

**Conférence romande des affaires sanitaires et sociales (CRASS)  
Promotion santé suisse (PSS)**

# **Evaluation du programme 50+santé**

**Rapport intermédiaire**

Mars 2006

*Pour l'IDHEAP  
Prof. Katia Horber-Papazian  
Daniel Dubas  
Nicolas Schmidt  
Pour Phronesis Consulting  
Jean-Paul Bari  
Jan Ehrler*

## Table des matières

Résumé.....	4
1. Introduction .....	8
1.1 Mandat d'évaluation .....	8
1.2 Méthodes .....	9
2. Présentation du programme.....	11
2.1 Contexte et genèse du programme.....	11
2.2 Objectifs du programme.....	11
2.3 Les différentes composantes du programme.....	12
2.4 Caractéristiques de la mise en oeuvre .....	13
3. Cohérence du programme .....	15
3.1 Cohérence interne du programme .....	15
3.2 Cohérence externe du programme .....	16
3.3 Perception des objectifs du programme.....	17
3.4 Synthèse .....	18
4. Répartition des tâches .....	20
4.1 Répartition formelle des tâches et des compétences .....	20
4.2 Perception de la répartition des tâches par les acteurs .....	22
4.3 Appréciations au sujet de la répartition des tâches.....	23
4.4 Synthèse .....	26
5. Gestion du programme et des projets.....	27
5.1 Sélection des projets.....	27
5.2 Suivi et coordination.....	29
5.3 Information – communication .....	32
5.4 Appréciation du système d'information interne et externe .....	34
5.5 Etat d'avancement des projets - atteinte des objectifs.....	36
5.6 Synthèse .....	41
6. Conclusion - Réponse aux questions d'évaluation .....	43
7. Recommandations .....	48
8. Annexes .....	52
Annexe 1 : Sources documentaires.....	52
Annexe 2 : Liste des personnes interrogées .....	54
Annexe 3: Données statistiques relatives aux supports d'information/communication de 50+santé.....	56
Annexe 4: Tableau synthétique – Projets réalisés, en cours ou prévus – Etat février 2006.....	57

## Glossaire des abréviations

ADSAN	Agence pour le développement et l'évaluation des politiques de santé
ASP	Action en santé publique Association
CRASS	Conférence romande des affaires sanitaires et sociales
CRS	Croix Rouge Suisse
DiPPS	Dispositif intercantonal pour la prévention et la promotion de la santé
DP	Direction du programme
FCHO	Fondation Charlotte Olivier (Université de Fribourg)
GA	Groupe d'accompagnement
GRSP	Groupement romand des services de santé publique
HEVs2	Haute école santé-social Valais
IDHEAP	Institut de hautes études en administration publique
IDS	Institut de Droit de la santé (Université de Neuchâtel)
IST	Institut universitaire romand de santé au travail
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
OFSP	Office fédéral de la santé publique
PSS	Promotion santé suisse
RP	Responsable de programme (chef de projet)
SECO	Secrétariat d'Etat à l'économie
SUVA	Schweizerische Unfallversicherungsanstalt

## Résumé

### **Contexte**

En avril 2004, la CRASS et PSS ont signé un contrat de financement qui règle la mise en œuvre d'un programme de promotion de la santé chez les personnes âgées de 50 ans et plus. Ce programme prévoit la réalisation d'une évaluation externe.

Un peu plus d'un an après le lancement du programme, en septembre 2005, la CRASS a attribué un mandat portant sur l'évaluation intermédiaire du programme *50+santé* à l'Unité de politique locale et d'évaluation des politiques publiques de l'Idheap.

### **Objet de l'évaluation intermédiaire**

#### ***Evaluer les processus plutôt que les effets***

D'entente avec le mandant, il a été convenu que l'évaluation intermédiaire serait centrée sur les processus plutôt que sur les effets du programme. L'accent est porté sur les dispositifs mis en place, les procédures adoptées, les articulations entre les éléments programmatiques (projets) et entre acteurs parties prenantes. Il a par ailleurs été convenu que l'évaluation s'articulerait autour des questions suivantes :

- La théorie d'action du programme est-elle en adéquation avec les objectifs visés ?
- La répartition des tâches entre acteurs est-elle adéquate ?
- Quel est le processus de sélection et d'octroi des projets ?
- Les projets sont-ils en adéquation avec les objectifs du programme ?
- Quels sont les facteurs qui expliquent les difficultés de démarrage des projets ?
- La communication et la coordination sont-elles en adéquation avec les objectifs visés ?
- Quels sont les résultats du programme dans les différents cantons et sur le plan intercantonal ?

Des entretiens semi-directifs, une analyse documentaire et des études de cas ont permis de répondre à ces questions de manière approfondie dans le texte du rapport et de manière synthétique dans sa partie conclusive.

L'objectif principal de l'évaluation était double :

- mettre en évidence les points forts des premières réalisations, pour en tirer parti de manière optimale dans les différents projets ;
- identifier les difficultés rencontrées, afin de déterminer quels sont les réajustements, modifications et améliorations à apporter à la mise en œuvre du programme.

#### ***L'évaluation, tout comme le programme lui-même, s'inscrit dans une logique de processus d'apprentissage.***

Il s'ensuit qu'à l'instar du programme lui-même, l'esprit dans lequel a été conduite l'évaluation relève d'une logique formative: les constats observés et les recommandations afférentes énoncés au terme de l'évaluation intermédiaire doivent contribuer à promouvoir l'articulation de chaque projet à l'ensemble du programme, à renforcer les liens intercantonaux et intersectoriels, et à favoriser l'atteinte des résultats escomptés au terme des trois années d'expérience-pilote.

## **Limites**

Le peu de recul existant entre le début du programme et l'évaluation intermédiaire explique qu'il n'est pas possible à ce stade du projet de procéder à une évaluation de ses effets.

## **Principaux enseignements de l'évaluation**

### **Un programme particulièrement ambitieux et complexe**

Diverses spécificités de *50+santé* font de ce programme une entreprise particulièrement ambitieuse.

*50+santé* est un programme inédit et novateur, en ce que pour la première fois un programme de promotion de la santé a d'emblée été élaboré et formulé de manière concertée par les représentants de sept cantons, avant d'être mis en œuvre – selon une approche « à géométrie variable » – à cette même échelle.

Le programme vise à contribuer à combler un certain retard observé en Suisse par rapport à d'autres pays. En cela, les cantons latins font figure de pionniers.

*50+ santé* défend une approche intersectorielle de l'intervention publique dont la concrétisation, quels que soient les domaines impliqués, soulève objectivement toute une série de difficultés.

Le programme est réalisé par le biais d'une variété de projets. Par conséquent, un facteur déterminant de son succès réside dans l'articulation et la contribution de chacune de ses activités à une logique d'ensemble.

Il s'ensuit que *50+santé* est un programme dont les succès escomptés mais aussi les risques d'échecs reposent dans une large mesure sur les aptitudes et les conditions propres à assurer une concertation et un consensus entre les parties prenantes ainsi que sur l'engagement de chacun.

### **Le caractère « pilote » de cette expérience doit constamment être gardé à l'esprit.**

Sous l'angle de l'évaluation, le programme *50+santé* doit par conséquent être envisagé pour ce qu'il est, soit en tant que première initiative engagée à l'échelle des cantons latins, visant à initier un processus dont les effets ne sauraient être immédiats et à mener des expériences pilotes dont le programme devra déterminer les conditions de leur généralisation à l'ensemble des cantons latins.

Plus largement, le programme doit aussi être appréhendé comme une contribution - partielle, faillible et perfectible - au développement à terme d'une vision globale de la prévention et de la promotion de la santé en Suisse des personnes de 50 ans et plus.

### **Points forts et difficultés du programme**

L'appréciation globale qu'il convient de retirer de l'évaluation intermédiaire ne peut en aucune façon ignorer que le programme sur lequel elle s'est penchée se caractérise avant tout par ses grandes ambitions et son extrême complexité : atouts et obstacles recensés ci-après doivent être soupesés à l'aune de ces deux critères. Le poids accordé à ces différents points forts et faibles du programme doit au demeurant tenir compte du fait que la majorité des projets qui le composent sont actuellement encore dans une première phase de mise en œuvre ; cela rend dès lors encore possible des améliorations, des réajustements ponctuels, voire même des réorientations plus substantielles

***Les points forts de 50+santé n'apparaissent que progressivement, au fil de l'avancement des projets.***

L'approche compréhensive de la prévention et de la promotion de la santé sur laquelle se fonde le programme constitue indéniablement un de ses principaux points forts. En étroite conformité avec le modèle promu par PSS comme outil d'analyse de la situation, de planification et d'évaluation, le concept global auquel s'apparente *50+santé* représente un atout particulièrement pertinent, s'agissant d'intervenir dans un champ thématique encore peu exploré en Suisse. En cela, le programme *50+santé* repose sur des bases solides, qui correspondent pleinement aux exigences que l'on peut attendre d'un programme de promotion de la santé qui se veut à la fois rigoureux et innovant.

Au-delà des atouts que comporte le concept du programme et la démarche qui le sous-tend, il faut souligner d'autres points positifs, qui eux ne relèvent pas d'articulations théoriques ou de fondements empiriques éprouvés par ailleurs, mais sont décelables dans l'analyse réalisée des processus effectifs de mise en œuvre du programme. Au terme d'une telle analyse, on peut alors relever que *50+santé*, malgré de nombreux obstacles ou écueils, parvient lentement à trouver ses marques et à engranger des réalisations significatives :

- une ébauche de réseau de collaboration intercantonale voit progressivement le jour ;
- un processus d'apprentissage organisationnel, en partie par « essai et erreur », tend à s'instaurer ;
- les différents projets commencent à produire des résultats non négligeables ;
- la dimension intercantonale du programme apparaît progressivement, au gré de la mise à disposition de tous les partenaires des résultats de leurs travaux respectifs ; conformément au but démonstratif poursuivi par chaque projet, les bénéfices et les profits susceptibles d'être collectivement partagés par l'ensemble des cantons n'apparaîtront vraiment qu'au terme du programme.

***Les difficultés et les faiblesses de 50+santé à mi-parcours de sa mise en œuvre sont multiples, mais peuvent être surmontées d'ici le terme de l'expérience pilote si des mesures d'ajustement sont prises***

L'évaluation intermédiaire a permis de mettre en évidence un certain nombre de difficultés et de faiblesses qui tendent à affecter le bon déroulement du programme. Celles-ci, de même que les conséquences qu'elles engendrent, ont été recensées au fil des différents chapitres de l'évaluation. De manière synthétique, on peut les ramener aux éléments suivants :

- le programme est composé de neuf projets visant six publics cibles, répartis en six composantes couvrant trois champs d'action distincts. Cette diversité occulte les lignes forces du programme ;
- pour ces raisons, une compréhension claire du programme peine à se dégager, la cohérence externe du programme est loin d'être assurée, et sa visibilité en est d'autant plus réduite ;
- la recherche de partenaires et de projets pertinents s'avère difficile ;
- les projets sont cohérents avec la logique d'intervention préconisée par PSS, mais peu tiennent compte de la théorie d'action sous-jacente au programme (perspectives intercantionales et intersectorielles, visées de pérennisation) ;
- la contextualisation insuffisante des enjeux concrets du programme a conduit à sous-évaluer les écueils potentiels liés à la mise en œuvre : l'option stratégique consistant à « partir du terrain » pour promouvoir les activités préconisées par le programme (projets) et l'absence d'une analyse de leur faisabilité institutionnelle et organisationnelle n'ont pas permis d'anticiper les difficultés ultérieures lors de la mise en œuvre ;
- le projet initialement porté par le DiPPS a naturellement privilégié les considérations d'ordre socio-sanitaire relatives aux bénéficiaires à terme du programme ; les préoccupations des

- acteurs « intermédiaires » par lesquels transitent les projets (i.e. acteurs administratifs, entreprises et associations faïtières) ont été partiellement négligées ;
- à mi-parcours, 50+santé souffre d'un déficit d'ancrage institutionnel ;
  - la répartition formelle des rôles et responsabilités entre partenaires est entachée d'ambiguïtés ; cela est potentiellement dommageable pour le bon déroulement de 50+santé, d'autant plus que l'engagement des décideurs politiques envers le programme n'a été jusqu'à récemment qu'épisodique. La faible présence de la Direction de PSS, co-financeur du programme, dans le processus de sa mise en œuvre est un facteur supplémentaire d'ambiguïté ;
  - la multiplicité des instances dotées formellement de compétences décisionnelles, exécutives et/ou consultatives tend paradoxalement à « noyer » l'exercice de la fonction centrale de pilotage du programme ;
  - la composition du groupe d'accompagnement ne reflète pas suffisamment l'approche intersectorielle promue par le programme ;
  - les fonctions centrales d'information/communication et de coordination ne reposent pas sur une véritable stratégie à la mesure des ambitions du programme ;
  - les outputs tangibles observables à mi-parcours de la mise en œuvre du programme sont faibles parce que tributaires du lent démarrage du programme et de l'état d'avancement des différents projets.

Ces éléments sont d'autant plus susceptibles d'influencer les résultats atteignables par le programme que ce dernier, en raison même de ses larges ambitions et de son caractère pilote, comporte d'autres aspects potentiellement problématiques :

- il relève d'un champ d'action programmatique encore peu thématiqué (prévention/promotion de la santé des 50 ans et plus) ;
- il prétend agir sur des terrains d'intervention certes complémentaires, mais néanmoins très différents (politiques publiques, environnement de travail et de vie, individu).

***Les constats issus de l'évaluation conduisent à une appréciation actuellement nuancée des chances de succès du programme. Ils appellent à la poursuite de l'expérience pilote moyennant divers réajustements. Les pistes de recommandations plus largement explicitées dans le corps du rapport sont conçues dans cet esprit et doivent pouvoir être mises en œuvre rapidement.***

### ***Pistes de recommandations***

- Poursuivre le programme, en reconnaissant l'importance de ce programme au niveau des cantons latins.
- Clarifier les objectifs du programme et définir des résultats concrets à atteindre.
- Clarifier la répartition des tâches et renforcer le rôle des instances de pilotage.
- Regrouper les projets, quand cela est possible.
- Renforcer la prise en compte des contextes de mise en œuvre des projets et fixer le cadre de ce qui est acceptable et faisable d'un point de vue institutionnel et organisationnel.
- Impliquer les responsables du personnel et les chefs de service.
- Définir une politique de coordination.
- Cibler la politique d'information et de communication.
- Renforcer l'appui aux projets et à la transférabilité des résultats.

# 1. Introduction

## 1.1 Mandat d'évaluation

### **Cadre de l'évaluation**

En mai 2002, une Convention de collaboration a été signée entre la Conférence romande des affaires sanitaires et sociales (CRASS) et Promotion Santé Suisse (PSS). Dans les objectifs spécifiques de la collaboration, figure la mise en place de projets communs entre ces deux organismes. Suite à la signature de cette Convention, les cantons de Suisse latine (FR, GE, JU, NE, VD, VS, TI), réunis au sein du Dispositif intercantonal pour la prévention et la promotion de la santé (DiPPS) ont convenu de développer un programme pilote commun, mis en place simultanément dans les sept cantons sur trois ans (2004-2006).

Un document de programme a été rédigé en 2003 par une consultante (Doris Schopper), sur mandat de PSS et en étroite collaboration avec le DiPPS. Ce document a été approuvé par la CRASS et PSS. Intitulé « *50+santé. Promotion de la santé chez les personnes âgées de 50 ans et plus* », ce document sert de référence à la mise en œuvre du programme.

En avril 2004, la CRASS et PSS ont signé un contrat de financement qui règle la mise en œuvre de ce programme et prévoit la réalisation d'une évaluation externe (évaluation intermédiaire et évaluation finale).

En septembre 2005, la CRASS a attribué un mandat portant sur l'évaluation intermédiaire du programme *50+santé* à l'Unité de politique locale et d'évaluation de l'Idheap. Les travaux relatifs au mandat ont été confiés à une équipe composée du Prof. Katia Horber-Papazian (responsable de l'évaluation), de Daniel Dubas, politologue, et de Nicolas Schmidt, sociologue, collaborateurs scientifiques de l'Idheap, auxquels ont été associés Jean-Paul Bari et Jan Ehrler, tous deux politologues, issus du cabinet-conseil *Phronesis Consulting* à Genève.

### **Objet de l'évaluation**

Le cahier des charges de l'évaluation prévoyait que celle-ci porte autant sur les processus que sur les effets. Concernant ces derniers, ce document précise que « l'évaluation devra apprécier les effets escomptés et les impacts obtenus dans les différents cantons et sur le plan intercantonal ».

D'entente avec le mandant, il a été convenu que le premier volet de l'évaluation, soit l'évaluation intermédiaire, concentrerait son attention sur les processus : à ce stade, ce sont les dispositifs mis en place, les procédures adoptées, les articulations entre éléments programmatiques (projets) et entre acteurs parties prenantes qui constituent l'objet principal de la problématique à évaluer. Il s'ensuit que l'objectif principal de l'évaluation intermédiaire est double :

- il consiste d'une part à mettre en évidence les points forts des premières réalisations du programme de façon à en tirer parti de manière optimale dans le cadre des différents projets ;
- d'autre part, il s'agit d'identifier les difficultés rencontrées à ce stade du programme afin de déterminer quelles peuvent être les modifications, ajustements et améliorations qu'il est possible d'apporter à sa mise en œuvre.

Il s'ensuit aussi que l'esprit dans lequel a été conduite l'évaluation relève d'une logique de « *capacity-building* » : les constats observés et les recommandations afférentes énoncés au terme de l'évaluation intermédiaire doivent contribuer à promouvoir l'articulation de chaque projet à l'ensemble du programme, à renforcer les liens intercantonaux et intersectoriels, et à favoriser l'atteinte des résultats escomptés au terme des trois années d'expérience-pilote.



## **Questions centrales**

D'entente avec le mandant, l'évaluation a été construite autour des questions suivantes :

- La théorie d'action du programme est-elle en adéquation avec les objectifs visés ?
- La répartition des tâches entre acteurs est-elle adéquate ?
- Quel est le processus de sélection et d'octroi des projets ?
- Les projets sont-ils en adéquation avec les objectifs du programme ?
- Quels sont les facteurs qui expliquent les difficultés de démarrage des projets ?
- La communication et la coordination sont-elles en adéquation avec les objectifs visés ?
- Quels sont les résultats du programme dans les différents cantons et sur le plan intercantonal ?

## **Limites**

Compte tenu de l'avancement des projets, il apparaissait peu réaliste dans le cadre de l'évaluation intermédiaire de procéder à une évaluation des effets du programme et de ses différents éléments constitutifs. C'est la raison pour laquelle un accent particulier a été porté sur le contexte et le cadre institutionnel dans lequel est amené à se déployer le programme, sur les conditions initiales de sa formulation et surtout sur les procédures adoptées pour sa mise en œuvre. Parce qu'elle intervenait à la mi-parcours de la mise en œuvre opérationnelle de *50+santé*, l'évaluation intermédiaire s'est donc principalement cantonnée à l'appréciation des outputs produits à ce stade du programme.

Par ailleurs, des contraintes empiriques<sup>1</sup> ainsi que les souhaits exprimés par le GRSP de voir l'évaluation se concentrer plus particulièrement sur les résultats concrets du programme ont conduit à réorienter partiellement certains axes de l'évaluation : en accord avec le mandant, l'analyse des parties prenantes prévue afin d'obtenir une représentation initiale des perceptions et des attentes envers le programme des principaux partenaires ayant contribué à sa formulation a été remplacée par la réalisation d'une série d'études de cas portant sur l'état d'avancement des différents projets en cours de réalisation.

## **1.2 Méthodes**

Afin de répondre aux questions d'évaluation, différentes méthodes d'investigation ont été utilisées :

### **Analyse documentaire**

L'analyse documentaire a principalement porté sur les éléments suivants<sup>2</sup> :

- Documents d'arrière-plan servant de cadre de référence au programme, notamment émanant de PSS ;
- Convention de collaboration entre la CRASS, le DiPPS, et Promotion Santé Suisse ;

---

<sup>1</sup> Plusieurs facteurs ont contribué à rendre problématique la réalisation effective de l'analyse des parties prenantes ayant contribué à la formulation du programme (Document de programme) : longue période écoulée entre la conception du programme et son démarrage effectif ; plusieurs personnes interrogées sont engagées dans la mise en œuvre du programme et ont donc apporté leurs réponses au cours d'entretiens, d'autres n'ont plus de contact depuis longtemps avec le programme, d'où un faible taux de réponse aux questionnaires adressés par courriel.

<sup>2</sup> Une liste complète des documents analysés figure en Annexe 1 du rapport.

- Document de programme (D. Schopper – DiPPS) ;
- Procès-verbaux des séances du GRSP, de la DP, du GA et du DiPPS ;
- Contrat de mandat du RP ;
- Rapports intermédiaires et plans opérationnels établis par le RP ;
- Fiches de projets, contrats de mandat relatifs aux projets ;
- Documents internes aux différents projets (présentations, protocoles, bilans, évaluations intermédiaires, etc.) ;
- Lettres d'information de *50+santé* ;
- Présentations dispensées lors de la journée d'information du 19 janvier 2006.

### **Entretiens**

27 entretiens semi-directifs ont été réalisés auprès du Président de la CRASS, des membres de la Direction du programme, des membres du groupe d'accompagnement, de certains membres du GRSP, ainsi que des responsables des différents projets cantonaux.

