenus tant du point de vue du contenu que du point de vue organisationnel depuis le début du projet en 1998 jusqu'à la fin 2003. De l'autre côté, par une logique plus analytique, en évaluant la contribution des divers instruments mis en place par le projet PNS pour la création d'une adhésion des acteurs principaux à une coordination dans le domaine de la politique de la santé.

Résultats. Les résultats de ce processus sont à première vue positifs. En effet, le projet PNS est passé d'un concept à une réalité de coordination et à la signature d'une Convention fin 2003 entre les cantons et la Confédération. La démarche a abouti à une institutionnalisation et à une adhésion de tous les cantons à un processus de dialogue. Pour parvenir à ce résultat le projet PNS s'est appuyé sur des instruments qui ont entraîné des effets constructifs sur l'adhésion des partenaires à une idée phare, qui est la coordination dans le domaine de la politique de la santé. Ces instruments ont déployé leurs effets dans leur combinaison :

- Par le développement de services nationaux comme l'Observatoire de la santé, le projet PNS a gagné en *attractivité* ;
- une *attractivité* qui s'est transformée en *identité commune* par l'organisation régulière de journées thématiques et la promotion notamment d'une stratégie commune dans le domaine de la santé psychique et
- en *identité de projet* par l'implication des acteurs centraux dans des structures décisionnelles (du groupe de pilotage à l'institutionnalisation du dialogue par la Convention du 15 décembre 2003).

En analysant de façon plus approfondie l'histoire du projet PNS, nous arrivons par contre à une image plus mitigée. Tout d'abord, l'adhésion de tous les acteurs à une coordination a été obtenue par la recherche du plus petit dénominateur commun qui a entraîné le redimensionnement des ambitions

tant du point de vue du contenu que du point de vue de l'infrastructure organisationnelle. A la place d'une coordination sur une politique globale ou sur une série de politiques partielles, le projet se retrouve aujourd'hui devant un ensemble de thématiques amorcées et sans agenda établi pour les futures étapes. A la place d'un ensemble d'instruments d'action coordonnés, la politique nationale de la santé ne dispose que d'instruments à portée limitée, sans réelle capacité de développer une action commune. Ainsi, l'Observatoire de la santé s'est toujours plus autonomisé du reste du processus et ne peut que très partiellement être mis à contribution pour un projet commun. Quant au « tableau de bord », véritable instrument de mise en relation des politiques, il n'a pas encore vu le jour sous une forme opérationnelle.

Recommandations. Le fait que la fin de cette évaluation corresponde à une nouvelle phase de (re-)lancement de la politique nationale de santé rend relativement difficile la formulation de recommandations. Nous pouvons cependant formuler deux scénarios possibles de développement, en soulignant que la future politique nationale de la santé dépendra de l'engagement de l'acteur central qu'est la Confédération pour sa promotion. Les cantons ont en effet atteint le but principal qu'ils recherchaient, à savoir le dialogue au sommet comme partenaires à égalité.

C'est donc à la Confédération qu'il revient de définir une orientation à moyen terme et un plan d'action pour sa réalisation. Ce plan d'action ne devrait pas abandonner les acquis communs et se baser sur les instruments déjà engagés et en cours de développement, en particulier l'Observatoire de la santé, les journées thématiques, la stratégie dans le domaine de la santé psychique ainsi que la mise en route d'un « tableau de bord », base de toute coordination future. Cela exigerait également de la Confédération qu'elle procède à une concertation interne de sorte à pouvoir négocier avec les cantons sur un agenda cohérent et commun et non pas sur une addition de demandes isolées émanant de chaque office.

Si cette prise de responsabilité ne se produit pas, la Convention signée le 15 décembre 2003 n'aura comme effet que l'instauration de nouvelles portes d'entrée pour un lobby des cantons, pouvant dans le pire des cas affaiblir encore plus la capacité d'action de la Confédération dans le domaine de la santé.

Kurzübersicht

Entwicklung einer nationalen Gesundheitspolitik? Evaluation eines Projekts zur Vernetzung der Kantone und des Bundes im Bereich der Gesundheitspolitik

Themenkreis. Im Bericht wird die Entwicklung des Projekts «Nationale Gesundheitspolitik Schweiz» (Projekt NGP) unter zwei Gesichtspunkten betrachtet: Zum einen werden die wichtigsten inhaltlichen und organisatorischen Veränderungen ab der Lancierung des Projekts im Jahr 1998 bis zu seinem Abschluss im Jahr 2003 in chronologischer Abfolge beschrieben. Zum anderen wird analysiert, welchen Beitrag die verschiedenen, im Rahmen des Projekts NGP geschaffenen Instrumente geleistet haben, um die Zustimmung der Hauptakteure zur Koordination im Bereich der Gesundheitspolitik zu fördern.

Resultate. Die Resultate dieses Prozesses sind auf den ersten Blick positiv. Das Projekt NGP entwickelte sich von einem Konzept zu einer tatsächlichen Koordination und führte Ende 2003 zur Unterzeichnung einer Vereinbarung zwischen den Kantonen und dem Bund. Im Rahmen des Projekts wurde ein Dialogprozess institutionalisiert, der bei allen Kantonen auf Zustimmung stiess. Dazu stützte sich das Projekt NGP auf Instrumente, die sich konstruktiv auf die Zustimmung der Partner zu einer Leitidee, der Koordination im Bereich der Gesundheitspolitik, auswirkten. Diese Instrumente entfalteten durch ihre Kombination eine Wirkung:

- Durch den Aufbau von nationalen Leistungsangeboten wie dem Gesundheitsobservatorium wurde das Projekt NGP *attraktiver*.
- Aus dieser Attraktivität entstand durch die regelmässige Organisation von themenbezogenen Tagungen und die Förderung einer gemeinsamen Strategie, namentlich im Bereich der psychischen Gesundheit, eine *gemeinsame Identität* und
- durch den Einbezug der zentralen Akteure in die Entscheidungsstrukturen (von der Steuerungsgruppe bis zur Institutionalisierung des Dialogs durch die Vereinbarung vom 15.12.2003) eine *projektbezogene Identität*.

Eine eingehendere Analyse der Entwicklung des Projekts NGP ergibt jedoch ein weniger günstiges Bild. Zunächst wurde die Zustimmung aller Akteure zu einer Koordination erreicht, indem der kleinste gemeinsame Nenner bestimmt wurde. Daher mussten die Ziele sowohl in inhaltlicher Hinsicht als auch in Bezug auf die organisatorische Infrastruktur heruntergeschraubt werden. Anstelle einer Koordination der Gesamtpolitik

oder der Politik in verschiedenen Teilbereichen sieht sich das Projekt heute mit einer Vielzahl von Themen konfrontiert, an denen die Arbeit aufgenommen wurde und für die kein Zeitplan für die weiteren Phasen vorliegt. Statt eines Pakets von koordinierten Instrumenten verfügt die nationale Gesundheitspolitik nur über Einzelinstrumente von beschränkter Tragweite, mit denen es kaum möglich ist, ein gemeinsames Vorgehen zu entwickeln. Vor allem das Gesundheitsobservatorium hat sich gegenüber dem übrigen Prozesses zunehmend verselbstständigt und kann nur in sehr beschränktem Ausmass für ein gemeinsames Projekt genutzt werden. Das Tableau de bord, das als Instrument zur Vernetzung der politischen Strategien dienen sollte, konnte noch gar nicht in Betrieb genommen werden.

Empfehlung. Da der Abschluss dieser Evaluation mit einer Phase der (Neu-)Lancierung der nationalen Gesundheitspolitik zusammenfällt, ist es relativ schwierig, Empfehlungen abzugeben. Es kann von zwei möglichen Szenarien für die weitere Entwicklung ausgegangen werden, wobei zu betonen ist, dass die künftige nationale Gesundheitspolitik vom Engagement des Bundes abhängen wird, der für ihre Förderung von zentraler Bedeutung ist. Denn die Kantone haben ihr Hauptziel, den Dialog auf höchster Ebene als gleichberechtigte Partner, erreicht.

Somit muss der Bund eine mittelfristige Ausrichtung und einen Aktionsplan für die Umsetzung festlegen. Dieser Aktionsplan sollte die gemeinsamen Errungenschaften nicht aufgeben und sich auf die Instrumente stützen, die bereits eingeführt wurden oder gegenwärtig entwickelt werden: insbesondere das Gesundheitsobservatorium, die themenbezogenen Tagungen, die Strategie im Bereich der psychischen Gesundheit sowie die Einführung eines Tableau de bord, das die Grundlage für jede künftige Koordination bildet. Dies setzt auch voraus, dass der Bund intern eine Einigung erzielt, damit er mit den Kantonen über einen kohärenten gemeinsamen Arbeitsplan verhandeln kann, nicht über verschiedene isolierte Forderungen der einzelnen Ämter.

Falls diese Übernahme von Verantwortung nicht erfolgt, wird die Vereinbarung vom 15.12.2003 bloss zur Folge haben, der Lobby der Kantone neue Eintrittspforten zu öffnen, was schlimmstenfalls die Handlungsfähigkeit des Bundes im Gesundheitsbereich noch weiter beeinträchtigen könnte.

Résumé détaillé :

Vers une politique nationale de la santé ? Évaluation d'un projet de mise en réseau des cantons et de la Confédération dans le domaine de la santé

1. Introduction

But et cadre temporel de l'évaluation. Les activités déployées de novembre 1998 à décembre 2003 (mais particulièrement de 2001 à 2003) par le projet « politique nationale suisse de la santé » (abrégé sous le nom de Projet PNS) sont au centre de cette évaluation. Le but principal de celle-ci était de suivre les dynamiques d'adhésion des acteurs centraux – notamment les cantons et la Confédération – à un projet commun de coordination politique dans le domaine de la santé et de rendre compte de ce processus.

Objet de l'évaluation. L'objet de l'évaluation est l'évolution de la reconnaissance du besoin d'une politique nationale de la santé et par là, la convergence des positions des différents acteurs, ainsi que l'évolution de la définition d'une politique nationale de la santé et le processus qui permet cette construction.

Questions d'évaluation. L'évaluation s'articule autour de trois questions :

- Quelle est l'évolution de la reconnaissance du besoin d'une politique nationale de la santé ?
- Quelle est l'évolution de l'adhésion à la politique nationale de la santé ?
- Quelle est la dynamique organisationnelle du projet PNS et sa contribution à la définition d'une Politique nationale de la santé ?

2. Méthode / déroulement de l'étude

L'information permettant de répondre aux questions posées, a été récoltée à partir d'observations, d'analyse de documents et d'entretiens:

- L'équipe d'évaluation a été autorisée à assister aux réunions des ateliers organisés sous l'égide du projet PNS dans le cadre notamment de la préparation des activités dans le domaine de la « santé psychique » et de

l'« *empowerment* », ainsi qu'aux réunions de la Conférence des directeurs cantonaux de la santé et aux Conférences et Journées de travail nationales de la politique de la santé ce qui lui a permis de produire des documents d'observation.

- L'analyse des procès verbaux, de rapports de séances, des documents de travail et de décision, des moyens de communication et de rapports d'études a fait l'objet d'une analyse de contenu.
- De 2002 à 2003, une douzaine de personnes ont été interviewées (dont certaines plusieurs fois). Ces entretiens ont été réalisés auprès des acteurs clés du processus analysé.

L'évaluation a été menée parallèlement à la construction d'un consensus autour de la définition d'une politique nationale de la santé, donc de 1999 à fin 2003. Ceci a impliqué pour l'équipe d'évaluation de s'adapter aux modifications de calendrier et de priorités du projet et par là de travailler dans le cadre d'un design relativement flexible.

3. Résultats et discussion

Les trois questions qui structurent l'évaluation sont reprises pour présenter cette synthèse.

3.1 L'évolution de la reconnaissance du besoin d'une politique nationale de la santé

Depuis le démarrage du processus, des instruments ont été créés, ils sont au service des partenaires. Il s'agit en particulier de l'Observatoire de la santé que le projet PNS a permis de construire et de la convention sur la politique nationale de la santé signée en 2003 qui institutionnalise le dialogue entre la Confédération et les cantons par le biais de 2 à 3 réunions par an.

En dehors de ces pas importants force est de constater qu'il n'existe pas actuellement d'opération concrète de collaboration en matière de politique nationale de la santé. La convention ne prévoit pour l'instant pas d'agenda d'actions, pas plus que de domaines dans lesquels Confédération et cantons souhaitent collaborer. Le tableau de bord qui aurait dû permettre d'avoir une vision globale des actions dans le domaine de la santé au niveau national est un projet difficile à mettre en place face notamment au scepticisme des cantons à s'engager à son égard. Des réflexions sont menées entre acteurs nationaux et cantonaux sur différents thèmes, dont en particulier le thème « santé et travail » et celui de « santé psychique », sans que pour l'instant ne se dégage la volonté d'agir selon une ligne commune. La dynamique qui était

souhaitée entre l'Observatoire de la santé et le projet PNS n'a, elle non plus, pas pu être développée faute de projets communs et de dynamiques conjointes.

3.2 L'évolution de l'adhésion à la politique nationale de la santé

On peut observer que malgré tous les efforts dispensés par le projet PNS il n'est à ce jour pas possible de constater une évolution décisive dans la direction d'une reconnaissance du besoin d'une politique nationale de la santé. Des pas importants ont certainement été faits en direction de l'inclusion d'une partie croissante de cantons et, notamment à travers la représentation et l'implication de la Conférence des directeurs cantonaux de la santé dans cette démarche. Il en va de même du côté de la Confédération et de ses offices, où cette politique a été reconnue comme un élément central de son développement stratégique.

Néanmoins, des réticences continuent à exister tant au niveau de la Confédération où le changement de direction au sein du Département fédéral de l'intérieur a temporellement freiné le développement de la politique nationale de la santé, qu'au niveau des cantons. En effet, la plupart des cantons réticents au début de la démarche, le sont encore aujourd'hui. Si la majorité d'entre eux est ouverte au dialogue avec la Confédération, c'est toujours et principalement pour aborder les questions qui les préoccupent, en particulier la Loi sur l'Assurance Maladie et les coûts de la santé, et pour être associés plus étroitement au processus de décision. La mise en place d'un dialogue équivaut pour eux au renforcement de leur consultation et à un espace nouveau d'expression plutôt qu'à la concertation pour des actions communes et à la coordination des actions au niveau national.

Les *journées nationales* qui devaient être l'élément central de mobilisation des acteurs et de leur sensibilisation à la question de la politique nationale de la santé n'ont pas réussi à mobiliser ceux pour lesquels dans un premier temps elles étaient conçues : les décideurs. Par contre, elles ont démontré leur force dans la mise en relation des partenaires et dans la création d'un apprentissage de collaboration, moins dans les journées elles-mêmes, que dans les différentes phases qui caractérisaient la réalisation de ces journées (groupes de travail, contacts préalables avec les *stakeholders*, activités de valorisation suites aux journées).

Le signe marquant de ce processus d'apprentissage en matière de collaboration est la création d'identités communes autour de thèmes précis de portée nationale ainsi que le fait que ces manifestations se sont peu à peu

ouvertes à des représentants d'autres milieux qui, très satisfaits de cette initiative, viennent renforcer le nombre et la diversité des participants. Ces journées perdent cependant leur caractère de rencontre entre autorités politiques cantonales et fédérales responsables de la mise sur pied de la politique nationale de la santé et rendent leur dialogue plus difficile.

Cette lente évolution de l'adhésion des acteurs explique finalement qu'un consensus minimal sur la continuation du projet PNS s'installe, favorisant la mise en place de solutions non-contraindantes notamment pour les cantons. Les cantons réticents à l'engagement définissent donc ce seuil minimal d'adhésion. Ainsi, la participation à l'Observatoire de la santé reste sur une base totalement volontaire et la Convention institutionnalise un dialogue politique, sans aucun engagement pour les cantons et sans aucune structure intermédiaire. Tout au long du processus, l'accent a été mis sur des domaines où les parties avaient des compétences conjointes ou complémentaires plutôt que sur les domaines où leurs actions pouvaient se conjuguer, parce que de part et d'autre elles avaient atteint leur limite de compétence. Cette stratégie des petits pas n'a cependant pas permis de rallier les acteurs réticents. De plus, toutes les initiatives qui ont pu être concrétisées – création de l'Observatoire de la santé, mise sur pied d'une structure de projet – l'ont été grâce à l'investissement fort, en particulier financier de la Confédération.

3.3 La dynamique organisationnelle du projet PNS

Le projet PNS a fortement contribué à la création de l'Observatoire de la santé et à la signature de la convention pour lesquels il a facilité et appuyé tous les efforts de concertation. Il a également à travers sa stratégie de communication et les manifestations qu'il a contribué à mettre sur pied permis de poser la question de la coordination et de la recherche de cohérence entre les actions des acteurs fédéraux et cantonaux dans le domaine de la santé. Dans un contexte peu favorable, marqué par une concurrence des compétences entre cantons et Confédération en matière de politique de la santé, le projet PNS a cependant été tout au long du processus à la recherche d'une légitimité.

Ce déficit de légitimité a entravé les activités de coordination du projet PNS. Plutôt que de s'opposer systématiquement à ses activités les cantons réfractaires se sont contentés d'être passifs et d'attendre ses propositions pour manifester leur opposition au moment des prises de décision, et finalement pour obtenir la suppression de toute structure intermédiaire (ou opérationnelle).

Du côté du Département fédéral de l'intérieur, la structure intermédiaire, décidée pour dynamiser la mise en place de la politique nationale de la santé, a perdu son soutien avec le refus de l'engagement financier des cantons et

aussi très probablement à cause des changements que vit le Département fédéral de l'intérieur amenant des ambivalences dans l'orientation stratégique quant au projet PNS (nouveau chef de département, restructuration de l'Office fédéral de la santé publique).

Cela étant, même si les cantons restent divisés et la Confédération titubante, la dynamique d'adhésion a renforcé la position de la Conférence des directeurs cantonaux de la santé qui s'est transformée en partenaire constant du Département fédéral de l'intérieur dans ce domaine et qui a repris une tâche de coordination des cantons en renforçant son potentiel de coordination. Il faut souligner que tout ce travail n'aurait probablement pas pu être accompli sans le concours actif du comité de la Conférence des directeurs cantonaux de la santé et de son secrétariat général, en particulier. C'est la Conférence des directeurs cantonaux de la santé qui a en effet ouvert le canal de la communication avec les responsables politiques des cantons et qui a permis d'arriver à un accord entre eux. La Conférence des directeurs cantonaux de la santé a également assuré le contact avec les conseillers d'État et elle a su les mobiliser pour les intéresser à la mise en place de la convention tant lors des assemblées de la Conférence des directeurs cantonaux de la santé, des séances du comité directeurs de la Conférence des directeurs cantonaux de la santé que lors de la réalisation d'une enquête écrite. Du point de vue organisationnel, le projet PNS a donc amené une différenciation du champ d'action en donnant un rôle majeur à la Conférence des directeurs cantonaux de la santé.

4. Conclusions

Cette évaluation couvre toute la période de développement d'une politique nationale de la santé jusqu'à fin 2003. Les effets des dernières décisions qui ont donc comme conséquence une institutionnalisation du projet PNS n'ont par contre pas pu être évalués, parce que la convention est entrée en vigueur à partir de janvier 2004. Il est donc difficile de formuler des recommandations sur une dynamique nouvelle.

Nous nous limiterons donc à la formulation de deux brefs scénarios de développement qui mettent en évidence les potentiels et les risques de la convention en partant des repères issus de cette évaluation. En effet, si la décision de transformer le projet PNS en une plate-forme de dialogue institutionnalisée garantit un lieu de coordination, elle ne pourra déployer ses effets que si les parties engagées sont disposées à en exploiter le potentiel.

5. Recommandations – deux scénarios

Le scénario « positif ». La politique nationale de la santé dispose avec la convention signée par les cantons et la Confédération, et en particulier avec le dialogue institutionnalisé et les dispositions qui l'accompagnent, d'une plateforme pour la promotion de la collaboration au service de la politique nationale de la santé. Elle a une légitimité forte, qui provient de son mérite d'être le fruit d'un accord entre l'ensemble des cantons et la Confédération et de répondre à un besoin partagé de dialogue.

Cette plate-forme a aussi défini les modalités de la préparation de ses décisions et de leur portée. Elle leur reconnaît aussi le maximum de liberté quant à la manière d'organiser l'élaboration des travaux de base jugés nécessaires et donc de tirer parti de la capacité des institutions existantes, y compris l'Observatoire de la santé. Elle est donc en mesure d'assurer la conduite stratégique de la collaboration entre les cantons et la Confédération.

Parmi ces potentiels, il y a donc *l'agenda setting* que la Confédération peut décider avec la Conférence des directeurs cantonaux de la santé, cette dernière étant renforcée par la politique nationale de la santé dans son rôle de représentation. L'agenda a deux dimensions : les thèmes et le temps. Pour les thèmes, il serait nécessaire de s'appuyer sur les développements des dernières années, en essayant de sortir de ces chantiers des actions concrètes, basées sur des objectifs précis. A cet égard, il faudrait évidemment capitaliser les investissements faits jusqu'à présent dans la coordination thématique, notamment dans le domaine de la santé psychique.

Pour permettre une dynamique, il sera nécessaire de définir lors des rencontres de dialogue un programme de réalisation de ces objectifs. Ce *timing* devra s'appuyer sur des acteurs-clés prenant en charge la réalisation de ces objectifs. Cette responsabilisation par des actions ne peut évidemment pas être imposée, mais demandera une capacité de persuasion et de négociation de la part des promoteurs principaux du dialogue – la Confédération et la Conférence des directeurs cantonaux de la santé. Une préparation détaillée des rencontres, ainsi qu'une compétence de modération sont donc nécessaires pour garantir une dynamique constructive du dialogue institutionnalisé par la convention Confédération-cantons. Ce rôle de modérateur ne pourra être assumé que par la Confédération à cause des structures de communication différentes entre Confédération et Conférence des directeurs cantonaux de la santé. En effet, alors que la Confédération peut décider par un effort de coordination interne de parler d'une seule et même voix dans le dialogue et de représenter ses intérêts, la Conférence des directeurs cantonaux de la santé doit s'assurer de façon systématique d'être suivie par ses membres.

Nous pensons qu'un tel engagement de la Confédération pourrait aussi relativiser les positions cantonales cherchant à éviter tout engagement financier. Ce potentiel devra donc composer avec la question de la capacité des deux parties à préparer le dialogue et à en assurer le suivi. En effet, avec le rapatriement de la direction du projet PNS au sein de l'Office fédéral de la santé publique, les cantons et la Conférence des directeurs cantonaux de la santé en particulier, se retrouvent avec une capacité de préparation et de négociation plus limitée que celle de la Confédération, en terme de moyens et de ressources, pour le moins.

Soulignons encore que l'insertion de l'Observatoire de la santé dans la convention et en particulier la définition paritaire des domaines stratégiques de l'Observatoire de la santé offrent de réelles possibilités de synergie entre ces deux instruments pour la politique nationale de la santé, en particulier grâce à la participation de l'ensemble des cantons et le gain de légitimité qu'elle confère aux accords entre les parties.

Le scénario « négatif ». Ce scénario de maximisation des potentiels peut être opposé à un autre scénario, « négatif », dans lequel les cantons et la Confédération ne tirent pas profit du potentiel qu'ils ont eux-mêmes créé en signant la convention sur la PNS. Ce scénario pourrait se réaliser si au niveau politique, la politique nationale de la santé – qui représente un investissement – est mis au deuxième plan, pour épargner des ressources (financières et en personnel) ou pour concentrer les efforts sur d'autres dossiers, notamment la Loi sur l'Assurance Maladie qui peut créer des surcharges sur la gestion de la politique de la santé de l'Office fédéral de la santé publique dues à l'incorporation de la gestion de l'assurance maladie dans cet office. Ce scénario peut aussi se réaliser par une simple sous-estimation du dossier « politique nationale de la santé » – donc une non-décision quant à son importance – qui pourrait créer un vide d'engagement et mener à une gestion passive des instruments prévus par la nouvelle convention.

En effet, si le dialogue a lieu sans agenda et sans calendrier et que chacune des parties ne prépare pas sa stratégie, pour la Conférence des directeurs cantonaux de la santé avec les cantons et pour la Confédération avec les différentes offices, en considérant la plate-forme comme un réel outil de sa politique, il y a de très fortes chances pour que cette plate-forme perde toute substance.

L'absence de ligne directrice risque également d'ouvrir la porte à l'instrumentalisation d'un dialogue comme porte d'entrée privilégiée d'intérêts particuliers. Autant d'éléments qui renforceront les sceptiques de la PNS.

Le manque d'une responsabilisation de la Confédération en tant que modérateur aurait ainsi comme conséquence l'affaiblissement de la dynamique de coordination et le morcellement des initiatives. Enfin, réinventer des thèmes prioritaires à ce stade aurait comme risque de délégitimer à long terme les initiatives de coordination, montrant en effet, en désavouant le travail fait, le manque de capacité d'anticipation, fondamental pour l'adhésion des acteurs-clés à la politique nationale.

Un tel scénario de passivité aurait certainement comme conséquence la perte du capital relationnel acquis dans ce domaine au cours des dernières années. Néanmoins, par le fait de la forte institutionnalisation de la politique nationale de la santé par la convention, un sommeil passager ne pourrait pas facilement mettre en doute une décision de principe qui a aussi une conséquence structurelle (notamment une section créée et un accord contracté). Le réveil sera donc même dans ce scénario toujours possible, mais la récupération de l'investissement fait plus difficile.

Zusammenfassung

Entwicklung einer nationalen Gesundheitspolitik? Evaluation eines Projekts zur Vernetzung der Kantone und des Bundes im Bereich der Gesundheitspolitik

1. Einleitung

Zweck und zeitlicher Rahmen der Evaluation. Im Zentrum dieser Evaluation stehen die Aktivitäten, die von November 1998 bis Dezember 2003 (insbesondere jedoch 2001 bis 2003) im Rahmen des Projekts «Nationale Gesundheitspolitik Schweiz» (NGP) durchgeführt wurden. Mit der Evaluation sollte vor allem verfolgt werden, wie sich die Zustimmung der Hauptakteure – vor allem der Kantone und des Bundes – zu einem gemeinsamen Projekt zur politischen Koordination im Gesundheitsbereich entwickelt hat, und über diesen Prozess berichtet werden.

Gegenstand der Evaluation. Gegenstand der Evaluation ist die Entwicklung der Anerkennung des Bedarfs nach einer nationalen Gesundheitspolitik und damit die Annäherung der Positionen der verschiedenen Akteure sowie die Entwicklung der Festlegung einer nationalen Gesundheitspolitik und der Prozess, der dies ermöglicht.

Evaluationsfragen. Die Evaluation geht von drei Fragen aus:

- Wie hat sich die Anerkennung des Bedarfs nach einer nationalen Gesundheitspolitik entwickelt?
- Wie hat sich die Zustimmung zur nationalen Gesundheitspolitik entwickelt?
- Welche organisatorische Entwicklung weist das Projekt NGP auf und welchen Beitrag leistet es zur Festlegung einer nationalen Gesundheitspolitik?

2. Methode / Ablauf der Untersuchung

Die Informationen zur Beantwortung der obigen Fragen wurden durch Beobachtungen, durch die Analyse von Unterlagen und durch Interviews zusammengetragen:

-
- Das Evaluationsteam erhielt Zugang zu den Besprechungen der Workshops, die im Rahmen des Projekts NGP organisiert wurden, insbesondere im Zusammenhang mit der Vorbereitung der Aktivitäten im Bereich «psychische Gesundheit» und «Empowerment». Das Team konnte auch an den Versammlungen der Gesundheitsdirektorenkonferenz und an den nationalen Konferenzen und Arbeitstagen zur Gesundheitspolitik teilnehmen. Somit konnten Unterlagen zu den gemachten Beobachtungen erstellt werden.
 - Die Protokolle, Sitzungsberichte, Arbeits- und Beschlussunterlagen, Kommunikationsmittel und Studienberichte wurden einer inhaltlichen Analyse unterzogen.
 - 2002 und 2003 wurden mit rund einem Dutzend Personen Gespräche geführt (mit einigen mehrmals). Diese Interviews wurden bei den Hauptakteuren des analysierten Prozesses durchgeführt.

Die Evaluation erfolgte parallel zur Konsensfindung über die Festlegung einer nationalen Gesundheitspolitik, d. h. von 1999 bis Ende 2003. Dies bedeutete, dass sich das Evaluationsteam an Änderungen des Zeitplans und der Prioritäten des Projekts anpassen und somit im Rahmen eines relativ flexiblen Designs arbeiten musste.

3. Resultate und Diskussion

Die drei Fragen, die dieser Evaluation zu Grunde liegen, werden in der folgenden Übersicht wieder aufgenommen.

3.1 Entwicklung der Anerkennung des Bedarfs nach einer nationalen Gesundheitspolitik

Seit dem Anlaufen des Prozesses wurden verschiedene Instrumente geschaffen, die den Partnern zur Verfügung stehen. Zu nennen sind namentlich das Gesundheitsobservatorium, das im Rahmen des Projekts NGP geschaffen werden konnte, sowie die am 15.12.2003 unterzeichnete Vereinbarung zur Nationalen Gesundheitspolitik Schweiz, mit der durch zwei bis drei jährliche Treffen ein Dialog zwischen dem Bund und den Kantonen institutionalisiert wurde.

Abgesehen von diesen wichtigen Schritten ist leider festzustellen, dass zurzeit keine konkreten Kooperationsaktionen im Bereich der nationalen Gesundheitspolitik bestehen. Die Vereinbarung sieht weder einen Aktionsplan noch Bereiche vor, in denen der Bund und die Kantone

zusammenarbeiten möchten. Das geplante Tableau de bord hätte eine Gesamtsicht der Massnahmen im Gesundheitsbereich auf nationaler Ebene ermöglichen sollen. Die Umsetzung dieses Projekts erwies sich jedoch als schwierig, vor allem, da die politischen Verantwortungsträger auf Kantons- und Bundesebene einer entsprechenden Verpflichtung skeptisch gegenüberstehen (während viele Verantwortungsträger in der Verwaltung bereit sind, einen Beitrag zu leisten). Nationale und kantonale Akteure stellen zusammen Überlegungen zu verschiedenen Themen wie vor allem «Gesundheit am Arbeitsplatz» und «psychische Gesundheit» an, ohne dass zurzeit die Absicht erkennbar ist, das Handeln an einer gemeinsamen Linie auszurichten. Auch die angestrebte dynamische Interaktion zwischen dem Gesundheitsobservatorium und dem Projekt NGP konnte mangels gemeinsamen Projekten und gemeinschaftlichen Bestrebungen nicht entwickelt werden.

So lässt sich beobachten, dass zwar im Rahmen des Projekts NGP zahlreiche Anstrengungen unternommen wurden, dass jedoch bisher in Bezug auf die Anerkennung des Bedarfs nach einer nationalen Gesundheitspolitik keine entscheidende Entwicklung erkennbar ist. Hingegen sind wichtige Schritte im Hinblick auf den Einbezug einer zunehmenden Zahl von Kantonen erfolgt, vor allem über die Vertretung und Mitwirkung der Gesundheitsdirektorenkonferenz in diesem Prozess. Ausserdem ist festzustellen, dass der Bund und seine Ämter diese Politik nun als zentrales Element ihrer strategischen Entwicklung anerkennen.

3.2 Entwicklung der Zustimmung zur nationalen Gesundheitspolitik

Es bestehen weiterhin Vorbehalte. Dies gilt sowohl für die Ebene des Bundes, wo der Wechsel an der Spitze des Eidgenössischen Departements des Innern die Entwicklung der nationalen Gesundheitspolitik vorübergehend verzögert hat, als auch für die Ebene der Kantone. Die meisten Kantone, die zu Beginn des Prozesses zurückhaltend reagierten, sind es noch heute. Obwohl sie dem Dialog mit dem Bund mehrheitlich offen gegenüberstehen, geht es ihnen dabei immer noch in erster Linie darum, jene Fragen anzugehen, die sie besonders beschäftigen – vor allem das Krankenversicherungsgesetz und die Gesundheitskosten –, und enger in den Entscheidungsprozess einbezogen zu werden. Die Entwicklung eines Dialogs bedeutet aus ihrer Sicht, dass sie vermehrt angehört werden und eine neue Möglichkeit erhalten, sich zu äussern. Die gegenseitige Absprache im Hinblick auf gemeinsame Massnahmen und die Koordination der

Massnahmen auf nationaler Ebene stehen hingegen für sie nicht im Vordergrund.

Die *jährlichen nationalen Arbeitstagungen* sollten das zentrale Element darstellen, um die Akteure zu mobilisieren und sie für die Frage der nationalen Gesundheitspolitik zu sensibilisieren. Allerdings gelang es nicht, die Entscheidungsträger zu mobilisieren, für die sie zunächst konzipiert waren. Hingegen erwiesen sich die Arbeitstagungen als sehr wirkungsvoll für die Herstellung von Kontakten zwischen den Partnern und für die Auslösung eines Lernprozesses in Bezug auf die Zusammenarbeit. Dies geschah jedoch weniger an den Tagungen selbst als in den verschiedenen Phasen in deren Vorfeld (Arbeitsgruppen, vorgängige Kontaktaufnahme mit den Anspruchsgruppen, Umsetzungsaktivitäten nach den Tagungen).

Kennzeichnend für diesen Lernprozess in Bezug auf die Zusammenarbeit ist die Entwicklung von gemeinsamen Identitäten im Zusammenhang mit bestimmten Themen von nationaler Bedeutung sowie die Tatsache, dass sich diese Veranstaltungen nach und nach gegenüber Vertretern anderer Kreise öffneten. Diese zeigten sich sehr erfreut über diese Initiative, was zur Folge hatte, dass sich die Zahl und Vielfalt der Teilnehmer erhöhten. Damit sind diese Tagungen keine Begegnungen zwischen allen politischen Behörden auf Kantons- und Bundesebene mehr, die für die Festlegung der nationalen Gesundheitspolitik verantwortlich sind, und erfordern andere Prozesse des politischen Dialogs.

Da sich die Zustimmung der Akteure nur langsam entwickelte, konnte bloss ein minimaler Konsens über die Weiterführung des Projekts NGP gefunden werden. Damit wird die Erarbeitung von Lösungen gefördert, die – vor allem für die Kantone – nicht verbindlich sind. Der kleinste gemeinsame Nenner wird somit von jenen Kantonen bestimmt, die einer Verpflichtung zurückhaltend gegenüberstehen. So ist die Beteiligung der Kantone an der Finanzierung des Gesundheitsobservatoriums völlig freiwillig, und die Vereinbarung vom 15.12.2003 institutionalisiert einen politischen Dialog, der für die Parteien mit keinerlei Verpflichtung und mit keiner gemeinsamen institutionellen Struktur verbunden ist. Während des gesamten Prozesses lag der Schwerpunkt eher auf den Bereichen, in denen die Parteien über gemeinsame oder sich ergänzende Kompetenzen verfügten, als auf den Bereichen, in denen sich ihre Massnahmen zusammenlegen liessen, da beide Seiten an die Grenzen ihrer Zuständigkeit gelangen. Trotz der gewählten Strategie der kleinen Schritte konnten die zurückhaltenden Akteure nicht überzeugt werden. Zudem waren alle Initiativen wie der Aufbau des Gesundheitsobservatoriums und die Schaffung einer Projektstruktur, die konkret umgesetzt werden konnten, nur dank erheblichen, vor allem finanziellen Investitionen des Bundes möglich.

3.3 Die organisatorische Entwicklung des Projekts NGP

Das Projekt NGP hat wesentlich zur Schaffung des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums und zur Unterzeichnung der Vereinbarung vom 15.12.2003 beigetragen. Es hat in diesem Zusammenhang alle Anstrengungen zur gegenseitigen Abstimmung erleichtert und unterstützt. Auf der Grundlage seiner Kommunikationsstrategie und der Veranstaltungen, zu deren Durchführung es beitrug, ermöglichte das Projekt auch die Behandlung der Frage, wie die Aktivitäten der Akteure des Bundes und der Kantone im Bereich der Gesundheitspolitik koordiniert und aufeinander abgestimmt werden können. Doch in einem eher ungünstigen Umfeld, das durch Diskussionen über die Verteilung der Kompetenzen zwischen Bund und Kantonen im Bereich der Gesundheitspolitik gekennzeichnet war, stellte sich im Zusammenhang mit dem Projekt NGP während des gesamten Prozesses die Frage nach der Existenzberechtigung.

Durch diesen Mangel an Legitimität wurden die im Rahmen des Projekts NGP unternommenen Koordinationsanstrengungen erschwert. Die Kantone mit einer ablehnenden Haltung stellten sich nicht systematisch gegen die Aktivitäten des Projekts, sondern beschränkten sich darauf, eine passive Haltung einzunehmen und die im Rahmen des Projekts unterbreiteten Vorschläge abzuwarten, um dann ihren Widerstand zum Zeitpunkt der Entscheide zum Ausdruck zu bringen und schliesslich die Schaffung einer entsprechenden institutionellen Struktur zu verhindern.

Anfang 2001 hatte man entschieden, eine gemeinsame Zwischeninstitution zu schaffen, um die Einführung der nationalen Gesundheitspolitik besser voranzubringen. Dieser Lösung entzog das Eidgenössische Departement des Innern im Jahr 2003 die Unterstützung, nachdem sich die Kantone geweigert hatten, sich politisch und finanziell für diese Lösung zu engagieren. Ein weiterer Grund waren sehr wahrscheinlich auch die im Eidgenössischen Departement des Innern eingetretenen Veränderungen, die hinsichtlich des Projekts NGP zu Ambivalenzen bei der strategischen Ausrichtung führten (Wechsel in der Departementsleitung, Umstrukturierung des Bundesamtes für Gesundheit).

Die Meinungen der Kantone sind zwar nach wie vor geteilt, und der Bund zögert noch, doch die Entwicklung der Zustimmung stärkte die Position der Schweizerischen Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren. Diese hat sich in diesem Bereich zu einem ständigen Partner des Eidgenössischen Departements des Innern entwickelt. Durch einen Ausbau ihres Koordinationsvermögens hat sie die Aufgabe übernommen, eine einheitliche Vertretung der Kantone zu gewährleisten. Es muss betont

werden, dass alle diese Arbeiten ohne die aktive Mitwirkung des Vorstands der Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und –direktoren und insbesondere dessen Zentralsekretariats wahrscheinlich nicht hätten durchgeführt werden können. Die Gesundheitsdirektorenkonferenz übernahm die Kommunikation mit den politischen Verantwortlichen der Kantone und erreichte schliesslich eine Vereinbarung zwischen diesen Beteiligten. Sie mobilisierte die Vertreter der Kantone und weckte ihr Interesse am Abschluss der Vereinbarung. Dies erfolgte sowohl im Rahmen von Plenarversammlungen und Vorstandssitzungen als auch durch die Durchführung einer schriftlichen Umfrage. Aus organisatorischer Sicht führte das Projekt NGP somit zu einer Differenzierung des Tätigkeitsbereichs, indem der Gesundheitsdirektorenkonferenz eine bedeutende Rolle zukam.