Une liste des différentes personnes interrogées est reproduite en annexe 2 du rapport.

### **Etudes de cas**

L'analyse des documents relatifs aux projets et des entretiens menés avec l'ensemble des responsables de projet a permis de réaliser des études de cas sur les différents projets faisant partie intégrante du programme. Fondées sur une grille d'analyse systématique, ces études ont notamment porté sur les aspects suivants : objectifs, public-cible, organisation et répartition des tâches, ressources, coordination, information/communication, état d'avancement, difficultés rencontrées.

### **Structure du rapport**

Ce rapport est structuré en cinq parties.

La première partie présente de manière synthétique les principales caractéristiques du programme *50+santé*.

La deuxième partie porte sur l'examen de la cohérence du programme, de ses objectifs et des projets qui le composent.

La troisième partie analyse la répartition des tâches entre les différentes instances actives au sein du programme. Partant de la description de la répartition formelle telle que prévue dans les documents de référence du programme ; cette partie fournit une appréciation générale de l'organisation adoptée et de la manière dont elle fonctionne dans les faits.

La quatrième partie porte sur l'évaluation de la gestion du programme et des projets. Cette partie examine successivement la procédure de sélection des projets, les modalités de suivi et de coordination du programme, la stratégie adoptée en matière d'information/communication, l'état d'avancement des projets à la mi-parcours du programme.

La cinquième partie, conclusive, est consacrée à la réponse aux questions d'évaluation.

Enfin le rapport se termine par la présentation d'une série de recommandations destinées à optimiser l'atteinte des résultats escomptés au terme de l'expérience-pilote de *50+santé*.

## 2. Présentation du programme

Cette partie descriptive du rapport s'appuie pour l'essentiel sur les documents de référence du programme. Destinée à en rappeler les principales caractéristiques, elle ne comporte pas d'apport analytique ou évaluatif, mais évoque les principaux aspects sur lesquels se penchera, dans les chapitres suivants, la démarche évaluative.

### 2.1 Contexte et genèse du programme

Le programme *50+santé* tend à s'inscrire dans le contexte du système de santé suisse, qui se caractérise notamment par sa très grande complexité (multiplicité des acteurs « parties prenantes » présents sur le terrain sanitaire, diversité des cadres juridiques, structures et dispositifs institutionnels des 26 cantons, approche « subsidiaire » de la santé publique, sources de financements diverses, etc.)

Dans ce contexte, l'affirmation d'une vision globale communément partagée de la promotion de la santé représente un défi difficile à relever, même si les avantages de tous ordres retirés d'une approche axée sur la prévention (plutôt que sur une approche curative) sont théoriquement reconnus.

La genèse du programme *50+santé* réside dans le souhait des cantons de Suisse latine, réunis au sein du DiPPS, de développer un programme pilote commun, mis en place simultanément dans les sept cantons sur trois ans. Elle réside aussi dans l'opportunité offerte par la mise à disposition de ressources financières par Promotion Santé Suisse.

Après différentes consultations cantonales et discussions au sein du DiPPS, le thème de la promotion de la santé des personnes de 50 ans et plus a été retenu, dans la mesure où ce groupe cible ne faisait pas alors l'objet d'une stratégie de promotion de la santé en Suisse, contrairement à d'autres pays.<sup>3</sup>

Plus précisément, après une cinquantaine d'entretiens menés dans les différents cantons latins avec des personnes-clés et visant à mieux cerner les besoins spécifiques de ce groupe de population, les constats recueillis ont abouti à la conclusion qu'il est essentiel d'agir sur ce qui détermine sa santé, tout particulièrement les conditions de vie en lien avec le travail. Le programme se propose par conséquent d'intervenir sur les différentes situations de vie et de travail affectant la santé des personnes de 50 ans et plus, soit les conditions de travail, la rupture professionnelle (chômage) et la retraite.

### 2.2 Objectifs du programme

La finalité du programme est la promotion de la santé des personnes âgées de plus de 50 ans. Dans ce cadre, le programme se donne les objectifs suivants<sup>4</sup> :

- influencer les politiques publiques pour créer un cadre favorable aux personnes de 50 ans et plus ;

---

<sup>3</sup> Toute une série d'autres constats ont également contribué à l'orientation donnée au programme initialement porté par le DiPPS. Voir Document de programme pp. 4 -23 ; pour une version plus succincte, voir aussi la communication « 50+santé : promotion de la santé chez les personnes âgées de 50 ans et plus », présentée au Congrès national pour la promotion de la santé dans l'entreprise, Colloque parallèle No 6, 11 mars 2004

<sup>4</sup> Document de programme, p. 26

- favoriser la mise en place d'un environnement et des conditions propices à la santé, en lien avec le travail ;
- contribuer au renforcement des compétences et des ressources des personnes de 50 ans et plus pour pouvoir mieux faire face que ce soit au travail, lors d'une rupture professionnelle ou lorsque la retraite approche.

### **2.3 Les différentes composantes du programme**

Le programme comporte six composantes complémentaires, qui peuvent être distinguées en deux domaines d'action<sup>5</sup> :

#### *Créer un environnement favorable à la santé*

1. Les activités de promotion de la santé pour les personnes de 50 ans et plus.
2. Environnement de travail favorable à la santé.
3. Le rôle clé des mesures législatives.

#### *Renforcer les ressources en lien avec le travail*

4. Réduction des difficultés liées à l'âge dans le travail.
5. Prévention des problèmes de santé mentale et physique au lendemain de la retraite.
6. Prévention ou diminution des effets néfastes du chômage sur la santé.

Les composantes 1 à 3 concernent l'existant : elles visent à documenter ce qui se fait déjà, en analyser la pertinence et proposer d'éventuels changements. L'essentiel est ici d'ouvrir un débat multisectoriel et de sensibiliser les décideurs. Comme l'indique le Document de programme, celui-ci « doit inciter les cantons à faire l'inventaire de l'existant et à décider ce qui pourrait être renforcé, comment ce qui existe pourrait être mieux diffusé et rendu accessible ou encourager si des synergies peuvent être créées avec l'existant. »<sup>6</sup>

Les composantes 4 à 6 se veulent innovantes : elles comportent quant à elles des éléments novateurs et sont en partie des expériences pilotes à évaluer soigneusement.

Le programme tend à privilégier une approche intersectorielle : pour atteindre les buts fixés, l'implication d'autres secteurs que celui de la santé est essentielle. Comme le souligne le Document de programme : « Les départements de l'économie et de l'action sociale, les offices de l'inspection du travail, les entreprises, les syndicats ou encore les associations patronales doivent être parties prenantes du programme. »

Par ailleurs, comme l'indique la désignation donnée au programme, les populations cibles qu'il vise sont définies selon un critère d'âge. Toutefois, le souhait est exprimé de voir une attention particulière portée aux personnes les plus vulnérables d'une part, et aux besoins spécifiques des femmes de l'autre. Le Document de programme est toutefois prudent, s'agissant de son impact probable sur les publics-cibles : « Pendant la durée relativement courte du programme pilote, le nombre de personnes touchées directement sera restreint. Ainsi, le programme ne va pas changer radicalement la qualité de vie d'une majorité de personnes de 50 ans et plus dans le court terme, mais il permettra de développer de nouveaux outils, d'influencer les politiques publiques et de modifier les pratiques. Il pourra avoir un impact très notable sur la santé des personnes de 50 ans et plus dans le moyen et long terme. »

---

<sup>5</sup> Doris Schopper, *Document de programme DiPPS 50+santé*, septembre 2003, p. 26.

<sup>6</sup> Idem. Toutefois, selon une décision du GRSP d'octobre 2003, les composantes 1 à 3 devraient être considérées comme « [...] des préalables et non pas des objectifs » (PV GRSP du 2.10.2003)

## 2.4 Caractéristiques de la mise en oeuvre

Les partenaires de la mise en oeuvre de 50+santé sont nombreux : plusieurs instances de niveaux hiérarchiques différents se partagent les rôles et responsabilités afférents à la mise en oeuvre du programme.

Le programme a une portée intercantonale. Cela est vrai également pour les actions entreprises au niveau d'un seul canton. En effet, les actions qui seront mises en oeuvre dans un canton le seront à but innovant et démonstratif. Il s'agit d'actions pilotes qui feront l'objet d'une évaluation et dont l'expérience sera mise à profit de tous les cantons.

Actions cantonales et intercantionales s'interpénètrent tout au long du programme, conférant ainsi à l'ensemble du programme sa dimension intercantonale.

Le budget alloué au programme s'élève à Fr. 1'800'000.-. Ce montant est couvert pour une moitié par le financement apporté par PSS et pour l'autre moitié par les contributions de la CRASS.

Les ressources financières allouées au fonds de programme sont attribuées en fonction des objectifs définis dans le Document de programme et de la planification annuelle. La répartition prévue est reproduite dans le Tableau ci-dessous<sup>7</sup> :

Composantes du programme	2004	2005	2006	Ressources financières 2004-2006
1. Activités de promotion de la santé pour les personnes 50 +		140'000	140'000	<b>280'000</b>
2. Environnement de travail favorable à la santé	40'000	14'000		<b>54'000</b>
3. Le rôle clé des mesures législatives		45'000	14'000	<b>59'000</b>
4. Réduction des difficultés dans le travail liées à l'âge	70'000	80'000	120'000	<b>270'000</b>
5. Prévention des problèmes de santé mentale et physique au lendemain de la retraite	37'000	50'000	68'000	<b>155'000</b>
6. Prévention ou diminution des effets néfastes du chômage sur la santé	63'000	95'000	120'000	<b>278'000</b>
Communication / Diffusion	20'000	30'000	50'000	<b>100'000</b>
Coordination intercantonale du programme (100%)	150'000	150'000	150'000	<b>450'000</b>
Evaluation globale externe	20'000	20'000	80'000	<b>120'000</b>
Divers et imprévus	10'000	10'000	14'000	<b>34'000</b>
<b>Total (50% CRASS / 50% PSS)</b>	<b>410'000</b>	<b>634'000</b>	<b>756'000</b>	<b>1'800'000</b>

N.B. Toutes les estimations budgétaires comprennent d'éventuelles taxes (T.T.C.).

N.B.B. Suite aux modifications opérationnelles, le budget se déroule de juillet 04 à juin 07

### Monitoring et évaluation

Afin de garantir que tous les cantons puissent bénéficier des leçons apprises au cours du programme, une attention particulière doit être portée au monitoring et à l'évaluation continue de l'avancement des projets. Le Document de programme prévoit la mise sur pied d'indicateurs de processus et de résultats à court et à moyen terme.

<sup>7</sup> Extrait du Document de programme – Résumé, p. 8. Suite aux modifications opérationnelles, le budget se déroule de juillet 2004 à juin 2007.

### ***Pérennisation des actions entreprises***

Le Document de programme souligne aussi l'importance à accorder à la pérennisation des actions entreprises au cours des trois années du programme : « les actions proposées et financées par le programme doivent surtout initier un processus qui pourra par la suite « s'auto-entretenir. » » Ce document indique en outre comment « la volonté de pérenniser les actions doit être inscrite dans la façon de mettre en œuvre le programme :

- en donnant une impulsion pour améliorer l'existant ;
- en stimulant un débat qui doit ensuite faire partie intégrante des réflexions ;
- en développant des outils et des méthodes pilotes applicables à plus large échelle ;
- en stimulant le travail intersectoriel ;
- par un lobbying actif auprès des instances susceptibles de soutenir les actions développées. »<sup>8</sup>

### ***Remerciements***

L'équipe d'évaluation tient à remercier toutes celles et tous ceux qui, au long de ce travail, ont pris le temps de répondre à ses questions et ont accompagné cette étude.<sup>9</sup> Nos remerciements s'adressent tout particulièrement à M. Daniel Laufer, président de la DP, à M. Jacques Bury, responsable du programme, et à Mme Vera Sandoval son adjointe, pour leur disponibilité tout au long de l'évaluation.

---

<sup>8</sup> Document de programme. Résumé p. 8 - 9.

<sup>9</sup> Cette formulation tant féminine que masculine n'a pas été utilisée systématiquement dans ce rapport. Afin de ne pas alourdir le texte, nous avons renoncé à une rédaction systématiquement épiciène. Toutefois, chaque fois que cela se justifie, un terme écrit au masculin s'entend aussi au féminin et vice versa.

### 3. Cohérence du programme

Ce chapitre porte sur une première question d'évaluation qui a trait à la cohérence interne et externe de *50+santé*. Formulée en termes de politiques publiques, cette question revient à se demander si la théorie d'action sous-jacente au programme (soit la définition du/des problème (s) à résoudre, des publics-cibles et des mesures d'intervention ) est en adéquation avec les objectifs visés par celui-ci.

Afin de répondre à cette interrogation, nous procédons ci-après de la manière suivante :

- une première section porte sur la cohérence interne du programme : il s'agit de mettre en perspective la théorie d'action de *50+santé* avec la logique d'intervention adoptée et préconisée par PSS pour la mise en œuvre de projets de prévention ou de promotion de la santé ;<sup>10</sup>
- une deuxième section examine la cohérence externe du programme : elle vise à situer les caractéristiques de *50+santé* telles qu'elles ont été définies dans le Document de programme par rapport aux réalités du contexte institutionnel dans lequel sont censées se déployer ses activités ;
- une troisième section se penche plus directement sur l'appréciation par les acteurs concernés des objectifs (résultats attendus) de *50+santé* en général et des différents projets en particulier.

Quelques remarques générales sont de mise, en introduction à ce chapitre. Toute intervention publique (politique, programme ou projet) repose implicitement sur une théorie d'action ou une logique d'intervention sous-jacente, censée être cohérente au regard du domaine d'activité concerné, du ou des problèmes rencontrés par certains publics, des objectifs poursuivis (résultats attendus) afin de les résoudre, et de l'environnement social et institutionnel dans lequel s'inscrit l'intervention en question.

Autrement dit, la théorie d'action d'un programme comme *50+santé* reflète d'une part, une certaine compréhension des besoins et/ou des problèmes inhérents à la santé des personnes âgées de 50 ans et intègre d'autre part, diverses hypothèses causales et différentes hypothèses d'intervention portant sur les mesures à mettre en œuvre afin de contribuer à la satisfaction de ces besoins ou la résolution de ces problèmes.

En l'espèce, le programme *50+santé* relève donc du domaine de la prévention et de la promotion de la santé ; ses objectifs sont les suivants : influencer les politiques publiques (créer un cadre favorable aux personnes de 50 ans et plus), favoriser la mise en place d'un environnement et de conditions propices à la santé, en lien avec le travail, contribuer au renforcement des compétences et des ressources des individus concernés (sur le lieu de travail, en cas de rupture professionnelle ou à l'approche de la retraite). Quant à l'environnement social et institutionnel dans lequel se déploie le programme, il se caractérise notamment par sa très grande complexité (multiplicité des acteurs « parties prenantes », diversité des cadres juridiques, contraintes liées au fédéralisme, etc.).

#### 3.1 Cohérence interne du programme

Une façon pertinente d'apprécier la cohérence interne du programme *50+santé* consiste à examiner la théorie d'action qui le caractérise à l'aune de la logique d'intervention adoptée récemment (et préconisée depuis) par PSS pour la mise en œuvre de projets de prévention ou de

---

<sup>10</sup> Comme convenu dans le cahier des charges de l'évaluation et dans le mandat confié à l'Idheap pour l'évaluation intermédiaire, cette section ne fait pas l'objet à ce stade de développements approfondis. En revanche, le modèle de catégorisation des résultats auquel il est seulement fait référence ici sera plus systématiquement utilisé lors de l'évaluation des résultats atteints au terme de l'expérience-pilote (évaluation finale).

promotion de la santé. Le modèle sur lequel se fonde PSS pour analyser les situations, pour planifier et assurer la mise en œuvre et le suivi des interventions (projets), et pour évaluer leurs résultats est en effet un instrument systématique susceptible d'être appliqué pratiquement à tout projet/programme de promotion de la santé. La rigueur conceptuelle de la logique d'intervention sur laquelle il se fonde ne peut être mise en question.<sup>11</sup>

Bien que la formulation conceptuelle du programme *50+santé* soit intervenue préalablement à la finalisation du modèle de catégorisation des résultats adopté par PSS, ce modèle permet d'apprécier dans quelle mesure non seulement les différentes composantes de *50+santé* mais aussi les projets intégrés sous chacune d'elles procèdent d'une démarche cohérente *du point de vue sanitaire de la promotion de la santé*.<sup>12</sup> De ce point de vue, il ressort de l'examen du programme et des projets retenus à ce stade qu'ils s'intègrent pleinement dans la logique compréhensive articulée par PSS : tous les projets en cours peuvent être rapportés à l'un ou l'autre des niveaux de résultats, des types d'activités et des enchaînements d'effets postulés par le modèle de PSS. On peut en conclure qu'envisagé sous l'angle de sa cohérence interne, le programme *50+santé* repose sur des bases solides, qui correspondent aux exigences que l'on peut attendre d'un programme de promotion de la santé. Nonobstant la teneur des résultats effectifs qui seront (ou non) atteints au terme de l'expérience-pilote, ce constat est indéniablement à mettre au rang des points forts du programme.

### 3.2 Cohérence externe du programme

Le programme est composé de neuf petits projets, visant six publics-cibles différents, répartis dans trois champs d'action distincts et structurés en fonction de six composantes répondant à des finalités diverses. Ces caractéristiques font de *50+santé* un programme non seulement particulièrement complexe à comprendre, mais aussi particulièrement difficile à mettre en œuvre. Tant les finalités qu'il poursuit sur le plan de la prévention que les enjeux qu'il soulève sur le plan de son opérationnalisation concrète sont difficiles à appréhender par des personnes non familières du domaine. En soi, c'est-à-dire « sur le papier » et avant même qu'il n'entre dans une phase opérationnelle, le programme se caractérisait avant tout par sa grande complexité. Celle-ci n'a fait que s'accroître, ou plutôt se préciser, aussitôt entamée sa mise en œuvre. Dépendant pour l'atteinte de ses objectifs de l'accueil qui lui est réservé, le programme souffre d'un déficit d'ancrage institutionnel. En effet, l'analyse des documents de référence du programme<sup>13</sup> conduit à constater que la plupart des facteurs d'incertitude entourant *50+santé* peuvent être rapportés à la manière dont a été formulée sa logique d'intervention : celle-ci a été conçue suivant une logique de prévention certes cohérente sur le plan interne (cf. *supra.*), mais en sous-évaluant considérablement différents facteurs contextuels susceptibles d'entraver sa mise en œuvre sur le plan opérationnel. En d'autres termes, au cours de la phase de conception du programme, peu d'attention a été consacrée à la prise en considération des enjeux liés à sa mise en œuvre ainsi

---

<sup>11</sup> Pour une présentation détaillée, voir le Document : Promotion Santé Suisse. Guide pour la catégorisation des résultats. Outil de catégorisation des résultats de projets de promotion de la santé et de prévention. 2ème version revue et corrigée. Berne : juillet 2005.

<sup>12</sup> Comme nous le soulignons déjà dans le cadre de notre offre d'évaluation (p. 8), le modèle de PSS « comme tout cadre logique (*logframe*) en matière d'évaluation de projets [...] sert avant tout à apprécier de manière systématique et ordonnée la pertinence du modèle d'intervention sous-jacent à un programme/projet, ainsi que les enchaînements d'effets induits par les activités, mais il n'est pas a priori destiné à apprécier la pertinence, l'adéquation ou la qualité des processus internes de gestion et de suivi dudit programme/projet. » Autrement dit, ce modèle est utile afin d'évaluer la cohérence interne (ou logique) d'un programme, mais reste de peu d'utilité pour évaluer la manière dont ses activités s'inscrivent et s'intègrent (ou non) au sein de leur environnement institutionnel et organisationnel. Ce second aspect renvoie à la question de la cohérence externe du programme (cf. *infra.* § 4.2).

<sup>13</sup> Cf. Document de programme et procès-verbaux des séances du DiPPS et du GRSP (second semestre 2002-fin 2005)



qu'aux dimensions institutionnelles et organisationnelles pourtant incontournables s'agissant d'un programme à visée intercantonale et intersectorielle :

- mise à part la consultation de représentants des services cantonaux de l'emploi et de quelques organismes d'aide sociale, la mandataire engagée à l'appui du DiPPS s'est peu souciée de l'appropriation nécessaire des objectifs du programme par les institutions appelées à y participer ;
- le projet porté par le DiPPS a naturellement privilégié les considérations d'ordre socio-sanitaire relatives aux bénéficiaires à terme du programme ; les préoccupations des acteurs « intermédiaires » par lesquels transitent les projets (i.e. acteurs administratifs, entreprises et associations faïtières) ont été partiellement négligées ;
- une contextualisation déficiente des enjeux concrets du programme a conduit à occulter les blocages et écueils prévisibles lors de l'opérationnalisation des activités ; les contraintes inhérentes à la mobilisation d'acteurs externes au domaine de la santé ont été sous estimées ;
- l'absence d'analyse de la faisabilité institutionnelle des activités préconisées par le programme n'a pas permis d'anticiper des difficultés ultérieures lors de la mise en œuvre.

Le résultat en est un manque de lien entre la théorie d'action du programme d'une part, et la logique d'intervention, les modes de fonctionnement, les réalités, opportunités et contraintes caractéristiques des institutions publiques et privées, d'autre part. Déjà observable dans la phase de planification du programme, ce hiatus a continué à exister dans sa phase opérationnelle.<sup>14</sup> Une des raisons à cela peut provenir du fait que la direction de programme est composée d'acteurs sans relations directes avec le politique et peu insérés dans des réseaux autres que ceux de la santé. Cette lacune pourrait s'avérer rédhibitoire pour la réussite du programme, si des mesures correctives ne sont pas mises en œuvre dans de brefs délais.

### **3.3 Perception des objectifs du programme**

Au cours des entretiens auprès des représentants des instances décisionnelles du programme, plusieurs de nos interlocuteurs ont souligné le caractère a priori pertinent de la problématique soulevée par le programme. Pourtant, il apparaît à certains aujourd'hui comme « un grand machin » dont on ne sait trop bien ce qui peut ressortir. Il n'est dès lors pas surprenant que se dégagent de nombreux de nos entretiens un sentiment d'incompréhension et une impression de perte de maîtrise sur le programme. C'est ainsi par exemple que plusieurs de nos interlocuteurs divergent dans leur définition des publics-cibles auxquels est censé en priorité s'adresser le programme. Par ailleurs, nombreux sont ceux qui considèrent que la thématique abordée et les objectifs fixés au programme sont extrêmement complexes. Cela est notamment dû au fait que celui-ci implique non seulement une collaboration mais aussi une appropriation de ses objectifs par des organes, services ou structures qui ne relèvent pas du domaine de la santé et par conséquent ne sont pas familiers des questions touchant à la prévention. A posteriori, certaines des personnes interrogées sont d'avis que le programme est trop ambitieux dans ses attendus, d'autres regrettent qu'il ne se soit pas cantonné à la réalisation d'un seul voire de deux projets impliquant un cercle plus restreint de parties prenantes, qu'il aurait par conséquent été plus facile de coordonner.

Dès la phase de conception du programme, les responsables politiques (CRASS) ont exprimé leur soutien à sa réalisation, en associant à leur aval formel des considérations de nature pragmatique. La CRASS a fait part d'un intérêt plus marqué envers la réalisation de projets touchant particulièrement à la santé sur le lieu de travail ; s'agissant des différentes composantes constitutives du programme, la CRASS a aussi signifié au GRSP la priorité qui devait être accordée à la conduite de projets-pilote innovants, plutôt que des projets de recherche visant à l'acquisition de connaissances ou à l'établissement de bilans ou d'inventaires (activités cantonales

---

<sup>14</sup> A ce sujet, nous renvoyons le lecteur au chapitre 6, *infra.*, portant sur la gestion du programme ; notamment la section § 6.2 Coordination et 6.3. Information – communication.

de promotion de la santé, législation, bonnes pratiques, littérature, etc.) : les composantes 4 à 6 inscrites au programme devaient ainsi être privilégiées.

Pourtant, ces intentions initiales des promoteurs financiers du programme n'ont pas donné lieu à une réorientation significative de la visée et des objectifs poursuivis : le concept finalement retenu et formellement validé aussi bien par le GRSP que par la CRASS conserve le cumul de six composantes, soit trois visant à « créer un environnement favorable à la santé » et trois autres destinées à « renforcer les ressources en lien avec le travail ». Signalons toutefois que du point de vue de la répartition des ressources budgétaires, sur les 1'800'000 CHF mis à la disposition du programme, le montant proche de 400'000 CHF alloué aux trois premières composantes n'a pas à ce jour été pleinement engagé. 700'000 CHF sont de fait alloués à la réalisation de projets relevant des composantes 4 à 6 ; le solde disponible (700'000 CHF) se répartissant entre différentes activités de support liées à la mise en œuvre des projets.<sup>15</sup> Malgré ces tentatives de rééquilibrage, il existe encore des ambiguïtés quant à la portée du programme et à la nature des résultats réalistement atteignables au terme de l'expérience-pilote. S'ajoutent à cela les difficultés relationnelles entre le GRSP et le DiPPS, qui sont à l'origine du malaise certain qui entoure aujourd'hui les appréciations portées sur les objectifs (résultats attendus) du programme et la teneur de ses réalisations à mi-parcours de sa mise en œuvre opérationnelle. Ce malaise traverse la plupart des observations recueillies dans le cadre des entretiens.

### 3.4 Synthèse

#### **Cohérence interne du programme**

- Du point de vue de la prévention et de la promotion de la santé, *50+santé* repose sur des bases solides, qui correspondent aux exigences que l'on peut attendre dans ce champ d'intervention.
- Le programme est composé de neuf projets, visant six publics-cibles différents, répartis dans trois champs d'action distincts et structurés en fonction de six composantes répondant à des finalités diverses. Cela rend difficile toute recherche de cohérence interne.
- Les projets sont cohérents avec la logique d'intervention préconisée par PSS, mais peu tiennent compte de la théorie d'action sous-jacente au programme (perspectives intercantionales et intersectorielles, visées de pérennisation).

#### **Cohérence externe du programme**

- Les caractéristiques de *50+santé* rendent ce programme non seulement particulièrement complexe à comprendre, mais aussi très difficile à mettre en œuvre.
- Il manque des liens entre la théorie d'action du programme et la logique d'intervention des institutions publiques et privées dans lesquelles le programme doit être mis en œuvre. A mi-parcours, *50+santé* souffre d'un déficit d'ancrage institutionnel.
- La conception et la mise en œuvre du programme sont caractérisées par une sous-évaluation des différents facteurs contextuels susceptibles d'entraver sa mise en œuvre, ainsi que par l'absence d'une analyse de la faisabilité institutionnelle et organisationnelle des activités préconisées par le programme.
- L'addition de petits projets visant plusieurs publics-cibles ne favorise pas la visée intercantonale et intersectorielle voulues par le programme.
- Le concept adopté (« géométrie variable », diversité des secteurs concernés) accroît la complexité et réduit la visibilité du programme.

<sup>15</sup> Soit 450'000 CHF pour la coordination du programme, 100'000 CHF pour la communication/diffusion, 120'000 CHF pour l'évaluation externe globale et 34'000 CHF pour des divers et imprévus.

***Perception des objectifs du programme***

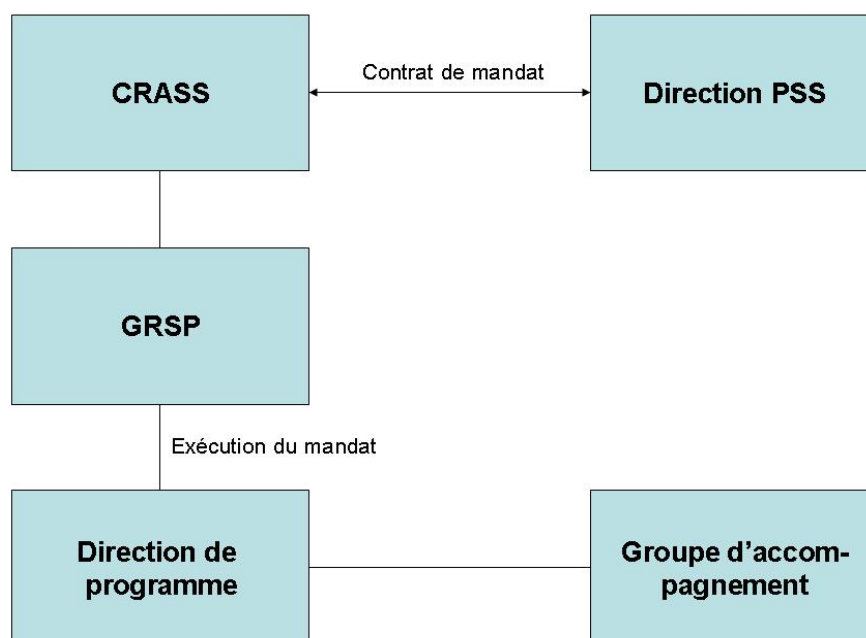
- De nombreuses personnes interrogées considèrent que la thématique abordée et les objectifs fixés au programme sont extrêmement complexes. Nombreux sont d'avis que le programme est trop ambitieux dans ses attendus, d'autres regrettent qu'il ne se soit pas cantonné à la réalisation d'un seul voire de deux projets.
- Les attentes des diverses instances du programme envers ses résultats potentiels sont divergentes et témoignent d'une compréhension différente de ses finalités.

## 4. Répartition des tâches

Ce chapitre vise à analyser la répartition des tâches entre les différentes instances actives au sein du programme. Une première section décrit la répartition formelle prévue dans les principaux documents du programme ; une deuxième section traite brièvement de la perception des acteurs par rapport à la répartition effectivement observée, tandis qu'une troisième fournit une appréciation générale de cette organisation et de la manière dont elle fonctionne dans les faits.

### 4.1 Répartition formelle des tâches et des compétences

La répartition des tâches nécessaires au pilotage de *50+santé* est définie dans les documents principaux du programme. L'organigramme présenté ci-dessous résume les grandes lignes de celle-ci<sup>16</sup>.



Le contrat de mandat relatif au programme a été conclu entre PSS et la CRASS. L'exécution de celui-ci est confiée à la CRASS, qui en délègue la supervision au GRSP. Celui-ci confie à son tour l'exécution du mandat à la direction de programme, et la mise en œuvre opérationnelle à un mandataire (RP). Le président de la CRASS signe les différents contrats de mandat relatifs aux projets, sur proposition du GRSP.

La **CRASS** est responsable de l'exécution du programme. Ses tâches sont les suivantes :

- décision relative à l'engagement du chef du programme ;
- co-financement du programme ;
- évaluation du programme ;

<sup>16</sup> Doris Schopper, *Document de programme DiPPS*, septembre 2003, p. 54.

- approbation du budget et du plan d'action annuel ;
- règlement des questions litigieuses.

Promotion Santé Suisse (PSS) est représenté en tant qu'observateur au sein de la DP et au GA. PSS intervient surtout au niveau des aspects suivants :

- co-financement du programme ;
- approbation du budget et du plan d'action annuels.

Par délégation de la CRASS, le Groupement romand des services de santé publique (GRSP) supervise l'exécution du programme. Ses responsabilités sont les suivantes :

- préparation des décisions pour la CRASS (préavis) ;
- est responsable de la bonne et fidèle exécution du mandat envers la CRASS (supervision du programme) ;
- est représenté par l'un de ses membres au sein de la DP ;
- préavise les questions soumises à la CRASS ;
- règle au besoin les questions litigieuses ;
- supervise le travail de la direction du programme ;
- prend les décisions sur les objets importants qui lui sont soumis ;
- se tient informé de l'état d'avancement du programme.

La Direction du programme (DP) est composée d'un membre du GRSP, qui la préside, du président du DiPPS et du RP ; un représentant de PSS y est convié à titre d'observateur. En tant qu'organe décisionnel, la DP :

- supervise le travail du responsable de programme et du groupe d'accompagnement ;
- prend les décisions sur la base des propositions faites par le GA ;
- veille au respect du contrat réglant la mise en œuvre du programme ;
- valide le plan d'action annuel avec les objectifs à atteindre, les actions prévues et le budget correspondant élaborés par le RP en collaboration avec le GA avant de le soumettre au GRSP, à la CRASS et à PSS pour approbation ;
- valide les dépenses proposées par le GA dans le cadre de la planification annuelle et du budget approuvé ;
- décide de l'attribution des mandats pour l'exécution de certaines actions ;
- décide de l'attribution des projets pilotes aux cantons ;
- informe régulièrement le GRSP et les deux financeurs de l'avancement du programme.

Le Groupe d'accompagnement (GA) est composé d'un représentant de chaque canton (membre du GRSP ou du DiPPS, éventuellement responsable de projet cantonal ; en pratique, la plupart sont membres du DiPPS), mais aussi d'un représentant de PSS, du SECO et de la SUVA. Il est présidé par le directeur du programme (membre du GRSP). Ses rôles principaux sont les suivants :

- préparation des décisions ;
- préparation de la décision sur le choix des projets (préavis) ;
- suivi des projets ;
- proposition du budget et de la planification annuelle ;
- accompagnement du processus ;

- garantie d'échange d'information entre les parties cantonale et intercantonale du programme ;
- supervision du travail des mandataires (« lors de certaines actions ») ;
- échange d'information entre les activités cantonales et intercantionales.

Le Responsable du programme (RP) est responsable de la bonne conduite du programme. Il est en charge des points suivants :

- établissement du plan d'actions et du budget annuel pour présentation au groupe d'accompagnement, à la direction du programme, au GRSP, à la CRASS et à PSS ;
- coordination de la mise en œuvre des actions décidées au niveau intercantonal ;
- lien avec la poursuite des actions dans les cantons ;
- évaluation continue du programme ;
- préparation des séances et soutien du GA et de la DP ;
- animation du GA ;
- gestion de la communication liée au programme.

Bien que ne figurant pas explicitement au sein de l'organigramme de *50+santé*, les cantons sont censés assumer les rôles et responsabilités suivants<sup>17</sup> :

- soumettre au GA des propositions pour la réalisation de projets pilotes dans le cadre des composantes du programme ;
- assurer la mise en place et gérer le bon fonctionnement des projets qui leur sont attribués ;
- assurer le suivi de la dimension intercantonale en leur sein par la désignation d'un responsable de projet au niveau cantonal ;
- favoriser la communication et la visibilité du programme sur leur territoire.

Les responsables de projet dans les cantons sont quant à eux l'organe exécutif et consultatif au niveau cantonal.<sup>18</sup> Selon les termes prévus dans le Document de programme, à raison de 20 % de leur temps de travail, ils sont chargés de :

- développer et animer les groupes de réflexion cantonaux ;
- établir, en collaboration avec le membre du DiPPS, le lien avec le niveau intercantonal (RP et GA) ;
- superviser la mise en œuvre par des mandataires de certaines actions cantonales ;
- informer régulièrement le canton de l'état d'avancement du programme en général et des projets cantonaux ;
- assurer la communication et la visibilité du programme et des projets pilotes au sein des cantons.

## **4.2 Perception de la répartition des tâches par les acteurs**

S'agissant de la répartition des tâches au sein du programme, le principal constat qui ressort des entretiens réalisés est celui d'une certaine confusion dans l'attribution de la fonction centrale de pilotage du programme.

---

<sup>17</sup> Voir Document de programme, p. 56

<sup>18</sup> Idem p. 56-57

Pour certains, c'est le DiPPS qui assure ce rôle, pour d'autres c'est le RP, tandis que d'autres encore se demandent s'il ne devrait pas revenir au GRSP. De leur côté, la plupart des membres du GRSP estiment avoir perdu la maîtrise de la mise en œuvre du programme et n'avoir qu'une vision très partielle des projets mis en œuvre dans leur canton respectif.

Les entretiens ont par ailleurs mis en évidence la perception que la plupart des interlocuteurs ont du rôle du responsable de programme et de son adjointe : central en ce qui concerne la recherche et le suivi des projets, comme en ce qui concerne la ligne directrice donnée aujourd'hui au programme. Certains parlent d'un poids démesuré.

Enfin, le rôle du DiPPS est fréquemment questionné, tout comme est mis en évidence le peu d'implication de certains de ses membres dans le suivi des projets cantonaux. Rappelons toutefois à cet égard que le Document de programme attribue la responsabilité de certaines tâches aux cantons (en tant qu' « organe décisionnel au niveau cantonal »), sans spécifier qui en leur sein est chargé de les exercer.

### 4.3 **Appréciations au sujet de la répartition des tâches**

Que retenir de l'analyse des documents de référence et de la perception des acteurs concernant la répartition des tâches au sein du programme ?

Il en ressort avant tout une impression de confusion, qui se manifeste aussi bien dans l'énoncé des attributions formelles revenant aux différentes instances du programme (organigramme) que dans les perceptions exprimées par les acteurs qui en sont membres.

Envisagée en premier lieu d'un point de vue formel, la répartition des tâches soulève un certain nombre de questions :

**Qui pilote 50+santé ?** Plusieurs instances (décisionnelles, exécutives ou consultatives) sont appelées à fournir des préavis en chaîne, sans réelle interaction entre eux, ces préavis étant destinés en premier lieu au responsable du programme. Les responsabilités relatives à la fonction centrale de pilotage du programme 50+santé ne sont pas attribuées de manière explicite. En dépit (ou peut-être à cause) du cumul de quatre organes décisionnels (i.e. CRASS, PSS, GRSP et DP), il est difficile de déterminer précisément à qui revient à titre principal la fonction de pilotage du programme. Est-ce à la DP ? Au responsable du programme ? Au GA, qui est qualifié dans le Document de programme (p. 56) de « groupe de pilotage » ? La combinaison d'organes décisionnels, exécutifs et/ou consultatifs, agissant de plus dans certains cas sur délégation, et composés de membres intervenant dans diverses instances, conduit finalement à occulter la fonction de pilotage. Ainsi par exemple, le GRSP, la DP et le GA ont chacun pour responsabilité de « superviser » le travail des instances qu'ils chapeautent. En principe, cela signifie que ces instances doivent contrôler le travail effectué par d'autres sans entrer dans les détails. Mais qui pilote véritablement ? Contrôler n'est pas synonyme de piloter.

**Quel rôle pour le DiPPS ?** Le DiPPS est absent de l'organigramme du programme, alors qu'il intervient en tant que tel dans la mise en œuvre du programme<sup>19</sup>. Les membres du DiPPS sont en effet *a priori* les mieux placés pour assurer le suivi et la coordination au niveau intercantonal et apprécier l'avancement des différents projets. Plusieurs d'entre eux exercent d'ailleurs la fonction de responsables de projet cantonaux dans le cadre du programme et/ou font partie du GA. Enfin, rappelons que le DiPPS a précisément pour buts de promouvoir des actions intercantionales et

---

<sup>19</sup> Voir Procès-verbaux des séances du DiPPS (période sept. 2002 à déc. 2005). Porteur initial du projet (avant qu'il ne devienne programme), détenteur de l'expertise en matière de prévention, seule instance exécutive intrinsèquement intercantonale existant au départ du programme, le DiPPS fait a priori figure d'instance-clé d'un fonctionnement efficace du programme.

d'assurer la coordination de telles actions ; en l'espèce, il se présente comme tel vis-à-vis de son environnement institutionnel.<sup>20</sup>

**Qui est chargé de la coordination du programme ?** Un examen attentif de cette question permet d'illustrer la relative confusion qui caractérise la répartition des tâches en ce qui concerne la coordination. Les spécificités de *50+santé* nécessitent en effet une coordination aux niveaux cantonal, intercantonal et intersectoriel. Toutefois, le flou existant en la matière conduit à diluer l'exercice de cette responsabilité entre les différentes instances du programme (notamment entre les responsables de projet cantonaux et le RP) :

- le Document de programme indique que le suivi et la coordination des actions sont *en principe* réglés aux niveaux cantonal et intercantonal, sans pourtant préciser qui à ces niveaux assume l'exercice de cette fonction<sup>21</sup>. De manière générale, la logique d'intervention sous-jacente au programme (*i.e.* sa théorie d'action) repose sur le postulat d'une appropriation des opportunités offertes par le programme par les acteurs qui en sont les parties prenantes. Comme il se doit, cette appropriation implique de leur part la réalisation effective des actions prévues sous l'égide du programme. Elle se décline non seulement en activités de projet proprement dites, mais aussi en activités connexes (échanges d'information au sujet et entre les projets, suivi et coordination, une ouverture sur l'environnement externe pertinent (communication, mobilisation des acteurs d'autres secteurs concernés par la problématique), etc. S'agissant plus particulièrement du suivi et de la coordination, une réelle appropriation du programme par ses parties prenantes ne peut intervenir de manière efficace qu'à la condition qu'une coordination explicite ait lieu, tant de manière horizontale (entre projets, entre acteurs cantonaux, entre secteurs concernés) que verticale (soutien et cohérence politiques, cohérence et articulation des décisions entre niveaux hiérarchiques du programme). Or, ni les cantons ni les responsables de projet cantonaux ne figurent au sein de l'organigramme de *50+santé*, alors qu'ils assument des fonctions décisionnelles (au niveau cantonal), exécutives et consultatives indispensables au bon fonctionnement du programme ;
- dans la phase de conception du programme, diverses discussions ont eu lieu au sujet des modalités de coordination entre ses composantes. L'analyse des procès-verbaux couvrant cette phase montre que cette préoccupation, fondée d'abord sur une approche pragmatique des enjeux inhérents au programme a progressivement été perdue de vue et supplantée par des hésitations et tergiversations autour de la définition de l'organigramme du programme<sup>22</sup>. Au fil de la structuration du programme, les notions de « groupe de pilotage » et de « groupe exécutif », pourtant essentielles eu égard à la fonction de coordination ont progressivement disparu, au profit de celles de « direction de programme » et de « groupe d'accompagnement » ;
- on peut déduire de ce qui précède que les tâches de coordination du programme et des projets reviennent *de fait* au responsable du programme (RP)<sup>23</sup>. Cela est le cas quand bien même les prérogatives formelles dont il dispose en la matière ne sont pas très explicites : la tâche de coordination est définie dans son mandat de la manière suivante : « coordonner la mise en œuvre des actions décidées au niveau intercantonal » et (par extension) « faire le lien avec la poursuite des actions dans les cantons »<sup>24</sup>. Si on prend au pied de la lettre la première de ces tâches, celle-ci présuppose que des décisions soient prises au préalable au niveau intercantonal, avant de pouvoir effectivement donner lieu à une quelconque coordination de la

<sup>20</sup> Charte du DiPPS ; Newsletter SSSP SwissPublicHealth No. 4, 2004, « Portrait DiPPS » p. 6 : « Par sa participation au groupe d'accompagnement, le DiPPS assure le suivi régulier du programme ».