4. Schlussfolgerungen

Diese Evaluation umfasst den gesamten Zeitraum der Entwicklung einer nationalen Gesundheitspolitik bis Ende 2003. Die Auswirkungen der letzten Entscheide, welche eine neue Institutionalisierung des NGP-Prozesses zur Folge hatten, konnten dagegen nicht evaluiert werden, weil die Vereinbarung erst ab Januar 2004 in Kraft getreten ist. Es ist daher schwierig, Empfehlungen zu einer neuen Entwicklung abzugeben.

Wir beschränken uns daher auf die Erläuterung von zwei Entwicklungsszenarien, mit denen die Möglichkeiten und die Risiken der Vereinbarung ausgehend von den Anhaltspunkten der vorliegenden Evaluation aufgezeigt werden. Mit dem Entscheid, das Projekt NGP in eine institutionalisierte Plattform für den Dialog überzuführen, wird zwar ein Ort für die Koordination geschaffen. Doch eine solche Plattform kann ihre Wirkungen nur entfalten, wenn die beteiligten Parteien bereit sind, die damit verbundenen Möglichkeiten zu nutzen.

5. Empfehlungen – zwei Szenarien

Das «positive» Szenario. Die nationale Gesundheitspolitik verfügt mit der von den Kantonen und vom Bund unterzeichneten Vereinbarung und insbesondere mit dem institutionalisierten Dialog und den damit verbundenen Bestimmungen über eine Plattform für die Förderung der Zusammenarbeit im Dienst der nationalen Gesundheitspolitik. Sie weist eine starke Legitimität auf, die sich daraus ergibt, dass sie das Ergebnis einer Vereinbarung zwischen allen Kantonen und dem Bund ist und dem beiderseitigen Bedürfnis nach einem Dialog entspricht.

Mit dieser Plattform wurden auch die Modalitäten für die Vorbereitung der Entscheide und deren Tragweite festgelegt. Hinsichtlich der Art und Weise, wie die als erforderlich beurteilten grundlegenden Arbeiten organisiert und damit die Kapazität der bestehenden Institutionen, einschliesslich des Gesundheitsobservatoriums, genutzt werden sollen, wird den beteiligten Parteien grösstmögliche Freiheit eingeräumt. Mit der nationalen Gesundheitspolitik kann somit die strategische Leitung der Zusammenarbeit zwischen den Kantonen und dem Bund gewährleistet werden.

Zu den bestehenden Möglichkeiten gehört das Agenda Setting, das der Bund zusammen mit der Gesundheitsdirektorenkonferenz festlegen kann. Diese wird durch die nationale Gesundheitspolitik in ihrer Repräsentationsfunktion gestärkt. Die Agenda weist zwei Dimensionen auf: die Themen und die Zeit. Was die Themen anbelangt, wäre es angemessen oder sogar notwendig, sich auf die Entwicklungen der letzten Jahre abzustützen, indem versucht wird, ausgehend von diesen Aktionsfeldern konkrete Aktivitäten festzulegen, die auf genauen Zielsetzungen beruhen. In diesem Zusammenhang sollten selbstverständlich die Investitionen und Anstrengungen genutzt werden, die bis heute für die thematische Koordination, insbesondere im Bereich der psychischen Gesundheit, eingesetzt wurden.

Um eine Entwicklung zu ermöglichen, muss im Rahmen der Treffen für die Pflege des Dialogs ein Programm für die Realisierung dieser Ziele festgelegt werden. Dieses *Timing* muss auf die Hauptakteure abgestimmt werden, die diese Ziele umsetzen müssen. Diese Einbindung in die Verantwortung durch Aktivitäten kann jedoch selbstverständlich nicht aufgezwungen werden. Sie erfordert vielmehr Überzeugungsarbeit und Verhandlungsgeschick von den Hauptinitianten des Dialogs, d.h. vom Bund und von der Gesundheitsdirektorenkonferenz. Um eine konstruktive Entwicklung des Dialogs zu gewährleisten, der mit der Vereinbarung zwischen dem Bund und den Kantonen institutionalisiert wurde, sind eine sorgfältige Vorbereitung der Treffen und die Fähigkeit zur Vermittlung erforderlich. Auf Grund der unterschiedlichen Kommunikationsstrukturen des Bundes und der Konferenz der kantonalen Gesundheitsdirektorinnen und -direktoren kann diese Vermittlungsrolle nur vom Bund übernommen werden. Während der Bund mit einer internen Koordinationsanstrengung dafür sorgen kann, dass er im Rahmen des Dialogs nur mit einer Stimme auftritt und seine Interessen vertritt, muss die Gesundheitsdirektorenkonferenz permanent sicherstellen, dass ihre Mitglieder die gleiche Meinung vertreten.

Nach unserer Auffassung könnte mit einem solchen Engagement des Bundes auch die Position der Kantone relativiert werden, die jegliches

finanzielles Engagement vermeiden möchten. Bei dieser Möglichkeit muss auch die Frage der Kapazität der beiden Parteien zur Vorbereitung des Dialogs und zur Gewährleistung von dessen Fortsetzung berücksichtigt werden. Denn mit der Rückführung der Leitung des Projekts NGP in das Bundesamt für Gesundheit verfügen die Kantone und insbesondere die Gesundheitsdirektorenkonferenz in Bezug auf die Vorbereitung und die Verhandlungen über weniger Kapazitäten als der Bund. Dies gilt zumindest für die Mittel und die Ressourcen.

Zu betonen ist schliesslich noch, dass mit der Aufnahme des Gesundheitsobservatoriums in die Vereinbarung und insbesondere mit der gemeinsamen Festlegung der strategischen Bereiche des Gesundheitsobservatoriums tatsächliche Möglichkeiten für Synergien zwischen diesen beiden Instrumenten im Bereich der nationalen Gesundheitspolitik bestehen. Massgebend sind diesbezüglich vor allem die Beteiligung aller Kantone und die damit verbundene Legitimität der Vereinbarungen zwischen den Parteien.

Das «negative» Szenario. Diesem positiven Szenario mit der Maximierung der Möglichkeiten kann ein anderes, «negatives» Szenario gegenüber gestellt werden, bei dem die Kantone und der Bund keinen Nutzen aus den Möglichkeiten ziehen, die sie mit der Unterzeichnung der Vereinbarung über die NGP selbst geschaffen haben. Dieses Szenario könnte Wirklichkeit werden, wenn der nationalen Gesundheitspolitik – die eine Investition darstellt – auf politischer Ebene nur noch zweitrangige Bedeutung eingeräumt wird, um Ressourcen zu sparen (finanzielle Mittel und Personal) oder um die Anstrengungen auf andere Dossiers wie insbesondere das Krankenversicherungsgesetz zu konzentrieren. Dies könnte zu einer Überlastung bei der Lenkung der Gesundheitspolitik durch das Bundesamt für Gesundheit führen, da die Steuerung der Krankenversicherung in dieses Amt integriert wurde. Realität werden könnte dieses Szenario auch durch eine blosser Unterschätzung des Dossiers «Nationale Gesundheitspolitik», d.h. wenn keine entsprechenden Entscheide getroffen werden und der nationalen Gesundheitspolitik nicht genügend Bedeutung beigemessen wird. Dies könnte zu einem fehlenden Engagement und zu einer passiven Lenkung der Instrumente führen, welche in der neuen Vereinbarung vorgesehen sind.

Wenn der Dialog ohne Agenda und Terminplan stattfindet und die beteiligten Parteien keine Strategie vorbereiten – die Gesundheitsdirektorenkonferenz mit den Kantonen und der Bund mit den verschiedenen Ämtern – und die Plattform gleichzeitig als wirkliches Instrument ihrer Politik betrachten, besteht ein grosses Risiko, dass diese Plattform jegliche Substanz verliert.

Sind keine Leitlinien vorhanden, besteht auch die Gefahr, dass der Dialog instrumentalisiert und als Plattform für die Durchsetzung von Partikularinteressen benutzt wird. Alle diese Elemente erhöhen die Skepsis gegenüber der NGP.

Eine mangelnde Einbindung des Bundes in die Verantwortung als Leitungs- und Vermittlungsinstitution hätte zur Folge, dass die Entwicklung der Koordination geschwächt würde und es zu einer Zersplitterung der verschiedenen Initiativen käme. Würden in diesem Stadium neue prioritäre Themen eingebracht, und würde die bislang geleistete Arbeit damit nicht ausreichend anerkannt, bestände das Risiko, dass die Koordinationsanstrengungen langfristig nicht legitimiert würden. Denn mit einem solchen Vorgehen würde die mangelnde Fähigkeit zu vorausschauendem Handeln aufgezeigt, die für die Zustimmung der Hauptakteure zur nationalen Gesundheitspolitik von grundlegender Bedeutung ist.

Ein derartiges von Passivität gekennzeichnetes Szenario hätte zweifellos zur Folge, dass die wertvollen Beziehungen, die in diesem Bereich in den letzten Jahren aufgebaut wurden, verloren gehen würden. Da jedoch die nationale Gesundheitspolitik durch die Vereinbarung stark institutionalisiert wurde, kann ein Grundsatzentscheid, der auch strukturelle Auswirkungen hatte (insbesondere die Schaffung einer Sektion und den Abschluss einer Vereinbarung), durch eine vorübergehende Untätigkeit nicht einfach in Frage gestellt werden. Die Weiterführung der Anstrengungen ist selbst bei diesem Szenario jederzeit möglich, doch das Zurückgreifen auf die getätigten Investitionen wird nicht einfach sein.

1 L'organisation du rapport et un bref rappel du mandat

Les activités déployées de novembre 1998 à décembre 2003 (mais particulièrement de 2001 à 2003) par le projet « politique nationale suisse de la santé » (abrégé sous le nom de Projet PNS)¹ sont au centre de cette évaluation. Ces actions n'ont de sens que si elles sont inscrites dans le processus initié formellement en 1998 par la Confédération et les cantons avec pour objectif central de développer une vision et des actions communes à moyen et long terme en matière de santé publique. C'est la raison pour laquelle après une présentation du cadre d'analyse, ce rapport débutera par un rappel des étapes marquantes du processus de construction de cette politique et que chacune des étapes analysées sera mise en perspective avec en particulier les enseignements tirés des évaluations précédentes.² Les événements présentés en chapitre 2 dans une rétrospective factuelle seront aussi repris en chapitre 3 dans une perspective analytique.

Dans la période analysée, les actions menées sous l'égide du projet PNS ont été nombreuses pour permettre la création d'un soutien auprès du plus grand nombre d'acteurs aussi bien de la Confédération que des cantons. Nos analyses ne pourront cependant pas rendre justice à toutes les démarches menées. Elles se concentreront sur l'évolution du consensus que des projets concrets ou des manifestations précises ont permis. Une attention particulière sera ainsi portée sur la « Journée de travail de Politique nationale de santé » du 18 septembre 2003 à Aarau, consacrée au thème « Conditions de travail et santé » et sur l'élaboration d'une stratégie de « Santé psychique » qui a donné lieu à un processus participatif systématique, par le biais notamment de nombreux ateliers de travail. Nous ferons aussi le point sur l'état d'avancement d'autres instruments et initiatives au service de cette politique

¹ La dénomination « projet » que nous utilisons reprend la terminologie utilisée par les responsables de la mise en œuvre de cette politique nationale. Il s'agit cependant du point de vue technique plus d'un programme soutenu par une structure organisationnelle que d'un projet composé de divers sous-projets. Le terme projet peut donc, du point de vue évaluatif, créer une certaine confusion étant donné la complexité et la différenciation des activités évaluées (Worthen et al. 1997). Nous avons néanmoins opté pour le maintien de la terminologie « projet » par cohérence avec l'usage établi par les responsables de ce « projet ».

² Voir Horber-Papazian et Terribilini 1999, Horber-Papazian et Terribilini 2000, Horber-Papazian et al. 2000, Horber-Papazian et Thévoz 2002, Horber-Papazian et Thévoz 2003.

en particulier, l'Observatoire³ de la santé, la « plate-forme de coordination » et le « tableau de bord »⁴.

Une comparaison particulière avec d'autres processus de collaboration et de concertation mis en place dans le cadre de la Conférence universitaire suisse (CUS) et de la Conférence tripartite sur les agglomérations (CTA) avec ceux mis en œuvre dans la PNS sera au centre d'une analyse permettant de tirer parti d'autres expériences en matière de collaboration à la fois verticale et horizontale.

Les conclusions permettront enfin de tirer un ensemble d'enseignements de cette expérience de coordination politique, de répondre aux questions centrales de l'évaluation dont nous rappelons ci-dessous la teneur et de dégager des perspectives sur les développements futurs possibles.

1.1 Question d'évaluation

Evaluer l'évolution de la reconnaissance du besoin d'une politique nationale de la santé et par là, la convergence des positions des différents acteurs, ou l'évolution de la définition d'une politique nationale de la santé ainsi que le processus qui permet cette construction implique que l'équipe d'évaluation ait des points de référence. Il s'agit dans ce cas de l'état souhaité, soit de l'objectif poursuivi à long terme (une politique nationale légitimée par l'ensemble des acteurs) et des conditions qui théoriquement devraient permettre d'atteindre cet objectif. Ainsi, en accord avec la direction du projet, les quatre postulats suivants ont été définis, dès le départ de l'évaluation en 1999 :

Postulat 1 : La Politique nationale de la santé dépend de la reconnaissance, par les acteurs impliqués, du besoin de sa définition et des grandes lignes de son contenu.

Postulat 2 : La reconnaissance du besoin d'une Politique nationale de la santé comme la définition de programmes d'actions sont tributaires d'un processus de concertation qui doit être accepté par l'ensemble des partenaires.

³ L'Observatoire sera analysé du point de vue de sa contribution à la création d'une politique nationale de la santé. L'évaluation de l'Observatoire en tant que tel et ses activités spécifiques feront l'objet d'une étude qui ne relève pas du présent mandat.

⁴ Nous laissons de côté deux thèmes retirés du projet PNS avant que de réels travaux n'aient pu être menés par lui, soit les thèmes « Planification et médecine de pointe » et « Empowerment », ce dernier ayant été retiré par le groupe de pilotage du projet PNS.

Postulat 3 : La légitimité du processus de concertation dépend de la prise en compte des intérêts de l'ensemble des partenaires, d'une programmation et de modalités de participation et de représentativité claires, ainsi que de la définition de règles pour la concertation et la portée des décisions.

Postulat 4: La convergence d'intérêts doit se traduire à moyen terme par la définition de programmes d'actions légitimés comprenant des objectifs, des éléments évaluatifs, des ressources, une répartition des tâches entre les différents acteurs, des règles de procédure, ainsi qu'une coordination avec les autres politiques publiques concernées.

Partant de ces postulats, l'évaluation est construite autour des questions suivantes :

- Quelle est l'évolution de la reconnaissance du besoin d'une Politique nationale de la santé ? Cette question sera abordée par une reconstruction des actions, ainsi que par la mise en évidence des éléments empêchant et/ou favorisant le développement de cette reconnaissance.
- Quelle est l'évolution de l'adhésion à la Politique nationale de la santé ? Cette question sera analysée par la mise en évidence du développement de l'adhésion des acteurs centraux à la réalisation de la politique nationale de la santé, à savoir, les cantons, la CDS, la Confédération et ses différentes unités administratives.
- Quelle est la dynamique organisationnelle du projet PNS et sa contribution à la définition d'une Politique nationale de la santé ? Cette question sera traitée par la mise en évidence des stratégies de développement du projet PNS, ainsi que par l'analyse de sa dynamique organisationnelle.

1.2 La démarche permettant de récolter l'information

L'information permettant de répondre aux questions posées, a été récoltée à partir d'observations, d'analyse de documents et d'entretiens:

- L'équipe d'évaluation a été autorisée à assister aux réunions des ateliers organisés sous l'égide du projet PNS dans le cadre notamment de la préparation des activités dans le domaine de la « Santé psychique » et de l'« *Empowerment* », ainsi qu'aux réunions de la CDS et aux Conférences et Journées de travail nationales de la politique de la santé, ce qui lui a permis de produire des documents d'observation (voir annexe 1). Cette méthode a été choisie puisqu'elle permet de combiner plusieurs dimensions d'analyse complémentaires à l'analyse de documentation. Les évaluateurs ont ainsi pris des notes dans le cadre des journées en fonction des indicateurs définis conjointement par les mandants et eux-mêmes par

rapport aux questions d'évaluation. Cette démarche a permis, en plus des conclusions concernant les résultats obtenus dans les journées, de donner des indications concernant les conditions de l'évolution du consensus.

- Pour compléter les enseignements issus de la participation aux journées, une analyse de contenu des synthèses et procès-verbaux ainsi que des documents distribués lors des journées de travail a aussi été menée. L'évaluation a également tenu compte de rapports et d'informations publiés ou mandatés par le projet PNS qui ont servi de base au processus d'élaboration notamment de la stratégie pour la santé psychique et qui ont, par ce fait, influencé ce processus. La liste des rapports pris en considération par l'évaluation se trouve en annexe 3.
- Une dizaine d'entretiens ont aussi été réalisés auprès des acteurs clés du processus ainsi que de ceux impliqués dans les projets de la CUS et de la CTA. Il ne s'agit pas d'entretiens systématiques, mais d'entretiens de type exploratoire permettant de mettre en évidence l'appréciation ou la position de l'interviewé et visant à saisir ses priorités et interprétations (voir annexe 2).

L'évaluation a été menée parallèlement à la construction d'un consensus autour de la définition d'une politique nationale de la santé. Ceci a impliqué pour l'équipe d'évaluation de s'adapter aux modifications de calendrier et de priorités du projet, en même temps que cela a exigé de remettre en cause le *design* d'évaluation qui prévoyait pour la période couverte par le présent rapport de mener une enquête auprès des acteurs de la Politique nationale de la santé, afin de déterminer l'évolution du consensus autour du projet. Les données récoltées auraient alors été comparées avec celles recueillies en début de processus. Le risque d'interférence avec le processus en cours a incité la direction du projet PNS à renoncer à cette partie de l'étude au profit d'une comparaison du processus de mise en place de la PNS et de ses caractéristiques avec celles de la CUS et de la CTA.

1.3 Le cadre d'analyse

Pour permettre qu'à moyen et long terme Confédération et cantons mènent de concert des actions dans le domaine de la santé publique le projet PNS a dû déployer un ensemble d'actions qui relèvent toutes d'une politique de type

persuasive⁵. Ses activités peuvent se regrouper dans la typologie d'actions suivante :

- activités visant la mise en réseau d'acteurs par la rencontre et l'approfondissement de thèmes précis (manifestations d'approfondissement d'une connaissance commune sur des thèmes précis dans le cadre en particulier, de journées d'étude) ;
- activités visant la coordination politique générale et l'institutionnalisation du projet (structures et actions développées par le projet PNS pour la coordination entre acteurs à travers le groupe de pilotage, les collaborations entre le projet PNS, le DFI, l'OFSP l'OFS, la CDS, les cantons et les autres principaux partenaires publics et privés du monde de la santé) ;
- activités visant la coordination technique (appui dans la mise sur pied de l'Obsan et promotion de ses activités, promotion du concept de « tableau de bord »).

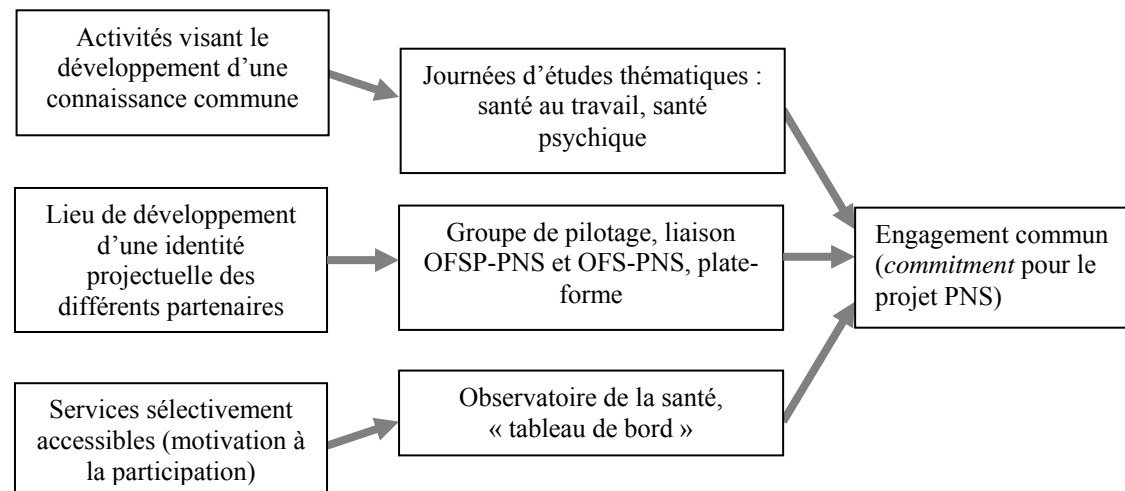
Cette typologie s'inscrit dans une perspective d'analyse organisationnelle. Pour maintenir et développer du soutien – un consensus ou du *commitment* –, une organisation peut en effet:

- chercher la création d'une expertise commune de ses membres (des *epistemic communities* à la Majone ; voir Majone 1989 et Majone 2002, appliqué à la politique de la santé européenne : Ferrera 1996);
- tenter de développer une identité élargie par la cooptation de ses membres dans des organes communs de décisions (des identités projectuelles ; voir par exemple Cattacin 1994 ou Castells 1997 sur le thème des « identités projectuelles »);
- mettre à disposition des biens sélectivement accessibles aux membres (la théorie des *selective goods* ; voir Olson 1965).

Le projet PNS a poursuivi ces trois stratégies dans l'objectif d'obtenir un consensus et un engagement commun pour la PNS comme le met en évidence le modèle d'analyse présenté en Figure 1.

⁵ Dans la logique politique, nous pouvons distinguer les politiques basées sur la logique de sanctions de celles visant à créer un arrangement sur une base volontaire. Dans ce cas, les partenaires ont choisi la voie de la collaboration volontaire. Voir à cet égard par exemple Bemelmans-Videc et al. 2003 ; pour une réflexion appliquée à un cas concret suisse de politique persuasive, voir Stemmler et Cattacin 2003.

Figure 1 : Modèle d'analyse des activités visant le renforcement d'un consensus autour d'un projet à l'exemple des activités développées par le projet PNS



Comme tout modèle d'analyse, celui-ci est une simplification de la réalité, mais il permet d'en réduire la complexité pour mettre en évidence les points centraux de l'analyse. Il prend d'ailleurs en compte les réalisations concrètes du projet PNS. Ce schéma nous orientera dans la présentation et l'évaluation de ces actions. Il est évident que cette simplification fait abstraction de deux dynamiques extrêmement importantes pour la compréhension du résultat final liées aux acteurs impliqués dans le projet PNS, à savoir :

- les interrelations entre les différentes activités qui se situent plus au niveau des dynamiques implicites qu'explicites et qui caractérisent le projet par sa dynamique interne ;

-
- les dynamiques liées aux transformations continues du contexte dans lequel s'insère le projet PNS et qui caractérisent le projet dans sa relation avec son environnement.⁶

Nous tenterons cependant dans la présentation des types d'activités du Projet PNS de tenir compte dans la mesure du possible de ces dynamiques. Le chapitre suivant permet de situer le cadre d'analyse en retraçant les étapes de développement du projet PNS.

2 Une rétrospective factuelle : phases de développement et processus d'apprentissage organisationnels

Ce chapitre a pour objectif, de décrire le processus de développement du projet PNS son histoire sera lue dans une perspective d'apprentissage organisationnel.⁷

2.1 De l'idée aux premières pratiques de coordination : ambitions

L'assemblée de la CDS du 19 novembre 1998, lors de laquelle la Conseillère fédérale Ruth Dreifuss, alors à la tête du Département fédéral de l'intérieur (DFI), a présenté une proposition concrète de *politique nationale de santé* (PNS), constitue le point de départ de la démarche. Avant la réunion du 19 novembre 1998, l'OFSP, dans le cadre d'un groupe de travail interne, a mené dès 1993 des travaux qui ont débouché sur une proposition de PNS (OFSP 1998). De son côté, la CDS, au cours d'une retraite de deux jours de son comité, a réfléchi à la question de la politique de la santé en Suisse (CDS 1998c), et chargé son secrétariat « d'élaborer une proposition en vue de traiter les questions de politique de santé dans le cadre de la CDS » (CDS 1998d : 11), en relevant que l'importance de la question trouvait un large consensus parmi ses membres :

⁶ Il s'agit à première vue d'une simple distinction entre environnement et structure qui a une importance majeure dans la théorie organisationnelle. En effet, la capacité de reproduire à l'intérieur d'une structure l'environnement extérieur – par un « re-entry » comme le dit Luhmann (par exemple Luhmann 2001 : 462s) – est fondamentale pour la survie de l'organisation elle-même. Cette reproduction en version réduite, mais adaptée à l'environnement de l'organisation, peut empêcher des conflits. En effet, la reproduction, à l'intérieur d'une capacité de compréhension de l'environnement, augmente les chances d'entrée en contact coopérative avec celui-ci. L'exemple récent de l'engagement d'un ancien représentant de la FMH au sein l'OFSP illustre cette logique.

⁷ Pour une chronologie détaillée voir annexe 5.

« La grande majorité du comité directeur partage l'appréciation du président et du secrétaire central. Le fait d'avoir négligé une discussion systématique des questions de politique de santé a toujours été ressenti comme un défaut » (CDS 1998d : 11).

L'analyse du contenu des réflexions et des propositions présentées par les deux parties lors de l'assemblée de la CDS d'octobre 1998 permet de constater une convergence entre elles quant à la situation générale et au besoin de dialogue et de collaboration qui en découle. Plusieurs signaux provenant de la CDS soulignent le besoin de collaboration⁸. Ainsi, le Conseiller d'Etat thurgovien Philipp Stähelin, président de la CDS, affirme lors de l'assemblée de la CDS :

« Il est essentiel que les principaux acteurs, notamment les cantons, la Confédération, les communes ainsi que de nombreuses organisations non gouvernementales s'unissent pour trouver des réponses aux multiples défis qui se poseront à l'avenir dans le domaine de la santé » (CDS 1998b : 4).

De son côté, la Conseillère fédérale Ruth Dreifuss fait la même analyse :

« Une collaboration étroite et permanente entre la Confédération, les cantons et les communes, ainsi qu'avec d'autres partenaires importants concernés par la politique de la santé, est le seul moyen qui nous permettra d'élaborer des bases communes à partir desquelles nous pourrions rechercher des solutions aux nombreux défis de la politique de la santé » (Dreifuss 1998 : 1).

Cependant les réflexions des deux parties font également état de préoccupations propres à chacune d'entre elles. La CDS étudie une proposition qui met l'accent sur le dialogue supracantonal (ou intercantonal) et sur les limites imposées par le système fédéraliste. Les cantons expriment notamment des craintes quant à la portée de la collaboration avec la Confédération et ses limites institutionnelles, en raison de la répartition des compétences. Ils souhaitent rouvrir le débat sur la Loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) avec les autorités fédérales et surtout ne plus être considérés comme un partenaire comme les autres dans les phases de consultation.

L'OFSP sous l'impulsion de la Conseillère fédérale Dreifuss souhaite pour sa part que s'instaure un dialogue entre la Confédération et les cantons de

⁸ Voir aussi le Document 5b de l'assemblée du 29.10.1998 du comité de la CDS, où il reconnaît « comme une carence le fait que les discussions en matière de politique de la santé en Suisse soient menées de manière trop isolée sur le plan cantonal et pas assez sur les plans supracantonal et suisse » (CDS 1998a).

sorte à ce que des programmes d'action concertés et coordonnés dans des domaines d'intérêts communs puissent être définis sur la base d'une analyse des besoins partagée. Ces programmes conçus, financés et mis en œuvre de façon concertée, doivent fonder la politique nationale de la santé. Cette initiative a en particulier pour objectif de permettre d'aborder la question de la santé non plus sous l'angle uniquement curatif et de ses coûts, mais également sous celui de sa promotion. Qui dit promotion, dit analyse des besoins, connaissance du terrain et programmes d'actions concertées sur l'ensemble du territoire.

Tableau 1 : Résumé des propositions des cantons et de la Confédération en faveur d'une PNS

Éléments convergents entre les cantons et la Confédération	
Un même constat à la base des deux démarches :	
<ul style="list-style-type: none"> • la santé publique ne se résume pas à la LAMal (à son financement et à sa mise en œuvre) • il faut traiter les autres aspects de la politique de la santé • il est nécessaire d'avoir une vue d'ensemble, à moyen et long terme, des questions de santé 	
La nécessité de collaborer est partagée, comme celle de s'unir et de se réunir pour traiter des questions de santé publique, de manière nationale et globale.	
Préoccupations propres aux cantons	Propositions de la Confédération
<ul style="list-style-type: none"> • stimuler les échanges d'informations et d'expériences entre cantons • examiner des mesures favorisant la collaboration avec le DFI pour trouver des réponses aux défis de la politique de la santé • donner un rôle actif à la CDS dans la mise en œuvre des réponses à ces défis 	<ul style="list-style-type: none"> • créer deux instruments (l'Obsan, une conférence nationale/plate-forme) pour développer la collaboration au plan national. • mettre sur pied un comité de pilotage pour conduire le processus.
Les cantons justifient la nécessité de la collaboration par les limites des politiques actuelles. Ils signalent cependant explicitement les limites à la collaboration, imposées par le système fédéraliste et le respect de leurs compétences	La Confédération justifie son engagement dans la logique du développement durable (programme santé 21)

Ceci pose très clairement la question de l'accès aux données statistiques, de leur qualité, de leur comparabilité et par là, de la nécessité d'un observatoire de la santé et amène le DFI à identifier trois actions comme prioritaires : la mise sur pied d'un observatoire de la santé doublé d'un comité de pilotage et la mise en évidence de questions de fond relatives à la définition d'une PNS. Pour le DFI, l'observatoire de la santé devait ainsi être une structure réunissant la Confédération et les cantons. Il aurait dû être

l'outil de base de la PNS, chargé de recueillir et traiter des données pour les mettre à disposition d'un comité de pilotage (instance paritaire Confédération-cantons).

2.2 Du discours au projet : pragmatisation (novembre 1998 - octobre 1999)

Les points de convergence, mentionnés dans le tableau précédent, ont suffi pour démarrer les activités autour d'un projet commun. De l'assemblée de la CDS, le 19 novembre 1998, jusqu'à la réunion du groupe de mandat, le 9 octobre 1999, en passant par la première journée nationale de travail pour la PNS, organisée à Interlaken, le 8 mai 1999 par l'OFSP, les premières initiatives en faveur de la PNS se mettent en place graduellement.

- L'OFSP prend les devants et lance une étude exploratoire (de Spinatsch et Weiss) sur la nécessité d'un observatoire. Cette étude constate l'existence d'un large accord quant à la nécessité d'un observatoire mais signale que les cantons s'interrogent quant à la portée des travaux de l'observatoire: traiter des données statistiques ou élaborer des propositions de politiques de santé.
- L'OFSP organise à Interlaken la première journée de travail sur la PNS. Elle est essentiellement consacrée à poser les fondements d'une politique nationale et d'un observatoire de la santé. Les appréhensions des cantons alémaniques quant aux compétences futures d'un tel observatoire se confirment. A l'issue de cette journée, une enquête est réalisée par l'Idheap auprès des acteurs cantonaux (Horber-Papazian et Terribilini 1999). Elle met en évidence la reconnaissance générale de la nécessité d'une coordination des politiques respectives des cantons et de la Confédération. Elle met également en évidence la réticence de certains cantons alémaniques (1/3 des cantons) face à la proposition de créer un groupe de pilotage pour le projet d'une politique nationale estimant que la CDS rend superflu un tel organe.

De son côté, la CDS ne reste pas inactive puisqu'elle lance en mars 1999 un groupe de travail sur « la planification de la médecine de pointe » pour répondre à un besoin pressant de coordination des politiques cantonales de santé dans ce domaine. La PNS est inscrite en été 1999 dans le programme de législature 1999-2003 du Conseil fédéral (but 10) qui l'approuve formellement en mars 2000 (CF 2000).

Finalement et après avoir revu à plusieurs reprises en raison de dissensions internes le chronogramme original, le groupe de mandat, chargé de mettre en place les premières initiatives de politique nationale, décide le 9 octobre 1999 de réorganiser la démarche originale. Celle-ci prévoit l'organisation de trois événements pour chacun des trois thèmes principaux que sont l'observatoire, la plate-forme et la définition de thèmes prioritaires. Le groupe de mandat décide alors de séparer le traitement du thème de l'observatoire de celui de la concertation sur les domaines à traiter en priorité dans le cadre de la politique nationale de la santé.

Au terme de ces premières initiatives, il est possible de constater l'existence d'une certaine convergence des propositions discutées entre les cantons et la Confédération pour les deux premiers thèmes (proposés initialement par la Conseillère fédérale Ruth Dreifuss) :

- la création d'un observatoire de la santé, comme instrument au service des cantons et de la Confédération ;
- la promotion de la collaboration par le biais de journées nationales qui serviraient « de plate-forme susceptible de mettre en marche un processus axé sur une collaboration plus poussée » (Dreifuss 1998).

La proposition de création d'un groupe de pilotage, émise lors des premiers échanges pour renforcer le processus de collaboration entre cantons et Confédération, rencontre un certain écho, mais aussi la résistance d'une minorité de cantons de Suisse orientale.

La convergence partielle qui existe entre la Confédération et une majorité de cantons est le signal que se mettent en place les premiers éléments d'un processus de dialogue qui devrait permettre que, peu à peu, cantons et Confédération développent des expériences de collaboration.

2.3 Première consolidation du processus en faveur de la PNS sous la houlette du groupe de mandat (novembre 1999-juin 2000)

A partir de la réorganisation de la démarche, les activités du groupe de mandat, avec Barbara Fähr comme cheffe de projet (structure de projet entièrement interne à l'OFSP), lui ont permis de développer des activités en vue de la consolidation des trois axes signalés au départ : l'observatoire de la santé, la définition de thèmes à traiter dans le cadre de la politique nationale et le processus de concertation.

C'est ainsi que le groupe de mandat organise la conférence de Chaumont, entre le 17 et le 18 février 2000, consacrée exclusivement à l'observatoire de la santé. La conférence, essentiellement technique, permet d'éclaircir un

certain nombre de points concernant l'observatoire. Un consensus semble s'établir sur le fait que l'observatoire ne doit pas procéder à des relevés propres de données statistiques, mais uniquement traiter celles qui existent. Il apparaît également que cet observatoire doit prendre la forme d'un réseau sanitaire d'observation de la santé, décentralisé, au niveau des cantons. Des doutes apparaissent cependant pour certains participants sur les relations futures entre cet observatoire et la PNS.

Les propositions élaborées à Chaumont sont soumises aux cantons lors d'une assemblée de la CDS, le 26 mai 2000. Ceux-ci donnent leur accord de principe à la création d'un observatoire de santé. Le Conseil fédéral se prononce positivement sur le concept de l'Observatoire en juillet 2000.

Le groupe de mandat met aussi sur pied la 2^{ème} journée nationale de travail à Fribourg, le 29 mai 2000 avec comme objectif l'identification de thèmes prioritaires à traiter pour la PNS. Les participants à cette journée donnent la priorité à trois thèmes : la santé psychique, *l'empowerment* et la planification de la médecine de pointe.

Conscient de la nécessité d'asseoir le processus, ce d'autant plus que les journées nationales sont faiblement fréquentées par les responsables politiques cantonaux, le groupe de mandat consolide un concept d'ensemble pour la communication du projet PNS, lance en 2000 la *newsletter* et un *site Internet* et fait la proposition de créer un groupe de pilotage paritaire. Cette proposition sera entérinée par le DFI fin février 2000. La 1^{ère} réunion du groupe paritaire de pilotage se tiendra le 29 juin 2000.

2.4 Des tensions dans le processus (juillet-décembre 2000)

Les premières bases sont posées et cependant de nouvelles difficultés apparaissent. En marge de l'approbation par le Conseil fédéral, en juillet 2000, du principe de la création d'un observatoire de la santé, avec la participation des cantons, les relations entre la Confédération et les cantons sont tendues.

En effet, à la suite d'un malaise croissant parmi les cantons en raison des décisions de la Confédération relatives à la LAMal, dont les conséquences les indisposent, la CDS invite la Conseillère fédérale Ruth Dreifuss à une assemblée extraordinaire en août 2000. La rencontre ne résout pas la question principale de la mise à l'ordre du jour de la question de la LAMal entre la Confédération et les cantons. La Conseillère fédérale réitère son opposition à cette proposition et les cantons campent sur leur position.

La rencontre confirme néanmoins l'accord des cantons sur des points importants pour la PNS :

- la nécessité d'une plate-forme de discussion et son institutionnalisation ;
- la nécessité d'élaborer des stratégies et des conceptions communes ;
- la confirmation des 3 thèmes retenus à Fribourg.

En novembre 2000, lors d'une assemblée de la CDS, les cantons remettent en question le projet d'observatoire tel qu'il leur est présenté, le trouvant surdimensionné. Rendez-vous est pris en mai 2001, pour considérer une nouvelle proposition. Suite à des tensions persistantes au sein du groupe de pilotage, la cheffe de projet Barbara Fäh démissionne à la fin de l'année 2000.

Cette année 2000 s'achève donc pour le projet PNS sur un bilan mitigé, avec d'une part le départ de la cheffe de projet au moment où les relations entre les cantons et la Confédération restent tendues et où plane une incertitude sur l'avenir du projet d'un observatoire de la santé et la participation des cantons à ce projet. Et, d'autre part, la confirmation de l'appui du Conseil fédéral à l'observatoire, l'accord des deux parties sur la nécessité de développer une collaboration et une plate-forme de dialogue politique et la confirmation des 3 thèmes retenus à Fribourg.

2.5 Réorganisation du projet PNS (janvier-juin 2001)

Pour pallier au vide provoqué par le départ de Barbara Fäh, le groupe de pilotage fait appel à un consultant extérieur, Mark Ita, qui assume l'intérim. Ce dernier, ancien collaborateur de l'OFSP, met à profit son expérience et utilise cette période transitoire pour élaborer, avec la participation du groupe de pilotage, un nouveau document qui doit préciser la nature du projet, sa mission, ses objectifs et la stratégie à retenir. Il met en évidence les limites d'une gestion du projet PNS à l'intérieur de l'administration fédérale. Pour coordonner les activités des cantons et de la Confédération, il propose une structure intermédiaire, capable d'assurer la médiation des intérêts et qui soit crédible pour l'ensemble des partenaires.