<sup>21</sup> Document de programme pp. 28 – 34.

<sup>22</sup> La lecture parallèle des procès-verbaux du DiPPS et du GRSP est riche de renseignements à ce sujet.

<sup>23</sup> Dans le budget de *50+santé*, la rubrique « Coordination du programme » est celle qui recouvre les activités du mandataire désigné comme responsable de programme.

<sup>24</sup> Contrat de mandat entre la CRASS et ADSAN Sàrl portant sur la mission de responsable du programme 50+santé, p. 1



part du RP. Or, la question reste ouverte de savoir par qui et où se prennent de telles décisions. Le contrat de mandat liant le RP à la CRASS stipule en outre que les « modalités de détails [relatives à son mandat] sont convenues par la direction du programme, en collaboration avec le mandataire et le groupe d'accompagnement. »<sup>25</sup> Cela signifie qu'un accord explicite doit être trouvé entre la DP, le GA et le mandataire, afin de préciser les contours de son mandat ;

- enfin, le Document de programme<sup>26</sup> n'apporte que peu d'informations au sujet de la fonction de coordination. Cette fonction y est seulement évoquée dans le cadre de trois tableaux précisément intitulés « *Suivi et coordination au niveau cantonal et intercantonal du programme 50+santé* ». Les actions proposées dans ces tableaux sont déclinées en fonction des composantes du programme ; elles se répartissent par année (2004, 2005 et 2006) et donnent lieu à l'identification de tâches spécifiques de suivi et de coordination au niveau cantonal d'une part, intercantonal de l'autre. Deux de ces tableaux qualifiés de « synthèse » résument du reste la « charge de travail cantonale et intercantonale ». Il faut en déduire que, selon les termes du Document de programme, c'est aux cantons et aux responsables de projets cantonaux que devrait revenir l'essentiel des responsabilités de suivi et de coordination.

En définitive, d'un point de vue formel, aucune véritable stratégie de coordination ne figure dans les documents de référence de *50+santé*.

Par ailleurs, dans les faits, l'analyse de la mise en œuvre opérationnelle du programme conduit également à mettre en évidence différents constats qui témoignent du caractère problématique de la répartition des tâches au sein du programme.

Au niveau des décideurs politiques (CRASS), on peut tout d'abord souligner le faible engagement de leur part et leur toute récente implication dans la mise en œuvre du programme ; la CRASS, à qui est confiée l'exécution du programme, en a certes délégué la supervision au GRSP et s'est jusqu'à récemment cantonnée à approuver les plans d'action et les budgets annuels ; mais son soutien politique apporté au programme n'est pas manifeste, cela quand bien même les documents de référence de ce dernier indiquent que « [la] mise en œuvre de ce programme figurera dans les priorités de chaque canton pour les trois ans à venir »<sup>27</sup>.

On peut relever ensuite un relatif manque d'intérêt initial porté au programme par le GRSP, quand bien même il « est responsable de la bonne et fidèle exécution du mandat envers la CRASS. » Ce désengagement temporaire de sa part peut s'expliquer par le fait que le programme ne figure pas aujourd'hui parmi ses champs d'action prioritaires. De manière générale, le GRSP n'a jusqu'à récemment pas accordé beaucoup d'attention au suivi du programme.

Par ailleurs, au sein du GA, la sous-représentation d'acteurs institutionnels externes au domaine de la santé (inspection du travail, services de l'emploi et action sociale, responsables de la politique du personnel), auxquels auraient pu s'adjoindre des représentants des milieux économiques et des entreprises, ne favorise pas la réalisation des tâches de cette instance. L'absence de tels partenaires est d'autant plus problématique que sans l'accord et l'appui de ce type d'acteurs, le programme risque d'échouer dans ce qui constitue un des ses traits innovants, soit le développement de liens intersectoriels durables.

Il faut aussi déplorer le fait que la Direction du programme ne dispose pas pour exercer les tâches qui lui reviennent d'un ancrage fort au sein des structures institutionnelles et des milieux externes à la santé potentiellement concernés par le programme.

Enfin, il convient de remarquer que les relations conflictuelles et le manque de cohésion entre les diverses instances du programme ne peut manquer d'avoir des incidences sur la manière dont se traduit dans les faits la répartition des tâches au sein du programme.

---

<sup>25</sup> Idem p. 1

<sup>26</sup> Auquel il est formellement fait référence dans le mandat du RP comme base à laquelle « il conviendra de se référer au cours des différentes étapes » du programme. (p. 1)

<sup>27</sup> Résumé du Programme, § Les partenaires : rôles et responsabilités, p. 6

En définitive, telle qu'elle ressort de l'organigramme du programme et du commentaire qui lui est associé, la répartition des rôles et des responsabilités au sein de *50+santé* tend à donner l'impression qu'il existe plus d'instances et d'acteurs chargés de prendre des décisions, de préavisier ou de superviser que d'acteurs intervenant dans la réalisation effective des activités du programme.

## 4.4 Synthèse

### **Une répartition formelle des tâches discutable**

- *Absence du DiPPS dans l'organigramme alors qu'il intervient dans la mise en œuvre en tant que DIPPS.*
- *Multiplicité d'organes décisionnels qui préavisent en chaîne.*
- *Absence de définitions claires des compétences décisionnelles et de supervision.*
- *Attribution peu claire des fonctions de coordination cantonale, intercantonale et intersectorielle ainsi que de la fonction de pilotage.*
- *Aucune attribution de rôle explicite aux chefs des services cantonaux concernés par le programme.*

### **Dans les faits, une répartition des tâches problématique**

- *Faible et récente implication du politique.*
- *Présence en retrait de PSS dans le suivi du programme et sa mise en œuvre.*
- *Faiblesse du suivi par le GRSP.*
- *Au sein du GA, manque de mobilisation de partenaires extérieurs au domaine de la santé.*
- *Faiblesse de la direction du programme dans les structures institutionnelles.*
- *Rôle prépondérant des mandataires (concepteur et responsable du programme).*
- *Relation conflictuelle et manque de cohésion entre instances.*
- *Attentes divergentes entre le politique et les milieux de la prévention.*
- *Confusion dans la perception des rôles respectifs de chaque instance.*

## 5. Gestion du programme et des projets

Cette partie intègre les principaux éléments d'évaluation se rapportant à la mise en œuvre opérationnelle de *50+santé*. Elle examine successivement la procédure de sélection des projets, les modalités de suivi et de coordination, la stratégie adoptée en matière d'information/communication et l'état d'avancement des projets à la mi-parcours du programme.

### 5.1 Sélection des projets

Cette section relativement étoffée du rapport vise en outre à répondre au souhait exprimé par le GRSP de se pencher sur la procédure d'octroi des mandats de projet.<sup>28</sup>

#### *Procédure prévue*

La procédure telle qu'elle est décrite dans les documents de référence prévoit cinq étapes :

##### *Appel d'offre et proposition de projets*

Pour des projets d'un montant inférieur à 25'000 CHF, une procédure de gré à gré est applicable.<sup>29</sup> Cela a été le cas par exemple pour le projet « mesures légales » - IDS. Entre 25'000 et 150'000 CHF, plusieurs propositions seront recherchées sur invitation ; au cas où il n'y aurait qu'une seule proposition, l'attribution se fait de gré à gré (p.ex. projets IST, administration VD et FR, Pro Senectute et ASP). Entre 150'000 et 250'000 CHF, la procédure applicable comporte une invitation à au moins 3 mandataires potentiels, dont les offres font ensuite l'objet d'une sélection par le groupe d'accompagnement (p.ex. projet HEVs2). Au-delà de 250'000 CHF un appel d'offres public doit être effectué. Cette démarche est adoptée pour se conformer à l'application de l'Accord intercantonal sur les marchés publics – AIMP. L'AIMP prévoit le cas échéant des exceptions pour des projets comportant des particularités techniques.

Dans le PV de séance du GA du 15 décembre 2003, il est prévu que chaque canton organise une journée d'atelier pour discuter des composantes du programme. Chaque canton formule ensuite ses intérêts et précise ses possibilités en la matière au groupe d'accompagnement qui en discute et décide de l'attribution définitive des projets aux cantons.

##### *Examen par la Direction de programme*

Les mandataires sollicités par les responsables cantonaux soumettent leurs projets à la Direction de programme. La forme des propositions suit le modèle de présentation pour l'esquisse de projet de PSS (*documents élaborés par l'OFSP - Quint-Essenz*). La Direction de programme examine les projets puis les soumet au groupe d'accompagnement.

##### *Sélection par le groupe d'accompagnement*

Le groupe d'accompagnement s'est doté lors de sa séance du 16 février 2004 d'une grille d'évaluation pour le choix des projets cantonaux. Celle-ci est communiquée aux projets.

##### *Soumission des projets d'un montant supérieur de 25'000 CHF au GRSP*

Dans le PV de sa séance du 2 décembre 2004, le GRSP arrête la décision que les projets d'un montant supérieur à 25'000 CHF devront être soumis par courriel au GRSP. Un délai de réponse sera donné. Passé ce délai, l'accord des cantons qui n'ont pas émis de remarque sera considéré

---

<sup>28</sup> Cahier des charges de l'évaluation du programme 50+santé, p. 2

<sup>29</sup> Modalités prévues dans l'annexe au procès verbal de la séance de la Direction de programme du 26 janvier 2005

comme acquis. En cas de désaccord, une solution sera recherchée par échange de courriels. Si la démarche n'aboutit pas, la question sera traitée par le GRSP en séance.

#### *Décision finale par la CRASS*

La décision finale d'attribution d'un mandat de projet revient à la CRASS, sur préavis du GRSP. Tous les contrats de mandat sont signés par la direction de la CRASS.

#### **Mise en œuvre de la procédure de sélection**

Les informations relatives à la manière dont ont été sélectionnés les projets sont contenues dans les procès-verbaux des diverses instances. L'analyse de la mise en œuvre du processus de sélection s'avère néanmoins difficile en l'absence de documents complets, systématiques et synthétiques retraçant ces processus.

Le processus de sélection a pu être retracé pour tous les projets. Il en ressort que tous les projets s'élevant à un montant entre 25'000 et 150'000 CHF ont été choisis parmi plusieurs propositions (à l'exception de celui de Pro Senectute, seul acteur actif dans le domaine concerné). Ces propositions sont issues de sollicitations émanant des responsables cantonaux ou du responsable de programme. Le Document de programme a joué un rôle central comme base de recherche des partenaires. Cette recherche s'est néanmoins avérée difficile. Conformément à l'AIMP, le projet pour l'analyse des bases légales, d'un montant inférieur à 25'000 CHF, a été directement attribué à IDS. Par ailleurs, pour le projet de la HEVs2, la Direction de programme a décidé de suivre une procédure exceptionnelle, dûment prévue par l'AIMP, en arguant du fait qu'il n'existait aucun autre organisme présentant les caractéristiques indispensables à la réalisation de ce projet.

Aussi bien l'analyse des procès-verbaux que l'avis de nos interlocuteurs permettent d'affirmer que la procédure d'adoption prévue a été respectée pour tous les projets. Ainsi, tous ont d'abord été examinés par la Direction de programme. Son rôle est d'ailleurs perçu par plusieurs interlocuteurs comme prépondérant dans la définition des projets et leur choix. Puis les projets ont été soumis au groupe d'accompagnement. Celui-ci a pu demander certaines modifications. Les propositions du GA ont ensuite été reprises par la DP, qui décide de celles qu'elle va retenir ou pas avant de transmettre le dossier au GRSP, puis, selon la même procédure, à la CRASS. Il ressort de l'analyse des documents que ni le GRSP ni la CRASS n'ont apporté de modifications aux projets qui leur ont été soumis.

#### **Grille d'évaluation**

Pour le choix des projets, le DiPPS a établi une grille de critères. Cette grille est constituée de critères répartis sur trois niveaux. Le critère géographique prime sur tous les autres : il faut ainsi qu'un projet pilote se développe dans chaque canton. Suivent treize critères nécessaires et obligatoires de deuxième niveau : la cohérence du projet avec le programme, la cohérence interne, le besoin, la durabilité, la volonté politique et institutionnelle, la mise en réseau intercantonal du projet, l'interdisciplinarité/intersectorialité, la planification/évaluation, la reproductibilité/exportabilité, la disponibilité des ressources, la participation des acteurs concernés, l'impact/empowerment et la forme du projet. Un troisième niveau d'appréciation regroupe les critères relatifs à l'étendue/durée et au caractère innovant du projet. Ces derniers servent à départager des projets qui seraient de même qualité.

Tous les critères ont été concrétisés par des indicateurs. Cependant, il n'est fait nulle part mention du mode de leur agrégation et de leur pondération. Cela soulève un certain nombre de questions : les treize critères du deuxième niveau sont-ils tous de même importance ? Les projets au moment de leur acceptation remplissaient-ils tous les critères nécessaires et obligatoires du premier et du deuxième niveau ? Pour le savoir, une analyse systématique des procès-verbaux a été entreprise. Cette analyse ainsi que les entretiens menés ont permis de mettre en évidence que cette grille n'a pas été utilisée de manière systématique. Chaque membre du groupe d'accompagnement a été invité à l'utiliser individuellement. Il ressort des entretiens que le recours à la grille d'évaluation était inutile car le nombre de projets était faible et les différences entre projets telles que la décision s'imposait d'elle-même.

Ce choix implicite de ne pas recourir à une grille d'évaluation interpelle plusieurs membres du groupe d'accompagnement qui ont intégré ce groupe en cours de route et qui soulignent le manque de clarté du processus de choix et des critères appliqués. Cela laisse ouverte la question des critères qui ont réellement dicté les préavis du groupe d'accompagnement.

Par ailleurs, d'autres acteurs interviewés s'interrogent sur la cohérence des choix opérés en matière de projets. Alors que certains reprochent au programme d'intégrer des projets dont la visée est plus cognitive (acquérir ou recenser des connaissances) que pragmatique (s'attaquer de front à la problématique de la santé des 50 ans et plus), d'autres mettent en doute la plus-value qu'il sera possible de dégager sur un plan intercantonal (juxtaposition de projets cantonaux plutôt qu'instauration d'une véritable dynamique commune) ou soulignent l'importance de disposer de projets stratégiques à caractère politique (i.e. aptes à remettre en question les modes d'organisation administrative.)

On le voit, ces observations pointent dans différentes directions, qui peuvent sembler contradictoires entre elles. Ce n'est pourtant pas le cas si l'on garde à l'esprit les axes divers sur lesquels se fonde toute approche compréhensive de la promotion de la santé.<sup>30</sup> Ce que semble plutôt révéler ces appréciations est encore une fois le manque de perspective univoque, autrement dit la multiplicité excessive des prétentions du programme à agir sur de nombreux fronts simultanément.

## 5.2 Suivi et coordination

La coordination des actions entreprises dans le cadre de *50+santé* constitue une fonction de toute première importance. Cela en raison notamment des aspects intercantonaux et intersectoriels inhérents à la visée du programme, des options retenues pour sa mise en œuvre (stratégie « à géométrie variable ») et de la variété des projets (publics cibles et champs d'intervention différents).

Dans ce contexte, la coordination interne du programme doit permettre d'articuler l'ensemble des projets autour de la ligne force du programme ou, à défaut de ligne force initiale clairement définie, de faire émerger des axes privilégiés ou prioritaires à partir des projets eux-mêmes. Parallèlement, elle doit favoriser des synergies intercantionales entre projets, plus particulièrement entre projets relevant d'une même composante. La coordination externe doit quant à elle permettre d'inscrire le programme et ses projets dans leurs contextes politiques et organisationnels respectifs. Pour atteindre les objectifs visés, *50+santé* et les projets qui s'y rattachent doivent ainsi pouvoir être coordonnés avec d'autres programmes relevant de politiques sociales, de l'emploi et de lutte contre le chômage, tout comme doivent être trouvées des synergies avec les politiques du personnel propre aux secteurs public et privé. Or, s'agissant de coordination, qu'en est-il dans la réalité à ce stade d'avancement du programme ? Pour le savoir, nous analysons dans cette section la manière dont a jusqu'ici été appréhendée cette fonction :

- sous l'angle des attributions formelles, telles qu'il est possible de les déduire de l'analyse documentaire des sources clés du programme ;
- sous l'angle concret des mesures effectivement adoptées ou prévues.

---

<sup>30</sup> A ce sujet, voir le modèle de catégorisation des résultats adopté par PSS.

### ***Des attributions formelles ambiguës***

Les ambiguïtés dans l'énoncé formel des attributions en matière de coordination <sup>31</sup> tendent à « diluer » la fonction centrale de coordination entre les diverses instances, au risque de la faire disparaître. Le cloisonnement de chacune des instances du programme et les tensions récurrentes entre le GRSP et le DIPPS renforcent cet état de fait, alors que chacun devrait de façon coordonnée intervenir à son niveau de compétences. Ainsi par exemple, la question reste ouverte de savoir à quelle instance décisionnelle du programme revient la responsabilité de mobiliser les décideurs politiques (conseillers d'Etat), qui devrait fournir le gage d'une coordination facilitée à tous les échelons du programme.

### ***Une confusion entre suivi et coordination***

Dans les textes de référence, ces deux termes sont le plus souvent usités conjointement, comme s'ils étaient synonymes, alors que le premier exige de se tenir informé et relève plutôt d'une posture d'observateur, tandis que le second exige à la fois de faire preuve d'anticipation et de se montrer proactif, en suscitant par exemple des échanges (entre projets), des synergies ou la création d'interface entre acteurs issus de milieux différents.

### ***Une sous-estimation des enjeux liés à la coordination intersectorielle***

Le programme *50+ santé* a une visée intersectorielle. Pour qu'un tel objectif se réalise, il est indispensable que l'ensemble des acteurs concernés y adhère. Si sur le plan de la rhétorique il est peut-être difficile de s'y opposer, dans les faits, lorsqu'il s'agit de fixer des priorités, de dégager des ressources, d'accepter d'ouvrir à d'autres un domaine d'intervention dans un champ de compétences que l'on croyait être le sien, de collaborer et enfin, d'anticiper et d'intégrer les répercussions organisationnelles d'un tel programme, l'ouverture peut rapidement laisser la place au désintérêt, au blocage ou dans le meilleur des cas au laisser faire. Autant d'enjeux et de comportements qui n'ont pas vraiment été anticipés par les spécialistes de la promotion de la santé qui ont conçu ce programme et qui le mettent en oeuvre. Ceci se traduit par une maîtrise imparfaite de ces modes de fonctionnement.

### ***L'absence d'une stratégie globale de coordination intersectorielle et intercantonale***

Aucune véritable stratégie de coordination intersectorielle et intercantonale ne semble avoir été formulée de la part de la Direction du programme et/ou du RP. Il appartient à chaque projet de créer les synergies nécessaires à la réalisation de ses objectifs. Dans un contexte caractérisé le plus souvent par de forts cloisonnements entre départements, par une culture récente du partenariat public-privé et une pression à la maîtrise des coûts, la mise en oeuvre d'un programme non prioritaire exigeant de telles coordinations ne peut être déléguée à des responsables de projets, voire à des mandataires, sans une analyse stratégique du contexte, l'aval des décideurs, l'implication des acteurs clés et un accompagnement cas par cas permettant au niveau des projets la concrétisation d'une stratégie globale.

### ***La question de la coordination intercantonale et intersectorielle est peu thématifiée au sein des différentes instances du programme***

Depuis le lancement du programme, c'est au cours des séances de travail des différentes instances que la question de la coordination intercantonale aurait pu être posée. Or, il apparaît à la lecture des procès verbaux de ces différentes instances que si le thème de la santé des 50 ans et plus a bel et bien été abordé au niveau de la CRASS et du GRSP, ce n'est jamais pour traiter de cette question. Quant au groupe d'accompagnement, s'il aborde cette question c'est pour estimer

---

<sup>31</sup> Voir Section 4.3, *supra*.

la portée intercantonale des projets et non pour définir une stratégie de coordination intercantonale entre partenaires de la promotion de la santé dans les cantons latins.

### **Trois projets sur neuf sont à ce jour des projets intercantonaux**

Si chacun des projets retenus a une visée intercantonale au sens qu'ils devront permettre de tirer des enseignements et de bénéficier des expériences réalisées dans chacun des cantons concernés, force est de constater qu'à ce jour seuls trois projets (dont un de recherche) ont une dimension intercantonale d'emblée inscrite dans leurs activités. Il s'agit de l'analyse du contexte législatif, du projet de Pro Senectute et surtout du projet HEVs2, qui a un projet par canton (excepté le Tessin). Des séances de coordination étaient prévues notamment entre des projets proches menés dans les administrations cantonales ; La seule réunion réunissant l'ensemble des porteurs de projets a eu lieu le 19 janvier 2006 ; elle a permis à chacun de prendre connaissance des autres projets. Plus qu'une séance de coordination, c'était une séance d'information.

### **Des tables rondes comme principal futur outil de coordination intersectorielle ?**

A ce stade d'avancement du programme, le principal instrument destiné à favoriser la coordination entre ses activités réside dans la réalisation de « tables rondes cantonales », demeurées à ce jour au stade de projet.<sup>32</sup>

Telles que définies dans le projet susmentionné, les « tables rondes » sont censées remplir une variété d'objectifs :<sup>33</sup>

En effet :

- elles sont présentées (et conçues) comme une réponse et une alternative *a priori* pertinente aux difficultés rencontrées dans l'établissement d'inventaires des actions de promotion de la santé réalisées dans les cantons ;
- en cela, elles doivent permettre de combler l'absence de projets au sein de la composante 1 du programme ; c'est d'ailleurs sous la rubrique relative à cette composante que le projet de leur mise en oeuvre est présenté dans le dernier rapport d'activités présenté par le RP ;<sup>34</sup>
- elles ont une fonction d'« animation cantonale » et visent à susciter un « rapprochement des différents acteurs cantonaux » autour de la thématique du programme ;
- elles sont censées mettre à disposition des cantons « un outil d'échange intersectoriel ;
- elles ont pour but de promouvoir la communication externe du programme, en améliorant sa visibilité auprès des médias locaux, susceptible de « résulter par exemple dans une publication cantonale en 2006, suivie d'une mise à jour-bilan en 2007 » ;
- elles sont censées favoriser la promotion politique du programme, en mobilisant les représentants des Directions cantonales de la santé publique, de l'action sociale, de l'emploi, etc. et si possible en s'assurant de la présence (en ouverture de la session) d'un conseiller d'Etat ;
- elles doivent servir à améliorer la coordination entre les projets cantonaux et favoriser l'intercantonalité, grâce à la présentation des différents projets dans chaque canton partie prenante au programme.

---

<sup>32</sup> Voir Document « Propositions pour des tables rondes cantonales en 2006 et 2007 », 3<sup>ème</sup> version, 24 mai 2005

<sup>33</sup> Document « Propositions pour des tables rondes cantonales en 2006 et 2007 », 3<sup>ème</sup> version, 24 mai 2005 et procès-verbal du DiPPS du 29 septembre 2005

<sup>34</sup> Rapport intermédiaire 04-05 et Plan opérationnel 06-07, p. 6

Beaucoup d'attentes sont donc placées dans ces tables rondes. Le budget prévu pour leur réalisation est du reste à la mesure de ces diverses attentes : il s'élève à un montant de 224'000 CHF pour deux séries de sessions dans les cantons. Le risque est cependant réel que ces « tables rondes » ne se cantonnent en fait à de simples lieux d'échanges d'information et de discussion entre publics-cibles déjà sensibilisés à la question. Par ailleurs, les « tables rondes » ainsi conçues ne pourront garantir la coordination opérationnelle des activités déployées sous l'égide du programme au niveau intersectoriel.

### **5.3 Information – communication**

A l'instar de la fonction de coordination, l'information et la communication revêtent une importance particulière dans le cadre de *50+santé*. Elles soulèvent en effet un certain nombre de défis spécifiques, tant au niveau interne du programme (échanges et flux d'information entre les parties prenantes) qu'au niveau externe, c'est-à-dire de ce qu'il transmet en direction de l'environnement institutionnel directement ou indirectement concerné par ses activités et ses résultats.

Ci-après, ces deux aspects de la gestion du programme sont successivement analysés de la manière suivante :

- après avoir énoncé quels sont les défis auxquels doit en l'espèce répondre le programme, une première section présente une description du dispositif mis en place et des actions réalisées à ce jour ; dans une large mesure, ce dispositif recouvre des actions qui ressortent pleinement du contrôle de la DP et du responsable de programme ;
- une seconde section vise à apprécier dans quelle mesure l'information et la communication dispensées actuellement sont en adéquation avec les objectifs du programme.

#### ***Dispositif mis en place et actions réalisées sous l'égide du programme***

Diverses caractéristiques de *50+santé* posent un défi particulier en matière d'information et de communication :

- **la thématique** dont traite le programme est à bien des égards nouvelle pour plusieurs de ses publics-cibles (responsables politiques, administrations, entreprises et associations, médias et grand public, etc.). Communiquer dans un domaine innovant et encore relativement peu discuté exige une démarche et des efforts particuliers ;
- **la visée intersectorielle** de *50+santé* mobilise des champs d'action et s'adresse à des milieux (département de santé, département de l'économie, de l'action sociale, les offices de l'inspection du travail, les entreprises, les syndicats, les associations patronales) entre lesquels n'existent que très peu de réseaux de communication préétablis. De plus, les différents secteurs concernés ne partagent pas les mêmes intérêts à agir dans le domaine de la promotion de la santé en faveur des personnes âgées de 50 ans et plus. Cela rend plus complexe l'identification d'une stratégie d'information/communication pertinente, adaptée à cette variété de destinataires ;
- **la dimension intercantonale** du programme se reflète dans sa structure décisionnelle, qui implique un nombre très élevé de décideurs (CRASS, GRSP, DiPPS, représentants d'organismes fédéraux au sein du GA). La diffusion d'informations adéquates à cet éventail d'acteurs ayant des intérêts, des connaissances et des priorités différentes demande en soi un travail de communication considérable ;
- **les trois champs d'action** dans lesquels se déploient les activités du programme (santé au travail, chômage et retraite) exigent de recourir à une stratégie de communication ciblée, qui prenne en compte des besoins d'information très différents ;
- **le cumul de petits projets** tend naturellement à porter préjudice à la visibilité du programme. Pour un ou deux grands projets phares, il est plus facile de sensibiliser et d'être présent dans



les médias que pour des actions d'envergure plus modeste, comme c'est le cas pour 50+ santé ;

- **la logique de prévention** qui préside au programme inscrit ses actions dans la moyenne et la longue durée. Leurs résultats tangibles tout comme leurs effets durables ne se prêtent pas aisément à une stratégie de communication à court terme.

Pour être efficace, le dispositif d'information/communication mis en place pour le programme doit tenir compte des observations qui précèdent. Et pour se montrer efficient, il doit s'efforcer de tirer parti au mieux des ressources budgétaires attribuées afin d'assurer l'accomplissement de cette fonction. Le poste budgétaire prévu au programme pour la communication s'élève à 100'000 CHF, dont un quart (25'501 CHF) ont été dépensés pour un premier mandat attribué en 2005 à l'agence de communication Bleu-vert (VD), afin d'élaborer un logo, une charte graphique, un prospectus, et de créer le site *intranet* et *internet* du programme. Par ailleurs, rappelons qu'il est prévu que la moitié du budget communication (50'000 CHF), soit attribuée à l'organisation des "tables rondes cantonales".<sup>35</sup>

Les éléments du dispositif d'information/communication relèvent principalement des activités de la DP et plus particulièrement du responsable de programme. La mise en place et le suivi de ces différents moyens d'information sont principalement du ressort de ce dernier, qui dispose en l'espèce d'une réelle marge de manœuvre et d'un certain contrôle. De par son mandat, le RP est formellement intégré dans certains des réseaux de communication interorganisationnels. Sa tâche consiste à saisir les enjeux qui s'y jouent et à s'efforcer d'exercer une influence sur leur mode de fonctionnement.

L'état des lieux des réalisations et des actions en cours qu'il est possible de dresser au terme de l'évaluation intermédiaire conduit à mettre en évidence divers constats<sup>36</sup>.

#### *Au niveau de la communication interne :*

- **Réunions d'information cantonales** : Comme l'indique le rapport d'activités du RP présenté au terme du premier semestre 2005, des réunions d'information cantonales ont été organisées dans les cantons du Jura, de Neuchâtel, de Genève et du Valais ;<sup>37</sup>
- **Lettres d'information** : ce moyen d'information est destiné à toute personne ou institution intéressée par le programme. Huit lettres d'information ont été publiées à ce jour, la première en décembre 2004, la plus récente en février 2006. Une liste initiale de destinataires potentiellement concernés a été établie sur la base d'indications fournies par les cantons (env. 150 personnes). Cette liste s'accroît régulièrement grâce aux inscriptions enregistrées directement sur le site *internet* du programme : en mars 2006, on recense 410 récipiendaires. Le format des *newsletters* a légèrement évolué depuis leur première mouture. Elles contiennent toutefois toujours des nouveautés sur le programme, des références à la littérature spécialisée, des informations sur d'autres projets en la matière et sur les événements touchant la thématique 50+ santé. Une liste des récipiendaires figure sur le site *intranet* du programme. La lettre d'information n'est pas déclinée en fonction des besoins différents des publics à informer ;
- **Journée d'échange du 19 janvier 2006** : Une séance d'information avec tous les responsables de projet et la direction du programme a eu lieu le 19 janvier 2006 à Lausanne, au cours de laquelle chacun des projets a fait l'objet d'une présentation ;
- **Intranet** : un site *intranet* a été élaboré et ouvert aux membres de la Direction de Programme en février 2005, puis aux membres du Groupe d'accompagnement en mars 2005 et enfin partiellement à d'autres. L'intranet représente un dispositif très important dans la communication interne du programme. On y trouve un large éventail d'informations, bien que le

<sup>35</sup> Cf. Document (mai 05, 3<sup>ème</sup> version) Propositions pour des tables rondes cantonales

<sup>36</sup> L'Annexe 3 contient différentes informations chiffrées relatives à l'utilisation des différents supports d'information mis en place dans le cadre du programme.

<sup>37</sup> Rapport d'activités au 01/06/ 2005

contenu ne soit pas toujours bien actualisé et que quelques petits détails techniques puissent être améliorés (circulation dans le site, liens, titres de certaines rubriques, datation des documents, etc.)

*Au niveau de la communication externe :*

- **Internet:** le site *internet* a été complété en juillet 2005. Il intègre notamment une veille de la littérature suisse grand public, prévue jusqu'en juin 2007. Les statistiques effectuées depuis août 2005 montrent une constante augmentation des visites sur le site. En novembre il y a eu 391 visites contre 154 en août. Il ressort des statistiques une augmentation des visites suite aux envois des lettres d'information et du communiqué de presse. Le site est fréquenté surtout par des professionnels de la santé pendant les heures de bureau ;
- **Communiqué/dossier de presse :** l'ouverture du site web a fait l'objet d'un communiqué de presse assorti d'un dossier de presse le 21 octobre 2005. Cela a donné lieu à quelques répercussions dans les médias au cours des jours suivants (RSR - On en parle: émission du 25.10.2005 ; Swissinfo: article du 24.10.2005 ; tsr.ch: article du 24.10.2005 ; Bon à savoir: article du 21.10.2005) ;
- **Dépliant « Promouvoir la santé des 50 ans et plus » :** le dépliant d'information a été finalisé en novembre 2005 et transmis aux administrations cantonales pour diffusion via les membres du DiPPS le 15 décembre 2005. Ce dépliant présente le fonctionnement, les objectifs ainsi que le mode de financement du programme. Il décrit dans leurs grandes lignes les caractéristiques de six projets pilotes, présentés comme exemplaires et en cours de réalisation ;
- **Forum de discussion :** sur *l'intranet*, un forum est à disposition mais très peu utilisé à ce stade ; un forum est prévu sur le site *internet* mais pas encore installé ;
- **Présentation dans des congrès :** le RP a présenté le programme en séance plénière au Congrès national pour la promotion de la santé dans l'entreprise « 40 plus - Santé et expérience comme potentiel de l'entreprise », organisé par le Seco et PSS, le 16 mars 05. Une seconde présentation a été faite lors de la Journée de la politique nationale de santé, sur le thème « Vieillir et santé ». (Berne 3 novembre 2005) ;
- Par ailleurs, des **échanges d'information réguliers** sont garantis à travers les séances du GA, dont l'animation revient au RP.

## 5.4 Appréciation du système d'information interne et externe

Afin d'apprécier le fonctionnement du système d'information interne du programme, il convient de se pencher en particulier sur la manière dont fonctionnent (ou non) selon les acteurs concernés trois ensembles de flux d'information :

- les flux entre le responsable du programme et les différents décideurs (CRASS, PSS, GRSP, DP, GA) ;
- les flux entre le responsable du programme et les différents responsables de projet ;
- les flux « horizontaux » entre les différents responsables de projet.

Le premier flux d'information entre les responsables de programme et les décideurs a fait l'objet de nombreuses critiques lors des entretiens. Notamment, certains membres de la CRASS et du GRSP ont exprimé leur mécontentement face principalement à une information insuffisamment ciblée.

Le deuxième niveau de communication, soit celui entre les responsables de programme et les responsables de projet a également fait l'objet de critiques. Une faiblesse soulevée notamment par ces derniers réside dans le fait que l'information diffusée par le RP (lettre d'information, courriels, etc.) n'est pas assez ciblée pour un programme qui chapeaute de nombreux projets engagés dans trois domaines très différents à savoir la thématique de la santé au travail, de la retraite et du chômage. S'il est vrai que tous les chefs de projets engagés dans le programme s'intéressent d'une manière générale à ces activités, il faut également être conscient de la masse d'information à laquelle ils sont confrontés.

En ce qui concerne le troisième flux d'information qui s'avère problématique, soit la communication horizontale entre les responsables de projet, la journée d'information du 19 janvier 2006 a été très utile puisque ce n'est qu'à ce moment que les différents chefs de projet réunis ont pu procéder à un véritable échange de leurs expériences respectives. Les appréciations exprimées par plusieurs participants à cette séance témoignent de l'importance qu'il convient d'accorder à la communication horizontale. Il faut également signaler que l'intérêt d'une communication régulière entre les chefs de projet et les responsables du programme paraît limité. Ceci se manifeste dans le fait que le forum de discussion sur l'intranet, qui serait en principe un outil de communication fort utile, n'est à ce stade pratiquement pas utilisé. Seulement deux questions y ont été posées à l'adresse du RP.

S'agissant de la communication externe du programme, soit de celle qui s'adresse à des destinataires ne faisant pas partie des acteurs directement concernés par sa mise en œuvre, plusieurs observations peuvent aussi être émises au terme de l'évaluation intermédiaire.

Peu d'efforts tangibles ont été entrepris afin de faire connaître l'existence du programme au sein des entreprises, des milieux économiques (associations faïtières, syndicats), ainsi qu'auprès des départements de l'administration indirectement concernés par la thématique de la prévention, mais néanmoins concernés par le programme. Selon la répartition des tâches prévues dans le Document de programme, l'initiative d'une telle démarche devrait revenir aux cantons.<sup>38</sup>

Jusqu'à ce jour, la communication externe a principalement été engagée au moyen des différents supports mis en évidence dans la section précédente, sans que le programme ne soit parvenu à assurer une véritable visibilité.

Pour le grand public, le programme *50+ santé* s'est rendu visible surtout via la présence dans les médias de masse qui a cependant été jusqu'ici relativement faible. Vu le nombre limité des visiteurs du site Internet, il faut partir du principe qu'il n'était pas possible d'atteindre un public plus large par ce biais de communication.

Dans la liste de distribution de la lettre d'information figurent surtout les gens impliqués dans le programme et des spécialistes en la matière. Le même public d'experts avait été visé par la présentation du programme lors du Congrès national pour la promotion de la santé dans l'entreprise et lors de la Journée de la politique nationale de santé "Vieillir et santé".

Le dépliant a été transmis aux administrations cantonales par les membres du DiPPS à la fin de l'année 2005. Il a été distribué à d'autres occasions où le programme était présenté, à des personnes toutefois déjà le plus souvent sensibilisées par le programme.

A ce stade de la mise en œuvre, il apparaît donc que l'une des principales difficultés de ce programme se situe au niveau de sa visibilité, *a priori* préteritée par la taille limitée de projets pour la plupart inscrits dans un contexte local, ainsi que par leur état d'avancement. Ces caractéristiques demandent un effort particulier en matière de communication à destination de tous les publics cibles.

Il ressort de cette analyse que de façon générale, le dispositif d'information et de communication instauré pour le programme s'avère composite. Il relève plus de l'adjonction d'actions diverses que d'une véritable stratégie d'information et de communication. Il a progressivement été mis en place, au gré de l'avancement des activités et de la disponibilité croissante d'informations pertinentes à diffuser. Dans un programme mobilisant un éventail très large d'acteurs institutionnels, la circulation et la maîtrise des flux d'information ne reposent pas uniquement sur l'adoption d'un dispositif adéquat. Tant quantitativement que qualitativement, elles dépendent aussi de la manière dont fonctionnent (ou ne fonctionnent pas) les réseaux de communication interorganisationnels dans lesquels se trouvent engagés les acteurs du programme, préalablement à et indépendamment de ce dernier. Autrement dit, le dispositif de gestion et diffusion de l'information adopté pour *50+santé* est en partie tributaire de facteurs communicationnels qui se situent *a priori* hors du contrôle de la DP et du responsable de programme. Seule dans ce contexte une stratégie

---

<sup>38</sup> Voir Document de programme p. 56 : [les cantons] « favorisent la communication et la visibilité du programme sur leur territoire. »

de communication explicite (plutôt que le cumul d'actions diverses) pourrait être à même de contourner ou de surmonter de tels facteurs. Une telle stratégie n'a pas à ce jour été explicitée.

## 5.5 Etat d'avancement des projets - atteinte des objectifs

Une appréciation objective de l'état d'avancement des projets nécessite de porter un regard rétrospectif sur les conditions initiales dans lesquelles est né le programme. Le rythme d'avancement des projets tend en effet à refléter celui qui a présidé à la conception du programme. La teneur des résultats observables au terme de l'évaluation intermédiaire doit par conséquent être mise en perspective avec les difficultés qui ont caractérisé la gestation du programme et qui continuent à en influencer le déroulement. Ainsi, l'évaluation de l'atteinte des objectifs à mi-parcours de sa phase opérationnelle traduit à sa manière les contingences et les contraintes inhérentes à tout programme innovant d'une certaine envergure.

Dans cette section, nous analysons donc successivement :

- les conditions dans lesquelles est né le programme ;
- les conditions initiales de mise en œuvre des différents projets ;
- l'état d'avancement des projets et leurs outputs observables à mi-parcours du programme ;
- les perspectives d'atteinte des objectifs au terme de l'expérience-pilote.

### Un lent démarrage du programme

L'évaluation des outputs actuels des projets<sup>39</sup> gagne à être appréhendée en fonction des réalités institutionnelles propres à 50+santé, notamment de celles relatives à la temporalité caractéristique du mode de fonctionnement des instances cantonales. Pour rappel :

- **les premières réflexions préparatoires** à l'origine du programme 50+santé ont débuté au courant du second semestre 2002, suite à la signature d'une convention de collaboration entre la CRASS et PSS en mai de la même année. Entre la fin juin 2002 et novembre 2003, 18 mois ont été nécessaires à l'élaboration conceptuelle du programme. Au cours de cette période, plusieurs ateliers de réflexion ont eu lieu au sein du DiPPS, permettant notamment de régler les objets suivants : analyse des besoins, consultations au sein des cantons, synthèse des priorités cantonales et identification de la thématique du programme, conception d'un avant-projet, élaboration d'un document de programme, discussions de la structuration formelle du programme ;
- **la validation formelle du programme** par la CRASS est intervenue en novembre 2003 ; quant à elle, l'approbation de la requête soumise par la CRASS auprès du Conseil de Fondation de PSS est intervenue en janvier 2004 ;
- **la finalisation de l'organisation formelle** du programme (organigramme – répartition des compétences entre instances) s'est poursuivie durant tout le premier semestre 2004, pour s'étendre encore au-delà du lancement effectif du programme ;
- **la phase opérationnelle du programme** a débuté en juillet 2004, étant donné notamment les délais nécessaires à la procédure d'engagement d'un responsable de programme.

En somme, plus de 32 mois ont été nécessaires au lancement de 50+santé (*i.e.* avant qu'un seul projet ne soit mis en œuvre). C'est à l'aune de ce constat qu'il convient d'apprécier les résultats concrètement atteints à ce stade par les différents projets retenus. En effet :

- à l'exception d'un projet dont l'approbation contractuelle est intervenue en décembre 2004 déjà<sup>40</sup>, tous les contrats de projet ont été approuvés entre mars et septembre 2005<sup>41</sup> ;

<sup>39</sup> Cf. *infra*.

<sup>40</sup> Projet HEVs2

- cela signifie qu'à la fin décembre 2005, les projets se trouvaient tout au plus à la mi-parcours de leur phase de mise en œuvre (deux projets – HEVs2 et Pro Senectute), un seul projet étant d'ores et déjà achevé (Législation IDS).

La mise en œuvre effective et le rythme d'avancement des projets ont donc été tributaires de la lenteur de démarrage du programme. Celle-ci peut s'expliquer pour diverses raisons, dont sont conscientes plusieurs des personnes interrogées dans le cadre de l'évaluation :

- difficulté intrinsèque de toute nouvelle forme de collaboration entre institutions ;
- caractère novateur de la collaboration socio-sanitaire intercantonale, dans un domaine peu prioritaire, qui plus est touchant une thématique (la santé des seniors) encore largement inexplorée dans le contexte suisse ;
- difficultés inhérentes au développement d'une approche intersectorielle, facteur de complexité supplémentaire ;
- nécessité de convaincre des acteurs étrangers au domaine de la prévention de l'intérêt de cette problématique ;
- recherche difficile des projets potentiellement prometteurs ;
- long processus de sélection, validation et contractualisation des projets retenus ;
- caractère pilote de certaines des actions proposées ;
- identification délicate d'un dénominateur commun réunissant toutes les parties prenantes ;
- mise en place problématique de la collaboration entre le GRSP et le DiPPS.