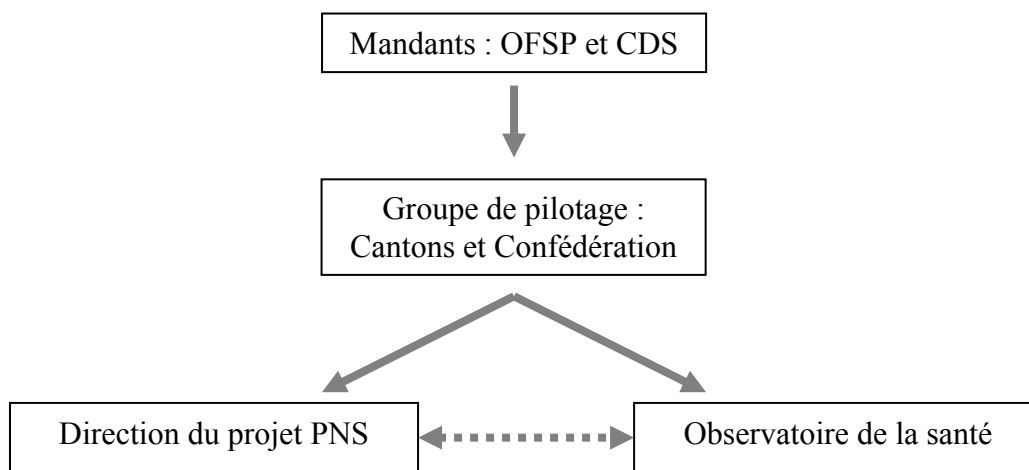
Ainsi, durant la période d'intervention de Mark Ita la nécessité de créer une structure de projet indépendante de l'OFSP soumise à la double direction des cantons et de la Confédération à travers le comité de pilotage s'établit. Cette clarification structurelle précise le partage des responsabilités, l'Obsan devra s'occuper du système d'information statistique en étroite collaboration avec l'OFS, tandis que la direction du projet PNS s'occupera du renforcement du soutien politique et stratégique au projet de politique nationale en

collaboration avec le DFI, l'OFSP, la CDS et le groupe de pilotage pour les questions de choix stratégiques comme le montre l'organigramme de la Figure 2.

Cet effort culmine avec l'approbation par les deux mandants, le DFI et la CDS, des nouvelles orientations suggérées dans le document de projet lors d'une réunion du groupe de pilotage avec la Conseillère fédérale Ruth Dreifuss et la présidente de la CDS, Alice Scherrer, le 7 mai 2001.

La structure mise en place aura pour effet de dynamiser le débat entre les partenaires. Le nouveau directeur, Philippe Lehmann, entre en fonction en août tandis que le directeur de l'Obsan, Peter Meyer prend progressivement ses fonctions à partir de juillet de la même année. Du point de vue de la dynamique de coordination, ces choix auront comme effet le renforcement d'une coordination verticale avec le groupe de pilotage comme autorité décisionnelle, rendant relativement difficile la coordination entre la direction du projet et l'Obsan. Les responsabilités de chacun de ces directeurs se clarifieront petit à petit. Le projet PNS se trouve alors avec une nouvelle orientation, politiquement légitimée, et deux responsables opérationnels pour la mettre en œuvre.

Figure 2 : Organigramme de gestion et de division des responsabilités du projet PNS



2.6 De la verticalité à l'horizontalité : expériences d'établissement (juillet – décembre 2001)

La période de juillet à décembre 2001 est un moment charnière dans l'ensemble du processus, puisque, en six mois, les deux directeurs qui viennent d'être nommés, donnent un élan significatif au projet PNS grâce à leurs initiatives respectives. Ils sortent le projet PNS d'une situation difficile. Leurs activités permettent de mettre en place leur structure opérationnelle respective (mise en place des équipes, relations avec l'administration fédérale) et de développer toute une série d'activités qui témoignent de l'existence du projet PNS, notamment :

- une série de contacts sous l'autorité de Ruth Dreifuss et Alice Scherrer avec des représentants des principaux domaines de la politique et du système de santé, pour leur présenter la nouvelle orientation du projet PNS ;
- l'organisation de la 3^{ème} journée nationale de travail, à Rüslikon (le 18 et 19 octobre 2002), consacrée aux déterminants de la santé ;
- la poursuite de la diffusion du journal d'information (la *newsletter*) ;
- l'élaboration de la conception directrice et du plan de développement de l'Obsan et la mise en service de la page Internet de l'Obsan ;
- la relance des travaux sur les thèmes santé psychique, *empowerment* et médecine de pointe.

Ces activités ont contribué à l'obtention de résultats qui rendent plus visible le projet PNS, avec par exemple l'ouverture de la journée de Rüslikon à des participants de tout le système de la santé et le développement de la convivialité entre eux.

Mais elles ont surtout permis à l'Observatoire de la santé de franchir une nouvelle étape vers sa réalisation avec l'approbation par la CDS, lors de son assemblée du 23 novembre 2001, de sa conception directrice et le mandat donné au comité de la CDS de présenter en juin 2002 une proposition de cofinancement de l'Obsan par les cantons à partir de 2003.

Finalement, un bilan intermédiaire préparé par la direction du projet PNS et présenté au Conseil fédéral lui permet d'obtenir l'approbation de ce dernier quant aux projets de développement futur, en particulier le cofinancement de l'Observatoire par les cantons et la Confédération et la mise en place d'une plate-forme politique⁹.

⁹ Approbation par la Conseil fédéral le 19 décembre 2001.

Suite à ces décisions, la direction du projet, en accord avec le groupe de pilotage, s'orientera à partir de 2002 vers la concrétisation de la coordination et du soutien à la politique nationale par l'approfondissement des thèmes de travail d'intérêt commun choisis en 2000 et le développement d'éléments de services aux partenaires.

Sa structure de passerelle et son autonomisation lui permettent de renforcer la coordination horizontale et de donner l'occasion à ses différents partenaires de se retrouver autour de thèmes par choix et intérêts, sans nécessairement envisager un résultat en termes de coordination verticale.

Les activités développées notamment par la direction du projet PNS seront suivies par un public en majorité composé par les groupes cibles, à savoir des responsables politiques et administratifs du niveau fédéral et cantonal ainsi que les autres acteurs nationaux du système de santé. La coordination horizontale s'installera par l'ouverture vers d'autres institutions et organisations intéressées par les thèmes traités. Par ce léger, mais important changement dans l'orientations du projet PNS, la direction donne en même temps le coup d'envoi à une politique nationale telle qu'elle se développe dans d'autres domaines,¹⁰ sans hiérarchie forte, basée sur l'engagement et l'intérêt des acteurs participant et construite sur les compétences et les savoirs de chacun. Ce changement a pour effet de créer autour du projet une visibilité et une crédibilité grandissante et de le sortir du cercle restreint des premiers partenaires.

2.7 Contenu et processus : deux dynamiques parallèles d'institutionnalisation de la politique nationale de la santé (janvier 2002-décembre 2003)

La dernière période se caractérise par le développement de deux mouvements reliés, à savoir la recherche de contenus communs pour la politique nationale de la santé (2.7.1) et la discussion d'une organisation institutionnelle qui permette de stabiliser le processus de coordination (2.7.2).

2.7.1 Visibilité et légitimation croissante

Les premiers jalons posés, les deux entités opérationnelles du projet PNS, qui complètent leurs équipes de travail respectives – l'Observatoire de la

¹⁰ Cattacin 1996a ; voir aussi : Delley 1995, Gentile 1995 et le numéro spécial de la Revue suisse de science politique de 1997 (Cattacin et Kissling-Näf 1997).

santé et la direction de projet PNS – peuvent déployer pleinement leurs activités et en recueillir les fruits au cours des années 2002 et 2003.

Regroupée en fonction des principaux axes de travail, la direction de projet PNS a développé les principales activités suivantes:

- Préparation des journées de travail annuelles de la Politique nationale de la santé de Muttenz (août 2002) et d'Aarau (septembre 2003) consacrées respectivement à la santé psychique, à la plate-forme et au thème des « Conditions de travail et santé ».
- Travail d'appui à la direction de l'Observatoire pour sa mise en place, en avril et mai 2002, en particulier pour préparer la décision des cantons de participer à son financement.
- Collaboration avec l'Obsan en faveur de la PNS et en particulier pour la stratégie de santé psychique, pour la communication du projet PNS (*Newsletter*) et les relations avec les mandants politiques, la CDS et le Conseil fédéral (préparation de documents et contacts pour la prise de décision).
- Travail systématique de relations publiques et de communication avec l'élaboration de la *Newsletter*, de nombreux contacts et présentations auprès d'entités intéressées ou impliquées par la PNS (en particulier autorités et administrations cantonales, directions et services des offices fédéraux OFSP, OFAS, OFS, Seco, Suva).
- Introduction du projet PNS au nouveau Chef du DFI, le Conseiller fédéral Pascal Couchepin.
- Travail de préparation pour le thème de la plate-forme qui a pris différentes formes dont, en particulier
 - la préparation préalable du mandat octroyé au groupe de pilotage par les mandants, la CDS et le DFI, en août 2002 et son officialisation lors de la journée de Muttenz ;
 - des comparaisons avec d'autres exemples de collaboration entre cantons et Confédération, les cas de la CUS et de la CTA ou avec d'autres méthodes de coordination, comme celle de l'UE ;
 - l'élaboration de plusieurs propositions successives de projet de plate-forme, en fonction des orientations qui surgissent du débat ;
 - l'appui au secrétariat de la CDS pour la réalisation et l'exploitation d'une enquête réalisée en juin 2003 auprès des cantons, suite aux doutes qu'ils avaient exprimés quant à la plate-forme lors de leur assemblée de mai 2003, à Neuchâtel ;

-
- l'organisation et l'animation de réunions dédiées au thème de la plate-forme, au sein du groupe de pilotage, la préparation et la participation aux débats menés lors de réunions du comité de la CDS et de ses assemblées ;
 - la préparation des décisions politiques des mandants, tant auprès de la CDS, de certains cantons (lors de la négociation finale de la Convention) que du DFI et du Conseil fédéral.
- Poursuite des travaux sur le thème « *Empowerment* ».
 - Elaboration d'une proposition de « tableau de bord » des politiques de la santé des cantons et de la Confédération, présentée et discutée au cours de la journée de Muttenz.
 - Développement du thème « Santé psychique ». Cette dernière activité a mobilisé une partie importante de la capacité de travail de la direction de projet ; citons en particulier :
 - Des études préparatoires (enquête Illés et Abel 2002, relevé des stratégies en cours par Eva Bruhin, comparaison avec des stratégies internationales par Astrid Stuckelberger, cinq études épidémiologiques réalisées par l'Obsan).
 - L'élaboration d'une première proposition de stratégie pour la journée de Muttenz, ainsi que la préparation et la conduite du travail de réflexion lors de la journée de Muttenz.
 - La création et le suivi d'un groupe de travail (le « *Kerngruppe* ») qui a accompagné la direction du projet dans ses initiatives jusqu'à la rédaction du rapport final, au début 2004.
 - La conception, l'organisation, la conduite et l'exploitation d'une série de sept ateliers sur des thématiques spécifiques, liées à la santé psychique. Ces ateliers ont permis d'associer toute une série de responsables d'entités publiques et privées, de niveau cantonal et national, directement impliquées.
 - Le suivi de travaux spécifiques (enquêtes, inventaires) et le développement de la coopération avec de nouveaux partenaires (Pro Mente Sana, le Seco, l'OFAS, la Conférence des directeurs cantonaux des affaires sociales) ou encore avec des expériences pilotes au niveau cantonal.

L'ensemble de ces activités a été mené en étroite collaboration avec le secrétariat central de la CDS et avec la direction de l'OFSP. Cette collaboration ne s'est d'ailleurs pas limitée à la seule question de la plate-forme, elle a été très active dans plusieurs autres domaines (santé psychique, Observatoire de la santé, journées nationales de travail, « tableau de bord »,

organisation et préparation des activités du groupe de pilotage, du comité et des assemblées de la CDS).

Le groupe de pilotage a suivi les travaux de la direction de projet au cours de réunions régulières et d'une retraite de deux jours en février 2003. Le peu d'engagement de plusieurs de ses membres ne lui a cependant pas permis malgré des tentatives de réorganisation du mode de travail interne à travers notamment la création d'un directoire, de jouer le rôle de moteur qui était attendu de lui.

De son côté, l'Obsan a été absorbé, pendant ces deux ans, d'une part par la conduite de tâches d'intérêt national inscrites dans son concept (défini en octobre 2001)¹¹. Il a été d'autre part occupé à consolider ses relations institutionnelles avec l'OFS et avec les cantons ou d'autres offices fédéraux intéressés par ses prestations. Outre son appui au développement du thème de la santé psychique il a renforcé la collaboration et l'appui aux cantons par la signature de contrats de financement et de prestations avec 16 d'entre eux¹² et avec quelques offices fédéraux, et a développé pour eux des travaux spécifiques. Ces travaux ont donné lieu à des publications. L'Obsan a également mis sur pied un site Internet et sa propre *newsletter*.

La mise en place des instruments nécessaires à ses nouvelles responsabilités, comme son accès à une série de banques de données essentielles pour son travail, a occupé l'Obsan au début de ses activités régulières. Il a ainsi, et en particulier, pu trouver un arrangement avec *Santésuisse* pour l'accès à leur banque de données ce qui intéressait au plus haut point aussi les cantons.

2.7.2 Deux pas en arrière, un pas en avant : la révision du cadre de travail et la fin du projet PNS

Si ces activités développées de façon pragmatique, pas à pas, ouvrent la porte à une autre manière de concevoir une politique nationale de la santé (telle que celle développée dans le domaine de la drogue et du VIH/sida en Suisse),¹³ coordonnée de manière horizontale et orientée sur des besoins

¹¹ Au nombre desquelles on compte la mise en place du monitoring de 160 indicateurs, l'approfondissement du thème « Santé psychique », l'utilisation des services de santé en relation avec la population âgée et la validation systématique des banques de données à disposition.

¹² L'Obsan a pu répondre, pour la première fois et surtout dans la deuxième moitié de 2003, à toute une série de demandes en provenance des cantons qui ont souscrit un contrat de prestations (voir annexe 6).

¹³ Voir à cet égard par exemple : Boggio et al. 1997 et Bütschi et Cattacin 1994.

définis en commun, elles s'éloignent partiellement des objectifs premiers, notamment ceux des cantons. En effet, ceux-ci formulaient comme premier but à poursuivre l'augmentation de leur capacité d'intervention dans des dossiers législatifs, alors que la dynamique du projet PNS a privilégié le développement de stratégies de santé en dehors de la LAMal.

Aussi, tout en étant ouverts à des questions de politique de la santé, les cantons cherchaient surtout une porte d'entrée privilégiée vers le gouvernement fédéral et le processus législatif. Ils voyaient dans le projet PNS une chance de passer d'une position de partenaires parmi d'autres de la Confédération dans le domaine de la santé à une position de partenaires privilégiés. De son côté, la Confédération avait au moment du lancement du projet comme principal objectif la mise en place d'une politique de la santé plus cohérente et respectueuse du principe du développement durable. Ceci implique coordination et synergie entre les partenaires du secteur de la santé et la remise en cause d'une stricte interprétation de la division des tâches, pour privilégier la logique de leur interpénétration. Aussi, même si la Confédération ne voulait en aucun cas remettre en cause des prérogatives légales liées à la division de tâches, elle avait l'ambition d'être le *primus inter pares* à cause de sa vision globale de l'ensemble du territoire suisse.

Il y avait donc pour les acteurs de la Confédération l'intention de se placer au centre de la politique de la santé, voire d'affirmer son rôle toujours plus fortement dans la définition des priorités de ce domaine.¹⁴ C'est alors que s'est posé la question de l'institutionnalisation de la plate-forme comme structure intermédiaire, autonomisée et co-financée par l'ensemble des partenaires en remplacement de la structure de projet. Ce débat s'est inscrit dans un climat difficile, dominé par la question des coûts de la santé, du rôle et de la place des assurances, des tentatives de la Confédération de reporter des charges sur les cantons, le changement de présidence à la tête du DFI et la restructuration de l'OFSP. Autant de facteurs qui ne favorisent pas la création d'un climat de confiance et qui peuvent expliquer que face aux enjeux liés à la création d'une telle structure, ce soit la solution de sa réintégration au sein de

¹⁴ La Confédération était encore dans les années 1970 un acteur mineur de la politique de la santé, avec une base légale faible même dans le domaine des assurances. Le développement vers une assurance maladie obligatoire dans les années 1990 et son interprétation large de la loi sur les épidémies et la lutte contre les abus de stupéfiants en ont fait un acteur central. Le récent passage de l'assurance maladie de l'Office fédéral des assurances sociales à l'Office fédéral de la santé publique en est d'ailleurs un indicateur indéniable. Pour une analyse des grandes lignes du développement de ce domaine au niveau national, on peut se référer à Gilliland 1988 et Cattacin et Tattini 1999.

l'OFSP qui, face au refus des cantons de s'engager dans une structure passerelle, a été retenue. Cette solution discutée depuis la rencontre de Chaumont en 2000 reflète autant la préférence de la Confédération que celle des cantons pour une solution ancrée dans les institutions existantes. Ce n'est pas seulement la réintégration au sein de la Confédération du projet PNS qui sera privilégiée, mais aussi le renforcement du rôle de la CDS en tant que deuxième secrétariat exécutif de la politique nationale de la santé, même si ses ressources dans ce but sont moindres que celles de l'OFSP.

Fin 2003, le projet PNS a donc connu un changement significatif, *créant* une nouvelle forme institutionnelle avec des objectifs révisés et des potentiels et risques que nous discuterons dans les conclusions. Le projet est en effet déclaré achevé et l'activité opérationnelle de promotion d'une politique nationale de la santé est réabsorbée par l'OFSP et par le secrétariat central de la CDS. Par cette décision conjointe de la Confédération et de la CDS, la direction que le projet PNS avait prise est remise en cause. Ceci ne signifie par contre pas l'abandon du projet mais une focalisation comme l'indique le communiqué de la CDS du début décembre sur l'échange politique entre cantons et Confédération en général, le DFI et la CDS en particulier :

„Mit der Genehmigung einer *Vereinbarung* zwischen der SDK und dem Bund zur *Nationalen Gesundheitspolitik Schweiz* wird die Zusammenarbeit in der Gesundheitspolitik zwischen den kantonalen Gesundheitsbehörden und dem Eidgenössischen Departement des Innern verstärkt und auf eine neue Grundlage gestellt. Die Vereinbarung sieht die Etablierung eines ständigen Dialogs zwischen den für die Gesundheitspolitik Verantwortlichen der Kantone und des Bundes vor. An regelmässigen Treffen zwischen Delegationen der SDK und des EDI sollen der Informationsaustausch vertieft, gesundheitspolitische Themen von gemeinsamem Interesse behandelt und gemeinsame Aktivitäten in die Wege geleitet werden“ (CDS 2003a: 1).

Si cette décision semble à première vue être *un retour en arrière* elle reflète néanmoins aussi une base de consensus forte entre les acteurs impliqués jusqu'à l'heure dans la formulation de cette politique nationale de la santé. On peut aussi y lire un renforcement de la CDS vis-à-vis des cantons qu'elle représente, en facilitant potentiellement l'intégration à long terme des cantons plus sceptiques à l'égard du développement d'une politique nationale de la santé.

Ce pas en arrière permet également – potentiellement – un redémarrage sur une base solide de l'initiative. La signature de la Convention institutionnalise la création de la plate-forme et lui donne un aspect de non-réversibilité. Ce seront les évaluations à venir qui pourront déterminer si l'incorporation de la direction de projet au sein de l'OFSP s'est faite au bon

moment et si ses relations avec le secrétariat central de la CDS renforceront réellement la coordination entre Confédération et cantons.

2.8 Synthèse : la dynamique d'apprentissage

La dynamique d'apprentissage peut être distinguée du point de vue du contenu (2.8.1) et du point de vue des acteurs (2.8.2). Les deux apprentissages sont évidemment liés, mais nous essayerons néanmoins, dans cette première synthèse, de les distinguer pour mettre en évidence notamment deux éléments à nos yeux fondamentaux pour l'explication de la dynamique historique : le passage d'une conceptualisation ambitieuse à une politique pragmatique et l'augmentation des capacités d'action des acteurs impliqués dans le développement de la politique, en particulier la CDS, les services de la Confédération et le projet PNS.

2.8.1 La dynamique du point de vue du contenu

Le projet PNS a connu, au cours de son histoire, divers changements importants. L'ambition de départ de créer progressivement une politique de la santé coordonnée entre Confédération et cantons a été révisée et adaptée pragmatiquement au cours des années. Face au peu d'enthousiasme de certains cantons (et aussi au peu d'engagement concret de la Confédération sur des contenus partagés avec les cantons) et pour rapprocher les divers acteurs, les objectifs du projet sont revus à la baisse, portés sur deux fronts, présentés comme deux sous-projets distincts et traités par là séparément : d'une part l'Observatoire, entendu comme un instrument d'observation statistique et, d'autre part, la politique nationale. Cette partition a sans doute permis de garantir la mise sur pied de l'observatoire, dont la charge politique s'est grandement réduite.

Pour permettre de trouver un sens commun à la PNS et éviter que tout le débat se focalise sur la question de la répartition des compétences entre Confédération et cantons un pas important est franchi avec le choix de trois thèmes nécessitant une coordination entre Confédération et cantons et susceptibles d'être les bases d'une politique nationale de la santé soit:

*l'empowerment*¹⁵ de la population, la santé psychique et la planification de l'offre en médecine de pointe.

Les évaluations précédentes ont accompagné ces adaptations de l'orientation de la politique de la santé nationale. Elles ont mis en évidence la nécessaire modestie de l'approche face à un projet en perpétuelle recherche de légitimation. Elles ont également démontré que le processus difficile de création d'un projet commun ne se fait pas par décret et qu'il nécessite une longue période de recherche d'un chemin viable, de *trail and error*.¹⁶

2.8.2 La dynamique du point de vue des acteurs

La politique nationale de la santé ne s'est pas seulement développée du point de vue de son contenu, elle a également permis d'initier un processus d'apprentissage auprès des acteurs impliqués. Ce processus d'apprentissage qui augmente la conscience de la nécessité d'une politique nationale de la santé – nous décrirons ce processus de création d'adhésion dans le chapitre 3 – amène à la création et à la transformation du rôle des acteurs, en particulier la CDS, mais aussi le DFI, l'OFSP et, dans une moindre mesure, l'OFS.

Cette modification au sein de la CDS est particulièrement importante, parce qu'elle sera à la base de l'augmentation de l'adhésion des cantons au projet PNS. Un bref examen des principaux moments de la mise en place de la politique nationale de la santé auxquels les cantons ont participé montre en effet leur quasi omniprésence tout au long de ce processus, de manière individuelle ou à travers la CDS et ses organes : l'assemblée générale, le Comité directeur et le secrétariat général.

Les cantons sont ainsi représentés pour tous les thèmes traités dans le cadre du projet PNS – l'Obsan, la plate-forme, la santé psychique, les journées de travail, le « tableau de bord » – comme ils le sont pour des thèmes traités en dehors de la PNS (la politique de lutte contre le cancer, la planification de la médecine de pointe).

C'est en particulier la CDS qui a permis aux cantons, grâce à la mobilisation de ses organes, de débattre, entre eux et à plusieurs reprises, de

¹⁵ Ce dernier thème est certainement mal couvert par les cantons et tout aussi mal par la Confédération, mais en même temps pris en charge par les activités de prévention et de promotion de la santé au niveau national. Il n'est donc pas surprenant que le projet PNS n'ait pas poursuivi ses travaux dans ce domaine, celui-ci étant revendiqué par d'autres organes (notamment par Promotion santé suisse et les organisations chargées des questions relatives à l'invalidité).

¹⁶ Les principaux enseignements des évaluations menées précédemment figurent dans le Tableau 10 en annexe 4.

leurs points de vue respectifs. Ces débats leur ont permis de réagir aux propositions qui leur étaient faites, en fonction de leurs préférences. Finalement, ils sont arrivés à identifier les conditions d'un engagement qui seraient acceptables pour tous et en fonction desquelles ils allaient contribuer au projet PNS.

De ce fait, la CDS apparaît comme un acteur relativement central avec un rôle de modérateur et de référence dans tout le processus.

- La CDS a été une charnière au service de la PNS, en permettant aux cantons de participer à la PNS tout au long du processus, mais surtout en assumant un rôle de facilitateur du dialogue entre eux pour la définition de positions communes et de dialogue entre cantons et Confédération pour arriver à des accords finaux ;
- la CDS a été active et omniprésente tout au long du processus et sur tous les principaux thèmes, malgré ses faibles moyens et en particulier grâce à l'efficacité de ses organes propres et à sa collaboration avec le projet PNS ;
- la CDS a contribué au développement du processus par la prévisibilité, la visibilité (transparence) et la fiabilité du fonctionnement de ses organes et de leur articulation ce qui a permis de compenser les aléas des décisions des cantons.

Le rôle de la CDS reste par contre structurellement faible car elle a en son sein une procédure de création d'un consensus basé sur le dialogue. Ceci oblige la direction de la CDS à vérifier continuellement si « sa base » la soutient, contrairement à la Confédération qui peut parler – potentiellement – d'une voix unique. La CDS, et par là, les cantons restent instables.¹⁷

Comparée aux cantons, la Confédération a une plus grande autonomie d'action ; elle peut se concentrer sur la mise en œuvre de décisions sous le contrôle d'une hiérarchie unique. Ceci ne signifie pas que le contrôle politique n'influence pas les activités, mais les décisions une fois prises, la capacité d'action dépend notamment des ressources investies. Cette position de la Confédération dans le dialogue n'a par contre pas un effet en soi dynamisant. Ce n'est en effet que par la mise en place de la direction de projet PNS et de l'Obsan qu'elle arrivera à devenir un partenaire de dialogue relativement crédible qui mettra en place des régulations visant la création d'un soutien large des cantons au projet PNS. Il est donc particulièrement

¹⁷ Soulignons le parallélisme de cette argumentation avec l'analyse de Claus Offe dans sa « two logics of collective action » (Offe et Wiesenthal 1985).

important de comprendre ces instruments de « soft regulation » et leurs effets pour augmenter l'adhésion des cantons. Ces instruments seront au centre du prochain chapitre.

3 Les activités déployées par le projet : une perspective analytique sur le développement du consensus

Après avoir retracé l'histoire du projet PNS, nous tenons dans ce chapitre à nous focaliser sur les instruments de création de soutien et de consensus autour du projet. Pour ce faire, nous serons guidés par la grille d'analyse présentée dans la Figure 1 (p.15), qui distingue les activités visant la création d'une affiliation par intérêt pour des services spécifiques (les *selective goods*), le développement d'une vision commune (les *communautés thématiques*), et la pratique de co-décision (les *communautés de projets*). Cette distinction, introduite dans le chapitre 1.3, permet de grouper analytiquement les activités déployées et de les lire sous l'aspect de la contribution à la création de soutien au projet PNS.

Nous traiterons ces dynamiques dans les chapitres suivants. Il ne sera pas possible de discuter toutes les activités ; nous essayerons par contre à l'aide d'activités particulièrement importantes de donner une image différenciée de la logique d'action du projet PNS.

3.1 *Selective goods* : l'affiliation par intérêt pour des services

Dans le domaine des incitations sélectives visant à la participation au projet PNS, nous pouvons mettre en évidence deux initiatives. D'un côté l'Observatoire de la santé dont la mise en place et l'utilité n'ont pas été mis en doute par les acteurs centraux de la politique nationale de la santé et le « tableau de bord », instrument qui a connu une mise en place plus difficile. Si certains cantons lui ont réservé un accueil favorable, il n'a jamais été ancré institutionnellement ni légitimé, en raison de l'absence de décision du Groupe de pilotage à son sujet.

3.1.1 L'Observatoire de la santé (Obsan)¹⁸

L'idée de la création d'un observatoire de la santé a été lancée par la Conseillère fédérale Ruth Dreifuss à l'assemblée de la CDS du 19 novembre

¹⁸ L'optique analytique retenue explique que ce chapitre mette l'accent sur la contribution de l'Obsan à la construction de la PNS et non à l'évaluation des activités de l'Observatoire.

1998¹⁹. Elle y a présenté le concept général ainsi que des développements qui permettent de disposer d'une image assez précise de la vision de la Confédération (Dreifuss 1998). Cette proposition constitue le point de départ du processus qui conduira à la création et au fonctionnement de l'Obsan²⁰.

La justification principale de l'initiative est liée au manque d'une base de données statistiques suffisamment différenciées sur la politique de la santé et de ses effets. Un deuxième élément formulé dès le début est le manque de coordination des données existant au niveau national et cantonal. L'Obsan se justifie donc comme nouveau service statistique et comme structure au service d'une démarche globale et exhaustive. Par cette justification, il s'insère dès le début dans une démarche double exigeant la collaboration entre les divers producteurs de statistiques publiques (les cantons et la Confédération) et les acteurs privés (les caisses maladie).

L'analyse de la chronologie des principaux événements qui ont marqué le processus de création de l'Obsan permet de distinguer trois périodes :

- une première période de 2 ans et demi – entre novembre 1998 et avril 2001 - qui commence avec la présentation, par la Conseillère fédérale Ruth Dreifuss, de l'idée en novembre 1998. Cette période de conception est dominée par une succession de démarches politiques au niveau fédéral et cantonal ;
- une seconde période entre mai 2001 (nomination du directeur de l'Obsan) et juin 2002 (mise en place opérationnelle de l'Obsan²¹) jusqu'à la prise de position de l'assemblée de la CDS le 6 juin 2002 recommandant aux cantons de contribuer au financement de l'Obsan ;
- une troisième période – entre juillet 2002 et le début 2004 – qui voit l'Obsan quitter l'agenda de la PNS pour se consacrer à son organisation

¹⁹ L'idée d'un observatoire de la santé avait déjà fait l'objet de réflexions préalables, initiées par les cantons les plus dynamiques depuis les années 1988 (dans le cadre du projet GIP-PROMES) et auquel la Confédération (OFSP) était associée de même que la CDS. Ce projet, prolongé par le GCI (Groupe de coopération intercantonale), a duré jusqu'en 1992 environ.

²⁰ Pour une description factuelle des activités de l'Obsan, voir : Obsan 2001.

²¹ Tout au long des deux premières périodes, le processus de création de l'Obsan a eu deux dimensions qui se sont alternées et complétées. D'un côté, une séquence de décisions des autorités politiques cantonales et fédérales qui accrédite, peu à peu, l'idée d'un observatoire et lui donne sa légitimité. D'un autre côté, et simultanément, une série de mesures prises par l'OFS et le projet PNS qui permettent que l'Observatoire se mette peu à peu en place, au niveau opérationnel.

interne et développer ses activités propres, notamment en faveur des cantons avec lesquels il a souscrit un contrat de financement et de prestations. Cette période se conclut avec la consolidation définitive de l'Obsan, grâce à la signature de la Convention sur la PNS entre la CDS et la Confédération et sa dotation définitive en personnel²².

L'observatoire de la santé constitue l'un des instruments principaux de la promotion de la PNS et l'un de ses principaux résultats concrets. Il a fait l'objet, dès le début, du soutien de trois offices fédéraux (OFS²³, OFSP et OFAS) et de certains cantons qui collaboreront activement à sa réalisation dans le cadre du projet PNS et dans celui des nombreuses activités qu'il développera.

Il faut remarquer cependant que l'observatoire suscite aussi dès le départ, et tout au long du processus, des résistances de la part de certains cantons, relatives en particulier à ses compétences – un observatoire pour traiter des données statistiques ou un observatoire pour élaborer des propositions de politiques de santé ? Ces réticences sont encore d'actualité pour certains cantons même si une grande partie de ceux-ci – à savoir 16 - ont déjà adhéré à l'Observatoire. D'un autre côté, la Confédération et les promoteurs de la PNS ont été préoccupés par l'implication des cantons dans le projet et les relations établies entre l'Obsan et la PNS. Ces inquiétudes se reflètent dans les questions qui, au moment de sa création effective, devaient encore être résolues pour que l'Obsan soit un instrument au service de la PNS²⁴: Elles sont notamment relatives à :

- la définition du statut légal et institutionnel de l'Obsan ;
- la clarification des liens entre le projet PNS et l'Obsan, ainsi qu'entre les projets prioritaires pour la PNS et les domaines de recherches et de consolidation des informations de l'Obsan ;
- la mise à disposition des moyens financiers nécessaires à l'Obsan de sorte à ce qu'il puisse assumer les tâches qui lui sont assignées.

Le Tableau 2 résume la dynamique de mise en place de l'Obsan.

²² A partir du début 2004, l'Obsan comptera avec une équipe permanente équivalent à 10 personnes à plein temps.

²³ Après avoir clarifié le fait que l'Obsan n'était pas une concurrence, mais un instrument à moyen terme en plus de l'OFS, le soutien de cet office à l'Obsan a été total.

²⁴ Voir à cet égard : Horber-Papazian et Thévoz 2002 : 5, 24 et 25.

Tableau 2 : Mise en place politique et opérationnelle de l'Obsan

Consolidation politique de l'observatoire	Mise en place opérationnelle de l'observatoire
<p>Novembre 1998 : Lancement de l'idée d'un observatoire par la Conseillère fédérale Ruth Dreifuss</p> <p>Mai 1999 : Lancement officiel de la proposition de création d'un observatoire à la journée d'Interlaken</p> <p>Février 2000 : Journée de Chaumont dédiée exclusivement à l'observatoire</p> <p>Mai/ juillet 2000 : La CDS, puis le Conseil fédéral accréditent l'idée d'un observatoire</p> <p>Novembre 2000 : La CDS remet en question le dimensionnement du projet d'observatoire</p>	<p>Printemps 1999 : Mandat préparatoire de l'OFSP pour la création d'un observatoire</p> <p>Octobre 1999 : Le thème de l'observatoire est dissocié des autres activités du projet PNS ; création d'une Task-force Obsan sous la conduite du Directeur de l'OFS</p> <p>Mai 2001 : Le comité de pilotage désigne le directeur de l'observatoire</p> <p>Octobre 2001 : Le comité de pilotage approuve la conception et le plan de développement de l'observatoire</p>
<p>Novembre 2001 : Le comité de la CDS confirme son intérêt pour l'observatoire</p> <p>Décembre 2001 : Le Conseil fédéral se préoccupe de la participation financière des cantons à l'observatoire</p> <p>Mars 2002 : Le comité de pilotage est préoccupé de la coordination entre les activités de l'observatoire et la PNS</p> <p>Avril-mai 2002 : Promotion de l'observatoire et de la PNS auprès des cantons²⁵</p> <p>Juin 2002 : L'assemblée de la CDS recommande à ses membres d'adhérer au co-financement de l'observatoire</p> <p>Décembre 2003 : Institutionnalisation de l'observatoire dans la Convention entre la CDS et la Confédération</p>	<p>Début 2002 : Entrée en fonction des premiers membres de l'équipe de l'observatoire et développement de ses activités courantes</p> <p>Début 2004 : L'observatoire dispose d'une équipe complète, équivalent à 10 postes à plein temps</p>

²⁵ Cette campagne de promotion, menée conjointement par les deux directeurs de la direction de projet et de l'Obsan, a eu également comme objectif de promouvoir le « tableau de bord ».

Si nous analysons maintenant le processus de création de l'Obsan et de son contenu de manière évaluative, il faut tout d'abord constater que l'Obsan représente un résultat important pour la PNS. Il est le résultat de l'engagement de la Confédération puisque ses compétences en matière statistique lui ont permis de promouvoir l'organisation de l'Observatoire de la santé. De plus, les moyens mis à disposition par l'OFS pour sa mise en place opérationnelle ont été déterminants. L'Obsan est aujourd'hui une structure de service à laquelle les cantons peuvent participer selon leur bon vouloir. Du point de vue juridique et institutionnel, l'Obsan est à ce jour dépendant institutionnellement et administrativement de l'OFS uniquement. Les cantons n'interviennent pas dans sa gestion. Mais le dialogue institué par la Convention du 15 décembre 2003 a la compétence de définir les grandes lignes du mandat de prestations de l'Obsan.

Par ailleurs, le financement de base de l'Obsan est assuré en très grande partie par la Confédération. Ceci rend la situation particulièrement critique en cas de demande conjointe des cantons et de la Confédération. La question de « qui paie ? » n'est pas définie dans ces cas-là. Comme, par sa nature l'Obsan « doit écouter d'abord ceux qui le paient »²⁶, cette situation peut créer de réels problèmes de collaboration entre les cantons et la Confédération. Si l'Obsan a recueilli l'approbation de cantons qui souhaitent y participer, c'est donc toujours à titre individuel et après avoir signé un contrat avec la Confédération²⁷. De plus, les cantons qui y participent le font de manière provisoire, puisque la CDS reconsidèrera le sujet en 2005 (la liste des cantons qui collaborent formellement avec l'Obsan est présentée en Tableau 3).

Une partie des prestations que l'Obsan délivre aujourd'hui répondent à des demandes groupées de cantons²⁸ elles contiennent donc une dimension intercantonale qui permet des comparaisons. Ceci constitue un apport intéressant à la PNS. Quant aux travaux que l'Obsan développe et qui portent sur des problématiques d'échelle nationale ils sont encore un « héritage »²⁹ d'avant les contributions financières des cantons à l'Obsan et ne répondent pas à un besoin conjoint des cantons et de la Confédération.

²⁶ Comme s'exprime une personne interviewée à cet égard.

²⁷ Ceci est d'ailleurs fixé comme élément dans la nouvelle convention de fin 2003.

²⁸ Pour plus de détails sur les prestations délivrées, voir la liste dans l'annexe 6.

²⁹ Ces problématiques figurent dans le concept de l'Obsan approuvé en octobre 2001 par le groupe de pilotage.

Tableau 3 : Liste des cantons ayant signé un contrat avec l'Obsan

Cantons ayant souscrit un contrat avec l'Obsan	Cantons n'ayant pas souscrit de contrat avec l'Obsan
Berne	Argovie
Lucerne	Appenzell Rh.-Intérieur
Uri	Glaris
Obwald	Grisons
Nidwald	Saint-Gall
Zoug	Schaffhouse
Fribourg	Soleure
Bâle-ville	Thurgovie
Bâle-campagne	Valais
Appenzell Rh.-Extérieur	Zurich
Tessin	
Vaud	
Neuchâtel	
Jura	
Genève	
Schwytz	

En ce qui concerne l'orientation thématique de l'Obsan, l'ensemble des thèmes que celui-ci est en train de négocier provient de demandes d'offices fédéraux. Les cantons ne participent pas, pour l'instant, aux discussions relatives au cahier des charges de l'Obsan pour ce genre de travail. C'est le cas pour les cinq projets suivants :

- *Ambulante Versorgung*, demande conjointe de l'OFS, de l'OFAS et de l'OFSP ;
- *Travail et Santé*, demande du Seco et du projet PNS pour un travail de monitoring de ce thème (suite à la Journée de travail d'Aarau) ;
- *Alter und Gesundheit*, thème sur lequel l'Obsan continue à travailler (ce thème faisait partie du concept de 2001) ;
- *Gesundheit und Sport*, à la demande de l'Office fédéral du sport ;
- *GesundheitBerichterstattung*, demande conjointe de l'OFS, de l'OFAS et de l'OFSP (ce thème faisait aussi partie du concept de 2001).

Finalement, la collaboration entre l'Obsan et la direction du projet PNS pour des thèmes qui relèvent expressément de la politique nationale de la santé a été assez réduite. Elle s'est faite essentiellement pour le thème de la

Santé psychique, en particulier à travers cinq études de l'Obsan et la participation de son directeur au groupe d'élaboration de la stratégie.

Dans d'autres initiatives développées par le projet PNS où une collaboration aurait pu être possible, cette dernière ne s'est pas faite, en raison de l'abandon du thème « *Empowerment* » par le comité de pilotage, alors que l'Obsan traitait précisément de ce thème, et aussi à la suite de la décision du directeur de l'Obsan de se retirer du thème du « tableau de bord » en raison de son manque de soutien politique et de sa difficile faisabilité. Comme, par ailleurs, le projet PNS n'a pas présenté d'autre demande relative à des thèmes de santé publique à l'Obsan, sa contribution à la PNS a été finalement réduite au seul domaine de la santé psychique³⁰.