Etant donné le caractère innovant à plusieurs titres du programme, la complexité de son organisation, les ambitions élevées affichées par ses initiateurs, le fait que celui-ci ait mis du temps à trouver ses marques dans différents domaines (mise en place des collaborations, sélection et validation des projets, initialisation de mise en réseau, promotion de synergies, etc.) n'est en soi pas surprenant.

### ***Une mise en œuvre problématique de plusieurs projets***

Il ressort de l'analyse et des entretiens que diverses difficultés rencontrées au niveau des projets ont parfois entravé une mise en œuvre suivant le planning prévu, cela pour de multiples raisons :

- absence de soutien politique clairement affirmé ;
- absence de réseau institutionnel préalablement établi au moment de la conception du projet ;
- déficit de communication au sujet des enjeux, des attentes et des objectifs visés par le(s) projet(s) ;
- manque de concertation avec les groupes-cible ou avec les responsables d'unités faisant l'objet d'études ;
- déficit d'information et de consultation initiale des acteurs (p. ex. chefs de services, responsables du personnel) directement ou indirectement concernés ;
- absence d'identification initiale des conditions de réussite du ou des projet(s), mauvaise perception des facteurs externes au(x) projet(s) (*i.e.* facteurs hors du contrôle des responsables) susceptibles d'entraver leur déroulement.

De manière générale, ces difficultés témoignent d'un déficit de contextualisation et d'un manque de compréhension des dimensions institutionnelles, interinstitutionnelles et organisationnelles sous-jacentes au programme.

Depuis peu, de telles difficultés tendent de plus en plus manifestement à être prises en considération par les responsables des projets cantonaux concernés. Cela témoigne à notre avis

---

<sup>41</sup> Voir les contrats de mandat respectifs et le Document ADSAN « Rapport intermédiaire 04 -05 et Plan opérationnel 06 – 07 ».

du fait qu'un réel processus d'apprentissage organisationnel (et interinstitutionnel) est progressivement en train de se développer par le biais du programme *50+santé*. Divers efforts de réajustements de la mise en œuvre de projets sont actuellement déployés. Ainsi par exemple, suite à des erreurs d'appréciation initiales commises par défaut d'expériences préalables sur lesquelles s'appuyer mais aussi à cause d'une méconnaissance des réalités institutionnelles, aussi bien le projet de l'administration vaudoise que celui de l'administration fribourgeoise ont modifié la stratégie de mise en œuvre de leurs projets (p. ex. appui obtenu de la part du Conseil d'Etat, procédure participative, démarche d'agrément des chefs de service concernés par l'étude, etc.)<sup>42</sup>.

En outre, la mise en œuvre et les rythmes d'avancement des projets externes aux administrations cantonales qui eux se trouvent pouvoir bénéficier de réseaux (inter)institutionnels, intercantonaux ou intersectoriels préexistants au Programme (p. ex. Pro Senectute, HEVs2), témoignent *a contrario* du fait que les difficultés rencontrées par les projets émanant des administrations et s'appliquant à elles s'inscrivent bel et bien dans une logique de « *capacity-building* » institutionnel, toujours lente et difficile à instaurer de manière concrète.

### **Peu d'outputs tangibles à mi-parcours du programme**

L'évaluation intermédiaire a porté essentiellement sur le contenu et sur les modalités de mise en œuvre du programme. Elle a aussi consisté à interroger ses conditions de faisabilité, dans un souci d'optimiser ses chances de réussite. A ce stade, il n'est donc guère possible de se prononcer en toute rigueur au sujet de l'envergure des résultats susceptibles d'être atteints au terme de cette phase pilote. La démarche d'évaluation à ce stade d'avancement du programme ne peut que se cantonner à un bilan partiel : il est prématuré d'apprécier avec précision les effets et les impacts obtenus dans les différents cantons, ou sur les plans intercantonal et intersectoriel. Seuls les outputs observables peuvent à ce stade faire l'objet de commentaires.

A mi-parcours, peu d'outputs tangibles sont à mettre au crédit du programme. Il en va de même de la question de l'impact sur les populations-cibles du programme. Cela n'a rien de surprenant à ce stade. Rappelons en effet que le Document de programme est, dans la définition des buts de ce dernier tout comme dans l'énoncé de ses attendus, tout à fait explicite au sujet de la nature et de la portée des résultats susceptibles d'être atteints au terme de l'expérience-pilote :

*« Pendant la durée relativement courte de ce programme pilote, le nombre de personnes touchées directement sera restreint. Ainsi, le programme ne va pas changer radicalement la qualité de vie d'une majorité de personnes de 50 ans et plus dans le court terme, mais il permettra de développer de nouveaux outils, d'influencer les politiques publiques et de modifier les pratiques. Il pourra ainsi avoir un impact très notable sur la santé des personnes de 50 ans et plus dans le moyen et le long terme. »*<sup>43</sup>

### **L'état d'avancement des projets et les éventuelles difficultés rencontrées**

Les études de cas relatives aux projets achevés ou en cours de réalisation permettent de mettre en évidence l'état d'avancement actuel et les difficultés rencontrées par chacun d'entre eux.

#### *Veille de la littérature sur la santé et le travail (composante 2) - IST*

L'institut Universitaire Romand de Santé au Travail (IST) participe au programme 50+ santé en établissant un système de veille de la littérature en la matière. Ce volet du programme vise en premier lieu à renforcer les connaissances des promoteurs et participants du programme. En deuxième lieu, il est prévu que les contributions de l'IST servent d'appui scientifique (*knowledge base*) à l'organisation de deux séries de sept séminaires cantonaux, auxquels seront invités

---

<sup>42</sup> Voir les documents relatifs au projet Admin Vaud : « Note au Conseil d'Etat, adressée par le Chef du DSAS le 3 février 2006 (projet), ainsi que le « Protocole de recherche » révisé adopté en février 2006.

<sup>43</sup> Document de programme p. 59

l'ensemble des chefs de projets, certains décideurs politiques, des employeurs, des syndicats, des groupes de chômeurs de 50 ans et plus.<sup>44</sup>

Actuellement, les outputs de ce projet résident dans la mise à disposition de fiches scientifiques sur le site internet de *50+ santé*, sous la rubrique "Documentation". La répartition thématique de ces fiches est organisée en fonction des trois champs d'action du programme ("travailleurs de 50 ans et plus", "chômage" et "retraite"). Plus d'une vingtaine de fiches sont aujourd'hui disponibles, la plupart (soit 16 fiches) relevant du premier des champs d'action. Les travaux progressent normalement, au rythme de 4 à 5 fiches supplémentaires chaque mois.

#### *Mesures légales - contexte législatif du chômage (composante 3) – IDS*

Ce projet, mené par l'Institut de droit de la santé de l'Université de Neuchâtel, s'est achevé en décembre 2005, par la fourniture d'un rapport intitulé "Le rôle clé des mesures législatives dans le cadre du programme 50+ santé: l'assurance-chômage". Ce document est disponible sur l'intranet de *50+ santé*.

#### *Amélioration des conditions de travail des 50+ dans l'administration cantonale vaudoise (composante 4) – IST (Admin VD)*

Ce projet est mené par l'IST, en collaboration avec la division du Médecin cantonal et du Pharmacien cantonal (MCPC), rattachée au Service cantonal de la Santé Publique (SSP). A ce stade, l'équipe de projet est en négociation avec les responsables de services administratifs cantonaux afin d'obtenir leur autorisation pour la réalisation de l'enquête au sein de leurs unités.

La possible réticence des responsables de services à l'égard de cette étude a été sous-estimée lors de la conception de la recherche. Deux craintes ont notamment été avancées par les chefs de services concernés : d'une part, qu'une telle étude comporte le risque d' "identifier des problèmes auxquels les directions ne pourraient pas répondre", suscitant par là de faux espoirs chez les collaborateurs ; d'autre part, que cette recherche puisse faire "émerger de 'faux besoins'." Confrontés à ces difficultés, les responsables du projet ont récemment renforcé leurs efforts en matière de communication et adopté une démarche plus participative destinées à emporter l'adhésion des chefs de services sollicités.

#### *Santé au travail 50ans +: quels facteurs protecteurs ? (composante 4) – FCHO (Admin FR)*

La Fondation Charlotte Olivier (FCHO) de l'Université Fribourg a été mandatée pour mener une recherche en matière de santé au travail au sein de l'administration fribourgeoise. L'originalité de son approche réside dans le fait qu'il ne s'agit pas d'identifier les facteurs de risque, comme l'ont déjà fait de nombreuses autres études, mais de comprendre les facteurs protecteurs de la santé au travail.

La réalisation du projet se heurte aux mêmes difficultés que celles rencontrées dans le cadre de l'administration vaudoise. Les faiblesses initiales du projet et les mesures de corrections nécessaires sont désormais clairement identifiées, la recherche sera en mesure de démarrer aussitôt obtenues les autorisations nécessaires (accès à la banque de données du personnel de l'Etat).

#### *Catalogue d'actions exemplaires de santé au travail pour les travailleurs seniors (composante 4) - Juragenda21-equiterre*

Ce projet a pour objectif de dresser un catalogue de mesures favorables aux 50 ans et plus au travail. Ces informations seront principalement adressées aux chefs d'entreprises et responsables

---

<sup>44</sup> Voir Document ADSAN (2005) « Propositions pour des tables rondes cantonales en 2006 et 2007 », p. 3 : Exemple type d'une Table-Ronde.

du personnel et mises à disposition sur un site internet. Jusqu'à maintenant le site a été conçu et une première sélection des éléments du catalogue a également été faite.

Lors de la journée d'information du 19 janvier 2005, la discussion faisant suite à la présentation des résultats intermédiaires de ce projet a permis de mettre en évidence un risque significatif associé à l'intention d'établir un tel catalogue : les expériences menées à l'étranger ont en effet démontré qu'un inventaire de ce type comporte le danger de stigmatiser les travailleurs de 50 ans et plus, et par conséquent de défavoriser encore davantage ce groupe sur le marché du travail. L'équipe de projet a été rendue attentive à la question ainsi qu'aux risques d'effets pervers de la démarche.

#### *Pour une organisation du travail promotrice de santé chez les 50 ans et plus dans une entreprise (composante 4) – ASP*

L'Action en Santé publique (ASP) a été mandatée pour réaliser un projet qui élabore et met en œuvre des recommandations pour améliorer le bien-être au travail et la santé des collaborateurs de 50 ans et plus dans une entreprise neuchâteloise ; ceci notamment pour diminuer l'absentéisme.

Une première entreprise s'est retirée en septembre 2005, juste avant le lancement du projet et cela malgré un premier accord avec les dirigeants. Les négociations avec une nouvelle entreprise ont par ailleurs échoué. D'une manière générale, il s'avère difficile de motiver les chefs d'entreprise à prendre au sérieux le problème de la santé au lieu de travail, à agir au-delà d'une simple politique cosmétique et à tenir compte des perspectives d'amélioration de productivité.

#### *Amélioration de l'impact des séminaires de préparation à la retraite par rapport à la promotion de la santé (composante 5) - Pro Senectute*

En Suisse Romande, Pro Senectute offre des séminaires de préparation à la retraite dans tous les cantons. Actuellement une centaine de séminaires par an est organisée au profit des entreprises et de leurs collaborateurs arrivant au terme de leur vie professionnelle, touchant par ce biais environ 1400 à 1500 participants. L'évaluation de ces séminaires, menés sous l'égide du programme, vise à augmenter leur qualité : il s'agit donc d'améliorer une prestation préexistante à l'échelle intercantonale.

En novembre 2005, un premier bilan intermédiaire a été réalisé (évaluation intermédiaire). Des séances de *focus groups* ont permis de concevoir puis valider les instruments nécessaires à la phase de recherche qualitative. L'avancement du projet respecte donc le planning initial.

#### *Prévention des effets néfastes du chômage sur la santé des personnes de plus de 50 ans (composante 6) - HEVs2*

Ce projet est composé de 8 sous-projets pilotes (un dans chacun des cantons romands, et 3 dans le Jura), qui sont coordonnés et étroitement encadrés par la Haute école santé-social Valais (HEVs2). Ces sous-projets pilotes sont mis en œuvre par des institutions privées locales.

Concrètement, le projet global contient les composantes qui visent toutes à rompre le cercle vicieux chômage durable – précarisation de la santé – baisse de l'employabilité. Malgré le fait que le projet a rencontré des retards initiaux, il s'agit d'un projet bien avancé qui bénéficie d'une expérience, d'une volonté et surtout de réseaux de collaboration préexistants. De tous les projets composant *50+santé*, ce projet est celui dont la portée intercantonale est la plus clairement affirmée.

Le Tableau synthétique des projets réalisés, en cours ou prévus (état février 2006), reproduit en Annexe 4, fournit diverses indications au sujet des outputs produits à ce stade et des perspectives offertes à terme en matière d'intercantonalité, d'intersectorialité et de pérennisation des actions.



### **Des perspectives d'atteinte des objectifs sujettes à conditions**

La faiblesse des outputs concrets enregistrés à ce jour ne veut pas nécessairement dire que peu de résultats significatifs pourront être enregistrés au terme de la phase pilote : nous l'avons vu, la plupart des projets sont à ce stade dans leur phase initiale. Mais quoi qu'il en soit, les résultats auxquels parviendront (dans la meilleure des hypothèses) les différents projets inclus à ce stade dans le programme ne pourront qu'être à la mesure des finalités poursuivies par chacun d'entre eux : étant donné que plusieurs projets (composantes 1 à 3) portent principalement sur une documentation ou sur des analyses de l'existant destinées à en identifier la pertinence et les changements à lui apporter<sup>45</sup>, il est d'ores et déjà inscrit dans le programme que peu de réalisations bien tangibles et à forte visibilité en ressortiront.

Au niveau des différents projets en cours, on peut constater que tous conservent de réelles possibilités d'atteindre leurs objectifs respectifs. Il s'ensuit qu'au niveau du programme considéré dans son ensemble, les finalités affichées au départ conservent, à certaines conditions, leurs chances de se voir satisfaites. Pour que cela se vérifie effectivement au terme de la phase pilote, soulignons toutefois d'ores et déjà qu'un certain nombre de modifications, de réajustements ou de réorientations s'avèrent indispensables. Ceux-ci devraient être favorisés par un engagement plus substantiel des organes décisionnels du programme ainsi que par un accompagnement plus ciblé de la part du responsable de programme<sup>46</sup>.

## **5.6 Synthèse**

### **Critères de sélection des projets**

- L'AIMP et le processus interne d'adoption ont été respectés lors de la recherche et de la sélection de projets.
- Le responsable de programme et le document de programme ont été centraux quant au choix des projets.
- La recherche de partenaires et de projets pertinents s'est avérée difficile.
- Une grille d'évaluation pour la sélection des projets existe, mais n'est pas utilisée de manière systématique.
- Le processus et les critères de choix ne sont pas clairs pour tous les membres du groupe d'accompagnement.
- Le GRSP et la CRASS avalisent les projets sans les modifier.
- Les choix opérés en matière de projets sont mis en question par de nombreux interlocuteurs.
- La multiplicité des prétentions du programme à agir sur de nombreux fronts simultanément engendre un doute au sujet de ce que le programme prétend effectivement faire.

### **Suivi et coordination**

- La réussite du programme dépend dans une large mesure de la manière dont est assurée la coordination de ses diverses composantes.
- Les attributions formelles des tâches de coordination sont ambiguës.
- Les enjeux liés à la coordination ont été sous-estimés.
- A ce stade, une stratégie de coordination doit être définie.
- La coordination est rendue d'autant plus difficile que certains projets n'ont pas de liens entre eux.

<sup>45</sup> Conformément au Document de programme, p. 26 notamment.

<sup>46</sup> Voir § Recommandations.

**Information - communication**

- Pour être efficace, le dispositif d'information/communication mis en place pour le programme doit tenir compte de ses caractéristiques spécifiques.
- L'information et la communication dispensées actuellement ne sont que partiellement en adéquation avec les objectifs du programme.
- L'information mise à disposition est principalement destinée aux membres du GA et des responsables de projet ; elle n'est pas adaptée pour le GRSP et les décideurs politiques.
- La communication reste insuffisante au niveau des projets et entre projets.
- S'agissant de la communication externe, elle a tardé à se mettre en place en raison du lent démarrage du programme ; les supports sur lesquels elle repose aujourd'hui (internet et lettres d'information) demeurent insuffisants ; elle est peu ciblée.

**Etat d'avancement des projets – atteinte des objectifs**

- La mise en œuvre effective et le rythme d'avancement des projets ont été tributaires de la lenteur de démarrage du programme. De manière générale, les outputs tangibles enregistrés à mi-parcours du programme sont faibles, il en va de même de son impact, ce qui à ce stade du projet n'est pas surprenant.
- Plusieurs projets ont rencontré des difficultés initiales qui ont dans certains cas entravé une mise en œuvre suivant le planning prévu.
- Les projets les plus avancés sont ceux qui bénéficient d'une expérience, d'une volonté et de réseaux de collaboration préexistants.
- Deux projets ont clairement une visée intercantonale (HEVs2, Pro Senectute).
- Les projets émanant des administrations sont ceux dont la mise en œuvre est à ce jour la plus problématique faute d'appui institutionnel.
- L'implication d'une grande entreprise s'avère aujourd'hui difficile pour le projet dont c'est l'objectif (ASP).
- Certains projets visent à renforcer les connaissances des promoteurs du programme (revue de la littérature et description de la législation sur le chômage) ou ont comme visée l'amélioration de prestations préexistantes (évaluation de Pro Senectute).
- De manière générale, la mise en œuvre des projets souffre d'un manque de prise en compte du contexte institutionnel et organisationnel.
- Les projets en cours conservent de réelles possibilités d'atteindre leurs objectifs respectifs, à la condition qu'un certain nombre de modifications, de réajustements ou de réorientations indispensables soient apportées au fonctionnement du programme.

## 6. Conclusion - Réponse aux questions d'évaluation

### La théorie d'action du programme est-elle en adéquation avec les objectifs visés ?

L'examen de la théorie d'action sous-jacente à *50+santé* aboutit au constat que celle-ci n'est que partiellement en adéquation avec les objectifs visés par le programme. Elle pâtit en effet d'un certain nombre d'incohérences, qui sont en grande partie à l'origine des difficultés constatées à la mi-parcours de sa mise en œuvre.

En analysant successivement le programme sous l'angle de sa cohérence interne et de sa cohérence externe, l'évaluation intermédiaire a d'abord permis d'un côté de mettre en évidence la pertinence globale de la théorie d'action sur laquelle se fonde le programme :

- la mise en perspective de la théorie d'action de *50+santé* avec le modèle adopté et préconisé par PSS pour la mise en œuvre de projets de prévention ou de promotion de la santé permet d'affirmer que du point de vue de la promotion de la santé, la théorie d'action qui sous-tend le programme est cohérente.

Toutefois, d'un autre côté, l'évaluation intermédiaire a aussi conduit à relever un certain nombre d'insuffisances ou de lacunes dont souffre le programme, dès lors qu'on l'envisage sous l'angle de sa cohérence externe. De ce point de vue, la théorie d'action mise en œuvre par les partenaires de *50+santé* se caractérise par un manque d'attention portée aux enjeux liés à sa mise en œuvre ainsi qu'aux dimensions institutionnelles et organisationnelles pourtant incontournables s'agissant d'un programme à visée intercantonale et intersectorielle. Il s'ensuit qu'à mi-parcours, *50+santé* souffre d'un déficit d'ancrage institutionnel.

Le résultat en est un manque de lien entre la théorie d'action du programme d'une part, et la logique d'intervention, les modes de fonctionnement, les réalités, opportunités et contraintes caractéristiques des institutions publiques et privées, d'autre part.

D'autres éléments tendent à réduire l'adéquation de la théorie d'action de *50+santé* aux objectifs visés :

- le concept retenu, qui se caractérise par 9 petits projets, visant 6 publics-cibles, répartis dans 3 champs d'actions et structurés en fonction de 6 composantes répondant chacune à des finalités diverses, rend difficile une claire compréhension (et appropriation) du programme et particulièrement délicats son pilotage et sa mise en œuvre. Par ailleurs, cela ne favorise pas une traduction concrète de la visée intercantonale et intersectorielle poursuivie par le programme ;
- au surplus, la complexité intrinsèque du programme est encore accrue par l'adoption d'un modèle de mise en œuvre « à géométrie variable », qui prive *50+santé* d'un ancrage et d'une identité communément partagée dans tous les cantons. Le concept « à géométrie variable » a en effet pour conséquence que, à ce stade d'avancement du programme, sa dimension proprement intercantonale ne ressort pas explicitement du cumul des activités déployées jusqu'ici (projets) et qu'il semble falloir attendre que démonstration soit faite de la pertinence des divers projets (soit le terme du programme) pour qu'apparaisse enfin la portée régionale qu'il revendique ;
- la combinaison de ces différents facteurs tend à préteriter la visibilité du programme. En définitive, la multiplicité de prétentions affichées par le programme engendre aussi des interprétations divergentes et de nombreux doutes quant aux objectifs effectivement atteignables par le programme.

### **La répartition des tâches entre acteurs est-elle adéquate ?**

Envisagée d'un point de vue formel, la répartition des tâches est discutable. Les compétences décisionnelles et de supervision attribuées aux différents partenaires du programme ne sont pas clairement définies. Aussi, le cumul d'organes décisionnels, exécutifs et/ou consultatifs agissant dans certains cas sur délégation et composés de membres intervenant dans diverses instances contribue à la confusion des rôles et occulte les deux fonctions centrales que sont le pilotage et la coordination.