Ainsi, si les conditions actuelles perdurent, l'Obsan pourrait ne pas assumer un rôle d'instrument central au service de la collaboration entre les cantons et la Confédération pour une PNS. D'une part, il dédie une grande partie de ses activités à satisfaire les demandes des cantons (selon les termes des contrats passés), de tiers ou d'offices fédéraux. Ce faisant il répond à des demandes d'appui pour des politiques menées de manière indépendante, par chacune des parties en présence.

D'autre part, l'Obsan tire parti de :

- la marge de manœuvre que lui donne ses moyens propres ;
- l'absence d'un agenda de thèmes prioritaires pour la PNS ;
- l'absence de définition des modalités de financement des travaux de base entre les cantons et la Confédération

pour poursuivre une stratégie propre, dictée par son mandat actuel et pour ne pas se mettre dans une position d'attente face à la PNS et aux progrès de la collaboration entre cantons et Confédération.

En conclusion, la situation actuelle fait de l'Obsan une entité de la Confédération dont les prestations tout en étant importantes pour la politique de la santé, ne répondent que très marginalement à la problématique de la PNS.³¹

³⁰ L'Obsan et la direction de projet PNS ont cependant collaboré dans d'autres domaines pour les discussions (non encore abouties) relatives au concept du Rapport suisse sur la santé, le travail de communication commune (la page Obsan dans chaque numéro du Newsletter depuis le début 2002) et le travail de préparation de décisions politiques évoqué par ailleurs (en particulier pour l'Obsan et la plate-forme).

³¹ A l'avenir, cette situation pourrait changer et s'améliorer si les partenaires de la Convention en décident ainsi.

3.1.2 Le « tableau de bord »

Le « tableau de bord » procède d'une initiative du projet PNS qui voulait offrir une vue d'ensemble des principaux « chantiers » ouverts en Suisse en matière de politique de la santé. Son objectif est donc de faciliter par la gestion des connaissances une future coordination des actions de la PNS. Plus précisément, ses objectifs sont définis de la façon suivante (Projet Politique nationale suisse de la santé PNS 2002):

- donner des informations concernant des projets, des processus ou des politiques qui ont une approche novatrice et/ou qui offrent un fort potentiel de coopération;
- encourager les échanges d'informations et d'expériences entre les acteurs du domaine de la santé publique;
- devenir un instrument de diffusion et d'extension pour des projets qui ont fait leur preuve.

L'idée de base était de mettre en réseau – principalement grâce à un site Internet et un réseau d'informateurs – les développements en matière de politique de la santé dans un système interactif d'échange et d'information entre tous les acteurs de la santé. Ces derniers sont:

- des acteurs au niveau cantonal et fédéral qui préparent les décisions politiques, à savoir les personnes de contact du projet PNS dans les cantons, la Conférence des directeurs des affaires sanitaires (CDS), les cadres et les personnes de contact de la PNS dans les offices fédéraux et auprès des deux Commissions de la sécurité sociale et de la santé publique des chambres fédérales et les parlementaires intéressés ;
- d'autres acteurs du système de santé: Fondation Promotion Santé Suisse, Oncosuisse, Société Suisse de santé publique, Société Suisse pour la politique de la santé, associations de professionnels et d'institutions (FMH, *santésuisse*, les hôpitaux par leur organisation faîtière H+), organisations de patients et groupes d'entraide.

La question des conditions de réalisation de ce « tableau de bord » a été posée lors de la journée de Muttenz en 2002, dont les résultats ont servi de point de départ à sa réalisation. Tout en soulignant que plusieurs exemples de ce type existaient en matière de drogue et de sida, les participants consultés dans le cadre d'un groupe de travail sur ce projet ont affirmé que son succès dépendra de son attractivité, c'est-à-dire de la qualité des informations qui, elle, dépend des ressources à disposition pour saisir et traiter les informations.

Dans ce sens, les représentants cantonaux ont clairement évoqué deux difficultés pour sa mise en œuvre. D'une part, la dimension politique des expériences en cours au niveau cantonal (données politiquement sensibles difficilement communicables) et, d'autre part, leur impossibilité de financer la systématisation de l'information ou de mettre à disposition du personnel à même de rassembler les informations nécessaires.

Outre les difficultés mises en évidence à Muttenz, il convient de souligner que les facteurs suivants expliquent également les difficultés de démarrage :

- Le sujet a été élaboré par l'équipe du projet PNS et présenté à plusieurs reprises aux instances de la PNS : d'abord lors de la journée de Rüslikon, ensuite au groupe de pilotage et enfin lors de la journée de Muttenz où il a été débattu dans deux groupes de travail.

Il n'a répondu cependant à aucun mandat explicite du groupe de pilotage ou des mandants du projet PNS (Confédération et cantons), ce qui a fortement entravé son développement (Projet Politique nationale suisse de la santé PNS 2003).

- L'équipe du projet PNS, malgré ses efforts, n'a pas réussi à lui donner la visibilité nécessaire. Peut-être en partie parce qu'au début de sa promotion, elle s'est fourvoyée en mettant l'accent sur les dimensions techniques de l'instrument et son utilisation potentielle, plutôt que d'insister sur son potentiel fort de coordination et de pilotage concerté.

Ces difficultés, reconnues par la direction du projet PNS, ont eu des conséquences sur l'engagement des partenaires. En effet, et comme cela l'a déjà été souligné, l'Obsan n'a jamais voulu participer activement au projet, considérant qu'il n'était pas viable et beaucoup trop ambitieux. Quant au groupe de pilotage, il n'a jamais pris le temps de se prononcer sur le sujet.

Néanmoins, ce projet reste stratégiquement important pour le développement de la politique nationale de la santé, ce qui a incité le Directeur de l'OFSP à confirmer en août 2003 l'intérêt de la Confédération pour cet instrument, demandant à la direction de projet, puis à la nouvelle équipe intégrée à l'OFSP de l'inscrire à son programme de travail pour 2004. Par ailleurs, une dizaine de cantons et plusieurs services de l'administration fédérale travaillent activement en collaboration directe avec la direction de projet au rassemblement d'informations pertinentes pour le « tableau de bord » et sont intéressés à l'analyse qui en sera faite sous forme d'un rapport à publier en 2004.

Si nous mettons en relation les facteurs bloquants venant du côté des acteurs cantonaux et en partie du côté de l'Obsan avec les facteurs favorables au « tableau de bord », en particulier l'appui venant des agences de

planification comme la CDS ou l'OFSP, nous pouvons aussi constater dans ce cas que la construction d'une politique nationale de la santé par des instruments stratégiques comme le « tableau de bord » est largement dépendante des initiatives des acteurs chargés de coordination, notamment de leur capacité de persuasion et de leur stratégie de construction d'adhésions (voir Tableau 4).

Tableau 4 : Développement du « tableau de bord »

Facteurs favorables	Facteurs défavorables
Rôle stratégique de l'information pour le développement d'une politique nationale de la santé	Coûts de la saisie
Instrument nécessaire pour les acteurs coordonnants (CDS, OFSP, direction de projet PNS)	Sensibilité politique des informations
	Légitimation fragile
	Lutte autour de priorités au sein du projet PNS (et désistement de l'Obsan)

3.1.3 Synthèse et évaluation des effets d'incorporation de l'Obsan et du « tableau de bord »

Le développement des deux services que sont l'Obsan et le « tableau de bord », indique une stratégie cohérente d'implication des cantons, des services de la Confédération et des autres partenaires dans une politique nationale de la santé. L'Obsan existe grâce à l'initiative du projet PNS et l'intention était de le voir jouer relativement vite le rôle de prestataire de services pour convaincre les cantons d'adhérer au projet PNS. Les cantons ont pour la plupart répondu positivement à cette invitation notamment quand ils ont pu concevoir l'Obsan comme une structure de services détachée d'une fonction politique.

Sa création a été rendue possible, malgré la résistance de quelques cantons réfractaires, en raison de la détermination et de la capacité de la Confédération à assumer un rôle moteur et grâce à l'engagement favorable de la majorité de la CDS. Ses compétences et ses ressources, mises à disposition par la Confédération, lui ont permis de ne s'appuyer que sur les cantons qui voulaient participer volontairement et de ne pas dépendre de l'ensemble d'entre eux.

Dans ces conditions, deux dynamiques se sont développées, amenant un détachement de l'Obsan du projet PNS :

-
- Une attitude instrumentale des cantons à l'égard de l'Obsan vu comme une structure de service dont les coûts de création et de maintien sont en grande partie assumés par la Confédération.
 - Une autonomisation de fait de l'Obsan, introduisant un *agenda setting* propre, orienté vers sa propre stabilisation au sein de l'administration publique et non plus interdépendant du développement d'une politique nationale de la santé qu'il est appelé à soutenir.

Ceci renforce certainement l'intérêt des partenaires pour l'Obsan et renforce indirectement la légitimité de l'OFS sans avoir aujourd'hui de réelle répercussion sur le consensus autour de la question de la politique nationale.

Quant au projet « tableau de bord », les enseignements à tirer de cette expérience sont, comparativement avec l'Obsan, variés.

Tout d'abord, les cantons et les responsables des offices de la Confédération ne sont pas prêts à s'investir dans la création d'un bien commun comme le « tableau de bord » surtout si les incidences politiques d'un tel engagement ne sont pas contrôlées et clarifiées.

Le « tableau de bord » est un exemple d'action précaire, promu par la direction du projet PNS et soutenu par la direction de l'OFSP et par certains cantons. L'initiative n'a pas reçu de légitimité politique parce qu'elle n'a pas fait l'objet d'un accord préalable entre les deux parties.

L'expérience montre ainsi que l'OFSP pourrait se trouver dans une situation inconfortable s'il développe, dans le futur et de sa propre initiative, une proposition de « tableau de bord ». Elle risque fort de n'être pas bien reçue par l'ensemble des cantons et par les offices fédéraux au moment de prendre la décision de rendre cet instrument opérationnel. Et ce, quelle que soit la qualité de la proposition.

La seule issue pour mettre en route ce projet est donc, pour la Confédération, d'en assumer la responsabilité stratégique et financière complète comme elle l'a fait pour l'Obsan. Cette solution risque de se heurter au même obstacle que celui sur lequel l'Obsan a buté : la résistance des cantons à livrer l'information qu'ils détiennent, notamment en raison des coûts inhérents à ce type de démarche. Leur soutien est cependant indispensable pour alimenter le « tableau de bord ». L'autre obstacle est la Confédération elle-même. Elle doit impérativement prendre conscience de son rôle de coordinatrice et de promotrice d'un consensus.

En effet, il lui reste à dire jusqu'où elle va s'engager dans la réalisation de cet instrument fondamental de coordination politique. Son engagement notamment financier faciliterait l'incorporation des cantons dans un tel projet. Si ces derniers sont réticents, les bases nécessaires pour la recherche d'un

consensus devraient être « réaménagées » dans le sens de l'intégration d'un plus grand nombre de cantons au développement du projet « tableau de bord ».

Il faut souligner que, contrairement au cas de l'Obsan, le « tableau de bord » ne peut pas être réalisé sans l'accord des cantons et des offices fédéraux. Leur participation est incontournable, pour assurer l'accès aux données qu'ils détiennent et qui concernent leurs propres initiatives en matière de santé publique. Cependant, la récolte des données ainsi que l'autorisation d'accès à des données sensibles et/ou confidentielles restent des problèmes à résoudre sinon le risque est grand de faire de l'instrument un outil rarement à jour avec les dynamiques politiques des cantons. Il va de soi que le succès du « tableau de bord » est également tributaire de l'intérêt que les différents partenaires portent aux activités des autres.

Un accord entre les cantons et la Confédération – les premiers s'engageant à ce que leurs initiatives soient documentées et accessibles à des tiers et la seconde à en financer la mise en forme et la mise à disposition – devrait bien évidemment être possible à négocier entre les parties dans le cadre du dialogue qu'elles ont institutionnalisé.

3.2 La création d'une communauté thématique : l'affiliation et le consensus par une vision commune

L'affiliation à une vision commune du projet PNS est notamment passée par le développement de débats et analyses autour de certains thèmes, perçus comme centraux par une large majorité des acteurs. Nous allons illustrer cette logique de création de soutien et de consensus par l'analyse des journées thématiques et par le développement du thème de la santé psychique dans le cadre du projet PNS.

3.2.1 Les journées thématiques

Les objectifs des journées thématiques étaient divers et ont évolué au cours du temps. Au début du processus, une Conférence nationale de politique de santé devait stimuler les efforts pour développer la coopération et la collaboration sur la PNS, comme lors des journées thématiques précédentes (Interlaken et Fribourg). Ces journées ont ensuite évolué pour avoir un caractère plus pragmatique de promotion générale de la PNS.

Dans ce chapitre, nous ne traiterons pas d'une journée spécifique³², mais essayerons de tracer le développement du consensus et du soutien à la politique nationale dans une logique diachronique, à savoir à travers un regard comparatif porté sur les diverses journées³³. Ceci permettra de répondre à la question de savoir si ces journées ont contribué à développer un consensus autour d'une politique nationale de la santé. Ces journées nationales de travail seront présentées selon les dimensions suivantes, saisies systématiquement à chaque journée : a) les thèmes abordés et les objectifs visés et b) la participation. Elles seront ensuite analysées en prenant en compte les zones de convergence et de divergence (c) sur les principales problématiques abordées ce qui permettra par ailleurs de mettre en évidence l'évolution des zones de consensus.

a) Le développement des thématiques et des objectifs indique une continuité dans la réflexion autour des thèmes précis pouvant contribuer à la fois à la formation d'une compétence commune dans le domaine de la politique de la santé et à l'établissement d'un consensus sur les instruments du projet PNS (comme l'indique le Tableau 5).

b) La participation a été différenciée selon la participation des acteurs étatiques actifs au niveau national ou cantonal. Au niveau fédéral, les acteurs participant aux deux premiers événements n'étaient issus que du Département fédéral de l'intérieur. Le cercle s'est élargi par la suite. La cheffe du département, la Conseillère fédérale Ruth Dreifuss, fut présente lors des conférences d'Interlaken, de Fribourg, de Rüslikon et de Muttenz. Le Conseiller fédéral Pascal Couchepin était présent à Aarau. Les chefs des trois offices concernés (OFS, OFSP et OFAS) furent présents lors de chaque événement. Ils étaient appuyés par un certain nombre de leurs collaborateurs qui furent également, pour la plupart, présents durant tout le processus. D'autres offices ont été associés aux journées dès 2001 : l'Office fédéral du sport, l'Office fédéral des étrangers (aujourd'hui IMES), l'Office fédéral des réfugiés, le Seco, la SUVA et le Groupement de la science et de la recherche (GSR).

La question de la présence des cantons est plus complexe. Or, la présence des cantons, en particulier de responsables administratifs et de responsables politiques, autour des enjeux de la politique nationale de la santé et de l'Observatoire de la santé, permet de déterminer lesquels sont les plus

³² Les journées ont fait partie d'évaluations précédentes ; voir Horber-Papazian et Terribilini 1999, Horber-Papazian et al. 2000 et Horber-Papazian et Thévoz 2003 - à l'exception de la journée d'Aarau que nous présentons en annexe en tant qu'exemple (voir annexe 7).

³³ Dans le sens de Bartolini (Bartolini 1990), le temps peut être vu comme un axe de la comparaison.

impliqués, lesquels se situent en retrait et comment ces phénomènes évoluent. Le Tableau 6 offre un aperçu de la composition des diverses conférences selon les partenaires cantonaux présents. Il convient de préciser que les conférences d'Interlaken et de Fribourg étaient des réunions constitutives qui s'adressaient exclusivement à un public fédéral et cantonal, qu'il s'agisse de responsables administratifs et politiques. A l'inverse, le séminaire de Chaumont concernait d'abord des responsables techniques. A partir de la journée de Rüslikon, les journées ont été ouvertes aux principales organisations du domaine de la santé, voire de l'économie et du travail (Aarau 2003).

Tableau 5 : Evolution des thèmes centraux et des objectifs des journées de travail

Journée	Thèmes	Objectifs
Interlaken 1999	Premières réflexions autour de l'Observatoire de la santé et d'une politique nationale de la santé.	<ul style="list-style-type: none"> • Instaurer une politique nationale de la santé • Mettre sur pied un Observatoire de la santé, appelé à servir de plate-forme d'échanges entre Confédération et cantons
Chaumont 2000	Réflexions autour de l'Observatoire de la santé.	<ul style="list-style-type: none"> • Trouver un consensus sur les grandes lignes de la création de l'Observatoire de la santé
Fribourg 2000	Réflexions sur les priorités thématiques à développer dans le cadre de la politique nationale de la santé.	<ul style="list-style-type: none"> • Parvenir à un consensus entre les responsables politiques de la Confédération et des cantons quant à savoir s'il existe une marge de manœuvre commune en matière de politique de la santé • Déterminer les domaines dans lesquels existe une marge de manœuvre commune • Décrire les buts, moyens, mesures et conditions-cadres nécessaires à l'émergence d'une politique nationale
Rüschlikon 2001	Réflexions sur les déterminants de la santé.	<ul style="list-style-type: none"> • Prise en compte d'éléments nouveaux pour la définition de la PNS
Muttenz 2002	Réflexions sur trois thèmes : la santé psychique, la coopération entre acteurs, l'existence d'une plate-forme nationale de politique de la santé.	<ul style="list-style-type: none"> • Ancrer le principe d'une journée nationale de travail annuelle, lieu de rencontre, d'échanges, de réflexions, d'identification avec la PNS • Approcher des exemples concrets de politiques, en relation avec les thèmes et en tirer des leçons pour le développement d'éléments de politique nationale. Pour chaque thème, des objectifs spécifiques sont définis • Relancer le processus d'institutionnalisation d'une plate-forme politique
Aarau 2003	Réflexions sur le thème : les conditions de travail et la santé.	<ul style="list-style-type: none"> • Continuer à ancrer le principe d'une journée nationale de travail annuelle, lieu de rencontre, d'échanges, de réflexions, d'identification avec la PNS • Impliquer les autorités fédérales et cantonales du domaine de l'économie et les partenaires sociaux • Mettre en discussion les stratégies poursuivies par les acteurs politiques et économiques et mettre le domaine « Conditions de travail et santé » à l'agenda politique fédéral des prochaines années

Tableau 6 ³⁴: Participation des cantons aux journées nationale de la santé

Journée	Conseillers, conseillères d'Etat	Cantons membre du groupe de pilotage/ total des cantons présents	Fonctionnaires cantonaux	Cantons absents
Interlaken 1999	12 <u>BE</u> , ZH, NE, <u>OW</u> , JU, ZG, <u>FR</u> , AR, TG, UR, <u>VD</u> , BS	4/ 12	17; SG, JU, VS, GE, OW, ZH, FR, VD, TI, NE, TG, AG, BS, ZG, LU, SO, BE	6; AI, BL, GL, GR, SH, SZ, NW
Chaumont 2000	3 <u>TI</u> , NE, <u>OW</u> (séminaire pour spécialistes)	2/ 3	34 ; AR-1; AG-1, BS-1; BL-1; BE-3; FR-2; GE-2; JU-1; NE-2; SG-1; SZ-1; TI-4; TG-1; NW-1; UR-1; VS-1; VD-5; ZG-1; ZH-2)	5; AI; GL; GR; SH; SO
Fribourg 2000	7 <u>BE</u> , BS, BL, <u>OW</u> , <u>FR</u> , <u>TI</u> , AR	4/ 7	21; ZG, NE, VD, SO, TG, ZH, GR, TI, FR, BL, SZ, UR, BE, SG, VS, BS, GE, JU, LU, SH, AG	3; AI, GL, NW
Rüschlikon 2001	14 <u>BE</u> , SH, VS, BS, ZH, LU, NE, <u>OW</u> , <u>FR</u> , NW, <u>TI</u> , AR, UR, BL	4/ 14	16; ZG, BE, TI, ZH, VD, OW, NW, BS, BL, UR, TG, NE, GE, LU, AR, AG	6; GL, AI, SO, GR, SZ, JU
MuttENZ 2002	10 <u>BE</u> , SH, BS, ZU, NE, <u>OW</u> , AG, <u>TI</u> , AR, BL	3/ 10	16 : ZG, VD, BE, BL, BS, AG, GE, TI, SG, UR, FR, NE, TG, JU, VS, LU	7 : SO, ZH, GR, SZ, GL, AI, NW
Aarau 2003	12 <u>BE</u> , VS, ZU, <u>OW</u> , AR, JU, BS, <u>FR</u> , NW, <u>TI</u> , AG, UR	4/ 12	18 : JU, ZG-2, AR, AG, GE, TI, VD, GR, LU, FR, TG, BS, SZ, VS, OW, BL, NE	6 : ZH, SO, GL, AI, NW, SH

Source : évaluation Idheap, documentation des journées thématiques. Sont soulignés les cantons membres du groupe de pilotage.

c) En guise de récapitulation des résultats des évaluations précédentes, le Tableau 7 fournit un aperçu de l'évolution des zones de consensus et de divergences comme elles se sont développées au cours des années et de journée thématique en journée thématique.

³⁴ Le tableau est construit à partir des listes de présence. S'inscrire ne veut cependant pas dire être présent.

Tableau 7 : Evolution des zones de convergence et de divergence

	1999	2000	2001	2002	2003
Observatoire					
Coordination dans la récolte des données					
Coordination dans le traitement des données					
Standardisation des données					
Données traitées qui dépendent des buts de la politique de la santé		Santé Psychique	Santé Psychique	Santé Psychique	Santé Psychique
Possibilité d'émettre des recommandations					
Co-financement					
Instrument pour définir une politique nationale de la santé					
Politique nationale de santé					
	1999	2000	2001	2002	2003
Elaboration d'une politique nationale					
Thèmes prioritaires qui nécessitent une coordination		Médecine de pointe	Empowerment	Médecine de pointe	Empowerment
Plate-forme d'échanges					

Même si ce tableau met en évidence uniquement les zones de consensus comme elles se présentent à la fin d'une journée thématique, en reléguant au deuxième plan les activités de coordination et de persuasion qui ont lieu pendant toute l'année, il offre néanmoins une approximation intéressante du processus. En effet, par les espaces foncés, il indique les zones de fort consensus, le gris indique les domaines où existe un consensus fragile, alors que les espaces marqués de traits horizontaux indiquent les domaines de divergence. Le blanc indique que le thème n'a pas ou plus été abordé.

Le Tableau 7 indique tout d'abord que les zones de consensus se sont renforcées au cours des années et que notamment les questions liées au financement et au partage de pouvoir sont débattues (recommandations et politiques coordonnées). Le tableau indique aussi la flexibilité de l'instrument « journée de travail » qui permet d'insister quand des zones de consensus se cristallisent sur des problématiques spécifiques ce qui donne aussi la possibilité de mettre de côté des thèmes où les distances entre les positions sont trop importantes. Cet instrument qu'est la journée nationale est donc en même temps fort et faible, permettant la continuité dans la création d'une communauté engagée dans la création d'une politique de la santé, certes fragmentée, mais à développement incrémental. Le Tableau 8 renforce cette impression d'un instrument au service du maintien du dialogue par l'approfondissement de thèmes communs. Ceci ne signifie pas que ces journées ne sont pas en mesure d'initier aussi des débats sur des thèmes controversés, mais met en évidence qu'elles sont à la base, et probablement une condition centrale, du développement d'une capacité de dialogue.³⁵

Tableau 8 : Résultats obtenus par rapport aux objectifs annoncés à chaque journée

Journée	Politique nationale	Observatoire	Différences
Interlaken 1999	Découverte d'une réticence des cantons à l'encontre d'une politique nationale de la santé. Pas de consensus à ce sujet.	Découverte d'un manque de reconnaissance du besoin d'un observatoire de la santé.	
Chaumont 2000	Un consensus est trouvé quant aux principales tâches qui doivent être assumées par l'Observatoire.	Elaboration d'un consensus sur des décisions concernant l'Observatoire : - séparation entre sphère technique et sphère politique - financement paritaire - organisation en réseau, avec un ancrage à l'OFS	Pas de consensus sur les objectifs de la création d'un Observatoire. Différenciation entre acteurs romands et alémaniques
Fribourg 2000	Volonté de créer une plateforme commune où puissent s'opérer un partage des expériences et informations.	Détermination de trois thèmes de réflexion pour les rencontres suivantes.	Pas d'accord sur les buts, moyens, mesures et conditions-cadres nécessaires à l'émergence d'une politique nationale.

³⁵ Dans le domaine de la toxicomanie notamment, l'instrument des « journées nationales » a démontré sa force sur le long terme. (Kübler et al. 2003 ; Fahrenkrug 1996, Cattacin 1996b).

Rüschlikon 2001	Résultats en terme de convivialité, création d'un climat de confiance	Visibilité de l'Observatoire par son Directeur nouvellement entré en fonction.	
Muttenz 2002	Ouverture du débat sur la création d'une plate-forme de travail. Consensus au sein du groupe thématique pour un travail de lobby afin de promouvoir la santé psychique au niveau politique. Approbation en plénière d'une motion en faveur de la promotion et de la diffusion de la proposition de «but pour la santé en Suisse au 21 ^{ème} siècle ».	Visibilité de l'Obsan et contact avec les utilisateurs potentiels Consensus sur la création d'une plate-forme de travail à caractère non-décisionnel. Consensus au sein du groupe thématique pour un travail de lobby afin de promouvoir la santé psychique au niveau politique.	Pas de consensus sur les buts, tâches, thèmes prioritaires et financement de la plate-forme. Pas de proposition concrète et convergente au niveau de la santé psychique
Aarau 2003	Reconnaissance politique, explicitation de la nécessité d'actions concertées dans le domaine de santé et travail. Inscription du thème « Travail et santé » au prochain programme de législature 2003-2007. Engagement formel et public du Conseiller fédéral Pascal Couchepin pour la PNS. Mise en place d'un monitoring santé-travail, arène de coopération entre les acteurs économiques et politiques	Visibilité de l'Obsan	Identification de thèmes à approfondir dans le cas d'éventuelles actions concertées.

3.2.2 Le thème de la santé psychique

Le développement du thème de la santé psychique dans le cadre du projet PNS illustre particulièrement bien comment par une expertise partagée, une convergence de l'action et donc un consensus peuvent se créer. Le thème de la santé psychique a été retenu, lors de la journée nationale de Fribourg en mai 2000, comme un des thèmes prioritaires à traiter en commun par la Confédération et les Cantons.³⁶

³⁶ Ce thème est depuis des années reconnu comme prioritaire par les acteurs du domaine de la santé. L'accélération des transformations sociales des sociétés modernes semble notamment porter préjudice à la santé psychique de la population comme le démontrent des recherches menées au niveau international et national qui mettent en évidence une augmentation importante de l'utilisation d'offres thérapeutiques et d'accueil pour soulager les souffrances psychiques (Rüesch, 2003).

Ainsi, la Confédération et les Cantons ont mandaté le Projet PNS pour élaborer des stratégies qui serviront de base à la prise de décision politique en vue d'adopter des mesures pour améliorer la santé psychique en Suisse. Le processus du développement de la stratégie commune en matière de santé psychique – de la vision à la proposition de la stratégie nationale pour la santé psychique – et par là, le mandat du Projet PNS en matière de santé psychique, constituent l'objet d'évaluation dont nous présentons dans ce chapitre les principaux résultats en nous limitant à une analyse des journées de travail dédiées à ce thème. De cette manière, nous isolons les moments les plus visibles du processus, tout en étant conscients qu'un travail parallèle important a été mené et qu'il a contribué de manière relevante au processus de création d'une stratégie d'intervention dans ce domaine.

Ce chapitre est structuré en quatre parties. La première partie présente l'objet, les questions et la démarche méthodologique de l'évaluation du projet sectoriel « santé psychique » (a). La deuxième partie est consacrée à la présentation du contexte et de la démarche sur laquelle se base le travail du projet PNS dans le domaine de la santé psychique (b). Dans la troisième partie l'analyse des différentes activités mises en place par le Projet PNS pour élaborer une stratégie commune pour la santé psychique est présentée (c). Finalement, la dernière partie permet la discussion des questions d'évaluation en fonction des analyses menées (d).

a) Pour le projet sectoriel « santé psychique », le projet PNS s'est fixé trois objectifs : connaître l'état de la question dans le domaine de la santé psychique, préparer des fondements pour le développement d'une politique dans ce domaine et définir une stratégie nationale pour la santé psychique. Les résultats de l'évaluation discutés dans ce chapitre mettent l'accent sur le deuxième objectif qui était celui de développer un consensus en ce qui concerne les fondements d'une politique nationale pour la santé psychique, c'est-à-dire le contenu et la définition de stratégies d'une politique nationale pour la santé psychique. Aussi, tout en prenant en considération les autres activités menées par la politique nationale de la santé pour atteindre les objectifs cités plus haut – notamment les mandats de recherche et l'esquisse d'une stratégie nationale pour la santé psychique (NGP, 2004) – les résultats présentés tiennent principalement compte du processus participatif créé lors des journées de travail. Pour répondre aux questions d'évaluation, les indicateurs suivants ont été retenus :

- *La gestion des journées de travail* (gestion du temps, traitement des thèmes annoncés, modération des groupes de travail et des plénières).

-
- *Les conditions cadres des journées* (la cohérence, la faisabilité du programme proposé, les mesures préparatoires prises pour en faciliter le bon déroulement, l'apport des inputs initiaux, le dialogue entre les participants dans les groupes de travail, le dialogue entre les participants en plénière, l'articulation entre les différents moments et la progression de la réflexion commune).
 - *L'adéquation des résultats aux objectifs des journées* (résultats programmés et obtenus, résultats non programmés et obtenus, résultats programmés et non obtenus).
 - *L'adéquation des résultats obtenus aux objectifs de la PNS* (convergences et divergences entre les participants et leurs intérêts, questions en suspens).
 - Les journées ont également été évaluées en fonction d'une part de *leur apport à la reconnaissance de la nécessité d'une PNS* (reconnaissance du besoin de dialoguer ensemble, reconnaissance de la nécessité d'agir ensemble, de définir des programmes communs d'action) et, d'autre part,
 - Les journées de travail ont été évaluées en fonction de leurs *apports au contenu de la PNS* (définition commune d'objectifs, d'éléments évaluatifs, de ressources, de répartition des tâches, de règles de procédure, de règles de coordination avec d'autres politiques publiques à caractère national).

b) Le mandat confié au projet PNS avec le lancement du projet sectoriel « Santé psychique » en 2000, constitue une tentative ambitieuse de la part de la Confédération et des cantons de résoudre les problèmes croissants liés à la santé psychique de la population suisse. Ceci d'autant plus que la santé psychique a une incidence sur un grand nombre de domaines de la vie sociale et individuelle. Il s'agit, avec ce projet sectoriel, de rassembler les forces pour trouver des moyens de collaboration, de priorisation et un cadre de référence commun pour mieux intervenir sur les facteurs déterminant la santé psychique.

Partant de cette situation complexe, le projet PNS a mis en place une stratégie de base pour permettre d'atteindre ces objectifs. Les démarches sont présentées dans le Tableau 9.

Tableau 9 : Principales actions du projet PNS dans le domaine « santé psychique »

Démarche 1 : Analyse de la problématique	
Mandats/Etudes	<p>Abel, Th ; Illés, C. Enquête auprès des experts concernés par la santé psychique qui donne une description des différents facteurs qui favorisent, qui maintiennent ou qui menacent la santé psychique.</p> <p>Etudes Obsan Instrument de monitoring en santé psychique : épidémiologie des troubles et maladies psychiques, recours à l'hôpital, utilisation des services thérapeutiques</p> <p>Analyse des résultats des recherches scientifiques menées en Suisse</p> <p>Bruhin, E. ; Ducommun, M Inventaire des stratégies et mesures publiques et privées existant en Suisse.</p> <p>Stuckelberger, A. Comparaison internationale des politiques.</p> <p>Brenner, HD. et Baer N. et al Groupe d'experts ad hoc qui a produit une analyse sur le traitement en psychiatrie</p> <p>PNS Etude de synthèse: Santé psychique. Stratégie nationale visant à protéger, promouvoir, maintenir et rétablir la santé psychique de la population en Suisse. Projet destiné aux prises de position jusqu'à mi-mai 2004. Berne.</p>
Définition de modules	<p>Pour permettre une démarche systématique, 5 modules ont été définis par le projet PNS autour desquels se structurent toutes les actions menées. Il s'agit de :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Introduction, fondements, responsabilités 2. Reconnaissance du problème : monitoring et synthèse des données existantes 3. Promotion de la santé et prévention 4. Structures de prestations intégrées 5. Participation systématique des personnes concernées et de leur organisation.
Démarche	<p>Dans cette première étape, et sur la base des études menées, il s'agissait de définir le besoin d'actions dans le domaine de la santé psychique. Pour ce faire, le projet PNS a suivi une démarche modulaire.</p>

Démarche 2 : Développement d'une stratégie nationale pour la santé psychique (septembre 2002-juin 2003)

Journées de travail	Définition des demandes d'offres pour la santé psychique
Hearing	
Consultations	Développement d'un concept avec les acteurs importants sur la base d'une démarche modulaire.
Collaboration avec un « Kerngruppe »	
Groupe d'experts ad hoc	

Démarche 3 : Projets de faisabilité et promotion de la coopération en vue d'une mise en œuvre concertée

Thématiques et acteurs mobilisés	<p>Alliance contre la dépression – « Bündnis gegen Depression » (canton de Zoug, Association Equilibrium)</p> <p>Modèle pour une tarification pour favoriser une prise en charge intégrée (canton de Berne, CDS, Santésuisse)</p> <p>Financement des soins infirmiers ambulatoires en psychiatrie (Association des infirmiers et infirmières, Association des services de soins à domicile, Association Curia Viva des homes et EMS, FMH, Sociétés de psychiatrie et gériatrie)</p> <p>Création de l'association Ipsilon (prévention du suicide)</p> <p>Promotion de la santé au lieu de travail (Journée de travail d'Aarau)</p>
----------------------------------	---

Démarche 4 : Agenda pour une stratégie nationale de la santé psychique (2004)

Proposition d'une stratégie pour une politique nationale de la santé psychique	Coalitions, consensus, mise en œuvre et évaluation
--	--

c) Les premières études réalisées dans le cadre de la PNS sur la santé psychique, notamment celle de Thomas Abel (Illés, 2002), ont servi de base au Projet PNS pour développer une vision d'une stratégie pour la Suisse en la matière. Cette étude a donné une impulsion importante pour tout le processus d'élaboration de la stratégie puisqu'elle a mis en évidence le grand intérêt des experts de la santé psychique pour l'idée d'une politique nationale dans ce domaine. Elle a également mis en évidence l'importance des lacunes à couvrir en matière de santé psychique notamment en ce qui concerne les structures d'offre. Elle a enfin souligné la difficulté d'une telle tentative liée aux différences et à la diversité des intérêts énoncés et des mesures proposées par les experts.

La vision d'une stratégie de politique nationale pour la santé psychique a été présentée lors de la journée nationale de Muttenz, en septembre 2002. Cette stratégie, bien que jugée encore peu développée et peu concrète (Ita, 2002), pose les principes fondamentaux et la philosophie de base de tout le

processus et essaie de tenir compte de la complexité du domaine et de la diversité des intérêts à réunir dans le processus lancé. Ces éléments de base ont persisté tout au long du processus et se retrouvent également dans la proposition de stratégie mise en consultation en février 2004 (PNS 2004) :

- La stratégie s'intègre dans les recommandations de l'OMS au sujet de la santé psychique (WHO, 2001) qui vise une nouvelle orientation des stratégies de la promotion et de la prévention de la santé psychique.
- Sur la base d'une intervention multisectorielle et multifactorielle la vision propose d'agir sur différents niveaux en commençant par la promotion et la prévention de la santé psychique, puis le traitement et la réhabilitation et finalement le travail et le réseau social.

L'importance d'une approche globale de la santé psychique et d'une définition de celle-ci conçue comme un processus dynamique et par là, l'importance d'une approche multisectorielle est acceptée par les acteurs participant au projet. Ceci constitue un des accords de principe important. Si la journée de Muttenez a mis en évidence un grand besoin dans le domaine de la santé psychique, notamment en ce qui concerne la fourniture des prestations, trois questions principales n'ont pas pu être résolues dans le cadre de cette journée nationale. Il s'agit des questions suivantes qui ont par la suite été retenues par le projet PNS dans le cadre des discussions menées lors des journées de travail « santé psychique » :

- Quelles devraient être les priorités et la délimitation d'une stratégie nationale ? Est-ce qu'il s'agit de se limiter aux personnes déjà malades ou faudrait-il prendre en considération la promotion de la santé ?
- Qui est responsable de quelle tâche ? Quelle devrait être la répartition des tâches entre Confédération, cantons et organisations privées ?
- Qui finance et combien ?

La deuxième étape du projet sectoriel « santé psychique » consistait, comme le montre le Tableau 9, à définir des demandes d'offres pour la santé psychique et à développer un concept avec les acteurs clés dans ce domaine. Pour ce faire, le projet PNS a organisé entre septembre 2002 et juin 2003 sept journées de travail avec les acteurs publics et privés clés de ce domaine. Ces journées sont des éléments centraux du processus d'élaboration d'un consensus.

L'engagement du Projet PNS ne s'arrêtait cependant pas à l'organisation de ces journées. Ainsi, un « *Kerngruppe* »³⁷ ainsi qu'un groupe d'experts ad hoc³⁸ ont été mis en place. Le groupe d'experts a soutenu le projet PNS dans l'élaboration des bases de planification pour l'intégration de l'offre de soins. Le rôle du *Kerngruppe* était d'appuyer le projet PNS dans les questions spécifiques de santé psychique et dans l'organisation et l'analyse des résultats issus des journées de travail. En fait, la complexité caractérisant le domaine de la santé psychique, le nombre important d'acteurs, d'intérêts et de domaines qui existent dans ce domaine (Illés, 2002) ainsi que la diversité de la définition et de la mise en œuvre de la politique de la santé par les cantons dans le système fédéraliste rendent très difficile la coordination, la systématisation et la définition d'une stratégie nationale.

C'est la raison pour laquelle un processus participatif de recherche de consensus a été depuis le début reconnu comme une condition clé de la réussite du projet sectoriel « santé psychique ». C'est dans cet esprit que des spécialistes de santé psychique, de planification sanitaire, de politique de santé et des représentants des personnes concernées ont travaillé à concrétiser la vision présentée en 2002 à MuttENZ. Au cours de chacune de ces journées, des praticiens et des experts scientifiques ont présenté des réflexions et concepts, débattu de lacunes, élaboré des propositions et essayé d'établir un consensus entre les participants sur :

- les principes de base et les responsabilités ;
- une meilleure prise en compte du problème par l'échange et la synthèse des données disponibles ;
- la promotion de la santé et la prévention ;
- l'intégration de l'offre de prise en soins ;
- l'intégration des personnes concernées et des organisations dans le processus³⁹.

Les journées ont été concentrées sur les thèmes « Promotion de la santé psychique et prévention » (26 novembre 2002 et 14 janvier 2003),

³⁷ La CDS, l'Obsan, l'OFSP, Pro Mente Sana et deux représentants des cantons de Genève et Bâle-campagne sont représentés dans ce groupe.

³⁸ Les cantons (CDS, Berne, Bâle-campagne, Zoug), les chaires de psychiatrie et services universitaires (Genève, Lausanne, Berne), des institutions cliniques (Bâle-campagne, St-Gall) et des associations professionnelles (Psychiatrie et Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent) sont représentés dans le groupe d'experts *ad hoc*.

³⁹ Il s'agit des cinq modules qui constituent la démarche d'élaboration d'une politique de la santé retenus par le projet PNS.

« Protection, promotion et rétablissement de la santé psychique des adolescents (20 février 2003) et des personnes âgées (12 juin 2003) », « Structures ambulatoires et hospitalières d'offre de prise en soins (10 décembre 2002), « Réinsertion sociale et réhabilitation » (20 mars 2003), participation des personnes concernées et des proches (6 mai 2003).

d) Les résultats de l'analyse de ces journées peuvent être résumés du point de vue du *processus* de la façon suivante :

Les éléments de gestion concernent la gestion du temps, le traitement des thèmes annoncés et la modération des groupes de travail et de plénières. Le projet PNS a prévu pour chacune des journées de travail « santé psychique », une première partie de présentation (études et documents réalisés par des experts), une autre de discussion en assemblée plénière, et enfin une séquence de travaux de groupe. Il ressort des analyses qu'en général, la moitié du temps était consacrée aux présentations d'experts. Les interventions des experts étaient en adéquation avec le thème traité et le temps d'intervention respecté par les organisateurs du projet. Parallèlement, il s'est avéré que le temps prévu pour les travaux de groupe n'était souvent pas suffisant pour répondre à toutes les questions posées et n'a pas permis de développer les réflexions jusqu'à ce qu'un consensus s'établisse. La programmation du temps pour arriver aux objectifs était donc souvent insuffisante. Ceci d'autant plus que les objectifs des journées étaient très ambitieux, le nombre de questions à traiter dans les groupes très élevé, et les intérêts et la provenance des participants très différents.

Le traitement des thèmes. En ce qui concerne le traitement des thèmes annoncés, on constate que les invités aux journées de travail « santé psychique » ont reçu, en plus de l'invitation et du programme de la journée, toute une documentation (mission du travail de groupe avec les thèmes à discuter et les objectifs à atteindre ; documents sur le rôle et les objectifs de la politique nationale de la santé, études et travaux récents dans le domaine de la santé psychique) élaborée par le projet PNS et distribuée lors de la journée. En plus, les organisateurs du projet ont défini au début de chaque journée les objectifs et les thèmes à traiter.

La modération des travaux. La modération des travaux de groupe et des plénières a été fortement marquée par la pression du manque de temps et des objectifs ambitieux à atteindre. En plus, la modération dépendait de la dynamique de participation des personnes présentes. Ainsi, les modérateurs dans des travaux de groupes ont souvent été confrontés au choix de laisser la discussion évoluer ou de s'impliquer sur le contenu pour faire avancer le débat. De même, dans les discussions en plénière, le temps manquait souvent

pour développer une discussion ce qui explique celle-ci se réduisait surtout à des prises de positions individuelles.

La programmation des journées. L'analyse des conditions cadres des journées de travail concerne la cohérence, la faisabilité, les mesures préparatoires, le dialogue entre les participants et la progression de la réflexion. L'évaluation des journées de travail met en évidence, que la programmation des journées avait une systématique très claire tant par rapport aux thèmes choisis que par rapport à la structure de la journée (échange d'informations par les inputs des intervenants et processus de réflexion stratégique). Cette cohérence interne combinée avec la préparation des journées (sélections des informations, qualité des intervenants), documentation riche et qui couvrait les différents éléments importants du thème traité) semble avoir eu un effet positif sur la dynamique de discussion et le degré d'intérêt avec lequel les participants ont assisté à ces journées. Cependant, et comme cela a déjà été souligné, l'évolution des réflexions et le temps consacré n'ont pas permis d'aller jusqu'au bout des objectifs visés. Les objectifs poursuivis étaient trop ambitieux pour en assurer la faisabilité.

Du point de vue du *contenu*, nous pouvons identifier pour chaque thème abordé dans le cadre d'une journée de travail, des objectifs précis recherchés par le programme, à savoir :

- définir les besoins d'actions communes,
- identifier les conditions-cadres propres à des actions communes,
- découvrir des exemples de « bonnes pratiques »
- faire des propositions pour la mise en œuvre d'actions communes.

Ces objectifs figuraient aux programmes des journées et ils ont de plus été présentés oralement lors de chaque journée. Ils représentent donc le point de référence pour évaluer les résultats des journées quant à leur contenu et surtout pour identifier sur quelles questions un consensus s'est établi et sur lesquelles des divergences ou des questions sont restées en suspens. Il est important de noter à cet égard qu'une telle analyse était souvent difficile à mener pour deux raisons. Premièrement, il s'agissait d'un processus qui devait donner des idées aux responsables du projet PNS et non de réunions décisionnelles. Ainsi, dans la plupart des cas, les éléments mis en évidence l'ont été par des interventions individuelles qui n'ont pas été suivies par une discussion approfondie voire par une votation. Deuxièmement, l'élément « temps » a eu une influence sur le processus de création d'un consensus. Ainsi, les éléments mis en évidence dans le Tableau 9 sont des éléments qui ont été évoqués à plusieurs reprises ou qui ont été largement discutés et qui peuvent pour cette raison avoir une influence positive sur le consensus.

Cela étant, le résultat du processus lancé par le projet PNS et dont il peut se prévaloir est d'avoir démontré, sur la base des recherches mandatées et des discussions menées, que des lacunes importantes existent en matière de « santé psychique » et qu'une action qui dépasse les frontières cantonales doit être soutenue.

Avec le processus de réflexion lancé dans le cadre des journées de travail, un échange important entre les différents participants a ainsi pu être réalisé, ce qui a contribué à la création d'un réseau interdisciplinaire et d'un réseau entre les différents partenaires. Cette mise en réseau peut être très importante pour la création d'une vision commune des priorités, des stratégies et des mesures possibles qui dépassent les frontières cantonales. Cependant, tout au long du processus, il a été difficile de trouver des thèmes à traiter et des actions explicites à mener, comme il a été difficile de formuler des attentes concrètes à une action commune et nationale. Il existe un consensus sur le fait qu'il faut entreprendre quelque chose et que les besoins sont connus, mais il y a des divergences en ce qui concerne le « comment ».

Suite à cette analyse des discussions dans le cadre des journées de travail, soulignons que les questions de la responsabilité et de la répartition des compétences en matière de santé psychique sont très difficiles à résoudre et restent souvent sans réponse. Une certaine méfiance existe notamment par rapport à une trop forte centralisation du domaine. Par ailleurs, il a été relevé à plusieurs reprises qu'un grand nombre de structures, d'institutions et de réseaux existaient déjà et beaucoup d'acteurs ont estimé qu'il ne fallait en aucun cas en créer de nouvelles. La tâche de la Confédération devrait donc se limiter au niveau du pilotage du processus de coordination et :

- promouvoir des recherches en matière de santé psychique ;
- coordonner et réaliser un centre de compétence pour la collection systématique des rapports scientifiques, statistiques et informations ;
- élaborer des lignes directrices concernant les stratégies et mesures pour la santé psychique.

Si un consensus a pu se réaliser entre les participants en ce qui concerne le besoin en matière de sensibilisation, de coordination et de définition d'actions prioritaires, les intérêts divergents et le souci de prendre en compte les contextes locaux sont présents. À titre d'exemple, les besoins en matière de coordination entre les prestations psychiatriques sont importants, notamment dans un certain nombre de grands cantons. A l'inverse, dans les petits cantons, le problème n'est pas forcément le besoin de coordination avec les

cantons voisins, mais bien le manque de psychiatres pour assurer la couverture des besoins sur l'ensemble du canton.

En conclusion, l'analyse des résultats des journées dédiées à la santé psychique a montré que des besoins importants existent dans ce domaine. Les discussions ont cependant mis en évidence les limites de la volonté de définir une politique nationale en la matière. Il ressort également des discussions qu'un besoin de compétences communes au niveau national se fait jour, mais que le rôle de la Confédération devrait se limiter à des actions très restreintes (sensibilisation, coordination en matière d'information). Une politique nationale de la santé psychique qui attribuerait à la Confédération le droit de définir et mettre en œuvre de nouvelles structures attire la méfiance de certains cantons.

Ainsi, on peut dire que certaines de ces principales dimensions permettent de s'imaginer une politique nationale dans ce domaine – caractérisée par la définition d'objectifs concrets ainsi que de planification, de répartition des compétences ou encore d'éléments évaluatifs, autant d'éléments qui ont rarement été thématiques dans les débats. Placées dans le processus d'un projet sectoriel « santé psychique », les journées de travail ont néanmoins permis d'identifier un certain nombre de problèmes principaux et de donner des inputs aux responsables du projet PNS. Les résultats des journées ont été discutés et suivis avec attention par les membres du « Kerngruppe » du projet sectoriel « santé psychique », qui s'est également investi dans la définition des thèmes et des priorités. Par ailleurs, l'organisation de ces journées a permis la création d'un processus d'apprentissage pour le projet PNS en ce qui concerne la démarche de préparation, d'animation et de suivi de telles journées.

3.2.2.1 Vers une stratégie dans le domaine de la santé psychique

Sur la base des travaux préalables au processus d'identification d'un terrain d'adhésion des acteurs impliqués dans ce domaine, mais aussi des discussions avec le groupe de pilotage et des résultats des journées thématiques, une première esquisse de stratégie pour la prévention, la promotion, l'entretien et le rétablissement de la santé psychique a été élaborée par le Projet PNS (NGP, 2004). Ce rapport est le résultat d'un processus à plusieurs niveaux et son contenu est fortement marqué par les contacts et les consultations des experts et des groupes d'appui. Il propose des objectifs stratégiques, en pose les principes cadres (définition de la santé psychique, valeurs fondamentales etc.) et propose un plan d'action fondé sur les connaissances issues des recherches et données statistiques existantes. Cette proposition est actuellement en consultation auprès des cantons et a comme objectif d'être le premier pas dans la direction de la création de coalitions,

d'un consensus et d'une mise en œuvre stratégique de la politique pour la santé psychique.

La question du succès du processus sera mise en évidence par les résultats issus de la consultation. Le fait qu'un petit nombre seulement de toutes les organisations et de tous les cantons et offices fédéraux ait effectivement participé au processus dans le cadre des journées laisse ouverte la question de la force de cette proposition et de sa capacité à rallier les intérêts et à légitimer les stratégies poursuivies dans le domaine de la santé psychique.

3.2.3 Synthèse : les projets thématiques comme moteurs de création d'un consensus autour du projet PNS

Si des difficultés sont rencontrées tout au long du processus de définition d'une stratégie politique coordonnée et systématique, elles sont moins liées à un manque de clarté de la conception stratégique du projet ou à la démarche développée qu'aux caractéristiques de la mise en œuvre d'une politique de la santé dans un système fédéraliste. Les journées thématiques en général, la dynamique de travail autour du thème de la santé psychique en particulier ont en tout cas démontré l'utilité d'une stratégie basée sur l'approfondissement de connaissances communes. Ainsi, un consensus s'est développé dans ce cadre, même s'il reste relativement faible pour pouvoir le transformer en capacité d'action.

Il ressort que, dans le domaine de la santé psychique notamment, l'investissement dans la création d'un consensus n'en est qu'à son début. En effet, un certain nombre de résultats ont été obtenus dans l'identification de besoins, notamment en ce qui concerne le *besoin d'une activité nationale* pour définir et coordonner des domaines de la politique de la santé psychique. Si les discussions n'ont jamais explicitement tourné autour de la définition d'une *politique nationale* dans ce domaine, divers besoins ont été exprimés, notamment :

- en matière de coordination, avec beaucoup de nuances ;
- en faveur d'une restructuration du cadre légal ;
- en faveur d'une définition des thèmes prioritaires à traiter dans le domaine de la santé psychique ;
- en faveur d'une meilleure sensibilisation des politiciens et de la population aux questions de santé psychique.

Il n'y a donc aucun doute à ce que ce travail de création de capacité d'analyse commune et par là, d'identification de besoins, est utile dans le processus de création d'un dialogue autour d'une politique nationale de la santé. Il faut par contre le baser sur une réelle structure de décision pour transformer cette conscience naissante d'une nécessité de collaboration en projet. C'est le thème du chapitre suivant.

3.3 L'identité élargie : le développement d'une communauté de projet et l'affiliation par responsabilisation

Dès le début, la stratégie de cooptation des acteurs centraux dans des organes opérationnels de décision était envisagée. Après la mise en place du groupe de pilotage, l'action de création d'un soutien au projet PNS s'est focalisée sur l'idée de création d'une plate-forme de dialogue régulier que nous mettons au centre de ce chapitre. Il sera complété par une perspective comparative, tentant de mettre en évidence les différences et les leçons potentielles pour le projet PNS de deux autres expériences de coordination politique combinant verticalité et horizontalité.

3.3.1 La plate-forme de dialogue

Le processus de création de la plate-forme débute le 19 novembre 1998, par une déclaration d'intention de la Conseillère fédérale Ruth Dreifuss, lors d'une assemblée de la CDS. Elle s'achève par la signature de la Convention par les cantons et la Confédération, le 15 décembre 2003. Entre deux, il est possible de distinguer deux périodes distinctes:

Une première période, du 19 novembre 1998 au 4 juin 2002, avec l'annonce par le Conseil fédéral, dans une réponse à une interpellation urgente au Parlement, qu'une réflexion est en cours sur la création d'une plate-forme. Durant cette période, les responsables politiques ne prennent quasiment aucune initiative, si ce n'est de ratifier leur intérêt réciproque pour une plate-forme politique, lors d'une nouvelle rencontre entre les membres de la CDS et la conseillère fédérale (août 2000). Cependant cette ratification n'aura pas de conséquence à court terme. Le projet PNS ne réactive pas cette question, hormis l'élaboration d'un travail confié à un expert et auquel il ne donnera pas de suite.

Une seconde période, beaucoup plus courte, de juin 2002 à décembre 2003, où tout semble s'accélérer à partir de l'annonce du Conseil fédéral en juin 2002 d'engager « dans le cadre du projet PNS, une réflexion sur la création d'une telle plate-forme ».

Durant toute cette deuxième période, la direction du projet a appuyé, avec le secrétariat de la CDS, les activités du groupe de pilotage, tout en participant à l'élaboration des différentes propositions de plate-forme et entretenu de nombreux contacts avec toutes les parties impliquées, notamment lors des dernières négociations avec le canton de Zurich. C'est dans la même période et à partir du mandat confié par les autorités, que la direction du projet PNS prépare un calendrier de travail qui propose une 1^{ère} phase jusqu'au printemps 2003 pour l'élaboration d'une proposition à l'intention du DFI et de la CDS et une 2^{ème} phase, jusqu'en mai ou novembre 2004 (selon les options présentées), pour obtenir l'approbation formelle de la Confédération et des cantons (Direction de projet Politique nationale de santé PNS 2002).

Lors de sa réunion du 31 octobre 2002, le groupe de pilotage approuve ce chronogramme, tout en soulignant l'importance du contenu de la plate-forme :

« (...) le choix des objets sur lesquels travaillera cette plate-forme est central (...). La conception de la plate-forme n'est pas seulement une question de structure, mais aussi de contenu » (Groupe de pilotage du projet Politique nationale de santé PNS 2002).

Une proposition de plate-forme du groupe de pilotage sera ensuite approuvée par le DFI et le comité de la CDS à partir des résultats du travail du groupe de pilotage réalisé lors d'une retraite en février 2003. Lors de cette retraite, les membres du groupe se sont mis d'accord sur un certain nombre de points et en particulier sur le fait que :

- l'Obsan et le projet PNS étaient deux instruments nécessaires à la plate-forme, le projet PNS faisant office d'état-major ;
- la plate-forme devra être restreinte aux exécutifs cantonaux, au DFI et à ses services ;
- les journées annuelles devront être maintenues ;
- les décisions devront se prendre par consensus (Groupe de pilotage du projet Politique nationale de santé PNS 2003b).

L'exemple de la CUS a servi explicitement de référence, positive, comme modèle de plate-forme, tant pour des représentants des cantons que de la Confédération⁴⁰.

⁴⁰ Pour la 2^{ème} journée de la retraite, un représentant de la CUS avait été invité. Par contre aucun représentant de la CTA ne participait aux débats.

La direction de projet a ensuite rédigé un projet de plate-forme qui a été pris en compte par le groupe d'accompagnement (mars 2003). Il a été soumis au comité de la CDS (27 mars 2003), au chef du DFI qui l'a aussi approuvé (19 mai 2003), puis au plénum de la CDS le 22 mai 2003.

Le projet de plate-forme soumis à l'assemblée de la CDS le 22 mai 2003 peut se résumer de la manière suivante (Groupe de pilotage du projet Politique nationale de santé PNS 2003a):

- Cette plate-forme est
 - permanente et paritaire, institutionnalisée par le biais d'une Convention de type administratif, soit une forme juridique similaire à celle de la CTA ;
 - restreinte, c'est-à-dire composée par les seules autorités politiques : le comité de la CDS, le conseiller fédéral du DFI et 5 offices fédéraux.
- Ses compétences
 - La plate-forme traite de sujets pour lesquels les compétences des parties sont communes ou complémentaires ;
 - elle ne prend pas elle-même de décision exécutive sur les programmes proposés ;
 - elle décide par consensus entre les deux parties.
- Ses tâches, la plate-forme est chargée de :
 - dresser une liste de sujets/thèmes sur lesquels il paraît souhaitable que les exécutifs des cantons et de la Confédération adoptent des stratégies de santé publique nationale coordonnées et concertées ;
 - définir des critères pour établir cette liste de sujets/ thèmes ;
 - élaborer des grandes lignes de stratégies de santé publique coordonnées pour les thèmes retenus. Un contenu minimum de ces grandes lignes est proposé ; il leur donne un caractère de politique publique : buts poursuivis, orientations de stratégie et de faisabilité, objectifs à atteindre, durée du processus de coordination et calendrier des principales étapes, mesures de promotion de la coopération et modalités de suivi et de rapport ;
 - définir le mandat de prestation de l'Obsan ;
 - exprimer des recommandations et des suggestions sur des thèmes généraux de PNS.

-
- L'organisation, la plate-forme :
 - est constituée par la rencontre des deux délégations, représentant respectivement la Confédération et les cantons ; elles remplacent le groupe de pilotage du projet PNS ;
 - dispose d'un état-major pour ses travaux (ex-direction du projet PNS) ;
 - peut faire appel à l'état-major ou à d'autres experts ou représentants d'organisations du secteur de la santé pour ses travaux préparatoires, en fonction des sujets abordés.

 - D'autres recommandations sont également émises, elles concernent :
 - l'organisation d'une conférence nationale, annuelle, de politique de santé sur le modèle des journées déjà réalisées, notamment celles de Muttenz et d'Aarau ;
 - la reconnaissance de l'Obsan qui est, avec l'état-major, un instrument au service de la plate-forme et dont la direction stratégique est assumée par une délégation paritaire de la plate-forme ;
 - des modalités de financement qui prévoient que les coûts de son fonctionnement sont partagés entre les cantons et la Confédération tandis que le financement de base de l'Obsan est assuré par la Confédération et complété par les contributions des cantons qui souscrivent un contrat avec la Confédération ;
 - l'état-major qui devrait être doté d'un budget adéquat sans que les modalités de financement soient définies.

L'assemblée de la CDS du 22 mai 2003 qui devait entériner la proposition du groupe de pilotage, approuvée par le comité de la CDS et par le DFI a montré, à la surprise du groupe de pilotage, que seule une minorité de cantons souscrivait au projet⁴¹.

Parmi les arguments avancés, que synthétise la représentante du canton de Zurich, outre la reconnaissance d'un besoin de coordination, il y avait un sentiment de méfiance face à ce projet de plate-forme qui n'allait pas dans la bonne voie, une opposition catégorique à l'existence d'un état-major et

⁴¹ Résultat de la votation à l'assemblée de la CDS : 9 voix en faveur de la plate-forme, 2 oppositions et 11 abstentions.

l'insistance pour que la CDS soit reconnue comme instrument du dialogue des cantons avec le Conseil fédéral et entre les cantons.

Une consultation écrite a été réalisée par la CDS (selon la décision prise en assemblée par les cantons) à laquelle l'ensemble des 26 cantons a répondu. Ses résultats permettent de mettre en évidence des réponses dans les thèmes suivants (CDS et PNS 2003):

1. Dialogue cantons - Confédération : une grande majorité de cantons (24) souhaitent institutionnaliser le dialogue avec la Confédération. Six cantons de Suisse orientale (GL, SH, SG, ZU, GR et TG) le conditionnent cependant au fait que la CDS soit l'organe qui les représente, à l'exclusion de toute autre structure intermédiaire :

« Allein der Vorstand der SDK ist berufen, die Auffassungen und Meinungen der Kantone gegen aussen zu vertreten. Eine Delegation dieser Kernaufgabe ist u.E. nicht vertretbar, da dadurch die demokratische Abstützung bzw. Legitimation verloren ginge. [...] Eine Delegation an politisch nicht direkt verantwortliche Dritte würde die Konsensfindung nicht erleichtern, sondern im Gegenteil erschweren » (CDS et PNS 2003: 2).

La représentante du canton de Zurich tient encore à préciser l'importance de ce point :

« Aufgrund dieser grundsätzlichen Überlegungen haben wir auch den Fragebogen beantwortet » (CDS et PNS 2003 : 3).

2. Le développement de stratégies de santé publique à l'échelle nationale : une très grande majorité des cantons l'approuve (23), quatre d'entre eux (ZU, GR, AI et TG) précisent cependant que les domaines à traiter doivent être définis par la CDS.

3. L'organisation d'un dialogue annuel avec tous les acteurs du système de santé : elle recueille l'approbation de 15 cantons. 11 n'y voient pas d'intérêt (tous alémaniques, dont les cantons de ZU, TG, GR et SG)

4. L'instance de définition du mandat de prestation de l'Obsan : quinze cantons proposent que cela se fasse en coopération avec la Confédération, alors que 8 pensent que chaque canton doit le faire séparément (dont les cantons de ZU, TG, GR et SG).

Il apparaît donc clairement qu'une majorité de cantons soutient un dialogue régulier avec la Confédération et que quatre d'entre eux (ZU, TG, GR et SG) se retrouvent systématiquement du côté des moins enthousiastes.

Le groupe de pilotage reprend alors les bases de sa proposition et s'accorde sur une dizaine de points pour reformuler une nouvelle version de

plate-forme, parmi lesquels nous retiendrons les éléments suivants (Groupe de pilotage du projet Politique nationale de santé PNS 2003e) :

- 2-3 rencontres annuelles entre la CDS et la Confédération.
- Une préparation des rencontres sous la responsabilité du comité de la CDS et d'une coordination (à mettre en place) entre le DFI et les offices fédéraux concernés.
- L'existence d'un « dispositif exécutif » chargé du développement de stratégies de santé publique coordonnées.
- L'Obsan est placé sous la responsabilité double de la CDS et de la Confédération.
- L'organisation de journées nationales et la promotion de la coopération et de l'information.
- La formalisation de l'accord entre les cantons et la Confédération (Convention ou décision écrite).

Le comité de la CDS a ensuite pris connaissance des résultats de la consultation, ainsi que des nouvelles propositions du groupe de pilotage. Lors de ses débats, le comité directeur de la CDS a pris clairement position sur le principal aspect controversé : « le dispositif exécutif ».

C'est ainsi qu'il propose un dialogue direct entre la CDS et le DFI et rejette toute idée d'un « dispositif exécutif » comme le propose encore le groupe d'accompagnement. Il signale clairement que c'est là une condition impérative pour un accord :

« Le fait que le chef du DFI se soit prononcé en faveur d'une plate-forme permanente, de même que l'accord de principe donné par la Suisse orientale pour entretenir le dialogue constituent un point de départ favorable pour parvenir à une solution tangible. Un consensus ne pourra cependant être dégagé qu'à condition de renoncer à de nouvelles structures ou à des instruments de travail qui ne seraient pas clairement attribués ni à la CDS ni à l'administration fédérale. (...) Le comité de la CDS s'oppose à une structure de projet intermédiaire entre la CDS et la Confédération » (CDS 2003d).

Il précise donc que

« les analyses par thèmes et l'élaboration de projets de stratégies sont dévolus au secrétariat central de la CDS, d'une part, et aux instances fédérales, d'autre part. » (CDS 2003c).

Un groupe ad-hoc se charge de la rédaction des dernières versions, prenant en compte certains aspects comme :

- la Convention de la CTA comme modèle ;
- le fait que l'identité PNS subsistera avec des moyens de communications spécifiques ;
- la nécessité pour la Confédération de mettre en place une structure interne de coopération ;
- le fait que « la Confédération aussi ne souhaite pas de structure flottante et difficile à gérer » (comme le dit le directeur de l'OFSP, Thomas Zeltner ; voir PNS 2003).

Aussi le groupe de pilotage reprend une fois encore le sujet et s'assure de la disponibilité de la Confédération à assumer le financement de ses engagements prévus dans la future Convention (environ 2,5 millions pour l'Obsan à partir de 2003 et 1 million pour les journées nationales, les activités de communication et les frais de fonctionnement de l'état-major transféré à l'OFSP). (Voir Groupe de pilotage du projet Politique nationale de santé PNS 2003d).

Finalement, lors de la séance du 30 octobre 2003, le comité directeur de la CDS prend note des remarques écrites faites par le canton de Zurich relatives aux cantons qui ne font pas partie du comité de la CDS et qui souhaiteraient, néanmoins, participer directement au dialogue avec la Confédération et à l'inscription de l'Obsan dans la Convention. Il charge la présidente du groupe de pilotage de prendre directement contact avec son homologue zurichoise pour trouver une solution et faire connaître la dernière version de la Convention avant de la soumettre à l'assemblée de la CDS en décembre 2003 (CDS 2003b).

Les observations faites par le canton de Zurich amèneront de dernières négociations qui permettront d'amender le projet final, soumis au comité de la CDS, avant de l'être à son assemblée, sur deux points sensibles et peu discutés jusqu'ici⁴²:

- La portée des activités de la plate-forme ; il a été précisé que sa mission est de mener des réflexions communes et non pas de définir des actions communes.

⁴² Tiré des mails des 11 et 12 novembre 2003 de la Direction du projet PNS aux membres du groupe de pilotage ; et des versions de la convention du 7 novembre 2003 et du 11 novembre 2003 élaborées par la direction du projet PNS au nom du groupe de pilotage.

-
- Les implications financières pour les cantons ; il a aussi été spécifié explicitement qu'il n'y aurait aucune obligation pour les cantons de participer aux tâches et projets définis dans le cadre du dialogue ou encore au financement de l'Obsan.

Finalement le contenu de la Convention signée entre la CDS et la Confédération peut se résumer de la manière suivante :

- Une Convention entre les cantons et la Confédération, sur le modèle de la CTA.
- L'institutionnalisation d'un dialogue permanent, 2-3 fois par an, dont le but est :
 - d'échanger des informations régulièrement ;
 - d'identifier des sujets pour lesquels les cantons et la Confédération ont un intérêt parallèle ou complémentaire ;
 - de déterminer les travaux de base à mener et la manière de les réaliser ;
 - de déterminer des prises de positions communes et des recommandations ;
 - de promouvoir la compréhension et la confiance mutuelle ;
 - de déterminer le profil et les principaux domaines stratégiques du mandat de prestations de l'Obsan.
- Un dialogue auquel participent le chef du DFI et les offices compétents, le comité de la CDS et ses membres intéressés.
- Un dialogue qui est organisé par les directoires (politiques) et les secrétariats exécutifs des parties.
- L'institutionnalisation de l'Obsan reconnu, conjointement par la Confédération et des cantons, comme un instrument au service des efforts de la politique de santé en Suisse. Les deux parties en assument d'ailleurs conjointement la direction stratégique, l'OFS restant responsable des décisions opérationnelles.
- Une Convention qui définit d'autres mesures complémentaires : réunion nationale annuelle de travail, et des instruments de communication.
- Le financement des activités est réglé de la manière suivante :
 - Les coûts sont assumés par les parties.

-
- La Confédération assume le financement de base de l'Obsan, les cantons peuvent y participer selon les dispositions déjà définies dans le cadre de la CDS.
 - Toutes les activités complémentaires (réunion nationale annuelle de travail, instruments de communication) sont financées par la Confédération.
 - Aucun canton ne peut être contraint de contribuer contre son gré aux tâches définies dans le cadre du dialogue.
 - La Convention définit la transition avec le projet PNS :
 - Le groupe de pilotage est dissout.
 - La direction de projet passe à la Confédération, où elle s'intègre dans la nouvelle organisation de l'OFSP tout en achevant les tâches en cours du projet PNS.
 - L'Obsan reste une unité opérationnelle de l'OFS et accomplit son mandat selon un plan de développement approuvé.
 - Les parties, dans le cadre de leur dialogue, examineront l'opportunité de continuer les tâches actuelles de la direction du projet PNS.
 - Toutes les autres questions seront définies de cas en cas entre les parties (par exemple la manière de réaliser les travaux de base, de préparer et de développer des tâches et projets nationaux).

Si le besoin de collaboration et de dialogue est donc reconnu par toutes les parties dès le début du processus, ce thème ne devient central qu'en septembre 2002 sous l'effet conjugué de prises de positions de parlementaires et d'organisations patronales⁴³ ainsi que par la volonté d'assurer l'irréversibilité de la PNS, au vu de l'annonce du prochain départ de la Conseillère fédérale en charge du dossier.

La signature de la Convention entre la CDS et la Confédération a institutionnalisé un dialogue permanent entre les cantons et la Confédération sur la politique nationale de la santé. De manière générale, on peut dire

⁴³ Plusieurs acteurs, extérieurs au processus enclenché par le projet PNS, ont pris position à partir d'avril 2002 pour exprimer des attentes très claires face au projet PNS, à savoir la commission de gestion du Conseil des États, les organisations patronales inquiètes quant à la conduite du système de santé (voir le *Tages Anzeiger* du 17.05.2002), le Parti radical et le Conseil fédéral qui annonce que « dans le cadre du projet PNS, une réflexion est en cours sur la création d'une telle plate-forme » (CN 2003).

qu'avec la signature de la Convention, les parties ont réussi, après un peu plus de quatre ans d'effort, à conclure un accord qui donne un contenu à la politique nationale de la santé et à sa plate-forme politique.

Il faut noter que la priorité du dialogue est donnée aux domaines où les compétences des parties sont complémentaires et non pas à ceux où la répartition actuelle de leurs compétences montre des limites. Le contenu de la plate-forme a été marqué par les exigences posées par les cantons qui ont notamment exigé qu'aucun d'entre eux ne puisse être contraint de contribuer contre son gré aux tâches et projets définis dans le cadre du dialogue favorisé par la plate-forme. Ils ont également obligé à renoncer à un état-major chargé de tâches opérationnelles (structure intermédiaire ou dispositif exécutif). Les parties ne se sont pas non plus exprimées sur des sujets pourtant cruciaux comme l'agenda des thèmes prioritaires à aborder dans le cadre du dialogue, la clé de répartition du financement des tâches, des projets à développer ou encore les dispositions concernant la mise en œuvre et le suivi des décisions prises.

Dès le début les parties en présence ont donc conçu la plate-forme comme un outil de promotion de la collaboration entre cantons et Confédération, dans le cadre d'une politique nationale de la santé. Finalement, c'est vers un modèle comme celui de la CTA que s'est orientée la plate-forme sur la politique nationale de la santé, dont l'apport principal est d'institutionnaliser un dialogue entre les parties. Son apport est également de préciser la portée des accords conclus entre les parties qui prendront essentiellement la forme de recommandations adressées à la Confédération et aux cantons. La plate-forme sur la PNS se distingue donc de celle de la CUS qui elle peut prendre des décisions pour définir des modalités concrètes de collaboration entre les parties et a le pouvoir de les faire exécuter.

Les parties ont aussi défini les règles minimales qui allaient présider à leur dialogue politique en désignant comme interlocuteurs leurs deux délégations officielles respectives, ainsi que les organes responsables de sa préparation et de son suivi (un directoire et un secrétariat exécutif pour chacune des parties). La règle (implicite) pour la conclusion d'un accord entre les deux parties est le consensus.

Ces dispositions souffrent cependant de lacunes importantes pour permettre aux deux parties en présence de prendre des initiatives concrètes en faveur de la PNS, notamment :

-
- l'absence d'une liste des domaines généraux sur lesquels les parties désirent collaborer, d'un agenda des sujets précis sur lesquels elles s'engagent à collaborer et de critères pour prendre de telles décisions ;
 - la priorité du dialogue est donnée, tout au long du processus, aux domaines où les intérêts des parties sont parallèles ou complémentaires et non pas là où la répartition actuelle de leurs compétences montre ses limites. Cette option a été confirmée dans la Convention, alors que les expériences de la CUS et de la CTA, comme on le verra dans l'excursus suivant, montrent bien que les domaines où les parties sont prêtes à collaborer et à agir – renonçant ainsi à assumer seules leurs responsabilités – sont ceux où elles reconnaissent les limites de la répartition actuelle de leurs compétences et de leurs ressources, en plus de leur plus ou moins grande complémentarité ;
 - l'absence d'une clé de répartition du financement des projets à développer et à préparer, suite aux décisions prises dans le cadre du dialogue. Ce sujet a été identifié par les parties en présence dans la Convention, à l'insistance des cantons. Elles signalent clairement le sujet pour indiquer qu'elles devront trouver une solution de cas en cas pour définir « qui paie quoi ? », mais sans donner de critère pour procéder à la répartition des charges financières futures ;
 - l'absence de dispositions concrètes pour la mise en œuvre et pour le suivi des décisions prises dans le cadre du dialogue.

Ce sont là autant de questions sur lesquelles les parties auront à se pencher et pour lesquelles il sera possible d'émettre un certain nombre de recommandations à l'issue de l'analyse qui sera menée sur la CUS et la CTA.

3.3.2 Excursus : Le projet PNS comparé avec deux initiatives similaires - la Conférence universitaire suisse (CUS) et la Conférence tripartite sur les agglomérations (CTA)

Deux analyses ont été réalisées, l'une sur la Conférence universitaire suisse (CUS) et l'autre sur la Conférence tripartite sur les agglomérations (CTA) pour chercher à tirer les leçons de deux expériences particulièrement avancées en matière de collaboration cantons – Confédération⁴⁴.

⁴⁴ Dans ce sens, les analyses réalisées ont mis l'accent sur la dimension « processus de mise en place » de la CUS, respectivement de la CTA ainsi que sur les caractéristiques de la collaboration, telles que définies dans les deux cas. Elles n'avaient pas pour objectif d'analyser la mise en pratique et les résultats de la collaboration entre les parties dans le cadre des entités créées.

Après une brève présentation des deux initiatives (a et b), nous nous pencherons sur les principales caractéristiques de collaboration entre la Confédération et les cantons propres aux deux cas, ainsi que sur les facteurs décisifs, communs aux deux processus de concertation (c)⁴⁵

a) La CUS est un organe, créé en décembre 2000, propre aux cantons universitaires et à la Confédération. Elle règle leur collaboration dans le domaine des Universités et ses principaux buts sont de:

- promouvoir la qualité de l'enseignement et de la recherche à travers l'encouragement de diverses activités (explicitement signalées) ;
- encourager des mesures qui consolident le système des hautes écoles dans certains domaines (domaines d'application explicitement signalés) ;
- encourager la coopération entre Universités.

Elle dispose pour cela d'un secrétariat et assume toute une série de compétences concrètes et opérationnelles, dont en particulier:

- édicter des directives ;
- reconnaître des institutions ou des filières d'études, créer une procédure d'accréditation et accréditer des institutions universitaires ;
- coordonner les EPF avec les universités, en son sein ;
- octroyer des contributions financières liées à des projets ;
- réaliser des évaluations périodiques des universités.

Pour la sélection des *politiques à mettre en œuvre*, chaque partie doit s'accorder avec les autres au sein de la CUS. Actuellement 5 thèmes ont été retenus. En ce qui concerne le *choix des projets à financer*, la CUS procède à un appel d'offres, à l'initiative des cantons et auprès des universités. Le choix définitif des projets se fait à la majorité simple, mais avec l'accord des institutions qui le financent.

Quant au financement, tous les organes créés par la Convention – la CUS et l'organe d'accréditation – sont financés de manière paritaire, 50% par les cantons et 50% par la Confédération. La situation est en général similaire

⁴⁵ Les informations nécessaires à l'analyse proviennent essentiellement de la documentation disponible et d'entretiens avec des acteurs directement impliqués dans la mise en place de la CUS et de la CTA. Les résultats de ces deux analyses de cas a été mis en consultation auprès d'acteurs directement impliqués, pour en vérifier la pertinence.

pour le financement des projets présentés par les cantons : 50% pour chaque partie.

La construction de la CUS ne s'est pas faite à partir d'une politique des petits pas. Les parties ont préféré procéder à la refonte de leurs relations et à une modification partielle de la répartition de leurs compétences et de leurs ressources. Elles ont commencé par mettre en commun certaines de leurs compétences pour ensuite définir des actions ponctuelles de manière à concrétiser une politique commune. Cette refonte a impliqué les législatifs cantonaux et le Parlement fédéral.

b) La CTA, créée en février 2001, « est une plate-forme réunissant la Confédération, les cantons, les villes et les communes. Elle est destinée à promouvoir la collaboration verticale, à définir une politique commune des agglomérations et à soutenir les villes et les agglomérations » (Huber 2002).

L'idée fondamentale de la CTA comme plate-forme est que, comme s'exprime une personne interviewée,

« les 3 parties définissent ensemble, entre les exécutifs, la ligne politique commune pour résoudre les problèmes. Ils définissent ensemble les priorités, les objectifs d'une éventuelle intervention et les principes d'action ».

En conséquence, les recommandations émises par la CTA à chacun de ses membres (confédéraux) constituent son principal instrument de coordination. Ces recommandations n'ont pas de force exécutoire et tirent leur reconnaissance de leur légitimité. Les actions menées par les exécutifs, à partir des recommandations de la CTA, se font dans le cadre de leurs compétences réciproques et sans interférence des autres parties.

La cohérence des actions résulte de l'alignement des initiatives individuelles de chacune des parties. Cet alignement se fait en fonction des priorités et des objectifs définis en commun, afin que les actions engagées soient complémentaires et convergentes.

La CTA a défini, en 2001, quatre axes prioritaires pour lesquels elle élabore des propositions de politique. Le financement des travaux préparatoires est partagé selon une clé de répartition explicite entre les 3 parties. Le financement des politiques concertées doit lui aussi faire l'objet d'une concertation entre les parties.

La construction de la collaboration entre la Confédération, les cantons et les communes d'agglomération a passé, comme dans le cas de la CUS, par un accord politique, tripartite dans ce cas, sur:

-
- la reconnaissance des limites des initiatives individuelles et celle de la nécessité d'agir en commun ;
 - le choix d'aligner une partie des compétences et des ressources financières des parties sur des objectifs et des stratégies définies en commun.