Par ailleurs, plusieurs instances (décisionnelles, exécutives ou consultatives) sont appelées à fournir des préavis en chaîne, sans réelle interaction entre eux, ce qui alourdit les processus de décision. Il est enfin surprenant de constater que le DIPPS est absent de l'organigramme du programme alors qu'il intervient en tant que tel dans sa mise en œuvre ainsi que par le truchement de sa forte représentation au sein du GA.

Dans les faits, la manière dont se concrétise la répartition des tâches s'avère aujourd'hui problématique : au niveau des décideurs politiques (CRASS), on peut tout d'abord souligner le faible engagement de leur part et leur toute récente implication dans la mise en œuvre du programme. On peut relever ensuite un relatif manque d'intérêt initial porté au programme par le GRSP. De manière générale, le GRSP n'a jusqu'à récemment pas accordé beaucoup d'attention au suivi du programme. Par ailleurs, au sein du GA, la sous représentation d'acteurs institutionnels externes au domaine de la santé (inspection du travail, services de l'emploi et action sociale), auxquels auraient pu s'adjoindre des représentants des milieux économiques et des entreprises, ne favorise pas la réalisation des tâches de cette instance. Il faut aussi déplorer le fait que la Direction du programme ne dispose pas pour exercer les tâches qui lui reviennent d'un ancrage fort au sein des structures institutionnelles et des milieux externes à la santé potentiellement concernés par le programme. Enfin, il convient de remarquer que les relations conflictuelles et le manque de cohésion entre les diverses instances du programme ne peuvent manquer d'avoir des incidences sur la manière dont se traduit dans les faits la répartition des tâches au sein du programme.

### **Quel est le processus de sélection et d'octroi des projets ?**

Le processus de sélection et d'octroi des projets respecte les règles de l'AIMP ainsi que les règles définies en interne. Les appels d'offres ou la recherche de mandataires sont tous définis en référence avec le Document du programme. Tout au long de cette phase caractérisée par la difficulté de trouver des projets, le responsable de programme joue un rôle central. Le GA préavise le choix des projets, le critère géographique (un projet par canton) préside à ses prises de position. Jusqu'à tout récemment, le GRSP et la CRASS ont avalisé les propositions sans les modifier.

### **Les projets sont-ils en adéquation avec les objectifs du programme ?**

La réponse à cette question dépend de la manière dont on appréhende les objectifs du programme et des attentes que l'on a envers ses résultats escomptés. Si l'accent est porté sur la compréhension d'une problématique et sur l'initiation d'un processus dont les effets ne seront perceptibles qu'à moyen et long terme, l'intégralité des projets retenus peut s'avérer pertinente et appropriée. En revanche, si l'on privilégie une approche du programme en termes de résultats tangibles et mesurables au terme de l'expérience-pilote, la réponse à la question doit être plus nuancée. Tous les projets s'inscrivent certes dans un cadre cohérent en terme de prévention et de promotion de la santé ; ils peuvent tous être rattachés à l'une ou l'autre des catégories adoptées dans le modèle préconisé par PSS. Toutefois, la variété même des projets mis en œuvre sous l'égide du programme tend à priver ce dernier de lignes de force clairement identifiables, ce qui porte notamment atteinte à sa visibilité.

## Quels sont les facteurs qui expliquent les difficultés de démarrage des projets ?

La mise en œuvre effective et le rythme d'avancement des projets ont été tributaires de la lenteur de démarrage du programme. Celle-ci peut s'expliquer pour diverses raisons, dont sont conscientes plusieurs des personnes interrogées dans le cadre de l'évaluation :

- difficulté intrinsèque de toute nouvelle forme de collaboration entre institutions ;
- caractère novateur de la collaboration socio-sanitaire intercantonale, dans un domaine peu prioritaire, qui plus est touchant une thématique (la santé des seniors) encore largement inexplorée dans le contexte suisse ;
- difficultés inhérentes au développement d'une approche intersectorielle, facteur de complexité supplémentaire ;
- nécessité de convaincre des acteurs étrangers au domaine de la prévention de l'intérêt de cette problématique ;
- recherche difficile des projets potentiellement prometteurs ;
- long processus de sélection, validation et contractualisation des projets retenus ;
- caractère pilote de certaines des actions proposées ;
- identification délicate d'un dénominateur commun réunissant toutes les parties prenantes ;
- mise en place problématique de la collaboration entre le GRSP et le DiPPS.

De plus, il ressort aussi de l'analyse et des entretiens que diverses difficultés rencontrées au niveau des projets ont parfois entravé une mise en œuvre suivant le planning prévu, cela pour de multiples raisons :

- absence de soutien politique clairement affirmé ;
- absence de réseau institutionnel préalablement établi au moment de la conception du projet ;
- déficit de communication au sujet des enjeux, des attentes et des objectifs visés par le(s) projet(s) ;
- manque de concertation avec les groupes-cible ou avec les responsables d'unités faisant l'objet d'études ;
- déficit d'information et de consultation initiale des acteurs (p. ex. chefs de services) directement ou indirectement concernés ;
- absence d'identification initiale des conditions de réussite du ou des projet(s), mauvaise perception des facteurs externes au(x) projet(s) (*i.e.* facteurs hors du contrôle des responsables) susceptibles d'entraver leur déroulement.

De manière générale, ces difficultés témoignent d'un déficit de contextualisation et d'un manque de compréhension des dimensions institutionnelles, interinstitutionnelles et organisationnelles sous-jacentes au programme.

## La communication et la coordination sont-elles en adéquation avec les objectifs visés ?

De par ses spécificités, le programme *50+santé* est particulièrement exigeant en matière d'information/communication d'une part, de coordination d'autre part.

S'agissant de la communication, le programme pose des défis particuliers, auxquels *50+santé* se doit de répondre (thématique nouvelle, approche intersectorielle, dimension intercantonale de la mise en œuvre, champs d'actions divers, cumul de petits projets, logique de prévention aux effets tangibles non immédiatement perceptibles).

De nombreuses mesures concrètes ont progressivement été mises sur pied par la DP et le RP, tant en matière de communication interne qu'externe. Ces mesures sont de manière générale en adéquation avec les objectifs visés par le programme. Elles s'avèrent toutefois peu ciblées.

Le dispositif d'information et de communication instauré pour le programme s'avère composite. Il relève plus de l'adjonction d'actions diverses que d'une véritable stratégie d'information et de communication. Il a progressivement été mis en place, au gré de l'avancement des activités et de la disponibilité croissante d'informations pertinentes à diffuser. Dans un programme mobilisant un éventail très large d'acteurs institutionnels, la circulation et la maîtrise des flux d'information ne reposent pas uniquement sur l'adoption d'un dispositif adéquat. Tant quantitativement que qualitativement, elles dépendent aussi de la manière dont fonctionnent (ou ne fonctionnent pas) les réseaux de communication interorganisationnels dans lesquels se trouvent engagés les acteurs du programme, préalablement à et indépendamment de ce dernier. Autrement dit, le dispositif de gestion et diffusion de l'information adopté pour *50+santé* est en partie tributaire de facteurs communicationnels qui se situent *a priori* hors du contrôle de la DP et du responsable de programme. Seule dans ce contexte une stratégie de communication explicite (plutôt que le cumul d'actions diverses) pourrait être à même de contourner ou de surmonter de tels facteurs. Une telle stratégie n'a pas à ce jour été explicitée.

La coordination des actions entreprises dans le cadre de *50+santé* constitue aussi une fonction de toute première importance. Cela en raison notamment des aspects intercantonaux et intersectoriels inhérents à la visée du programme, des options retenues pour sa mise en œuvre (stratégie « à géométrie variable ») et de la variété des projets (publics cibles et champs d'intervention différents). Pourtant, l'évaluation intermédiaire a conduit à relever plusieurs constats permettant d'affirmer qu'à ce stade d'avancement du programme, l'exercice de cette fonction essentielle n'est que partiellement assuré et ne contribue pas par conséquent à promouvoir de manière optimale l'atteinte des objectifs du programme :

- les attributions formelles en matière de coordination souffrent d'ambiguïtés, ce qui tend à « diluer » l'exercice de cette fonction centrale entre les diverses instances du programme ;
- il ressort des documents de référence de *50+santé* une certaine confusion entre les activités et responsabilités de suivi et celles de coordination ; alors que les premières peuvent se satisfaire d'une posture d'observateur ou de superviseur, les secondes exigent l'adoption d'une attitude nettement proactive, fondée en principe sur une stratégie explicite ;
- les enjeux liés aux exigences de coordination intersectorielle ont été sous-estimés ;
- l'absence d'une véritable stratégie de coordination intercantonale et intersectorielle est à déplorer : il appartient à chaque projet de créer les synergies nécessaires à la réalisation de ses objectifs. Or, dans un contexte caractérisé le plus souvent par de forts cloisonnements entre départements, par une culture récente du partenariat public-privé et une pression à la maîtrise des coûts, la mise en œuvre d'un programme exigeant de telles coordinations ne peut être déléguée à des responsables de projets, voire à des mandataires, sans une analyse stratégique du contexte, l'aval des décideurs, l'implication des acteurs clés et un accompagnement cas par cas permettant au niveau des projets la concrétisation d'une stratégie globale ;
- en matière de coordination intercantonale, peu de mesures concrètes ont été envisagées au sein des instances décisionnelles du programme ;
- trois projets sur neuf comportent explicitement une dimension intercantonale : si chacun des projets retenus a une visée intercantonale au sens qu'ils devront permettre de tirer des enseignements et de bénéficier des expériences réalisées dans chacun des cantons concernés, force est de constater qu'à ce jour seuls trois projets (dont un de recherche) ont une dimension intercantonale d'emblée inscrite dans leurs activités ;
- à ce stade d'avancement du programme, le principal instrument destiné à favoriser la coordination entre ses activités réside dans la réalisation de « tables rondes cantonales », demeurées à ce jour au stade de projet. Alors que beaucoup d'attentes sont placées dans ces tables rondes, le risque est réel que celles-ci ne se cantonnent en fait à de simples lieux d'échanges d'information et de consultation entre publics-cibles déjà sensibilisés à la question. Telles qu'elles sont envisagées à ce stade, les « tables rondes » ne pourront garantir à notre avis la coordination opérationnelle des activités déployées sous l'égide du programme, notamment au niveau intersectoriel.

**Quels sont les résultats du programme dans les différents cantons et sur le plan intercantonal ?**

Les projets ne sont aujourd'hui pas suffisamment avancés pour parler d'effets et de pérennité. Seuls les outputs observables peuvent faire l'objet de commentaires. A la mi-parcours du programme, peu d'outputs tangibles sont à mettre au crédit du programme. Toutefois, en dépit de diverses difficultés rencontrées, l'avancement de la plupart des projets suit son cours assez normalement.

Pour la plupart des projets, des réseaux intercantonaux et intersectoriels peinent à voir le jour, en l'absence d'une culture et de pratiques préexistantes en la matière. Ainsi, les projets les plus avancés sont ceux qui bénéficient d'une expérience, d'une volonté et de réseaux de collaboration préexistants (HEVs2, Pro Senectute). Les projets émanant des administrations sont en revanche ceux dont la mise en œuvre est à ce jour la plus problématique, faute notamment d'appui institutionnel.

Plusieurs projets ont rencontré des difficultés initiales qui ont dans certains cas entravé une mise en œuvre suivant le planning prévu. La difficulté de démarrage de certains projets met aussi en évidence la sensibilité du thème traité ainsi que les indispensables liens à établir entre les champs d'activités investis et leur contexte.

Chacun réalise néanmoins aujourd'hui l'ambition, les difficultés et les richesses du programme : un processus d'apprentissage collectif est ainsi en train de s'instaurer, fondé parfois sur une démarche « par essai et erreur ». En définitive, les projets en cours conservent de réelles possibilités d'atteindre leurs objectifs respectifs, à la condition qu'un certain nombre de modifications, de réajustements ou de réorientations indispensables soient apportées au fonctionnement du programme.

## 7. Recommandations

*Les constats issus de l'évaluation conduisent à une appréciation actuellement nuancée des chances de succès du programme. Ils appellent à la poursuite de l'expérience pilote moyennant divers réajustements. Les pistes de recommandations sont conçues dans cet esprit et doivent pouvoir être mises en œuvre rapidement.*

### Recommandations relatives aux objectifs du programme

- **Reconnaître l'importance du programme au niveau des cantons latins**

Le programme est né d'une double opportunité, celle de la mise à disposition de ressources financières par PSS pour co-financer un projet latin avec la CRASS, et celle du souhait du DiPPS de lancer un projet novateur. Conçu par une mandataire externe à l'administration et porté pour sa mise en œuvre en grande partie par un mandataire lui aussi externe à l'administration, le programme *50+santé* ne fait pas partie des programmes prioritaires des cantons latins. Ce programme répond cependant à un besoin établi et documenté par de nombreuses recherches<sup>47</sup>. Il justifie en cela que les cantons latins initient un processus de collaboration à long terme en la matière. Pour tirer parti des efforts d'ores et déjà investis, il paraît aujourd'hui indispensable qu'un signal politique clair soit donné à ce projet en lui reconnaissant l'importance qui est la sienne et en lui allouant les ressources qui devaient lui être accordées à travers la mise à disposition de 20% du temps de travail des responsables cantonaux de la prévention.

- **Clarifier les objectifs du programme et définir des résultats concrets à atteindre**

Pour certains, l'objectif du programme pilote en cours de mise en œuvre est celui de saisir un contexte d'intervention, de créer un réseau et d'initier un processus, en particulier de coordination. Alors que pour d'autres, ce programme doit permettre la mise sur pied d'actions intercantionales concrètes et pérennes.

Cette appréciation parfois non convergente des objectifs du programme est source d'ambiguïtés qu'il s'agit de lever. Il paraît donc indispensable qu'un accord s'établisse sur les objectifs concrets à atteindre d'ici à la fin du programme pilote.

### Recommandations relatives à la répartition des tâches

- **Clarifier la répartition des tâches et renforcer le rôle des instances du programme pour la suite du projet**

Outre le manque d'ancrage institutionnel du programme, l'évaluation a mis en évidence l'absence de clarté dans la répartition des rôles, en particulier ceux de pilotage et de coordination intercantonale et interinstitutionnelle. C'est pour pallier à ces manques que la redéfinition suivante de la répartition des tâches pour la suite de programme est proposée :

---

<sup>47</sup> Références notamment disponibles sur le site web du programme (internet)



### CRASS : définition des lignes stratégiques et appui politique

La CRASS et PSS définissent les lignes stratégiques du programme, soit les axes d'intervention privilégiés du programme quant à son contenu et à la politique intercantonale à mener, son public cible, ses résultats concrètement attendus, son cadre budgétaire et son planning. La CRASS décide de l'attribution des mandats dont le montant est supérieur à 25'000 CHF. Chaque membre de la CRASS est responsable, au niveau de son canton, de s'assurer de l'accord et de l'appui de ses homologues Conseillers d'Etat quant à la mise en oeuvre de projets intersectoriels.

### GRSP : pilotage de la mise en oeuvre

Le GRSP est responsable de la direction de la mise en oeuvre du programme, soit de son pilotage. Il fixe en accord avec la direction du programme des indicateurs qui lui permettront de suivre l'évolution des objectifs et du cadre budgétaire fixés par la CRASS. Il valide la politique de coordination intercantonale et intersectorielle ainsi que la politique d'information du programme, qui traduisent les lignes stratégiques définies par la CRASS et PSS. Sur proposition du groupe d'appui, il prend les mesures de réajustement nécessaires à l'atteinte des objectifs fixés. Il préavis à l'attention de la CRASS l'attribution des projets dont le montant est supérieur à 25'000 CHF, le plan d'action annuel et le budget. Les chefs de service membres du GRSP sont par ailleurs responsables, au niveau de leur canton, de l'instauration d'une coordination intersectorielle avec leurs homologues chefs de service concernés par la mise en oeuvre du programme.

### Direction de programme : plate-forme du programme

Présidé par un représentant du GRSP, la Direction de programme est composée d'un chef de service de la santé, d'un médecin cantonal, du président du DIPPS, du responsable de programme et d'un représentant de PSS convié jusqu'à ce jour à titre d'observateur. Le rôle de ce dernier mériterait d'être renforcé. La Direction de programme finalise les documents destinés aux diverses instances et prépare leurs réunions. Elle décide de l'attribution des mandats dont le montant est inférieur à 25'000 CHF. Le président de la Direction de programme et le président du DIPPS supervisent les travaux du responsable de programme.

### Groupe d'appui: appui à la direction de programme et préavis à l'attention du GRSP

Pour favoriser l'ancrage institutionnel du programme, il paraît indispensable que des représentants des milieux directement concernés soient impliqués dans son suivi. Présidé par le président de la direction de programme, le groupe d'appui est composé d'un représentant cantonal des questions sociales, de la santé, de l'emploi, du chômage, du personnel et de la communication, du président du DIPPS, ainsi que d'un représentant de PSS, du SECO, de la SUVA et de la Fédération des entreprises romandes. Réuni environ quatre fois par année, ce groupe appuie la direction de programme et préavis à l'attention du GRSP la politique de coordination intersectorielle et intercantonale, le plan d'action annuel et son budget, la politique de communication et d'information du programme, les informations relatives au suivi de la mise en oeuvre du programme, d'éventuelles mesures de réajustement du programme et des projets, et enfin les mesures de pérennisation et de transférabilité des expériences réalisées.

### DiPPS : suivi des projets et propositions de mesures visant à la transférabilité des expériences

Le DiPPS est responsable du préavis à l'attention de la direction de programme et du GRSP du choix des projets et des informations relatives à leur suivi. Il propose les mesures qui permettront d'assurer la pérennisation et la transférabilité des projets réalisés.

Par ailleurs, chaque membre du DiPPS doit s'assurer que les responsables de projet, dans le canton qu'il représente, remplissent les objectifs qui leur ont été fixés ; dans le cas contraire, il détermine avec le responsable de programme les mesures à envisager et les personnes à solliciter pour trouver une solution. Il informe régulièrement le chef du service de son canton de l'état d'avancement du projet et sollicite son intervention si nécessaire pour établir des relations

intersectorielles dans son canton. Il prépare à l'attention du RP une information relative à l'avancement des projets sur la base des indicateurs définis par le GRSP.

#### Responsable du programme : force de proposition et de réalisation

Le RP (mandataire) est chargé de proposer un plan d'action annuel et un budget, une politique de coordination intercantonale et intersectorielle, une politique de communication et d'information et s'il y a lieu, des mesures de réajustement du programme et des projets. Il met en oeuvre les options retenues par la CRASS et le GRSP dans ces différents domaines. Par ailleurs, il appuie les responsables de projets dans l'accomplissement de leurs tâches.

#### Les responsables de projet dans les cantons remplissent leur contrat

Les responsables de projet respectent les termes de leur contrat, informent régulièrement le/les responsable/s de la promotion de la santé concernés ainsi que le responsable de programme de l'état d'avancement de leurs travaux. Ils veillent tout particulièrement à la transférabilité et à la pérennisation de leur expérience.

#### Recommandations relatives à l'institutionnalisation du programme

- **Renforcer la prise en compte des contextes de mise en oeuvre des projets et fixer le cadre de ce qui est acceptable et faisable d'un point de vue institutionnel et organisationnel**

Certains des projets ont pour objectif de mettre en évidence les facteurs de stress chez les personnes de 50 ans et plus, tandis que d'autres doivent mettre en évidence les facteurs favorables au bien-être de ces personnes à travers des enquêtes réalisées dans une entreprise ou dans des services de l'administration. D'une part, de telles enquêtes font naître des attentes qui ne pourront pas toutes être satisfaites (tous les facteurs de stress ne pourront pas être réduits ou éliminés) ; d'autre part, la prise en compte de certaines des propositions émanant de ces enquêtes ou des projets menés en parallèle va entraîner des modifications organisationnelles. Pour surmonter un certain nombre de réticences des responsables du personnel dues à cet ensemble d'inconnues et favoriser la mise en oeuvre des recommandations issues du programme, il est important de fixer le cadre de ce qui est acceptable et faisable du point de vue organisationnel et institutionnel, et de cadrer en conséquence les enquêtes et projets.

- **Impliquer les responsables du personnel et les chefs de service**

Les responsables du personnel et les chefs de service doivent non seulement être informés et étroitement impliqués dans les projets, mais en être si possible les porteurs, dans la mesure où l'on souhaite qu'un processus d'apprentissage soit créé et les recommandations mises en oeuvre. Il s'agit ainsi de trouver les arguments et la méthode qui permettront au programme de ne pas stigmatiser des situations ou des rôles, mais d'amener à réfléchir ensemble sur ce qui permettrait aux employeurs comme aux employés de bénéficier des modifications apportées par le programme.

## **Recommandations relatives à l'organisation du programme**

- **Définir une politique de coordination**

L'évaluation a mis en évidence de nombreuses lacunes en ce qui concerne d'une part la coordination entre les objectifs et les projets du programme, les projets entre eux, et d'autre part la coordination interinstitutionnelle et interorganisationnelle. La répartition des tâches proposée devrait permettre de combler ces lacunes, pour autant que chacun endosse ses responsabilités. La distribution de nouveaux rôles n'aura cependant pas les effets escomptés si elle n'est pas accompagnée d'une réelle politique de coordination intercantonale et intersectorielle, qui nécessite la définition d'objectifs communs, d'objets de coordination et de modalités de coordination.