La construction de la CTA est un exemple où la collaboration s'est construite en trois étapes en fonction d'une réflexion stratégique. Les parties en présence ont commencé par aménager (en la respectant) la répartition existante de leurs compétences et de leurs ressources, pour passer ensuite à la définition des priorités et des stratégies à suivre et pour conclure par la recherche des financements nécessaires.

c) La CUS et la CTA se sont développées selon des « règles du jeu » qui ont abouti à leur mise en place et à leur fonctionnement. L'analyse de ces deux cas permet de mettre en évidence un certain nombre de constantes importantes, relatives aux caractéristiques de la collaboration entre les parties et au processus de concertation qui a conduit à leur définition.

Dans les deux cas, les entités créées correspondent à un projet de collaboration de nature confédérale qui implique, à part la Confédération, tous les cantons (et toutes les communes urbaines, dans le cas de la CTA) et auquel les parties participent sur pied d'égalité. Dans ce cadre, la collaboration entre les cantons et la Confédération présente les constantes suivantes:

- Elle est organisée autour de domaines précis qui sont explicitement signalés dans la Convention ou un plan de travail.
- Elle énonce clairement des règles différentes de décisions pour *les décisions stratégiques*, prises de manière conjointes et qui concernent la définition de « l'agenda » (les domaines et les politiques prioritaires pour la collaboration), les travaux de base à réaliser pour traiter les thèmes retenus et leur financement. Pour les *décisions opérationnelles*⁴⁶ les règles définies concernent la sélection, le financement et l'exécution de projets concrets. Ces décisions sont toujours le fait d'autorités politiques légitimées pour ce faire.

⁴⁶ Ces décisions opérationnelles sont prises en commun dans le cas de la CUS (pour les projets relatifs aux domaines de collaboration), alors que dans le cas de la CTA, ce sont les agglomérations qui décident, en tenant compte des recommandations de la CTA et des incitations de la Confédération.

-
- Elle s'appuie, pour l'élaboration des travaux de base, sur l'utilisation systématique des capacités d'institutions existantes.
 - Elle implique une participation financière de toutes les parties, tant pour le financement des décisions stratégiques (selon une clé de répartition explicite, pour ces cas-là) que pour les décisions opérationnelles, ainsi que pour les frais de secrétariat.
 - Elle est gérée par un secrétariat, minimum dans le cas de la CTA, et permanent et doté de ressources pour la CUS.
 - Elle est formalisée par une Convention, limitée dans le temps, qui lie les parties.

Les processus qui ont abouti à la création des deux entités ont eu en commun les caractéristiques suivantes :

- Les initiatives en faveur de la collaboration prennent naissance au niveau « subnational », c'est-à-dire que ce sont les autorités politiques cantonales, et communales dans le cas de la CTA, qui reconnaissent d'abord le besoin du dialogue et de la collaboration avec la Confédération.
- La volonté politique commune de collaborer se dégage peu à peu, par, d'un côté, *la reconnaissance partagée du besoin de collaborer*, avec la prise de conscience des limites de la répartition en vigueur des compétences et des charges financières. (Ceci ne doit pas être confondu avec la reconnaissance du besoin d'agir, du besoin de « plus ou de meilleures interventions publiques » dans le cadre de la répartition existante des compétences et des charges financières). De l'autre côté, *la capacité des acteurs « subnationaux » à se mettre d'accord entre eux*, c'est-à-dire à dialoguer et à se concerter malgré un réel climat de méfiance initiale.
- La mise à profit des conditions-cadres existantes par les protagonistes pour promouvoir la collaboration à travers des actions concrètes ayant des effets à court terme.
- Les compétences reconnues de la Confédération qui l'autorisent à agir et à répondre aux sollicitations des cantons et des communes urbaines. Lorsqu'elle a pris de telles initiatives (dans le cas de la CTA, avec sa politique des agglomérations ou lors de la révision de la Loi sur l'aide aux universités dans le cas de la CUS) les cantons (et les communes urbaines) étaient d'autant mieux disposés qu'ils avaient été associés directement à la définition des propositions de la Confédération.
- La concertation de nouvelles conditions-cadres qui redéfinissent les relations entre les parties, en termes de compétences et de financement.

-
- Des événements conjoncturels favorables, qui ont permis la réalisation d'expériences pilotes, comme dans le cas de la crise de la lutte contre la drogue dans les régions urbaines (à Zurich en particulier) dans le cas de la CTA, ou qui ont accru la reconnaissance du besoin, comme par exemple la pression extérieure exercée pour l'accréditation des universités suisses, dans le cas de la CUS.
 - Une stratégie politico-administrative commune aux parties pour réaliser de nouvelles entités : la définition des bases légales respectives (cantonales et fédérales) puis la création des organismes par les exécutifs dans le cas de la CUS, un accord politique entre exécutifs (Conseil fédéral et CDC) sur le principe de la CTA et un mandat accordé à l'une des parties (la CDC) pour la mise en forme de la Convention.

3.3.3 Synthèse

La nature de la politique nationale de la santé et l'identité du projet PNS ont fait longtemps l'objet de discussions entre ses promoteurs même. Les doutes exprimés au sujet de l'identité du projet PNS par les membres du groupe de pilotage traduisent le flou qui existe, encore en 2003, au sujet de la politique nationale de la santé. L'analyse de la synthèse des réflexions menées par le groupe de pilotage lors de sa retraite de février 2003 (Groupe de pilotage du projet Politique nationale de santé PNS 2003c) met en particulier en évidence son manque de clarté quant :

- aux priorités de la politique nationale de la santé ;
- aux relations entre le projet PNS et l'Obsan ;
- à la participation des cantons au projet PNS ;
- à la manière d'assurer la légitimité des décisions relatives à la politique nationale de la santé entre les parties ;
- à la nécessité ou non de revoir la répartition des tâches entre la Confédération et les cantons en matière de santé publique ;
- au financement de la politique nationale de la santé.

La Convention traduit surtout le fait que les cantons et la Confédération se sont mis d'accord sur la réponse à la question de « comment procéder pour définir les modalités d'une collaboration éventuelle en matière de santé publique ? ». Dans le cadre de la Convention signée, ils se proposent de dialoguer, ensemble et régulièrement, de la politique de la santé publique

pour promouvoir son développement coordonné, au cas par cas et en fonction de leurs préoccupations respectives.

Sans donner de réponses à de nombreuses questions en suspens, la Convention définit pourtant les conditions dans lesquelles les parties pourront légitimer leurs décisions de collaborer sur la politique nationale de la santé.

Les cantons ont obtenu un dialogue ouvert, c'est-à-dire au cours duquel ils défendent la priorité à donner à leurs préoccupations spécifiques et ponctuelles, tout en conservant toute leur liberté d'action puisqu'il n'existe aucune obligation de contribuer individuellement aux décisions prises dans le cadre du dialogue. Cette évolution s'est faite sous la pression des cantons, qui ont défendu que seules des lignes stratégiques d'actions pouvaient être éventuellement partagées et que chaque partie devrait garder toute son autonomie pour définir des interventions concrètes. Ce sont ces conditions-cadres que la Convention sur la politique nationale de la santé partage avec celle de la CTA.

Avec cette Convention, ce sont les cantons qui sortent gagnants du processus. En effet, dans le cadre du dialogue, les cantons pourront négocier l'agenda indépendamment de la répartition des compétences respectives des deux parties. Ils pourront ainsi introduire la question de la LAM et mener le cas échéant un dialogue politique d'égal à égal sur une question qui relève de la compétence exclusive de la Confédération.

Une comparaison des trois dynamique de coordination – CUS, CTA, PNS –montre des éléments fortement distincts, expliquant les difficultés rencontrées lors du processus de création d'une politique nationale de la santé, mais aussi les éléments qui étaient similaires et favorables à la création de cette dynamique nationale. Les facteurs suivants ont joué en faveur de la plate-forme et devraient continuer à le faire:

- Comme pour la CTA et la CUS, l'élément *bottom up* était important. En effet, les cantons ont été à l'origine, conjointement avec la Confédération il est vrai et avec le concours actif du projet PNS, de l'idée d'un dialogue entre les deux parties.
- Cette ouverture a été possible, comme dans le cas de la CTA et de la CUS, à partir de leur reconnaissance de la nécessité de travailler ensemble.
- Les cantons ont eu la capacité d'arriver à un accord entre eux, sous l'impulsion là encore du projet PNS et avec le concours de la CDS, pour finalement arriver à une solution de type « plus petit dénominateur commun » à laquelle s'est ralliée la Confédération ;

-
- La Confédération a confirmé sa prédisposition à assumer une partie importante des coûts des activités prévues par la Convention ;
 - Pour le reste, la plate-forme a confirmé l'actuelle répartition des compétences qui en découlent.

D'autres facteurs ont ralenti l'élaboration de la Convention et sa signature et vont représenter autant de défis à relever pour les parties :

- La méconnaissance et la sous-estimation des domaines où les parties ont atteint la limite de leur compétence et de leurs moyens, et ce surtout pour les cantons. Ceci rendra difficile la définition d'un agenda légitime dans le cadre de la politique nationale de la santé.
- Contrairement à la CUS et à la CTA, il y a dans le domaine de la santé une absence de compétences précises de la Confédération qui l'a limitée dans la possibilité de prendre des initiatives qui auraient pu faciliter le dialogue et le rapprochement avec les cantons.
- Un contexte général où la question de la LAMal domine et fait sentir ses effets négatifs sur le climat de dialogue est certainement défavorable au développement de la politique nationale de la santé.

En conclusion nous pouvons donc affirmer que la dynamique de création d'une plate-forme de dialogue entre les partenaires de la politique nationale de la santé montre, surtout en comparaison avec la CTA et la CUS, l'utilité de lieux de décision communs. De tels processus prennent du temps. Rappelons qu'il a fallu de nombreuses années à la CUS et à la CTA pour se constituer. La signature de la Convention fin 2003 indique que cette identité de projet reste encore très faible, la Convention n'ayant que peu d'éléments contraignants. Tout est basé sur la bonne volonté des partenaires d'une part à dialoguer mais surtout à s'écouter. Cela étant, la convention stabilise le dialogue par un processus institutionnalisé – qui en soi, par sa simple existence, légitime déjà la démarche de création d'une politique nationale de la santé⁴⁷ – et peut potentiellement être la base d'un développement de projets communs.

Ce sera par ses projets – donc par l'efficacité – que la politique nationale de la santé créera des adeptes et une légitimation supplémentaire qui en fera un nouvel instrument de coordination crédible.

⁴⁷ Comme le rappelle Luhmann dans son essai sur la « Legitimation durch Verfahren », c'est la procédure qui peut déjà légitimer le résultat politique (Luhmann 1969).

4 Synthèse : potentiels et limites de la politique nationale de la santé

Cette évaluation vient compléter de précédents travaux que l'Idheap a réalisés pour les années 1999-2000 et 2001-2002. Elle trace les grandes lignes de l'évolution du projet PNS et de celle du consensus relatif à la politique nationale de la santé. Elle est basée sur une analyse de documents (procès-verbaux de l'ensemble des instances, documents de planification du projet PNS et de l'Observatoire de la santé, documents de travail, *Newsletter*, documentation et évaluation des journées nationales de la santé) ainsi que sur la réalisation d'entretiens avec des personnes directement impliquées dans le projet PNS, de rencontres avec la direction opérationnelle du projet PNS et d'observation de manifestations. L'évaluation s'articule autour de trois questions qui structurent cette synthèse.

- Quelle est l'évolution de la reconnaissance du besoin d'une politique nationale de la santé ?
- Quelle est l'évolution de l'adhésion à la politique nationale de la santé ?
- Quelle est la dynamique organisationnelle du projet PNS et sa contribution à la définition d'une Politique nationale de la santé ?

4.1 L'évolution de la reconnaissance du besoin d'une politique nationale de la santé

Depuis le démarrage du processus, des instruments ont été créés, ils sont au service des partenaires. Il s'agit en particulier de l'Observatoire de la santé que le projet PNS a permis de construire et de la Convention sur la politique nationale de la santé signée le 15 décembre 2003 qui institutionnalise le dialogue entre la Confédération et les cantons par le biais de 2 à 3 réunions par an.

En dehors de ces pas importants force est de constater qu'il n'existe pas actuellement d'opération concrète de collaboration en matière de politique nationale de la santé. La Convention ne prévoit pas d'agenda d'actions, pas plus que de domaines dans lesquels Confédération et cantons souhaitent collaborer. Le « tableau de bord », qui aurait dû permettre d'avoir une vision globale des actions dans le domaine de la santé au niveau national, est un projet difficile à mettre en place face notamment au scepticisme des responsables politiques des cantons et de la Confédération à s'engager à son égard (alors que de nombreux responsables administratifs sont prêts à y

contribuer). Des réflexions sont menées entre acteurs nationaux et cantonaux sur différents thèmes, dont en particulier le thème « santé et travail » et celui de la « santé psychique », sans que pour l'instant ne se dégage la volonté d'agir selon une ligne commune. L'interaction dynamique qui était souhaitée entre l'Observatoire de la santé et le projet PNS n'a, elle non plus, pas pu être développée faute de projets communs et de dynamiques conjointes.

On peut ainsi observer que malgré tous les efforts dispensés par le projet PNS il n'est à ce jour pas possible de constater une évolution décisive dans la direction d'une reconnaissance du besoin d'une politique nationale de la santé, même si des pas importants ont certainement été faits en direction de l'inclusion d'une partie croissante de cantons, notamment à travers la représentation et l'implication de la Conférence des directeurs cantonaux de la santé dans cette démarche. Et que, de son côté, la Confédération et ses offices, a reconnu cette politique comme un élément central de son développement stratégique.

4.2 L'évolution de l'adhésion à la politique nationale de la santé

Des réticences continuent à exister, tant au niveau de la Confédération où le changement de direction au sein du Département fédéral de l'intérieur a temporairement freiné le développement de la politique nationale de la santé, qu'au niveau des cantons. En effet, la plupart des cantons réticents au début de la démarche, le sont encore aujourd'hui. Si la majorité d'entre eux est ouverte au dialogue avec la Confédération, c'est toujours et principalement pour aborder les questions qui les préoccupent, en particulier la Loi sur l'Assurance Maladie et les coûts de la santé, et pour être associés plus étroitement au processus de décision. La mise en place d'un dialogue équivaut pour eux au renforcement de leur consultation et à un espace nouveau d'expression plutôt qu'à la concertation pour des actions communes et à la coordination des actions au niveau national.

Les *journées nationales annuelles*, qui devaient être l'élément central de mobilisation des acteurs et de leur sensibilisation à la question de la politique nationale de la santé, n'ont pas réussi à mobiliser ceux pour lesquels dans un premier temps elles étaient conçues : les décideurs. Par contre, elles ont démontré leur force dans la mise en relation des partenaires et dans la création d'un apprentissage de collaboration, moins dans les journées elles-mêmes, que dans les différentes phases qui caractérisaient la réalisation de ces journées (groupes de travail, contacts préalables avec les *stakeholders*, activités de valorisation suite aux journées).

Le signe marquant de ce processus d'apprentissage en matière de collaboration est la création d'identités communes autour de thèmes précis de portée nationale ainsi que le fait que ces manifestations se sont peu à peu ouvertes à des représentants d'autres milieux qui, très satisfaits de cette initiative, viennent renforcer le nombre et la diversité des participants. Ces journées perdent ainsi leur caractère de rencontre entre l'ensemble des autorités politiques cantonales et fédérales responsables de la mise sur pied de la politique nationale de la santé et rendent nécessaires d'autres processus de dialogue politique.

Cette lente évolution de l'adhésion des acteurs explique finalement qu'un consensus minimal sur la continuation du projet PNS s'installe, favorisant la mise en place de solutions non-contraignantes, principalement pour les cantons. Les cantons réticents à l'engagement définissent donc ce seuil minimal d'adhésion. Ainsi, la participation des cantons au financement de l'Observatoire de la santé reste sur une base totalement volontaire et la Convention du 15 décembre 2003 institutionnalise un dialogue politique sans aucun engagement pour les parties et sans aucune structure institutionnelle commune. Tout au long du processus, l'accent a été mis sur des domaines où les parties avaient des compétences conjointes ou complémentaires plutôt que sur les domaines où leurs actions pouvaient se conjuguer, parce que de part et d'autre elles avaient atteint leur limite de compétence. Cette stratégie des petits pas n'a cependant pas permis de rallier les acteurs réticents. De plus, toutes les initiatives qui ont pu être concrétisées – création de l'Observatoire de la santé, mise sur pied d'une structure de projet – l'ont été grâce à l'investissement fort, en particulier financier, de la Confédération.

4.3 La dynamique organisationnelle du projet PNS

Le projet PNS a fortement contribué à la création de l'Observatoire de la santé et à la signature de la Convention du 15 décembre 2003, pour lesquelles il a facilité et appuyé tous les efforts de concertation. Il a également, à travers sa stratégie de communication et les manifestations qu'il a contribué à mettre sur pied, permis de poser la question de la coordination et de la recherche de cohérence entre les actions des acteurs fédéraux et cantonaux dans le domaine de la politique de la santé. Dans un contexte peu favorable, marqué par une concurrence des compétences entre cantons et Confédération en matière de politique de la santé, le projet PNS a cependant été tout au long du processus à la recherche d'une légitimité.

Ce déficit de légitimité a entravé les activités de coordination du projet PNS. Plutôt que de s'opposer systématiquement à ses activités, les cantons réfractaires se sont contentés d'être passifs et d'attendre ses propositions pour

manifester leur opposition au moment des prises de décision, et finalement pour obtenir la suppression de toute structure institutionnelle intermédiaire.

Du côté du Département fédéral de l'intérieur, la solution de la structure institutionnelle intermédiaire, décidée au début 2001 pour dynamiser la mise en place de la politique nationale de la santé, a perdu en 2003 son soutien avec le refus de l'engagement politique et financier des cantons et aussi très probablement à cause des changements qu'a vécu le Département fédéral de l'intérieur, amenant des ambivalences dans l'orientation stratégique quant au projet PNS (nouveau chef de département, restructuration de l'Office fédéral de la santé publique).

Cela étant, même si les cantons restent divisés et la Confédération hésitante, la dynamique d'adhésion a renforcé la position de la Conférence des directeurs cantonaux de la santé, qui s'est transformée en partenaire constant du Département fédéral de l'intérieur dans ce domaine et qui assume une tâche de représentation unique des cantons en renforçant son potentiel de coordination. Il faut souligner que tout ce travail n'aurait probablement pas pu être accompli sans le concours actif du comité de la Conférence des directeurs cantonaux de la santé et de son secrétariat central, en particulier. C'est la Conférence des directeurs cantonaux de la santé qui a en effet conduit de bout en bout la communication avec les responsables politiques des cantons et qui a permis d'arriver à un accord entre eux. La Conférence des directeurs cantonaux de la santé a su les mobiliser pour les intéresser à la mise en place de la Convention, tant lors des assemblées plénières et des séances du comité directeur que par la réalisation d'une enquête écrite. Du point de vue organisationnel, le projet PNS a donc amené une différenciation du champ d'action en donnant un rôle majeur à la Conférence des directeurs cantonaux de la santé.

4.4 Recommandations

Cette évaluation couvre toute la période de développement d'une politique nationale de la santé jusqu'à fin de 2003. Les effets des dernières décisions, qui ont donc comme conséquence une nouvelle institutionnalisation du processus PNS, n'ont par contre pas pu être évalués, parce que la Convention est entrée en vigueur à partir de janvier 2004. Il est donc difficile de formuler des recommandations sur une dynamique nouvelle.

Nous nous limiterons donc à la formulation de deux scénarii de développement qui mettent en évidence les potentiels et les risques de la

Convention en partant des repères issus de cette évaluation. En effet, si la décision de transformer le projet PNS en une plate-forme de dialogue institutionnalisée garantit un lieu de coordination, elle ne pourra déployer ses effets que si les parties engagées sont disposées à en exploiter le potentiel.

Le scénario « positif ». La politique nationale de la santé dispose avec la Convention signée par les cantons et la Confédération, et en particulier avec le dialogue institutionnalisé et les dispositions qui l'accompagnent, d'une plate-forme pour la promotion de la collaboration au service de la politique nationale de la santé. Elle a une légitimité forte, qui provient de son mérite d'être le fruit d'un accord entre l'ensemble des cantons et la Confédération et de répondre à un besoin partagé de dialogue.

Cette plate-forme a aussi défini les modalités de la préparation de ses décisions et de leur portée. Elle reconnaît aussi aux parties le maximum de liberté quant à la manière d'organiser l'élaboration des travaux de base jugés nécessaires et donc de tirer parti de la capacité des institutions existantes, y compris l'Observatoire de la santé. Elle est donc en mesure d'assurer la conduite stratégique de la collaboration entre les cantons et la Confédération.

Parmi ces potentiels, il y a donc *l'agenda setting* que la Confédération peut décider avec la Conférence des directeurs cantonaux de la santé, cette dernière étant renforcée par la politique nationale de la santé dans son rôle de représentation. L'agenda a deux dimensions : les thèmes et le temps. Pour les thèmes, il serait opportun, voire nécessaire, de s'appuyer sur les développements des dernières années, en essayant de sortir de ces chantiers des actions concrètes, basées sur des objectifs précis. A cet égard, il faudrait évidemment capitaliser les investissements faits jusqu'à présent dans la coordination thématique, notamment dans le domaine de la santé psychique.

Pour permettre cette dynamique, il sera nécessaire de définir lors des rencontres de dialogue un programme de réalisation de ces objectifs. Ce *timing* devra s'appuyer sur des acteurs-clés qui prendront en charge la réalisation de ces objectifs. Cette responsabilisation par des actions ne peut évidemment pas être imposée, mais demandera une capacité de persuasion et de négociation de la part des promoteurs principaux du dialogue – la Confédération et la Conférence des directeurs cantonaux de la santé. Une préparation détaillée des rencontres, ainsi qu'une compétence de modération sont donc nécessaires pour garantir une dynamique constructive du dialogue institutionnalisé par la Convention Confédération-cantons. Ce rôle de modérateur ne pourra être assumé que par la Confédération à cause des structures de communication différentes entre la Confédération et la Conférence des directeurs cantonaux de la santé. En effet, alors que la Confédération peut décider par un effort de coordination interne de parler d'une seule et même voix dans le dialogue et de représenter ses intérêts, la

Conférence des directeurs cantonaux de la santé doit s'assurer de façon systématique d'être suivie par ses membres.

Nous pensons qu'un tel engagement de la Confédération pourrait aussi relativiser les positions cantonales cherchant à éviter tout engagement financier. Ce potentiel devra donc composer avec la question de la capacité des deux parties à préparer le dialogue et à en assurer le suivi. En effet, avec le rapatriement de la direction du projet PNS au sein de l'Office fédéral de la santé publique, les cantons et la Conférence des directeurs cantonaux de la santé en particulier se retrouvent avec une capacité de préparation et de négociation plus limitée que celle de la Confédération, en terme de moyens et de ressources pour le moins.

Soulignons encore que l'inscription de l'Observatoire de la santé dans la Convention et en particulier la définition en commun des domaines stratégiques d'intervention de l'Observatoire de la santé offrent de réelles possibilités de synergies entre ces deux instruments pour la politique nationale de la santé, spécialement grâce à la participation de l'ensemble des cantons et au gain de légitimité qu'elle confère aux accords entre les parties.

Le scénario « négatif ». Ce scénario de maximisation des potentiels peut être opposé à un autre scénario, « négatif », dans lequel les cantons et la Confédération ne tirent pas profit du potentiel qu'ils ont eux-mêmes créé en signant la Convention sur la PNS. Ce scénario pourrait se réaliser si, au niveau politique, la politique nationale de la santé – qui représente un investissement – est mise au deuxième plan, pour économiser des ressources (financières et en personnel) ou pour concentrer les efforts sur d'autres dossiers, notamment la Loi sur l'Assurance Maladie qui peut créer des surcharges sur la gestion de la politique de la santé de l'Office fédéral de la santé publique dues à l'incorporation de la gestion de l'assurance maladie dans cet office. Ce scénario peut aussi se réaliser par une simple sous-estimation du dossier « politique nationale de la santé » – donc une non-décision quant à son importance – qui pourrait créer un vide d'engagement et mener à une gestion passive des instruments prévus par la nouvelle Convention.

En effet, si le dialogue a lieu sans agenda et sans calendrier et que chacune des parties ne prépare pas sa stratégie, pour la Conférence des directeurs cantonaux de la santé avec les cantons et pour la Confédération avec les différents offices, en considérant la plate-forme comme un réel outil de sa politique, il y a de très fortes chances pour que cette plate-forme perde toute substance.

L'absence de ligne directrice risque également d'ouvrir la porte à l'instrumentalisation du dialogue comme porte d'entrée privilégiée d'intérêts particuliers. Autant d'éléments qui renforceront les sceptiques de la PNS.

Le manque de responsabilisation de la Confédération en tant que modérateur aurait ainsi comme conséquence l'affaiblissement de la dynamique de coordination et le morcellement des initiatives. Enfin, réinventer des nouveaux thèmes prioritaires à ce stade, en désavouant le travail fait jusqu'ici, aurait comme risque de délégitimer à long terme les initiatives de coordination, montrant en effet un manque de capacité d'anticipation, fondamental pourtant pour l'adhésion des acteurs-clés à la politique nationale.

Un tel scénario de passivité aurait certainement comme conséquence la perte du capital relationnel acquis dans ce domaine au cours des dernières années. Néanmoins, par le fait de la forte institutionnalisation de la politique nationale de la santé par la Convention, un sommeil passager ne pourrait pas facilement mettre en doute une décision de principe qui a aussi une conséquence structurelle (notamment une section créée et un accord contracté). Le réveil sera donc, même dans ce scénario, toujours possible mais la récupération de l'investissement fait, plus difficile.

Liste des tableaux et des figures

Tableau 1 : Résumé des propositions des cantons et de la Confédération en faveur d'une PNS	35
Tableau 2 : Mise en place politique et opérationnelle de l'Obsan	54
Tableau 3 : Liste des cantons ayant signé un contrat avec l'Obsan	56
Tableau 4 : Développement du « tableau de bord »	60
Tableau 5 : Evolution des thèmes centraux et des objectifs des journées de travail	65
Tableau 6 : Participation des cantons aux journées nationales de la santé	66
Tableau 7 : Evolution des zones de convergence et de divergence	67
Tableau 8 : Résultats obtenus par rapport aux objectifs annoncés à chaque journée	68
Tableau 9 : Principales actions du projet PNS dans le domaine « santé psychique »	72
Tableau 10: Principaux enseignements des évaluations	121
Tableau 11: Liste des mandats de l'Obsan	133
Tableau 12: Temps de parole	137
Tableau 13: Provenance des personnes inscrites	138
Tableau 14: Provenance des personnes inscrites, selon leur centre d'intérêt	138
Figure 1 : Modèle d'analyse des activités visant le renforcement d'un consensus autour d'un projet à l'exemple des activités développées par le projet PNS	32
Figure 2 : Organigramme de gestion et de division des responsabilités du projet PNS	40

Annexe 1 : Observations participantes

L'équipe de l'Idheap a participé, pour l'évaluation de la période 2001 à 2003, aux séances suivantes :

- Aux assemblées de la CDS :
 - du 6 juin 2002 à Herisau
 - du 22 mai 2003, à Neuchâtel
 - du 04 décembre 2003, à Berne
- Aux journées annuelles de travail de la PNS
 - des 12/13 septembre 2002, à Muttenez, avec une équipe d'investigateurs de 8 personnes pour suivre tous les travaux de groupe
 - du 18 septembre 2003, à Aarau, deux personnes de l'Idheap
- Aux ateliers de Santé psychique
 - le 26 novembre 2002 et le 14 janvier 2003 ; Thème « Promotion de la santé psychique et prévention »
 - le 10 décembre 2002 ; Thème « Structure ambulatoire et hospitalière d'offre de soins »
 - le 06 mai 2003 ; Thème « Participation des personnes concernées et des proches »
 - le 20 février et le 12 juin 2003 ; Thème « Protection, promotion et rétablissement de la santé psychique des enfants, adolescents et personnes âgées »
 - le 20 mars 2003 ; Thème « Réinsertion sociale et réhabilitation »
- Aux ateliers *empowerment*
 - du 14 mai 2002, à Berne
 - du 29 août 2002, à Berne
- A la réunion du groupe de pilotage, le 31 octobre 2002, à Berne
- A une réunion avec la direction de l'OFS et de l'Obsan, le 19 décembre 2002, à Neuchâtel.

Annexe 2 : Liste des personnes consultées pour cette évaluation

La liste suivante présente les personnes interviewées durant la dernière phase de l'évaluation (début 2003 à début 2004).

- Peter Meyer, Directeur de l'Obsan
- Franz Wyss, Secrétaire général de la CDS, et son adjoint M. Unternäher, divers entretiens
- Brigitte Caretti ; Département fédéral de l'Intérieur
- Philippe Lehmann, directeur du projet PNS, divers entretiens
- Regula Ricka, équipe du projet PNS, responsable de l'élaboration de la proposition de stratégie pour la "santé psychique
- Diethelm Hartmann, vice-directeur de l'OFSP et membre du groupe de pilotage
- Thomas Minger, chef du service des affaires intérieures de la CDC et responsable du secrétariat de la CTA
- Urs Geissmann, directeur de l'UVS
- Isabella Brunelli, de l'Office fédéral de l'éducation et de la science (deux entretiens)
- Nivardo Ischi, secrétaire de la CUS

Annexe 3 : Documents utilisés et mis à disposition pour la réalisation de l'évaluation

Projet PNS

- PV des réunions du groupe de pilotage des 06.05.2000 ; 25.01.2001 ; 15.02.2001 ; 29.03.2001 ; 23.05.2001 ; 21.06.2001 ; 06.09.2001 ; 25.10.2001 ; 24.01.2002 ; 22.02.2002 ; 07.03.2002 (groupe restreint) ; 04.04.2002 ; 04.07.2002 ; 31.10.2002 ; 14 et 28.02.2003 ; 26.06.2003 ; 03.09.2003 ; 30.11.2003.

Documents de travail de la Direction du projet PNS (sélection)

- OFSP, «Entwurf Policypaper für eine schweizerische Gesundheitspolitik », version du 27.04.1998.
- Lettre du 09.10.1998 de la Conseillère fédérale Ruth Dreifuss à la CDS.
- Discours de la Conseillère fédérale Ruth Dreifuss, à l'assemblée plénière de la CDS, le 19.11.1998. "les défis de ces prochaines années en matière de politique de santé".
- Nationale Gesundheitspolitik Schweiz (2000). Nationale Gesundheitspolitik: Neue Wege gehen, neue Türen öffnen. Phasenbericht zum Projekt NGP.
- Pflichtenheft für Philippe Lehmann, établi par Mme Fäh ; 15.08.2001.
- Rapport « multi-hebdomadaire » de la direction de projet, no 1 à 12, du 15.08.2001 au 06.02.2000.
- PV des réunions de l'équipe de projet PNS, no 1 à 21, du 13.12.2001 au 19.11.2003.
- Idées pour de nouveaux invités pour les dîners de contact en 2002 ; document du 06.12.2001.
- « 5 Fragen an Philippe Lehmann » in GPI, de la SSPS, décembre 2001.
- Notes sélectives pour un dîner de contact le 07.12.2001 à Zurich ; document du 18.12.2001.
- « Spectra, prévention et promotion de la santé » décembre 2001, no30.
- « Programme de travail pour 2002 » version du 24.01.2002.
- PV de la réunion du 07.02.2002 avec le GRSP, pour la présentation de la PNS et de l'Obsan ; document du 08.02.2002.
- « Kernprozesse und Unterstützungsprozesse des Projektes Nationale Gesundheitspolitik Schweiz : Vereinbarung zwischen dem BAG und dem Projekt Nationale Gesundheitspolitik Schweiz », version du 13.03.2002.
- « Policy - Workshops für Gesundheits-Policy - Workers », Ita Consult GmbH - 05.04. 2002.

-
- Notes à l'intention de Ruth Dreifuss, « Conférence des directeurs cantonaux des affaires sanitaires, assemblée du 6.6.2002 à Herisau » ; 27.05.2002.
 - Notes pour le discours de Mme P. Pesenti, « Conférence des directeurs cantonaux des affaires sanitaires, assemblée du 6.6.2002 à Herisau » ; 27.05.2002.
 - « Construction et développement d'une PNS » document élaboré par la direction du projet PNS, approuvé par le groupe de pilotage et destiné au Conseil fédéral pour son programme annuel 2003 ; document du 19.09.2002. Comprend une proposition de buts pour l'année 2003.
 - "La santé au centre de l'action politique" Focus projet, no 13, décembre 2002, interview de P. Lehmann et R. Ricka de la direction de projet PNS.
 - Ita, M.; Lehmann, Ph. (2002). Die nationale Gesundheitspolitik Schweiz. Artikel für die SAMW, Nationale Gesundheitspolitik.
 - Lehmann, Ph. (2002). Wieviel Föderalismus erträgt unsere Gesundheitsversorgung? In *Managed Care* 8, pp.10-12.
 - Nationale Gesundheitspolitik Schweiz (2003). Übersicht über das Projekt Nationale Gesundheitspolitik Schweiz (NGP).
 - Prise de position consolidée sur le document de travail du Conseil fédéral « Programme de législature 2003-2007 de la Confédération » document adopté à l'assemblée de la CDS du 03.10.2003 en vue de l'entretien du 28.11.2003 entre le Conseil fédéral et les gouvernements cantonaux.
 - Défis 2003-2007, "évolution des tendances et thèmes futurs de la politique fédérale" rapport de l'État-major de prospective de l'administration fédérale (pour les pages 57-59).

Journées nationales de travail

- Divers documents de la direction de projet pour la préparation de la journée nationale de Muttenz et ses différents groupes de travail; en particulier des pré-concepts ; 22.02.2002 et 22.03.2002.
- Les résumés, des modérateurs, des résultats de tous les travaux de groupe de la journée de Muttenz, pour la santé psychique et pour les autres thèmes ; avril 2002.
- Documentation remise aux participants des journées de Rüslikon (18-19 octobre 2001), Muttenz (12-13.09.2002) et Aarau (18.9.2003).
- Rapport sur la Journée de Rüslikon
- Rapport sur la Journée de Muttenz.
- Rapport sur la journée d'Aarau

Communications aux médias

- Eidgenössisches Departement des Innern (2000). Nationale Gesundheitspolitik: Bund und Kantone benennen zentrale Themen. Medienmitteilung, Bern, 30. Mai 2000.
- Nationale Gesundheitspolitik Schweiz (2000). Nationale Gesundheitspolitik. Medienmitteilung, Bern, 27. Oktober 2000.
- Nationale Gesundheitspolitik Schweiz (2002). Nationale Gesundheitspolitik: Mandat für eine nationale Gesundheitsplattform in der Schweiz. Medienmitteilung, Muttenz, 13. September 2002.

Internet et Newsletter

- <http://www.nationalegesundheit.ch/main/Show>
- Newsletter PNS, tous les numéros.

Documents pour l'Obsan⁴⁸

- Newsletter de l'Obsan, tous les numéros publiés.
- Rapport annuel Obsan, 2002 et 2003.
- « Conception et plan de développement de l'Obsan » Obsan, octobre 2001.
- PV des réunions du groupe d'accompagnement de l'Obsan des 20.01.2002 ; 21.03.2002 ; 23.10.2002 ; 23.03.2003 ; 25.06.2003 ; 05.11.2003.
- Bergetto, B.(2002) « Stand und Entwicklungsmöglichkeiten der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe in der Schweiz » Obsan.
- « Co-financement de l'Obsan par les cantons ; projet de décision à soumettre à l'assemblée de la CDS du 6.6.2002 » document du 19.03.02.
- « Buts annuels et planification de l'Obsan, 2002 » Obsan, état au 1er mars 2002.
- « Prestations de l'Obsan pour les cantons » Obsan, mars, 2002.
- « Mise en place de l'Obsan » dossier à l'intention de la Cheffe du Département pour la Commission de gestion du Conseil des États du 16 mai 2002, document du 25.04.2002, préparé par P.Lehmann.
- « Arbeitsvereinbarung zwischen dem Schweizerischen Gesundheitobservatorium (GO) und der Sektion Gesundheit (GES) des Bundesamtes für Statistik », version du 30.09.2002.
- « Catalogue des prestations de l'Obsan » Obsan, version 1.5. du 15.10.2002.
- « Contrat type de l'Obsan » Obsan, version du 15.10.2002.
- Obsan, « Informations complémentaires au contrat type conclu entre l'Obsan et les cantons », version du 15.10.2002.

⁴⁸ Consulter aussi les documents correspondants sous « Projet PNS ».

- Obsan, « Co-financement de l'Obsan par les cantons : répartition par canton (cotisation de base) », version du 15.10.2002.
- Obsan, « Principes directeurs de l'Obsan : pour un pool de connaissance au service du système de santé suisse », mai 2003.
- Obsan, « Financement partiel de l'Obsan par les cantons », état mai 2003, document 14.2.a pour l'assemblée de la CDS du 22.05.2003.
- « Mandats d'analyse confiés à l'Obsan par les cantons », document 7.3.a. présenté à l'assemblée de la CDS du 04.12.2003.
- Obsan, « Résultats de l'exploitation des données du Datenpool de SantéSuisse pour le canton de Neuchâtel », 03.07.2003.
- Obsan, « Entwicklung der Gesundheitskosten nach Leistungsarten ; Resultate der Datenauswertungen mittels Datenpool von SantéSuisse für den Kanton Bern », 16.07.2003.
- Obsan, « Entwicklung der Gesundheitskosten nach Leistungsarten ; Resultate der Datenauswertungen mittels Datenpool von SantéSuisse für den Kanton Uri », 06.08.2003.
- Obsan, « Demographische Szenarien und Perspektiven zur Pflegebedürftigkeit im Kanton Appenzell-Ausserrhoden », août 2003.
- Obsan, « Résultats de l'exploitation des données du Datenpool de SantéSuisse pour le canton de Vaud », 16.09.2003.
- Obsan, « Les besoins en soins des personnes âgées en Suisse: prévisions et scénarios pour le 21ème siècle », Résumé 2003.
- Obsan, (2003). « Panorama Gesundheit: die Schweiz im europäischen Vergleich ».

Documents du projet PNS pour la plate-forme⁴⁹

- Vatter, A. (2001). « Vorüberlegungen zu einer politischen Plattform von Bund und Kantonen ».
- « Divers modèles de plates-formes politiques nationales en référence au débat sur la PNS » document du 11.08.2002.
- Réflexions concernant la plate-forme ; rédigées pour la séance du groupe de pilotage du 04 juillet 2002, légèrement restructuré ; document no 4 pour la séance d'office du 19.08.2002.
- Calendrier des étapes pour une décision sur une plate-forme de PNS ; document no5 pour la séance d'office du 19.08.2002.
- « Réflexions concernant la création d'une plate-forme politique » document du 30.08.2002.

⁴⁹ Consulter aussi les documents correspondants sous « Projet PNS ».

-
- Synthèse des discussions lors d'une séance le 19.09.2002 à 16.30 (Projet Plate-forme politique pour la PNS) avec Ruth Dreifuss et d'autres participants.
 - « Mandat et processus en vue de la préparation de décisions sur la plate-forme nationale de politique de santé » pour la séance du groupe de pilotage du 22.01.2003 ; document daté du 01.10.2002.
 - Mandat et processus en vue de la préparation de décisions sur la plate-forme nationale de politique de santé pour la séance du groupe de pilotage du 31.10.2002.
 - « Objectifs et programme de travail pour 2002 » version du 17.12.2002.
 - « Questionnaire » (du 03.05.2003) et « Résultats de l'enquête auprès des cantons sur la plate-forme permanente de politique de santé » document CDS du 30.06.2003. Ces documents sont le fruit de la collaboration entre le secrétariat de la CDS et la direction du projet PNS.
 - « Convention entre la Conférence des directeurs cantonaux des affaires sanitaires (CDS) et la Confédération suisse (Confédération) représentée par le Département fédéral de l'intérieur (DFI) sur la Politique nationale suisse de la santé » signée le 15.12. 2003 ; ainsi que les différentes versions antérieures (y compris les versions en allemand).
 - Toute la documentation préparée pour la retraite du groupe de pilotage des 14 et 28 février 2003, et en particulier :
 - « Plate-forme permanente de politique de santé » Document de travail à l'intention de la retraite du Groupe de pilotage en février 2003 ; 13.01.2003.
 - « Méthode ouverte de coordination : une approche de l'Union Européenne » document du 14.02.2003.
 - Note de travail à l'intention du Conseiller fédéral Pascal Couchepin ; proposition du 8 mai 2003 (approuvée le 19.05.2003) ; avec différents documents de travail.
 - Notes de la réunion du 21.07.2003 de la réunion du groupe de travail Zeltner-Wyss-Lehmann.
 - Notes de la réunion du 10.07.2003, avec Th. Zeltner.
 - Notes de la réunion du 16.07.2003 avec F. Wyss et R. Unternährer de la CDS.

Documents « Santé psychique »

Articles/Etudes/Rapports

- Niklowitz, M.; Meyer, P.C. (2001). Monitoring der psychischen Gesundheit: Datenquellen, Indikatoren und Berichtsformen. Beitrag zum Tagungsband des Symposiums „Sozialberichterstattung“, Neuchâtel, 26.-28. Juni 2001.
- Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (2001). Konzept und Geschäftsplan des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums, p. 10-16.
- Association des professeurs titulaires de chaire (2002). Situation actuelle et développement à venir de la psychiatrie et de la psychothérapie en Suisse : Prise de position des représentants des institutions universitaires de la psychiatrie de l'adulte, de la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et de la médecine psychosociale.
- Bruhin, E. ; Ducommun, M. (2002). Psychische Gesundheit.
 - Strategien und Massnahmen in der Schweiz.
 - Portraits der Strategien und Massnahmen, Teil I: öffentliche Akteure.
 - Portraits der Strategien und Massnahmen, Teil II: Private Akteure; im Auftrag der Nationalen Gesundheitspolitik Schweiz, ISPM.
- Illés, C. ; Abel, Th. (2002). Psychische Gesundheit : Eine qualitative Studie im Rahmen des Projektes Nationale Gesundheitspolitik. Im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit, Schriftenreihe der SGGP, No. 68.
- Ajdacic-Gross V.; Graf M. (2003). Bestandesaufnahme und Daten zur psychiatrischen Epidemiologie – Informationen über die Schweiz. In Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Hrsg.). Arbeitsdokument 2. Neuchâtel: édition Obsan.
- Christen, L.; Christen, S. (2003). Beschreibung der Basisdaten stationärer psychiatrischer Behandlung in der Schweiz 1998 bis 2000. In Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Hrsg.). Arbeitsdokument 1. Neuchâtel: édition Obsan.
- Rüesch, P.; Mazoni, P. (2003). Psychische Gesundheit in der Schweiz. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Hrsg.). Neuchâtel: édition Obsan.
- Stuckelberger, A. (2002). Ein internationaler Vergleich. Genf. Unveröffentlicht.
- Nationale Gesundheitspolitik Schweiz. (2004). Psychische Gesundheit: Nationale Strategie zum Schutz, zur Förderung, Erhaltung und

Wiederherstellung der psychischen Gesundheit der Bevölkerung in der Schweiz, Entwurf zur Stellungnahme bis Mitte Mai 2004.

Journées de travail Santé psychique

- Seco (2002). Harcèlement psychologique (« mobbing ») et autres tensions sociales sur le lieu de travail en Suisse. Executive Summary. Document distribué lors de la journée de travail Santé psychique « Promotion de la santé et prévention », Berne, 26 novembre 2002.
- Folgeplanung II zum Psychiatriekonzept Kanton Baselland. Präsentation im Rahmen der Arbeitstagung « ambulante und stationäre Angebotsstrukturen in der Psychiatrie » vom 10. Dezember 2002.
- Eichenberger, A. (2002). Psychiatrieplanung im Kanton Zürich. Präsentation im Rahmen der Arbeitstagung « ambulante und stationäre Angebotsstrukturen in der Psychiatrie » vom 10. Dezember 2002.
- Ferrero, F. (2002) Livre blanc: prise de position des professeurs de psychiatrie. Präsentation der Publikation der HUG im Rahmen der Arbeitstagung « ambulante und stationäre Angebotsstrukturen in der Psychiatrie » vom 10. Dezember 2002.
- Nationale Gesundheitspolitik Schweiz (2002). Das Projekt Nationale Gesundheitspolitik Schweiz. Präsentation im Rahmen der Arbeitstagung « ambulante und stationäre Angebotsstrukturen in der Psychiatrie » vom 10. Dezember 2002.
- Seco (2003). Koordinierte Integration im Arbeitsmarkt. Präsentation im Rahmen der Arbeitstagung « Gesundheitsförderung und Prävention der psychischen Gesundheit » vom 14. Januar 2003.
- Rüst, Th. (2003). « Supported Employment »: eine veränderte Sichtweise die zu veränderter Praxis führt. Präsentation im Rahmen der Arbeitstagung « Gesundheitsförderung und Prävention der psychischen Gesundheit » vom 14. Januar 2003
- Seco (2003). Gesundheitsförderung: Work Life Balance. Präsentation im Rahmen der Arbeitstagung « Gesundheitsförderung und Prävention der psychischen Gesundheit » vom 14. Januar 2003.
- BAG (2003). Die Strategie „Migration und Gesundheit“. Präsentation im Rahmen der Arbeitstagung « Gesundheitsförderung und Prävention der psychischen Gesundheit » vom 14. Januar 2003.
- Baettig, V. (2002). Job Coach Projekt: Das neue Angebot zur beruflichen Integration in die freie Wirtschaft. Präsentation im Rahmen der Arbeitstagung « Rehabilitation und Soziale Integration von chronisch psychisch kranken Menschen » vom 20. März 2003.
- Baer, N.; Domingo, A.; Amsler, F. (2003). „Man traut mir was zu“: Eine Studie zur Lebensqualität psychisch kranker Menschen und Angehörigen in Basel-Stadt und Baselland. Präsentation im Rahmen der Arbeitstagung

« Rehabilitation und Soziale Integration von chronisch psychisch kranken Menschen» vom 20. März 2003.

- Cahn, Th. (2003). Soziale Integration von chronisch psychisch kranken Menschen.
- Grasset, F.; Spagnoli, D. (2003). Structures institutionnelles et réhabilitation psychologique“. Präsentation im Rahmen der Arbeitstagung « Rehabilitation und Soziale Integration von chronisch psychisch kranken Menschen» vom 20. März 2003.

Procès-verbaux et synthèses

- Ita, M. (2002) Protokoll des Workshop II „Psychische Gesundheit“ vom 13. September 2002.
- Protokoll der Kerngruppensitzung vom 18. Oktober 2002; 8. Januar 2003; 12. Mai 2003; 14. August 2003; 22. September 2003; 3. November 2003 und 24. November 2003.
- Gurtner, S. (2003). Synthèse 1. Arbeitstagung GF/Prävention psychische Gesundheit vom 26. November 2002.
- Unternährer, R. (2003). Zusammenfassung der Arbeitstagung « ambulante und stationäre Angebotsstrukturen in der Psychiatrie » vom 10. Dezember 2002, 8. Januar 2003.
- Ricka, R. (2003). TP: Gesamtstrategie Psychische Gesundheit. Dokument zur Arbeitstagung psychische Gesundheit vom 14. Januar 2003.
- Gurtner, S.; Ricka, R. (2003). Zusammenfassung der Arbeitstagung psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen vom 20. Februar 2003.
- Marti, R. (2003). Protokoll der Arbeitstagung, “Rehabilitation und Soziale Integration von chronisch psychisch kranken Menschen“ vom 20. März 2003.
- Unternährer, R. (2003). Kurzbericht “Runder Tisch Kompetenzzentrum psychische Gesundheit”, 16. Juni 2003.

Newsletters/ Brochures

- Nationale Gesundheitspolitik Schweiz (2001). Psychische Gesundheit: Stand der Arbeit und neue Aufträge.
- Nationale Gesundheitspolitik Schweiz (2001). Psychische Gesundheit: Zielvorstellung/Auftragbeschreibung: Initiative und Entwicklungen in der Schweiz. Dokument als Hilfe zur Erarbeitung des Mandates an ISPM-BE/Bruhin.
- Ricka, R. (2002). Projet partiel „santé psychique“: vue d’ensemble, Nationale Gesundheitspolitik Schweiz.

- Nationale Gesundheitspolitik Schweiz (2002). Gesundheit im Zentrum politischen Handelns, in focus 13, Dezember 2002.
Divers (PV/Contrats)
- Stuckelberger, A. (2001) Santé psychique: Etude comparative des politiques nationales et internationales, proposition de mandat.
- Ajdacic-Gross, V. (2002). Epidemiologie der psychischen Störungen in der Schweiz: Projektskizze und Offerte an das Schweizerische Gesundheitsobservatorium, 17. Januar 2002.
- Nationale Gesundheitspolitik Schweiz (2002). Psychische Gesundheit: Aktennotiz zur Projektbesprechung, Berne, 23. Januar 2002.
- Nationale Gesundheitspolitik Schweiz (2002). Informations au Groupe de Pilotage, séance du 4 avril 2002.
- Meyer, P.C.; Nikolwitz, M. (2002). Schweizerisches Gesundheitsobservatorium Monitoring der psychischen Gesundheit.

Documents « Médecine de pointe »

- Protokoll der Sitzungen der Arbeitsgruppe « Spitzenmedizin », no 8-11 (du 29.11.2001 au 10.09.2002).
- « Coordination et concentration de la médecine hautement spécialisée » 2^{ème} rapport du groupe de travail Médecine de pointe, version 03 du 08.01.2002.
- CDS (2002) « Hinweise betreffend Zusammensetzung CICOMS » document du secrétariat central de la CDS.
- « Coordination et concentration de la médecine hautement spécialisée » rapport final du groupe de travail Médecine de pointe, 29 avril 2003.
- Projet « Coordination et concentration de la médecine hautement spécialisée: suite de la procédure » document 9a, présenté à l'assemblée de la CDS du 04.12.2003.
- Projet « Coordination et concentration de la médecine hautement spécialisée: synthèse des résultats de la procédure de consultation » document 9b, présenté à l'assemblée de la CDS du 04.12.2003.

Documents « Empowerment »

- Ita, M. (2002). « Zusammenarbeit NGP-Gesundheitsförderung Schweiz im Bereich Empowerment » : Arbeitspapier für die Sitzung zwischen NHG und Gesundheitsförderung Schweiz vom 12.02. 2002.
- PV de la séance « Empowerment » du 12.02.2002 avec Gesundheitsförderung Schweiz.
- Protokoll der ersten internen Sitzung « Empowerment » vom 06.02.2002.
- « Teilprojekt Empowerment » document du projet PNS, version du 13 mars 2002.

-
- Documentation de l'atelier du 14 mai 2002 « Critères de qualité pour exemples de démarche d'empowerment ».
 - Protokoll de l'atelier du 14 mai 2002.
 - Abel, T. (et al.) "Der Einfluss moderner Medien auf Health Literacy, Health Empowerment und die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen: Projektbeschreibungen".
 - Documentation de l'atelier du 29 août 2002 « Critères de qualité en matière d'empowerment ».
 - « Critères de qualité pour l'empowerment : avant-projet en tant que base de discussion » projet PNS, 29.08.2002.
 - Documentation de la Direction du projet PNS présentée à la journée nationale de la santé de Muttens ; 12-13.09.2002.

Documents sur la CUS⁵⁰

- Lignes directrices pour la révision de la Loi fédérale sur l'aide aux Universités ; rapport du groupe de travail du Département fédéral de l'intérieur ; 25.11.1996.
- Résultats de la procédure de consultation sur la révision de la Loi fédérale sur l'aide aux Universités ; du 1. 9. 1998.
- Loi fédérale sur l'aide aux Universités et la coopération dans le domaine des hautes écoles ; 8. 10. 1999.
- Concordat intercantonal de coordination universitaire, 9.12.1999.
- Convention entre la Confédération et les cantons universitaires sur la coopération dans le domaine des hautes écoles universitaires ; 14.12.2000.
- Règlement de la CUS; 22. 02. 2001.
- Règlement de l'organe d'accréditation et d'assurance qualité ; 22. 02. 2001.
- Rapport annuel de la CUS, 2002.
- Message relatif à l'encouragement de la formation, de la recherche et de la technologie pendant les années 2004 à 2007 ; Berne 29. 11. 2002.
- Révision de la Loi fédérale sur les Universités : Rapport explicatif à l'appui du projet de loi mis en consultation ; sans date.
- "Nouvelles structures de la politique universitaire suisse" ; commentaire ; document du site web de la CUS.

Documents pour la CTA

- Convention entre la Confédération et les cantons, les villes et les communes relative à la création d'une Conférence tripartite sur les agglomérations ; 20. 02. 2001.

⁵⁰ Une partie de ces documents est disponible sur le site de la CUS (www.cus.ch).

- « Politique des agglomérations de la Confédération », rapport du CF du 19. 12. 2001.
- « La Conférence tripartite sur les agglomérations : une plate-forme dynamique », de Paul Huber, CE de Lucerne, président de la CTA. Tiré de ARE-Forum, N° 1, 2002.
- « Projet d'agglomération : aide de travail », version provisoire pour la phase pilote ; Office fédéral du développement territorial ; Berne, le 11. 11. 2002.
- « Le projet d'agglomération : les buts, les caractéristiques et les éléments de contenu en bref », Office fédéral du développement territorial ; Berne, le 30. 1. 2003.
- « Renforcer la place des communes dans le système fédéraliste », M. Maeder, présentation faite à la journée portes ouvertes de l'unité de politique locale de l'Idheap, 12. 6. 2003.
- « Vers la réalisation d'une politique nationale des villes et des agglomérations ou le succès du lobbying », Urs Giesmann, directeur de l'Union des villes suisses – USV, présentation faite à la journée portes ouvertes de l'unité de politique locale de l'Idheap, 12. 6. 2003.
- « Le Conseil fédéral définit la politique de la Confédération pour les agglomérations », texte de l'Office fédéral du développement territorial ; Berne, 24. 07. 03 ; site Internet.
- « Divers modèles de plates-formes politiques nationales en référence au débat sur la politique nationale suisse de la santé », projet PNS ; document présenté à la journée de travail de la politique nationale de la santé ; Muttenz, les 12 et 13 9. 2003.

Documents provenant de la CDS

- Extraits de PV de séances du comité de la CDS du 29.10.1998 ; 23.11.2001 ; 04.2002 ; 27.03.2003 ; 03.07.2003 ; 30.10.2003.
- PV des assemblées de la CDS et autres documents.
 - PV de l'assemblée de la CDS du 19.11.1998 ; y compris le discours de Mme la Conseillère fédérale Ruth Dreifuss.
 - Notes relatives à l'entretien sur la PNS du 21.08.2000 ; notes du secrétariat de la CDS du 23.08.2000.
 - Extrait de l'assemblée plénière du 23.11.2001.
 - Communiqué de presse du 06.06.2002 « Assemblée annuelle de la CDS du 6.6.2002 à Hérisau ».
- Rapport annuel de la CDS pour les années 1998 à 2002.
- Lettre du 28 juillet 2003 de Mme P. Pesenti et M. T. Zeltner aux membres de la CDS, Secrétariat général DFI et Directions OFSP, OFAS, OFS⁵¹.

⁵¹ Document conjoint avec le projet PNS.

-
- Documents soumis aux assemblées de la CDS (sélection) :
 - « Politique de la santé » document no5b ; assemblée de la CDS du 19.11.1998.
 - « Rapport (du projet PNS) à la CDS » assemblée du 23.11.2001.
 - « Co-financement de l'Obsan par les cantons ; projet de décision à soumettre à l'assemblée de la CDS du 06.06.2002 » document no 13.2.a ; accompagné du document no 13.2.b. « Prestations de l'Obsan pour les cantons » de mars 2002.
 - « Plate-forme permanente de politique de santé et Conférence nationale de santé », Propositions à l'intention de l'Assemblée de la CDS du 22.05.2003 (à Neuchâtel) ; document du projet PNS, du 26.04.2003.
 - « Proposition de décision : Future organisation de la PNS » avec le projet de Convention entre la CDS et le DFI sur la PNS ; pour l'assemblée de la CDS du 04.12.2003 (y compris la version allemande).
 - Informations des séances du comité directeur et du plénum de la CDS des 22 et 23 mai 2003 à Neuchâtel ; document CDS du 27.05.2003.
 - Résumé de la séance du comité de la CDS du 03.07.2003.

Documents divers

- Bundesamt für Gesundheit (2000). « Nationale Gesundheitspolitik Schweiz: Arbeitsdossier Themenentwicklung ». Abteilung Epidemiologie und Infektionskrankheiten, BAG.
- Interpellation urgente du groupe radical-démocratique au Conseil national « Privilégier la réduction des dépenses par rapport à la réputation des dépenses » du 04.06.2002.
- Motion « pour une politique nationale de lutte contre le cancer », déposée le 02.12.2002 par J. Rudolf.

Annexe 4 : Enseignements des évaluations 1999-2003

Tableau 10: Principaux enseignements des évaluations

- **Problèmes organisationnels** : Le processus a souffert de quelques problèmes organisationnels (répartition des compétences, objectifs peu clairs, délais très courts, report des conférences), qui ont pu déstabiliser les participants.
- **Peu de responsables politiques impliqués** : La faible présence des responsables politiques et la variation des acteurs cantonaux ont limité la portée du processus et sa légitimité.
- **Démarche d'information « top-down »** : La circulation de l'information a été souvent unidirectionnelle, en provenance de la Confédération (et du groupe de mandat) en direction des cantons.
- **Les événements n'ont pas atteint leurs objectifs** : L'organisation de grands événements n'a pas permis d'atteindre les objectifs escomptés. La conférence d'Interlaken a joué le rôle de procédure de consultation, ce qui a retardé l'avancement des travaux. Les contacts avec les acteurs cantonaux entre les conférences furent insuffisants.
- **Disparition des enjeux internationaux** : Les objectifs de santé de l'OMS ont progressivement disparu, alors que l'Observatoire et une politique nationale de la santé étaient précisément censés découler desdits objectifs.
- **Révision à la baisse des objectifs** : Les objectifs initiaux ont notablement évolué dans le sens d'un redimensionnement des projets. On est ainsi passé d'un observatoire à un réseau sanitaire d'observation, et d'une politique nationale de la santé à une simple plate-forme d'échange.
- **L'Observatoire en « stand-by »** : Le redimensionnement financier de l'Observatoire demandé par la CDS peut mettre en péril non seulement le bon fonctionnement de l'Observatoire lui-même, mais encore les autres projets propres à la politique nationale de la santé.
- **Processus d'apprentissage limité** : La formation du consensus et les processus d'apprentissage sont restés limités : aucun acteur n'a réellement « basculé ».
- **Risque de déconnexion** : Il existe un risque de déconnexion entre les acteurs leaders du processus (Confédération, Tessin, Vaud, etc.) et les acteurs plus réfractaires ou méfiants.

- **Le problème de la LAMal** : Les contentieux liés à la mise en œuvre et à la révision de la LAMal ont constitué un frein majeur à un rapprochement entre Confédération et cantons.
- **L'évaluation sous-utilisée** : Les résultats des évaluations du processus ont été sous-utilisés.

Base : Horber-Papazian et Terribilini 1999 ; Horber-Papazian et Terribilini 2000 ; Horber-Papazian et al. 2000 ; Horber-Papazian et Thévoz 2002 ; Horber-Papazian et Thévoz 2003.

Annexe 5 : Chronologie des principaux événements du projet PNS

Date et produits	Activités en faveur PNS/ résultats/ responsables et participants/ évaluation Idheap
1993-1998 ; travaux préparatoires	<p>Dès l'arrivée de Mme Ruth Dreifuss à la tête du DFI, mandat au Directeur de l'OFSP Th. Zeltner de concevoir la mise en place d'une politique nationale de la santé fondée sur la coopération de la Confédération et des cantons, sur les aspects de protection de la santé et de conduite du système de soins curatifs.</p> <p>Mandat à 3 experts : Gutzwiller et Somaini pour les problèmes prioritaires de politique de santé, Sommer pour des propositions de gestion de la politique de santé.</p> <p>En 1998, nombreuses discussions au plus haut niveau dans l'administration fédérale (Séances d'office) sur des esquisses élaborées par l'OFSP.</p>
19.11.1998 ; lancement du projet PNS	<p>Présentation par Mme Ruth Dreifuss, Conseillère fédérale, à l'assemblée de la CDS d'une proposition de création d'une plate-forme politique. Elle réunirait la Confédération et les cantons pour traiter des questions urgentes de santé publique et pour développer des stratégies communes dans ce domaine.</p> <p>Les deux premiers pas consisteraient à mettre sur pied un comité de pilotage et un observatoire de la santé.</p>
mars 1999 ; mandat d'évaluation	1er mandat pour l'évaluation de la PNS de l'OFSP à l'Idheap
printemps 1999 ; mandat préparatoire pour l'Obsan	Mandat préparatoire de l'OFSP relatif à l'Observatoire. Les mandataires (Spinatsch/Weiss) concluent à l'existence d'un consensus quant à la nécessité d'un observatoire et d'un thème critique, relatif à ses compétences : traiter des données statistiques ou élaborer des propositions de politique ?
26 mars 1999 ; planification « médecine de pointe »	La CDS crée un groupe de travail « médecine de pointe » chargé d'examiner la problématique de l'offre de prestations médicales hautement spécialisées en Suisse.
08.05.1999 1ère journée : le 1er pas pour la PNS et pour l'Obsan	<p>Journée d'Interlaken, organisée par l'OFSP, qui lance officiellement la PNS et qui est consacrée à poser les fondations d'un observatoire suisse de la santé.</p> <p>Confirmation de la controverse relative aux compétences de l'observatoire et aux respects des compétences cantonales.</p>

août 1999 ; 1 ^{er} rapport d'évaluation	Rapport intermédiaire I de l'Idheap.
09.10.1999 ; 1 ^{ère} organisation de la démarche générale pour la PNS	Réunion du groupe de mandat qui décide de : <ul style="list-style-type: none"> • annuler la conférence prévue pour le 15.10.1999 pour consolider la démarche vers une PNS • séparer le traitement du thème de l'observatoire (séminaire de Chaumont) de la concertation des domaines autour desquels structurer une PNS (conférence de Fribourg)
17-18.02.2000 ; 1 ^{ère} consolidation pour l'Obsan	Journée de Chaumont consacrée à l'observatoire de la santé et à approfondir la réflexion sur sa création et ses conditions.
02.2000 ; réorganisation de la conduite du projet PNS	Le groupe de mandat propose, le 18.02.2000, la création d'un Comité de pilotage du projet Le DFI donne, le 29.02.2000, son accord à la création du Comité de pilotage
juillet 2000 ; communication du projet PNS	1 ^{ère} parution de la Newsletter du Projet PNS, reflétant les résultats du séminaire de Chaumont ; à partir de ce moment, parution régulière du Newsletter (4 en 2000, 2 en 2001, 3 en 2002, 3 en 2003, et déjà 2 en 2004)
mars 2000 ; 2 ^{ème} rapport d'évaluation	Rapport intermédiaire II de l'Idheap.
26.05.2000 ; la CDS entre en matière pour l'Obsan	L'assemblée de la CDS admet l'idée de la création d'un observatoire suisse de la santé, par la mise en place d'un réseau sanitaire d'observation de la santé.
29.05.2000 ; 2 ^{ème} journée : les thèmes prioritaires de la PNS	La Conférence de Fribourg est consacrée à la définition de thèmes prioritaires à traiter. Les participants retiennent trois thèmes à travailler en priorité pour définir la PNS : santé psychique, planification de la médecine de pointe et <i>empowerment</i> .
juin 2000 ; 3 thèmes prioritaires en chantier	Début des travaux pour les 3 thèmes retenus à Fribourg par les organisateurs du processus.
juin 2000 ; concept de communication	Concept d'ensemble pour la communication du Projet PNS (Agence Howald)

29.06.2000 ; 1ere réunion du comité de pilotage	1ère réunion du Comité de pilotage
05.07.2000 ; le CF entre en matière pour l'Obsan	Le Conseil fédéral admet le principe de la création d'un observatoire suisse de la santé
21.08.2000 ; contacts entre la CDS et DFI au sujet de la PNS (« bilan intermédiaire »)	Assemblée de la CDS, avec la participation de Mme la Conseillère fédérale Ruth Dreifuss, pour traiter de la PNS.
septembre 2000 ; communication du projet PNS	Ouverture du site web du Projet PNS www.santenationale.ch en 3 langues
24.11.2000 ; la CDS regrette le dimensionnement de l'Obsan	L'assemblée de la CDS remet en question l'Obsan, questionnant en particulier son dimensionnement (trop de personnel et plan financier trop élevé) et propose de reconsidérer le sujet en mai 2001
décembre 2000	Démission de la cheffe de projet
décembre 2000	Rapport intermédiaire III de l'Idheap.
2000 ; mandat OFSP- PNS pour les « buts de santé en suisse »	Mandat de l'OFSP et de l'équipe de projet PNS à la SSSP pour élaborer des objectifs pour la santé en Suisse
16.01.2001 ; apport d'une plateforme	Remise au projet PNS de l'étude de A.Vatter "Vorüberlegungen zu einer politische Plattform von Bund und Kantonen"
janvier 2001 ; appel à Mark Ita pour assurer l'interim de la conduite du projet ; clarification de l'orientation du projet	L'intérim de la direction de projet est l'occasion d'une clarification de la nature et de la mission du projet avec les membres du Groupe de pilotage et avec les 2 mandants CDS et DFI, qui aboutit à une réunion au sommet le 7.5.01 (Dreifuss, Scherrer, Groupe de pilotage, Direction de projet) Les orientations générales sont confirmées ainsi que la volonté d'aboutir. Le calendrier, en particulier l'organisation d'une Conférence nationale de santé en septembre 2001 est mis en question à cause de ses délais beaucoup trop rapides. Ceci est communiqué par le Newsletter de juin 01 sur le thème « Où en sommes-nous, où allons nous ? »

mai 2001 ; nomination du directeur de l'Obsan	Le comité de pilotage désigne le directeur de l'Obsan, Peter C. Meyer, qui entre progressivement en fonction à partir du 01.11.2001 (à 10% au début)
juin 2001 ; nouveau directeur du projet PNS	Le comité de pilotage désigne le nouveau directeur de projet, Philippe Lehmann, qui entre en fonction le 15.8.2001. Relance du projet PNS, avec entre autre la prise de contacts avec les cantons
octobre 2001 ; mandat CDS- OFSP pour la politique du cancer	La CDS et l'OFSP lancent (indépendamment du projet PNS) un mandat commun pour l'élaboration d'une politique nationale du cancer, en réponse à l'initiative de l'OMS ; Oncosuisse est chargé de le réaliser
septembre à décembre 2001 ; communication du projet PNS	Dîners de contact (3) organisés à l'initiative de Mme Dreifuss DFI et de Mme Scherrer CDS avec des représentants des principaux domaines de la politique et du système de santé afin de faire connaître et comprendre les objectifs du projet PNS
18-19.10. 2001 ; journée annuelle: les déterminants de la santé	Journée de Ruschlikon consacrée aux « déterminants de la santé » Le thème facilite l'organisation de la journée, mais apporte peu à la PNS Ouverture des journées à d'autres participants convivialité.
25.10.2001 ; mise en place de l'Obsan	Approbation de la conception et du plan de développement de l'Obsan par le comité de pilotage du projet PNS ; mise en place progressive de l'Obsan avec une planification pour 2001-02 et l'entrée en fonction de la page Web.
11.2001 ; relance du projet PNS	"La PNS prend un nouvel élan" comme titre de la <i>newsletter</i> du projet PNS, et pour rendre compte de la journée de Rüscklikon
23.11.2001 ; la CDS confirme son intérêt pour l'Obsan	Présentation à l'assemblée de la CDS de la conception directrice de l'Obsan. Elle donne mandat au comité de la CDS de présenter en juin 2002 une proposition en vue du cofinancement de l'Obsan par les cantons, à partir de 2003.
27.11.2001 ; 2 ^{ème} mandat d'évaluation	2ème mandat pour l'évaluation du projet PNS à l'Idheap
4.12.2001 – 19.12.2001 ; rapport au Conseil fédéral	Un bilan intermédiaire de la mise en place du projet, de 1999 à fin 2001, est présenté au Conseil fédéral. Celui-ci l'approuve le 19.12 et demande à être informé sur le co-financement de l'Observatoire par les cantons et sur la suite des développements en direction d'une plate-forme politique

à partir du 01.01.2002 ; consolidation de l'équipe de projet PNS	<p>Consolidation de l'équipe de projet PNS, avec l'entrée en fonction progressivement des autres membres de l'équipe du projet PNS</p> <p>Développement des activités du projet PNS en particulier pour:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La préparation de la journée annuelle de la santé • La mise en place de l'Obsan • Le développement de propositions pour la santé psychique et l'empowerment • L'amorce de proposition pour un « tableau de bord »
24.01.2002 ; la CDS retire un thème de l'agenda de la PNS	Le comité de la CDS se charge seul du dossier « planification de l'offre de médecine de pointe » dont la direction sera assurée par la future CICOMS ; il est ainsi retiré du cahier des charges du projet PNS
à partir du début 2002 ; consolidation de l'Obsan	Entrée en fonction de 4 premiers collaborateurs de l'Obsan ; le recrutement se poursuit en automne 2002 puis printemps 2003, jusqu'à un effectif de 9 collaborateurs à fin 2003.
février 2002 ; amélioration du fonctionnement du comité de pilotage	Le comité de pilotage décide de mettre en place un présidium de 4 membres (Présidente (CDS), vice-président (OFSP), directeurs de l'équipe de projet PNS et de l'Obsan) pour prendre des décisions opérationnelles.
07.03.2002 ; vers un renforcement des relations PNS-Obsan	Le présidium du projet PNS constate que les activités de l'équipe de projet PNS et de la direction de l'Obsan ne sont pas assez coordonnées
mai 2002 ; rapport d'évaluation	Rapport de l'Idheap pour la période du 01-01.2001 à avril 2002.
14.5 + 29.8.2002 ; workshops empowerment	2 workshop avec des représentants des administrations fédérales et cantonales et des organisations spécialisées sur le thème de l'empowerment ; développement de concepts communs et partage d'expériences, sensibilisation des acteurs au rôle rassembleur que veut jouer le projet PNS sur ce thème à partir des pratiques déjà existantes.
29.4-13.5.2002 ; « tour de suisse »	Rencontres avec les cantons de Suisse centrale (29.4), de Suisse orientale (3.5), les 2 Bâle (6.5) et les cantons de Suisse romande (13.5), soit en tout 18 cantons, pour présenter le projet PNS et l'Obsan et favoriser la prise de décision du plenum de la CDS du 6.6 sur le financement de l'Obsan.

6.6.2002 ; assemblée plénière CDS à Herisau, décision sur le financement de l'Obsan	L'assemblée approuve une recommandation à tous les cantons de contribuer au financement de l'Observatoire de la santé en plus du financement de base assuré par la Confédération ; une certaine flexibilité est offerte qui permet également de fournir des prestations en nature ou de se limiter à l'achat de prestations spécifiques
19 + 22.8.2002 ; mandat en vue de créer la plate- forme	Le 19.8, séance d'office avec R. Dreifuss précisant le mandat d'élaborer une décision commune de la Confédération et des cantons sur la création d'une plate-forme politique permanente. Le 22.8, approbation de ce mandat par A. Scherrer au nom de la CDS.
11.9.2002 + 9.4.2003, CF et santé psychique	En répondant au postulat Dormann et à l'interpellation Beerli, puis à la motion de la Commission CSSS, le Conseil fédéral fait savoir son engagement à présenter en 2003-2004 un rapport sur la santé psychique élaboré par le projet PNS
12/13.09.2002 ; journée annuelle de MuttENZ: relance de la plate- forme	Journée de MuttENZ consacrée essentiellement au thème de la Santé Psychique. Elle permet la relance de la proposition de plate-forme politique avec l'annonce du mandat confié par le DFI et la CDS au projet PNS. (2 ans après la rencontre CDS-DFI, du 21 août 2000) Un reflet est donné par le Newsletter 3.2002 qui paraît en décembre 2002
26.11.2002 – 22.9.2003 ; ateliers santé psychique	7 ateliers de travail pour l'élaboration d'une proposition de politique de santé psychique (promotion de la santé psychique et prévention). Un reflet des travaux sur la santé psychique est donné par le Newsletter 1.2003 qui paraît en mars 2003.
14 et 28. 02.2003 ; élaboration du projet de plate- forme par le comité de pilotage	Réunion - retraite du comité de pilotage qui décide de lancer l'élaboration du projet plate-forme de coordination.
28.02.2003 ; retrait d'un autre thème de l'agenda de la PNS	Le CP, lors de sa retraite, demande de mettre le thème "empowerment" en attente et de le retirer de l'agenda de travail 2003 du projet PNS au profit du développement des autres activités : santé psychique, plate-forme, « tableau de bord », journée de travail sur le thème santé et travail.
27.3.2003 ; le comité CDS approuve le projet de plate-forme	Le comité approuve les propositions développées par le groupe de pilotage afin de les présenter à l'assemblée plénière du 22.5 ; contact est pris avec le Chef de Département pour lui présenter le projet PNS et la proposition de la plate-forme.

8.5.2003 ; rencontre CDS– projet PNS avec le Conseiller fédéral Couchepin	La présidente de la CDS, la présidente et le vice-président du Groupe de pilotage, le Chef de projet et le Directeur de l'Observatoire présentent le projet PNS et la proposition de plate-forme à M. Couchepin. Celui-ci donne son accord formel à la proposition de plate-forme élaborée par le Groupe de pilotage le 18.5.2003
mai 2003 ; rapport d'évaluation	Rapport de l'Idheap « évaluation de la journée de Muttenz »
22.05.2003 ; la CDS doute de la plate-forme	L'assemblée de la CDS renvoie au projet PNS le projet de création d'une plate-forme, au vu du nombre d'abstentions.
22.05.2003 ; la CDS se prononce sur la planification de la médecine de pointe	Le Comité directeur de la CDS approuve les propositions du groupe de travail dans ses grandes lignes et met en consultation un rapport final sur la planification de l'offre de prestations de médecine de pointe.
02.06.2003 ; 1ère réunion du groupe « tableau de bord »	1ère séance du groupe de réflexion du « tableau de bord »
juin 2003 ; consultation écrite des cantons sur le projet de plate- forme	La CDS recueille les avis de tous les cantons sur les propositions en vue de la création d'une plate-forme permanente ; les résultats sont présentés au comité CDS du 3.7.2003 ; il est alors décidé que la plate-forme ne disposera pas d'un état-major commun mais de 2 secrétariats exécutifs, l'un à la Confédération l'autre à la CDS. Le résultat de la consultation est présenté dans le Newsletter 2.2003 qui paraît en août 2003
10.7-30.10.2003 ; rédaction de la Convention sur la politique nationale suisse de la santé (dialogue permanent)	Un groupe de travail ad hoc (Zeltner, Wyss, Bürgi-Schmelz, Lehmann, Meyer) formalise dans une Convention le projet de plate-forme et le statut durable futur de la politique nationale suisse de la santé. Le Groupe de pilotage en approuve les grandes lignes le 3.9.2003 et les détails par un vote par correspondance. Le Secrétaire général du DFI donne son accord formel le 28.10 Le Comité de la CDS l'approuve le 30.10.2003 sous réserve d'une négociation et de corrections de détail avec le canton de Zurich, qui a fait part de son opposition (surtout relative au financement de l'Obsan par les cantons). Cette négociation a lieu le 11.11.2003 et permet de présenter la Convention au Plénum de la CDS le 4.12.2003.

6.8.2003 ; Intérêt de l'OFSP pour le projet de « tableau de bord » confirmé par M. Zeltner	A défaut de n'avoir jamais pu vraiment faire avaliser le mandat et les travaux en cours sur le projet de « tableau de bord » par le Groupe de pilotage, le team PNS le présente à M. Zeltner. Celui-ci demande au Team PNS de rédiger pour début 2004 un rapport sur les problèmes de collaboration et de communication entre les cantons et la Confédération.
03.09.2003 ; le comité de pilotage avalise le travail fait en santé psychique	Le groupe de pilotage décide 1) de mettre en consultation entre décembre 2003 et février 2004, la proposition de stratégie en matière de santé psychique, élaborée sous la responsabilité de la direction du projet PNS. Il décide également que c'est la plate-forme politique qui décidera de la suite à donner à ce thème, après la synthèse de la procédure de consultation. 2) d'approuver les contrats et le plan de publication de l'Obsan en relation avec la santé psychique
18.9.2003 ; journée nationale de travail à Aarau	La Journée de travail est consacrée au thème « Conditions de travail et santé » ; elle a été préparée en collaboration avec le Seco, la SUVA, l'OFAS, la CDS, la Conférence des directeurs cantonaux de l'économie publique, Promotion Santé Suisse et les inspectorats cantonaux du travail. Elle permet au Président de la Confédération P. Couchepin et au Directeur du travail au Seco J.-L. Nordmann d'annoncer que le thème santé et travail sera présent dans le programme de législature 2003-2007 du Conseil fédéral. Un reflet de la Journée d'Aarau paraît dans le Newsletter 3.2003 qui paraît en décembre 2003
22.09.2003 ; fin des ateliers "santé psychique"	Dernier des 7 ateliers de travail pour l'élaboration d'une proposition de politique de santé psychique.

03.10.2003 ; la CDS propose un agenda commun au CF pour la santé	<p>L'assemblée plénière de la CDS approuve une prise de position sur le document de travail du CF pour son programme de législature 2003-2007 à l'agenda duquel figurent les thèmes suivants en matière de santé⁵²:</p> <ul style="list-style-type: none"> • la prévention et la promotion de la santé sont prioritaires, en particulier dans les domaines de la santé au travail, du tabagisme, du cancer et de la santé psychique ; • les systèmes de financement de la santé doivent être structurés de manière transparente ; • le développement de nouveaux modèles pour l'assurance de base ; • la collaboration entre assurances pour faciliter la réintégration.
30.10.2003 ; Accord de la CDS et du DFI sur la Convention ; 16ème et dernière séance du groupe de pilotage	<p>Le Comité de la CDS approuve la Convention entre la Confédération et les cantons ; le DFI donne l'accord formel au projet de Convention.</p> <p>Le Groupe de pilotage met fin à ses activités. Il laisse au dialogue entre les parties, au sein de la future plate-forme, le soin de définir l'agenda de la PNS.</p> <p>Il souligne toutefois que la plate-forme devrait trouver un juste équilibre entre des thèmes financiers d'actualité et l'approche « Public Health »</p>
04.12.2003 ; Convention et création de la plate-forme	<p>L'Assemblée plénière de la CDS accepte la Convention avec le CF (DFI) pour une PNS en Suisse. La Convention prévoit la tenue de 2-3 réunions officielles entre des délégations des cantons et de la Confédération au sujet de la PNS ; elle prévoit d'autres mesures complémentaires.</p>
15 décembre 2003 ; signature de la Convention sur la politique nationale de la santé	<p>La Convention est formellement signée par Mme Alice Scherrer et M. Franz Wyss pour la CDS et par M. Pascal Couchepin pour la Confédération.</p> <p>Le texte de la Convention est publié par le Newsletter 1.2004 paru en janvier.</p>
1.1.2004 ; entrée en vigueur de la Convention ; fin du caractère de « projet » de la PNS et de sa structure d'organisation	<p>La Direction de projet est formellement intégrée dans l'OFSP comme section au sein de la division Politique de santé, formation et recherche de l'Unité principale Santé publique de l'OFSP.</p>

⁵² "Prise de position consolidée sur le document de travail du CF" pour son "programme de législature 2003-07" page 17.

20.1.2004 ; réorganisation de l'OFSP	La future réorganisation de l'OFSP est communiquée. Une Direction de la politique de santé sera créée et intégrera les activités stratégiques du projet PNS. Cette réorganisation entrera en vigueur en été 2004.
10.2.2004 ; mise en consultation de la stratégie pour la santé psychique	Le texte de la stratégie pour la santé psychique est envoyé en consultation avec délai de réponse au 15.5.2004 (PNS 2004)

Annexe 6 : Liste et provenance des mandats de l'Obsan

Au 5 novembre 2003 l'Obsan a conclu des contrats de base avec 16 cantons et, dans ce cadre, a effectué les mandats suivants⁵³ :

Tableau 11: Liste des mandats de l'Obsan

Date	Canton	Mandats*
Mars 03	"pool" de cantons romand ⁵⁴	Comparaison entre les cantons et la Suisse de différents indicateurs de santé
03 avril 03	Vaud	Evolution des coûts des prestations de soins ambulatoires et hospitaliers
14 avril 03	Berne	Evolution des coûts de l'assurance obligatoire des soins
30 juin 03	Vaud	Coûts inhérents au système de prise en charge
18 juin 03	Neuchâtel	Evaluation des coûts des soins ambulatoires (psychiatres versus soins ambulatoires)
18 juin (offre en cours)	BL, BE, BS, SG, ZG, LU	Comparaison entre les cantons et la Suisse de différents indicateurs de santé
4 août 03	Uri	Evolution des coûts selon les types de prestations
20 août 03	Appenzell R-E	Scénarios démographiques et perspectives en matière de besoins de soins
2 septembre 03	Obwald	Evolution des coûts de la prise en charge des personnes de plus de 65 ans
	Obwald	Evolution des coûts des prestations fournies par les homes médicalisés et les services de soins à domicile
10 septembre 03	Appenzell R-E	Calcul du nombre de cas d'hospitalisation et durée moyenne d'hospitalisation des patients
30 septembre	Berne	Calcul du nombre d'hospitalisation et de la durée moyenne de séjour des patients hospitalisés, essentiellement pour épilepsie
6 octobre 03	Zoug	Scénarios démographiques et perspectives en matière de besoins de soins
21 octobre 03	Schwyz	Elaboration d'un concept en vue de la nouvelle planification hospitalière

*Jusqu'ici cela représente des mandats de 15 cantons ou demi cantons différents: AR, BS, FR, JU, NE, OW, TI, VD, ZG, SZ, BL, BE, LU, GE, UR

⁵³ Documentation jointe à la convocation à la séance du groupe d'accompagnement de l'Obsan du 05.11.03.

⁵⁴ JU, VS, NE, GE, FR, TI, VD.

Annexe 7 : Evaluation de la journée d'Aarau 2003 - Conditions de travail et santé

Au même titre que l'évaluation des autres journées nationales de la santé, la journée d'Aarau a fait l'objet d'une évaluation détaillée dont la méthodologie a été discutée avec l'équipe du projet PNS (Horber-Papazian, 2003). Son évaluation est structurée autour des questions suivantes:

- Q1: Quelle est l'évolution de la reconnaissance du besoin d'une PNS que cette journée a permis ?
- Q2: Cette journée a-t-elle permis l'évolution de la définition de la PNS ?
- Q3: Quels sont les apports du projet PNS à cette journée et à ce processus ?

La question du contenu et de la portée du « dialogue entre les participants et ses résultats » ne sera traitée que de façon succincte puisque la journée n'a donné que très marginalement la possibilité aux participants de prendre la parole.

Préparation et déroulement de la journée

Préparation et programmation

Thème et objectif de la journée

Tant le thème de la journée – « Conditions de travail et santé : vers des stratégies partagées et concertées » – que son objectif – « Faire le point sur la nécessité de nouvelles stratégies concertées de santé publique »⁵⁵ – mettent l'accent sur la convergence des politiques fédérales et cantonales en matière de travail et de santé⁵⁶.

⁵⁵ Les deux citations sont tirées du programme de la journée d'Aarau.

⁵⁶ Les questions formulées pour structurer la journée confirment encore cette orientation. En particulier les 3 questions suivantes, signalées dans le programme : « Est-il souhaitable que les autorités fédérales et cantonales s'engagent plus pour la santé au travail ? Peut-on accroître la coopération entre les Départements de l'économie

La journée a été organisée autour de trois sujets sélectionnés et d'un podium final. Quinze invités de marque, de différents horizons – professeurs d'universités, responsables des milieux économiques (entreprises et syndicats) et du monde politique (cantons et Confédération) – ont présenté leurs points de vue à raison de 15 minutes par intervenant, sur les sujets suivants:

- quelques faits relatifs à la problématique « travail et santé »,
- des points de vue spécifiques sur la thématique « travail et santé »,
- les considérations stratégiques des principaux acteurs.

La préparation

Les modalités de préparation. L'orientation et le contenu général de la journée d'Aarau ont été définis par le comité de pilotage alors qu'un comité en charge du programme a conduit l'organisation de détail. Une première proposition de l'équipe du projet PNS prévoyait de traiter le thème de la plateforme. Elle a été refusée par le groupe de pilotage, ce thème « ne présentant pas d'intérêt »⁵⁷. La formule des *workshops* a également été écartée, tout comme celle de deux demi-journées⁵⁸. Finalement, en concertation avec le Conseiller fédéral Pascal Couchepin, le thème « Travail et santé » a été retenu, assorti de présentations de personnes invitées.

Le comité de programme, composé de 16 personnes provenant d'institutions impliquées directement dans le thème de la journée⁵⁹, a réglé toutes les questions d'organisation de la journée.

Contenu de la journée. Les objectifs de la journée sont les suivants :

« Le but de la journée est rapidement discuté : il ne s'agit pas de définir un nouveau projet partiel (...) de la direction de projet, mais de faire savoir et de mettre en discussion les stratégies poursuivies par les principaux acteurs, politiques d'une part et économiques d'autre part »⁶⁰.

et de la santé, et entre la Confédération et les cantons ? *Comment s'inspirer des stratégies européennes ?* ».

⁵⁷ Citation issue d'un entretien.

⁵⁸ PV des réunions du comité de pilotage des 1.5. et 16.5. 2003 et entretiens.

⁵⁹ Voir p. 5 du programme de la journée.

⁶⁰ PV de la séance du groupe de pilotage du 26 juin 2003, p. 7.

Le programme relève notamment que :

« la Suisse n'a pas encore de véritable stratégie de santé publique coordonnée entre les cantons et la Confédération dans le domaine de la santé en milieu professionnel »,

et justifie le choix du thème :

« Le thème choisi pour la journée (...) reflète l'intérêt croissant éveillé par cette interrogation : quel est l'impact sur la santé des changements majeurs qui surviennent dans le monde professionnel, particulièrement dans les conditions de travail ».

Les questions proposées pour structurer la journée font référence à la fois à des préoccupations institutionnelles de coordination de politiques publiques...

- Est-il souhaitable que les autorités fédérales et cantonales s'engagent plus pour la santé au travail ?
 - Peut-on accroître la coopération entre Départements de l'économie et de la santé, et entre la Confédération et les cantons ?
 - Comment s'inspirer des stratégies européennes ?
- ... et à la problématique de la santé et du travail :

- Les employeurs et les salariés ont-ils des modèles à proposer ?
- Les instances d'exécution et les assurances voient-elles des solutions nouvelles ?
- La connaissance des faits est-elle suffisante ?⁶¹

Les sujets abordés par les conférenciers annoncés sont liés à la problématique « Travail et santé » ; à côté de l'intervention du Conseiller fédéral Pascal Couchepin, 4 autres interventions sur 15 portent sur la stratégie politique à mettre sur pied pour affronter les questions de santé (deux cantons, un représentant de l'Union Européenne et du Seco).

Les sujets annoncés étaient les suivants :

- Le travail : facteur de santé et facteur de maladie
- L'évolution des conditions économiques, sociales et démographiques du travail et leur impact sur la santé de la population

⁶¹ P. 5 du programme de la journée.

- Les coûts des maladies associées au travail : estimations disponibles en Europe et comparaisons avec la Suisse
- Promotion de la santé liée à la place de travail : facteur de croissance qualitative de l'économie
- Expériences et perspectives au plan cantonal
- La santé au travail, partie intégrante de la « corporate policy »
- Les attentes des syndicats vis-à-vis des employeurs et de l'État
- La stratégie européenne « Santé et travail ».

Le déroulement de la journée

Le déroulement de la journée a permis à tous les orateurs annoncés de faire leur présentation. Face au nombre d'interventions prévues, il est resté peu de temps, d'une part, pour les discussions et, d'autre part, pour la pause de midi. Les deux seuls moments qui ont été dédiés aux questions de la salle et aux réponses des conférenciers ont été particulièrement courts (18' au total, soit les 6% du temps total imparti aux présentations) et ils n'ont permis que 6 questions ou interventions, en majorité francophones (4 sur 6 ; voir Tableau 12).

Tableau 12 : Temps de parole

Thèmes	Temps programmé	Temps Effectif	Différence
Quelques faits	60'	66'	+ 6'
Quelques points de vue	60'	62'	+ 2'
Considérations stratégiques	90'	110'	+ 20'
Podium : vers des stratégies partagées et concertées	90'	64'	- 26'
TOTAL	300', soit 5 h	302'	+ 2'
Temps accordé aux questions-réponses des participants	18' (soit 6 %)		

Les autorités politiques cantonales ont été peu représentées (12 Conseillers et conseillères d'État inscrits)⁶² et, mis à part le Conseiller fédéral Pascal Couchepin présent en fin de journée pour le niveau fédéral, une conseillère nationale et une conseillère aux États se sont inscrites à la journée.

⁶² La participation réelle des autorités politiques cantonales a été plus faible puisqu'il a été possible de constater une défection – complète ou partielle – de certains Conseillers ou conseillères d'État.

Sinon, de manière générale, les milieux de la santé (système de soins, patients) et du travail ont été représentés de manière équilibrée (voir Tableau 13 et Tableau 14).

Tableau 13 : Provenance des personnes inscrites

Provenance des personnes inscrites		
Conseiller/ère national, aux États, Conseiller fédéral	3	1 %
Administration fédérale	50	21 %
Conseiller/ère d'État	12	5 %
Administration cantonale	46	22 %
Universités	22	10 %
Privés*	78	34 %
Projet PNS et Obsan	16	7 %
TOTAL	227	100 %

* Il s'agit de représentants des entreprises (employeurs, syndicalistes, spécialistes en promotion de santé sur le lieu de travail, voir tableau suivant) et aussi de représentants des organisations de la santé.

Tableau 14 : Provenance des personnes inscrites, selon leur centre d'intérêt

Provenance des participants inscrits	Milieux de la santé	Milieux du travail	Autres ⁶³
Administration fédérale	20	18	12
Administration cantonale	23	16	7
Cantons romands + Tessin	13	9	–
Cantons alémaniques	10	7	–
Privés	33	36	9
TOTAL	76	70	28

Cet équilibre ne se retrouve cependant pas au niveau cantonal, puisque l'on constate :

- Une nette « surreprésentation » de la part de membres des administrations des cantons romands et du Tessin : 22 représentants pour seulement 17 en provenance des cantons alémaniques.
- Une absence marquée des administrations cantonales alémaniques qui traitent des questions liées au monde du travail : 7 représentants seulement, contre 9 pour les cantons latins.

⁶³ Représentants de l'OFS, invités de l'étranger, etc.

Les présentations individuelles

Les orateurs ont presque tous utilisé les mêmes données, issues d'une source identique (Conne-Perréard, 2001). Il n'est dès lors pas étonnant qu'il y ait eu des répétitions entre les analyses. La plupart des interventions ont par ailleurs souligné la quasi-absence, en Suisse, de données sur les relations entre travail et santé. Même les milieux officiels le reconnaissent :

« Nous devons admettre que la Suisse dispose en la matière de données insuffisantes par rapport à tous les autres pays membres de l'UE » (Nordmann, 2003 : 5).

Le podium

Durant le podium, les orateurs ont répondu aux questions de la modératrice⁶⁴. Elle n'a pas repris les questions liées au programme et au thème même du podium – « Vers des stratégies partagées et concertées » et il n'y a pas eu de dialogue entre les intervenants faute de temps.

L'analyse des rares échanges entre orateurs et participants met en évidence la plus grande sensibilité des cantons francophones au thème « Travail et santé » :

- les seules données à disposition proviennent d'un document élaboré par les offices cantonaux romands et du Tessin, en 2001 (Conne-Perréard 2001) ;
- les milieux romands et tessinois du monde du travail ont participé en plus grand nombre ;
- les participants qui ont pris la parole étaient dans leur majorité francophones (4 sur 6) ;
- La reconnaissance, par l'administration fédérale, des initiatives des cantons romands (Nordmann 2003 : 4).

Cette appréciation a été confirmée par des responsables d'offices cantonaux romands qui ont fait état⁶⁵ d'une très faible réceptivité des

⁶⁴ Exemple de quelques questions posées par la modératrice : Les partenaires sociaux prennent-ils la question du « travail et santé » au sérieux ? Comment le sujet est-il traité en Allemagne ? Que peut-on espérer de l'inscription du sujet dans le programme de législature du CF ? Quelle est la conception de la prévention de la part de la Suva ? Y a-t-il de l'argent pour faire des recherches sur le sujet ? Pourquoi les coûts de l'AI vont-ils doubler en 2003 ? L'Obsan livrera-t-il des données sur le sujet ? Que faudrait-il faire pour agir ?

⁶⁵ Entretiens avec des participants à la journée.

responsables des administrations des cantons alémaniques face au thème « Travail et santé ».

Le thème « Travail et santé » est toutefois reconnu comme important par la plupart des participants⁶⁶, employés et employeurs, cantons (à travers la demande de la CDC d'inclure le thème dans le programme de législature 2003-2007 du Conseil fédéral) et Confédération⁶⁷. De même que l'on s'accorde à reconnaître l'existence de problèmes liés à la mise en œuvre du cadre légal existant.

Divergences entre participants

Néanmoins, de nombreux points et questions sont soulevés à propos de la mise en œuvre du cadre légal existant :

- Manque de coordination entre services publiques, administrations fédérales et cantonales.
- Manque de volonté politique au niveau fédéral et cantonal pour faire appliquer le cadre légal existant ; des cantons vont parfois jusqu'à réduire les moyens de mise en œuvre (cas du canton de Berne, par exemple).
- Dysfonctionnement des actions de branches.
- Absence de données pour conduire l'action.
- Quelle prévention conduire étant donné les nouvelles conditions de travail et les risques nouveaux.
- Comment atteindre les PME et les toutes petites entreprises, nombreuses en Suisse ?

Des divergences apparaissent aussi à propos des coûts. Sur ce sujet, des tensions nettes sont apparues entre les représentants des employeurs et des employés. Tant pour le coût des mesures de prévention que pour celui de la prise en charge des malades chroniques, l'actuelle répartition entre la Suva et l'Assurance Invalidité n'est pas adéquate, selon le représentant des employeurs⁶⁸.

⁶⁶ Il s'agit de notre appréciation, en l'absence d'une mise en évidence explicite des éléments convergents ou divergents entre participants dans le cadre de la journée.

⁶⁷ Voir le contenu des allocutions du Conseiller fédéral Pascal Couchepin et de Jean-Luc Nordmann (Seco).

⁶⁸ Il s'agit de Rudolf Schupisser, représentant de l'Union patronale suisse.

L'évaluation des résultats de la journée

L'évaluation de la journée visera à apprécier dans quelle mesure son déroulement a permis aux intervenants et aux participants de traiter du thème de la journée et d'atteindre son objectif. Dans ce sens, elle complète l'évaluation réalisée par les participants⁶⁹ et celle de l'équipe du projet PNS (PNS, 2003) que nous ne reprenons pas ici. Seuls les résultats principaux seront présentés dans les paragraphes suivants.

Une reconnaissance politique, explicite de la nécessité d'actions concertées dans le domaine de santé et travail. Les participants à la journée ainsi que les interventions mettent en évidence l'acceptation et la nécessité d'actions concertées dans le domaine « santé et travail ». Ainsi, le Conseiller fédéral Pascal Couchepin affirme :

« (...) il devrait être possible de mieux coordonner nos efforts. Les partenaires sociaux, les entreprises, les syndicats et les collectivités publiques réunis aujourd'hui sont invités à agir en ce sens. (...) La discussion d'aujourd'hui ne peut pas conduire à des décisions immédiates, mais elle jette les bases d'une politique de la santé au travail mieux coordonnée sur le plan national »⁷⁰.

Cette déclaration politique a été complétée par les propos de responsables de l'administration fédérale⁷¹ qui reconnaissent la nécessité de traiter du sujet pour résoudre les nombreuses questions en suspens⁷². Ces déclarations politiques ont été qualifiées d'absolument nouvelles et importantes par plusieurs acteurs cantonaux, attachés depuis des années à promouvoir la question de la santé au travail⁷³.

La reconnaissance de la nécessité d'agir a conduit le Conseiller fédéral Pascal Couchepin à proposer l'inscription du thème « Travail et santé » dans l'agenda commun de la Confédération et des cantons pour la discussion du prochain programme de législature du Conseil fédéral. Cette annonce représente un premier pas important pour le traitement de ce thème, tout en y confirmant le rôle des cantons.

⁶⁹ Elle se différencie donc de l'évaluation de la journée par les participants, où ces derniers font état de leur satisfaction par rapport à leurs attentes et leurs besoins.

⁷⁰ Intervention lors de la journée de Pascal Couchepin.

⁷¹ Entretiens avec des participants à la journée.

⁷² Pour plus de détail sur les propositions de la direction du travail du Seco, voir Nordmann 2003.

⁷³ Entretiens avec des participants à la journée.

Il ne faut cependant pas surestimer le consensus sur cet objet qui paraît réunir tous les participants présents ; la Suisse romande et italienne étant beaucoup plus réceptives que les cantons de Suisse alémanique.

Pas d'analyse convergente des causes des problèmes. La journée a permis aux intervenants de mettre l'accent, de manière convergente, sur les problèmes de mise en œuvre du cadre légal existant, sur l'existence de lacunes dans la prise en charge en particulier de maladies psychiques intermittentes et sur le dualisme entre lois sur le travail et assurance accidents. Il y a eu cependant des divergences entre partenaires sociaux sur les principaux facteurs qui génèrent ces problèmes de mise en œuvre : le manque de volonté politique, pour les uns, la dispersion des interventions étatiques pour les représentants du secteur privé pour les autres.

L'identification des cantons comme partenaires incontournables. Plusieurs intervenants ont signalé, de manière convergente, l'importance du rôle des cantons comme acteurs incontournables et la nécessité de renforcer leur capacité d'action en matière de « Travail et santé ».

Absence de définition de nouvelles stratégies. Nonobstant cette adhésion à l'idée de développer une politique commune, la journée n'a permis de dégager aucune piste pour une nouvelle stratégie et n'a pas permis d'adhésion autour des modèles proposés par les partenaires sociaux ou la définition de solutions nouvelles pour les instances d'exécution ou les assurances, pas plus qu'elle n'a pu s'inspirer des stratégies européennes.

Identification de thèmes de travail conjoints. Les trois thèmes suivants devraient être approfondis dans le cas d'éventuelles actions concertées :

- Les déficiences dans la mise en œuvre du cadre légal existant ;
- Un manque d'articulation entre différentes lois ;
- L'absence de données statistiques.

L'objectif central de la journée peut être considéré comme partiellement atteint. Cette journée a permis d'affirmer la nécessité d'agir de manière concertée, mais n'a, par contre, pas permis de définir de nouvelles stratégies concertées de santé publique. Ceci indique que ces journées peuvent être un bon baromètre de l'état du consensus et éventuellement relancer des discussions menées tout au long du processus de concertation. Les prises de positions politiques exprimées au cours de cette journée et la marge des possibles qu'elles ouvrent expliquent très certainement l'évaluation globale très positive que font les participants de cette manifestation.

Les apports de la journée d'Aarau à la politique nationale de la santé

Un apport substantiel à la reconnaissance du besoin de collaborer. La journée d'Aarau a eu des résultats contrastés, en termes d'apport à la reconnaissance du besoin d'une politique nationale de la santé. D'une part, elle a fait avancer la cause de cette politique en contribuant à une reconnaissance du besoin de collaborer en matière de « Travail et santé », et, d'autre part, elle a montré certaines limites puisque cette collaboration ne s'inscrit pas dans le cadre de la politique nationale de la santé proprement dite. C'est là l'une de ses principales limites.

La non-reconnaissance du projet PNS comme promoteur de la collaboration. La journée n'a pas contribué à consolider le projet de PNS. Les participants n'ont en effet pas reconnu au projet PNS le rôle de promoteur de la collaboration entre cantons et Confédération et n'ont pas inscrit ce thème à l'agenda de la politique nationale de la santé.

Seul le Conseiller fédéral Pascal Couchepin a fait une mention explicite en faveur de la future plate-forme :

« Cette question pourra aussi être débattue au sein de la nouvelle plate-forme de concertation pour la politique de la santé, que les cantons et la Confédération mettent en place »⁷⁴.

Le Seco a également omis de faire référence au projet PNS quand il proposait de se charger de la promotion de cette collaboration :

« Il faut élaborer ensemble des stratégies et des objectifs communs. Nous sommes prêts à jouer le rôle de promoteur et invitons tous les acteurs à se joindre à nous pour travailler dans cette optique » (Nordmann, 2003: 8),

au risque de se substituer à la future plate-forme de concertation de la politique nationale de la santé.

D'ailleurs, le comité de pilotage de la politique nationale de la santé n'a pas saisi l'occasion, au terme de la journée, de mettre en évidence les propos des participants et leur importance pour la politique nationale de la santé et le futur dialogue entre cantons et Confédération. Tant l'organisation du programme – qui ne prévoyait pas de conclusion au nom et en termes de politique nationale de la santé – que les interventions des membres du comité de pilotage n'ont pas permis de mettre en évidence, au terme de la journée et « à chaud », les apports de la journée à la problématique « Travail et santé ». La convergence des propos des intervenants sur la reconnaissance du besoin de collaborer, leur intérêt et leur volonté d'agir, ainsi que la priorité qu'ils ont

⁷⁴ Intervention de Pascal Couchepin lors de la journée.

accordée aux questions de mise en œuvre du cadre légal existant n'ont ainsi pas été mises en évidence.

Les apports du projet PNS aux résultats de la journée et au thème santé et travail

Les apports du projet PNS à la journée d'Aarau. La préparation de la journée, avec le concours actif du projet PNS, a permis une certaine reconnaissance du besoin de collaborer par les intervenants. Le travail de « policy dialogue » conduit par l'équipe de projet PNS⁷⁵ avant la journée et la préparation du programme et des interventions des conférenciers a contribué à ce que :

- la double dimension de la problématique – celle de la santé et du travail, ainsi que celle de la collaboration entre les politiques cantonales et fédérales – ait été développée par les intervenants au cours de la journée.
- Le besoin de collaboration entre cantons et Confédération soit expressément mentionné, en particulier par le Conseiller fédéral Pascal Couchepin et les deux Conseillers d'État qui sont intervenus.

Les apports du projet PNS au thème santé et travail. La journée d'Aarau était insérée dans un ensemble d'autres manifestations sur le thème « Travail et santé » que le projet PNS ne fédère pas. La mention, dans le programme et au cours des débats, des autres et nombreuses (19) manifestations dédiées au même thème est un signe concret de l'insertion de la journée d'Aarau dans l'ensemble de toutes les initiatives qui traitent du thème « Travail et santé ». Cette situation est confirmée par l'appréciation d'une moitié des participants qui voient une bonne complémentarité entre la journée d'Aarau et les autres journées organisées sur le même thème.

Les enseignements et les recommandations

La journée d'Aarau a représenté plus une prestation du projet PNS au service des acteurs impliqués par le thème retenu qu'une journée au service du projet PNS lui-même et de la politique nationale de la santé en général. Les prises de position spontanées des participants et des orateurs ont passé sous silence l'existence de la future plate-forme de discussion entre les

⁷⁵ Voir en particulier : Lehmann 2003.

cantons et la Confédération, pourtant annoncée au début de la journée. Seul le Conseiller fédéral Pascal Couchepin y a fait en fin de journée une allusion marquée.

Le déroulement de la journée a été dominé par une série de présentations et de prises de position d'invités, laissant très peu de temps aux interventions individuelles. La participation des responsables politiques, tant cantonaux que fédéraux, a été faible et intermittente.

L'objectif principal – « faire le point sur la nécessité de nouvelles stratégies concertées de santé publique »⁷⁶ – a été atteint. Mais si les participants ont reconnu la nécessité d'actions concertées, ils ont essentiellement mis l'accent sur les problèmes de mise en œuvre du cadre légal existant dans le domaine de santé et travail et pas sur la définition de nouvelles stratégies.

Recommandations spécifiques au thème « santé et travail » pour la politique nationale de la santé

Si les cantons et la Confédération, par le biais d'un dialogue institutionnalisé, devaient intégrer le thème « travail et santé » à leur agenda, les aspects suivants seraient à prendre en considération :

- Désigner, parmi l'ensemble des initiatives de promotion qui existent, celles qui sont spécifiquement destinées à développer la collaboration des cantons et de la Confédération en matière de travail et santé et les intégrer à leur plan de travail pour les fédérer.
- Traiter des thèmes que la journée d'Aarau a permis de mettre en évidence, en particulier :
 - Les déficiences dans la mise en œuvre du cadre légal existant ;
 - Le renforcement de la capacité des cantons à assumer leur responsabilité ;
 - Le manque d'articulation entre la Loi fédérale sur le travail et la Loi fédérale sur l'assurance accidents, quant à leur application et à leur mode de financement ;
 - Les besoins de données statistiques.
- S'assurer de la volonté politique de tous les cantons à s'impliquer. Des indices font penser que, là aussi et comme pour d'autres thèmes de santé

⁷⁶ Comme l'annonce le programme de la journée d'Aarau.

publique, il existe des sensibilités différentes, en particulier entre les cantons romands et certains cantons alémaniques.

Recommandations quant à l'organisation de journées nationales de la santé

La nature des journées nationales de travail en matière de santé varie beaucoup de l'une à l'autre. Dans le cas de journées où le thème traité l'est par le biais d'exposés faits par des invités sélectionnés et durant lesquels les participants n'ont pas de rôle actif, nous ferons les recommandations suivantes :

- Conclure la journée avec une présentation, même provisoire et partielle, de ses résultats et de ses principaux apports sur le plan de la collaboration entre les parties et dans le cadre d'une politique globale de la santé.
- Insister sur la reconnaissance du besoin et la volonté d'agir. Il s'agit notamment de mettre en évidence les progrès constatés, les divergences enregistrées, d'évaluer la reconnaissance du besoin de collaborer et la volonté d'agir des responsables politiques impliqués dans la politique nationale de la santé. Le partage, par les cantons et la Confédération, de la reconnaissance de ce besoin et de cette volonté est essentiel pour légitimer toute action.
- Assurer une gestion professionnelle des moments de dialogue entre intervenants dans le cadre de podiums ou avec les participants. Les moments de dialogue direct entre des intervenants, sont d'autant plus importants qu'ils sont rares dans le cadre d'une journée qui n'a pas un caractère interactif. Il est en particulier essentiel de confier la responsabilité de leur préparation et de leur conduite à un(e) professionnel(le) qui saura animer un dialogue entre les parties en présence, autour du thème de la journée.
- Mettre clairement en évidence les acquis de la journée. Une journée devrait déboucher sur des résultats tangibles et appréciés par l'ensemble des personnes qui y ont participé. Il s'agit de rendre visible ce qui émerge de la somme des présentations individuelles.

Bibliographie (textes cités dans le rapport)

- Bartolini, Stefano (1990). "Tempo e ricerca comparata." *Rivista italiana di scienza politica* XX(3): 529-571.
- Bemelmans-Videc, Marie-Louise, Ray C. Rist et Evert Vedung (2003). *Carrots, sticks & sermons : policy instruments & their evaluation*. New Brunswick, N.J., U.S.A.: Transaction Publishers.
- Boggio, Yann et al. (1997). *Apprendre à gérer. La politique suisse en matière de drogue*. Genève: Georg.
- Bütschi, Danielle et Sandro Cattacin (1994). *Le modèle suisse du bien-être, Coopération conflictuelle entre Etat et société civile: le cas de l'alcoolisme et du vih/sida*. Lausanne: Réalités sociales.
- Castells, Manuel (1997). *The Power of Identity*. Oxford: Blackwell.
- Cattacin, Sandro (1994). *Stadtentwicklungspolitik zwischen Demokratie und Komplexität. Zur politischen Organisation der Stadtentwicklung; Florenz, Wien und Zürich im Vergleich*. Frankfurt M./N.Y.: Campus.
- Cattacin, Sandro (1996a). "Die Transformation des Schweizer Sozialstaates. Überlegungen zu seiner Entwicklungslogik." *Revue suisse de science politique* 2(1): 89-102.
- Cattacin, Sandro (1996b). "Innover les politiques publiques en matière de drogues illégales en Suisse", dans Opfer, Office fédéral du personnel (éd.). *Les villes et l'urgence d'agir*. Berne: EDMZ, p. 103-109.
- Cattacin, Sandro et Ingrid Kissling-Näf (éd.) (1997). *Subsidiäres Staatshandeln - L'agir étatique subsidiaire. Sondernummer der Schweizerischen Zeitschrift für Politische Wissenschaft 3/3*. Zürich: Seismo.
- Cattacin, Sandro et Véronique Tattini (1999). "Les politiques sociales", dans Klöti, Ulrich et al. (éd.). *Handbuch der Schweizer Politik*. Zürich: NZZ-Verlag, p. 807-839.
- CDS, Conférence des directeurs cantonaux de la santé (1998a). *Document 5b de l'assemblée du 29.10.1998 du comité de la CDS*. Bern.
- CDS, Conférence des directeurs cantonaux de la santé (1998b). *PV de l'assemblée de la CDS du 19 novembre 1998*. Bern.
- CDS, Conférence des directeurs cantonaux de la santé (1998c). *PV de la retraite des 1 et 2 septembre 1998*. Bern.
- CDS, Conférence des directeurs cantonaux de la santé (1998d). *PV de la séance du 29.10.1998 du comité de la CDS*. Bern.
- CDS, Conférence des directeurs cantonaux de la santé (2003a). *Medienmitteilung zur Herbsttagung der SDK vom 4. Dezember 2003 in Bern*. Bern.
- CDS, Conférence des directeurs cantonaux de la santé (2003b). *PV de la réunion du comité directeur de la CDS du 30 octobre 2003*. Berne.
- CDS, Conférence des directeurs cantonaux de la santé (2003c). *PV de la séance du comité directeur de la CDS du 3 juillet 2003*. Berne.
- CDS, Conférence des directeurs cantonaux de la santé (2003d). *PV du comité directeur de la CDS du 3. juillet 2003*. Berne.
- CDS, Conférence des directeurs cantonaux de la santé et Direction de projet Politique nationale de santé PNS (2003). *Document commun contenant les résultats de la*

- consultation et les propositions du groupe de pilotage au comité de la CDS du 30.06.2003*. Berne.
- CF, Conseil fédéral (2000). *Programme de législature 1999-2003*. Berne: CF.
- CN, Conseil national (2003). 2.3229 - *Dringliche Interpellation. Kosten senken statt umverteilen. Antwort des Bundesrats vom 14.06.2002*. Berne.
- Delley, Jean-Daniel (1995). "New Public Management und neue staatliche Steuerung", dans Hablützel, Peter et al. (éd.). *Umbruch in Politik und Verwaltung. Ansichten und Erfahrungen zum New Public Management in der Schweiz*. Neuchâtel: Haupt, p. 439-452.
- Dreifuss, Ruth (1998). *Les défis de ces prochaines années en matière de politique de santé*. Discours de Ruth Dreifuss, Conseillère fédérale, à la réunion plénière de la CDS, le 19.11.1998. Berne.
- Fahrenkrug, Hermann (1996). *Macht und Einfluss in der nationalen schweizerischen Drogenpolitik. Europäische Drogenpolitik im Vergleich*. Lausanne: SFA/ISPA.
- Ferrera, Maurizio (1996). "Modèles de solidarités, divergences, convergences : perspectives pour l'Europe." *Revue suisse de science politique* 2(1): 55-72.
- Gentile, Pierre (1995). *Lernprozesse in Verwaltungen. Etude de cas sur 3 politiques sanitaires en Suisse*. Lausanne: Cahiers de l'IDHEAP 142.
- Gilliand, Pierre (1988). *Politique sociale en Suisse*. Lausanne: Réalités sociales.
- Horber-Papazian, Katia et Serge Terribilini (1999). *Rapport intermédiaire I, (août 1999). Journée d'Interlaken du 8 mai 1999*. Chavannes-près-Renens: Idheap.
- Horber-Papazian, Katia et Serge Terribilini (2000). *Rapport intermédiaire II (mars 2000). Journées de Chaumont 17/18 février 2000*. Chavannes-près-Renens: Idheap.
- Horber-Papazian, Katia, Serge Terribilini et Alexandre Mariéthoz (2000). *Rapport final (déc. 2000). Conférence de Fribourg du 29 mai 2000*. Chavannes-près-Renens: Idheap.
- Horber-Papazian, Katia et Laurent Thévoz (2002). *Le développement d'une politique de la santé en suisse. Rapport pour la période de janvier 2001 à avril 2002*. Chavannes-près-Renens: Idheap.
- Horber-Papazian, Katia et Laurent Thévoz (2003). *Rapport d'évaluation (mai 2003). Journées de MuttENZ des 12-13 sept. 2002*. Chavannes-près-Renens: Idheap.
- Huber, Paul (2002). "La CTA : une plate-forme dynamique." *ARE/ Forum*,(1): 48.
- Illés, Claudia et Thomas Abel (2002). *Psychische Gesundheit : Eine qualitative Studie im Rahmen des Projektes Nationale Gesundheitspolitik, im Auftrag des Bundesamtes für Gesundheit*. Muri: SGGP.
- Kübler, Daniel et al. (2003). *Massnahmenpaket Drogen: Determinanten der politischen Verankerung*. Zürich: Zürcher Politik- & Evaluationsstudien Nr. 1.
- Luhmann, Niklas (1969). *Legitimation durch Verfahren*. Neuwied-Berlin: Luchterhand.
- Luhmann, Niklas (2001). *Organisation und Entscheidung*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Majone, Giandomenico (1989). *Evidence, Argument and Persuasion in the Policy Process*. New Haven/London: Yale Univ. Press.
- Majone, Giandomenico (2002). "La credibilità delle politiche pubbliche: perché è importante, come può essere ottenuta." *Rivista Italiana di Politiche Pubbliche* 02(2): 5- 32.

-
- Obsan, Observatoire suisse de la santé (2001). *Conception et plan de développement de l'Observatoire de la santé*. Neuchâtel: Obsan.
- Offe, Claus et Helmut Wiesenthal (1985). "Two Logics of Collective Action", dans Offe, Claus (éd.). *Disorganized Capitalism*. Cambridge: Polity Press, p. 170-220.
- OFSP, Office fédéral de la santé publique (1998). *Entwurf policy für eine schweizerische Gesundheitspolitik ; version du 27.04.1998*. Bern.
- Olson, Mancur (1965). *The logic of collective action : public goods and the theory of groups*. Cambridge, Mass.: Harvard Univ. Press.
- PNS, Direction de projet Politique nationale de santé (2002). *Mandat et processus en vue de la préparation de décision sur la plate-forme nationale. Document préparé par la direction du projet PNS pour la séance du groupe de pilotage du 31.10.2002*. Berne.
- PNS, Direction de projet Politique nationale de santé (2003). *Notes de la réunion de travail du 10 juillet 2003, direction du projet PNS*. Berne.
- PNS, Direction de projet Politique nationale de santé (2004). *Santé psychique. Stratégie nationale visant à protéger, promouvoir, maintenir et rétablir la santé psychique de la population en Suisse. Projet destiné aux prises de position jusqu'à mi-mai 2004*. Berne.
- PNS, Groupe de pilotage du projet Politique nationale de santé (2002). *PV de la séance du 31 octobre 2002 du groupe de pilotage*. Berne.
- PNS, Groupe de pilotage du projet Politique nationale de santé (2003a). *Plate-forme permanente de politique de santé et Conférence nationale de santé: propositions à l'intention de l'assemblée plénière de la CDS du 22.05.2003*. Berne.
- PNS, Groupe de pilotage du projet Politique nationale de santé (2003b). *PV de la retraite du groupe de pilotage des 14 et 28 février 2003*. Berne.
- PNS, Groupe de pilotage du projet Politique nationale de santé (2003c). *PV de la retraite du groupe de pilotage du 14 février 2003*. Berne.
- PNS, Groupe de pilotage du projet Politique nationale de santé (2003d). *PV de la séance du 3 août 2003 du groupe de pilotage*. Berne.
- PNS, Groupe de pilotage du projet Politique nationale de santé (2003e). *PV de la séance du 26 juin 2003 du groupe d'accompagnement*. Berne.
- PNS, Projet Politique nationale suisse de la santé (2002). *Projet partiel Tableau de bord de la politique suisse de la santé, Politique nationale suisse de la santé*. Berne.
- PNS, Projet Politique nationale suisse de la santé (2003). *PV de la séance du groupe de pilotage du 6 août 2003*. Berne.
- Stemmler, Dieter et Cattacin, Sandro (2003). *Strategien nachhaltiger Bevölkerungsinformation. Eine Analyse der Stop-Aids-Präventionskampagnen des Bundesamtes für Gesundheit unter besonderer Berücksichtigung des Social Marketing*. Lausanne: IDHEAP.
- Worthen, Blaine R., James R. Sanders and Jody L. Fitzpatrick (éd.) (1997). *Program Evaluation: Alternative Approaches and Practical Guidelines*. New York: Longman Publishers.
-