- **Cibler la politique d'information et de communication**

L'information interne est une information brute qui permet de retrouver les documents du programme et rend en partie transparents ses processus de décision. L'information disponible est inadaptée aux décideurs et aux membres du GRSP, qui doivent pouvoir s'appuyer sur une information condensée et structurée en fonction des responsabilités qui sont les leurs. Un effort conséquent dans ce sens mérite d'être entrepris. L'information externe est adressée à un public qui l'a demandée ou qui figure dans les listes des responsables de la prévention, soit à un public déjà ouvert et sensible aux questions traitées. Une démarche importante doit aujourd'hui être menée pour sensibiliser les publics-cibles du programme à son existence et à son importance. Des messages adaptés à chaque type d'acteur doivent ainsi être définis, avec une attention particulière aux risques d'effets pervers d'une telle information, qui pourrait être la stigmatisation des personnes de 50 ans et plus, présentées comme des personnes particulièrement stressées, fatiguées ou malades. La définition d'une telle stratégie de communication exige la mise en évidence des intérêts en jeu et des avantages de chaque partenaire à participer au programme. Enfin l'information des responsables des projets sur les liens existants entre leurs différents projets est à renforcer.

## **Recommandations relatives aux projets**

- **Regrouper les projets**

L'addition de petits projets visant plusieurs publics-cibles occulte les lignes de force du programme et porte atteinte à sa visibilité. C'est la raison pour laquelle un effort particulier devrait être porté à ce stade du programme non seulement sur la création de synergies fortes entre les projets relevant de composantes identiques (en particulier les composantes 4 à 6), mais également sur leur refonte dans un souci de transférabilité et de pérennisation des actions.

- **Renforcer l'appui aux projets et à la transférabilité des résultats**

Le suivi des projets doit être intensifié et les responsables, conscients à ce jour des difficultés institutionnelles et organisationnelles liées à la mise en œuvre de leurs projets, doivent être épaulés dans leurs démarches visant à l'atteinte de leurs objectifs et à l'instauration de la coordination intersectorielle et intercantonale. Une attention particulière doit être portée à la possibilité de valorisation des expériences et à leur transférabilité.

## 8. Annexes

### Annexe 1 : Sources documentaires

#### Documents d'arrière-plan

Promotion Santé Suisse (2003). *Principes de collaboration entre les cantons et Promotion Santé Suisse. Pour la mise en œuvre de cadres cantonaux de promotion de la santé et le développement de politiques publiques favorables à la santé.* Berne, mai 2003.

Promotion Santé Suisse (2005). *Guide pour la catégorisation des résultats. Outil de catégorisation des résultats de projets de promotion de la santé et de prévention.* 2<sup>ème</sup> version revue et corrigée. Berne, juillet 2005.

Ita Mark (2005). *Bases légales, structures et financement public de la prévention et de la promotion de la santé au niveau fédéral.* Document de travail élaboré sur mandat de Promotion Santé Suisse, avril 2005.

Promotion Santé Suisse (non daté). *Promotion de la santé et décisions politiques*, [www.promotionsante.ch](http://www.promotionsante.ch).

#### Documents relatifs au programme et aux projets

*Convention de collaboration entre la CRASS, par le DiPPS, et Promotion Santé Suisse.*

*Contrat de financement de projet entre PSS et la CRASS* (avril 2004).

Schopper Doris (2003). *50+santé. Promotion de la santé chez les personnes âgées de 50 ans et plus. Document de programme.* Septembre 2003.

Schopper Doris (2003). *50+santé. Promotion de la santé chez les personnes âgées de 50 ans et plus. Résumé du programme.* Septembre 2003.

Stuckelberger Astrid (2003). *Promotion de la santé des personnes de 50 et plus. Mandat d'analyse de la bibliographie fournie par le Centre de documentation en santé publique (CDSP), Rapport final établi pour la CRASS.* Avril 2003.

DiPPS (2004) « 50+santé » *Promotion de la santé chez les personnes âgées de 50 ans et plus.* Présentation au Congrès national de la promotion de la santé dans l'entreprise, Colloque parallèle No. 6, 11 mars 2004

*SwissPublicHealth* (2004). « Portrait DiPPS », Newsletter SGPG/SSSP/SSPH No. 4, 2004, p. 6.

*Contrat de mandat entre la CRASS et ADSAN Sàrl (mandataire).*

ADSAN (2005). *Le programme 50+santé.* Présentation Powerpoint, juillet 2005.

ADSAN (2005). *Cahier des charges de l'évaluation du programme 50+santé*, août 2005.

*Lettres d'information 50+santé.* N° 1 à 8 : déc. 04, fév. 05, 20 avril 05, 27 avril 05, sept. 05, nov. 05, déc. 05, fév. 06.

ADSAN (2005). *Propositions pour des tables rondes cantonales en 2006 et 2007*, 3<sup>ème</sup> version, 24 mai 2005.

#### Fiches de projet et contrats de mandat relatifs aux projets

Santé et travail à 50 ans et plus : environnement de travail favorable à la santé physique et mentale (composante 2) – mandataire IST.

Mesures légales – contexte législatif du chômage (composante 3) – mandataire IDS.

Santé au travail 50ans+ : quels facteurs protecteurs ? (composante 4) – mandataire FCHO (Admin FR).

Amélioration des conditions de travail des 50+ dans l'administration cantonale vaudoise (composante 4) – mandataire IST (Admin VD).

Pour une organisation du travail promotrice de santé chez les 50 ans et plus dans une entreprise (composante 4) – mandataire ASP.

Catalogue d'actions exemplaires de santé au travail pour les travailleurs seniors (composante 4) – mandataire Juragenda21-Equiterre.

Amélioration de l'impact des séminaires de préparation à la retraite par rapport à la promotion de la santé (composante 5) – mandataire Conférence Romande des organisations cantonales de Pro Senectute.

Prévention des effets néfastes du chômage sur la santé des personnes de plus de 50 ans (composante 6) – mandataire HEVs2.

### Procès verbaux

Extraits des PV des séances du GRSP entre le 10 avril 2003 et le 1er décembre 2005.

Séances de la DP: 28 octobre 2004 / 26 janvier 2005 / 28 février 2005 / 25 avril 2005 / 30 mai 2005.

Séances du GA: 2 novembre 2004 / 13 décembre 2004 / 21 mars 2005 / 20 juin 2005 / 28 octobre 2005.

Ateliers de réflexion et séances du DiPPS: 24 septembre 2002 / 17 décembre 2002 / 18 mars 2003 / 27 juin 2003 / 10 septembre 2003 / 10 novembre 2003 / 15 décembre 2003 / 11 mars 2004.

Extraits PV séances DiPPS portant sur le programme 50+ santé entre le 13 janvier 2003 et le 12 décembre 2005.

### Rapports d'activité

Plan opérationnel 2004 (PO 04) et rapport intermédiaire (juillet-sept. 04) – 30 septembre 2004.

Rapport d'activités du 4<sup>ème</sup> trimestre 2004 – 18 février 2005.

Rapport d'activités du 1<sup>er</sup> trimestre 2005 – 8 avril 2005.

Rapport d'activités au 1<sup>er</sup> juin 2005 – 1 juin 2005.

Rapport intermédiaire 04 – 05 et Plan opérationnel 06 07 – 23 janvier 2006.

## Annexe 2 : Liste des personnes interrogées

<b>Direction de programme (3)</b>		
Daniel Laufer	Président direction de programme	Entretien en face-à-face
Pascal Froidevaux	Représentant PSS	Entretien en face-à-face
Jacques Bury	Responsable du programme	Entretien en face-à-face

<b>Membres CRASS (1) / GRSP (8)</b>		
Claude Hêche	Président CRASS (JU)	Entretien téléphonique
Iva Bolgiani	Représentante GRSP (TI)	Entretien téléphonique
Marc Diserens	Membre GRSP (VD)	Entretien en face-à-face
Georges Dupuis	Président GRSP (VS)	Entretien téléphonique
Jean-Marc Guinchard	Membre GRSP (GE)	Entretien en face-à-face
Gabriel Nusbaumer	Membre GRSP (JU)	Entretien téléphonique
Patrice Zurich	Membre GRSP (FR)	Entretien téléphonique
Yves Martignoni	Ancien secrétaire général du GRSP	Entretien téléphonique

<b>Groupe d'accompagnement (8)</b>		
Antoine Casabianca	Représentant TI (DiPPS) Président DiPPS 2005	Entretien téléphonique
Elisabeth Debenay et Philippe Granget	Représentante GE (DiPPS)	Entretien téléphonique
Elisabeth Marty-Tschumi	Représentante VS (DiPPS) Présidente DiPPS 2006	Entretien téléphonique
Annick Rywalski	Représentante FR (DiPPS)	Entretien téléphonique
Chloé Saas	Représentante JU (DiPPS)	Entretien téléphonique
Lysiane Ummel Mariani	Représentante NE (DiPPS)	Entretien téléphonique
Urs Näpflin	Représentant SUVA	Entretien téléphonique
Joseph Weiss	Représentant SECO	Entretien téléphonique

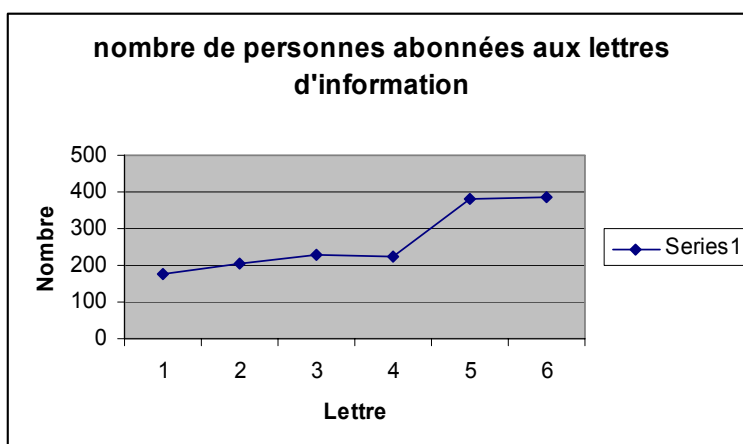
<b>Responsables des projets (7)</b>		
Rosalie Beuret	Resp. projet <i>Juragenda 21</i>	Entretien téléphonique
Guy Bovey	Pro Senectute	Entretien téléphonique
Vera Bustamante	Admin VD	Entretien téléphonique
Sophie Le Garrec	Admin FR	Entretien téléphonique
Béatrice Despland	Resp. projet <i>mesures législatives</i>	Entretien téléphonique
Jean-Pierre Papart	Resp. projet <i>ASP</i>	Entretien téléphonique
Jean-Charles Rey	Coordinateur projet <i>HEVs2</i>	Entretien en face-à-face

<b>Autres (1)</b>		
Doris Schopper	Auteur du « Document de programme »	Entretien téléphonique

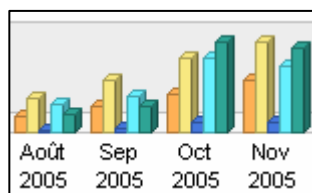
### Annexe 3: Données statistiques relatives aux supports d'information/communication de 50+santé

Les données présentées ci-dessous sont extraites du Document : ADSAN (2006) *Rapport intermédiaire 04-05 et Plan opérationnel 06-07*.

Abonnements à la lettre d'information :



Consultations du site internet :



Mois	Visiteurs différents	Visites	Pages	Hits	Bande passante
Aug-05	74	154	1335	10580	34.71 Mo
Sep-05	120	234	1605	14097	52.58 Mo
Oct-05	168	329	4438	27817	172.02 Mo
Nov-05	228	391	3973	24666	161.01 Mo



#### Annexe 4: Tableau synthétique – Projets réalisés, en cours ou prévus – Etat février 2006

Projets	Durée du projet	Objectifs	Acteurs impliqués	Settings Groupes-cibles	Perspectives intercantionales	Perspectives intersectorielles	Outputs / Etat d'avancement	Pérennisation des actions
<i>Composante 1 : activités de promotion de la santé</i>								
Aucun projet n'est mis en œuvre sous cette composante								
<i>Composante 2 : environnement de travail favorable à la santé</i>								
<b>Littérature IST - Vaud</b>	Mai 05 Avril 07	Veille de la littérature sur la santé et le travail	Institut Universitaire Romand de Santé au Travail (IST)	50+ santé	NON	NON	Fiches de lecture (disponibles sur le site internet)	NON
<i>Budget: CHF 58'000</i>								
<i>Composante 3 : mesures législatives</i>								
<b>Législation IDS</b>	Juillet 05 Décembre 05	<b>Rapport</b> Tableau descriptif de la législation sur le chômage	Institut de droit de la santé (IDS) Uni Neuchâtel	CRASS Destinataire du rapport	OUI Analyse intercantonale	Faible, comporte une partie sur les assurances sociales	Rapport remis en décembre 05	NON
<p><i>Remarques:</i> Le rapport, « le rôle clé des mesures législatives dans le cadre du programme 50+ santé : l'assurance-chômage », a été établi en décembre 2005. Il comporte une étude du droit fédéral, des régimes cantonaux, une analyse de la jurisprudence, un examen des questions relatives à la coordination entre les régimes d'assurances sociales (LACI – LAI – LAVS – LPP), de la collaboration interinstitutionnelle et des révisions législatives en cours.</p> <p>La recherche est présentée comme étape nécessaire afin de comprendre l'environnement légal du programme 50+ santé, compréhension qui est condition à la réalisation des buts du programme. Cependant, la recherche ne se concentre que sur les assurances sociales, en particulier l'assurance-chômage.</p> <p><i>Budget: CHF 15'600</i></p>								

Projets	Durée du projet	Objectifs	Acteurs impliqués	Settings Groupes-cibles	Perspectives intercantionales	Perspectives intersectorielles	Outputs / Etat d'avancement	Pérennisation des actions
<i>Composante 4 : réduction des difficultés liées à l'âge dans le travail</i>								
<b>ADMIN FRIBOURG</b>	Jun 05 Sept. 06	Identification des éléments positifs (objectifs et ressentis) permettant de conserver son emploi après 50 ans  <b>Catalogue de mesures</b> issues de la population-cible elle-même	Fondation Charlotte Olivier (FCHO)	Ensemble des services de l'administration cantonale fribourgeoise Employés de l'administration cantonale fribourgeoise	Faibles actuellement  Progrès possibles d'ici la fin du projet	Faibles actuellement  Progrès possibles d'ici la fin du projet	Faibles actuellement, aucun output tangible en raison de l'attente d'autorisations (accès à la banque de données du personnel de l'Etat)  Apprentissage des difficultés internes à l'administration  Faiblesses initiales, corrections nécessaires et conditions de réussite clairement identifiées  Amélioration en cours de la stratégie de mise en œuvre  Recherche prête à démarrer (dès autorisations obtenues)	Possible si améliorations notables dans le projet
<p><i>Remarques: A l'heure actuelle, le questionnaire et la grille d'entretien sont élaborés. Cependant, l'autorisation d'accès à des fichiers de données (de la caisse de pension de l'Etat de Fribourg) et l'approbation des responsables de service n'est pas encore accordée. L'équipe de projet a reconnu la nécessité de changer la stratégie de communication en intégrant davantage les personnes concernées.</i></p> <p><i>Budget: CHF 86'913</i></p>								
<b>ADMIN VAUD</b>	Sept. 05 Déc. 06	Identifier les facteurs protecteurs et défavorables à la santé au travail  Sensibilisation  Eventail de mesures	Institut Universitaire Romand de Santé au Travail (IST)	Employés de l'Etat de Vaud	Faibles actuellement  Progrès possibles d'ici la fin du projet	Faibles actuellement  Progrès possibles d'ici la fin du projet	Faibles actuellement  Nouveau protocole de recherche adopté en fév. 06  Négociations en cours avec les chefs de services	Possible si améliorations notables dans le projet
<p><i>Remarques: En ce moment, l'équipe de projet est en train d'obtenir l'accord de différents chefs de service pour la participation à la recherche. Sept chefs de service ont été sollicités dont deux ont donné une réponse positive, deux ont refusé et trois ne se sont pas encore prononcés au moment de l'évaluation. Cependant, les responsables du projet sont convaincus que le nombre de personnes des services favorables à l'enquête serait suffisant pour la réalisation du projet.</i></p> <p><i>Budget: Fonds propres CHF 31'000 / 50+ santé CHF 56'200</i></p>								
<b>ADMIN TESSIN</b>	Accord obtenu des conseillers d'Etat en novembre 05 – pas encore contractualisé							
<b>Travailleurs seniors Jura – Equiterre</b>	Sept. 05 Sept. 06	Etablir un catalogue de mesures favorables aux 50 ans et plus au travail	Administration cantonale du Jura Equiterre	Surtout les cadres d'entreprises de PME	Faibles actuellement  Progrès possibles d'ici la fin du projet	Oui  Collaboration avec les secteurs de la santé publique, du travail, de l'égalité des genres	Certain retard  Etablissement des premières fiches du catalogue	Possible, si le catalogue est entretenu et accessible sur internet à long terme

Projets	Durée du projet	Objectifs	Acteurs impliqués	Settings Groupes-cibles	Perspectives intercantionales	Perspectives intersectorielles	Outputs / Etat d'avancement	Pérennisation des actions
<p><i>Remarques:</i> Le projet avait commencé dans le cadre de juragenda21 avant le début du programme 50+ santé. Par la suite, le programme a modifié le projet en le recentrant sur les 50 ans et +.</p> <p>Le projet suit son cours avec un certain retard. Des premiers exemples ont été choisis. Le catalogue sera disponible sur internet à partir du milieu de 2006.</p> <p><i>Budget:</i> CHF 94'700</p>								
<b>Travailleurs seniors ASP</b>	Mars 05 Mars 06	Introduire des mesures en faveur des 50 ans et plus dans une entreprise	ASP Une entreprise privée à définir	Cadre de l'entreprise	Non	Non	Certain retard Négociations avec une entreprise intéressée	Possible, si le projet réussi à introduire les mesures
<p><i>Remarques:</i> Une première entreprise, Cartier, s'est retirée en septembre, juste avant le début de la mise en œuvre du projet et cela malgré un premier accord avec les dirigeants.</p> <p>Les négociations avec une nouvelle entreprise sont en cour de route. Il manque encore l'accord définitif des dirigeants de CAPSA.</p> <p><i>Budget:</i> CHF 60'700</p>								
<b>Composante 5 : prévention des problèmes de santé mentale et physique au lendemain de la retraite</b>								
<b>Retraite Pro Senectute</b>	Juin 05 Juin 06	Évaluer la pertinence des messages, du contexte et du processus des séminaires PS  Connaître l'impact sur le public-cible  Fournir des éléments d'analyse destinés à renforcer l'impact des séminaires	Conférence romande PS (CROC)  Formateurs et participants aux séminaires PS  Responsables RH des entreprises offrant des séminaires  Responsables PS de préparation à la retraite  ASP (chargé dévaluation)	Directions romandes PS  Formateurs PS Romandie et Suisse alémanique  Direction PS Suisse  Clients PS : DRH, entreprises partenaires  Autres : entreprises, associations, services sociaux  A TERME : préretraités participants aux séminaires PS de 50 ans et plus	Fortes, à l'échelle romande mais aussi suisse alémanique (réseau intercantonal préexistant)	OUI, notamment avec les entreprises partenaires de PS	Evaluation intermédiaire achevée, dont les résultats sont très positifs  Etape 2 du projet en cours (récolte des données)  Bilan des enseignements utiles pour d'autres prestataires et exploitation audio-visuelle sont à l'étude	OUI, du fait de la maîtrise de la mise en œuvre des changements (améliorations de la qualité) par PS  Valorisation possible au-delà de PS Romandie

Projets	Durée du projet	Objectifs	Acteurs impliqués	Settings Groupes-cibles	Perspectives intercantionales	Perspectives intersectorielles	Outputs / Etat d'avancement	Pérennisation des actions
<p><i>Remarques: Un bilan intermédiaire a été rédigé en novembre 2005. L'avancement du projet respecte donc le planning initial. Un focus groupe qui avait comme but de définir les questions de recherche a eu lieu. Sur cette base, l'outil pour la démarche qualitative a été conçu et validé.</i></p> <p><i>Budget: Fonds propres CHF 69'950 / 50+ santé CHF 88'000</i></p>								
<p><b>Composante 6 : prévention ou diminution des effets néfastes du chômage sur la santé</b></p>								
HEVS2	Janv. 05 Janv. 07	Mise en place de projets-pilote avec des institutions de réinsertion professionnelle  Elaboration de <i>best practices</i> par une logique d'essai et de correction  Amener les participants à prendre en charge activement leur santé, tout en devenant plus « employables »	HEVs2 (coordination)  6 resp. d'organisations de réinsertion prof. mettant en œuvre les sous-projets  Participants aux ateliers (sous-projets)	Chômeurs de longue durée  Institutions de réinsertion	Fortes (1 projet par canton, sauf TI)	Possibles, mais pas suffisamment développées (p.ex. ORP absents dans les projets-pilotes)	Tous les projets ont démarré  Il y a des participants à toutes les mesures  2 instruments d'évaluation des résultats existent (mais les résultats de celles-ci ne sont pas encore accessibles)	Il s'agit des projets pilotes dont la pertinence respective doit encore être analysée pour une suite des actions  Le réseau a été étendu et renforcé et devrait permettre un échange continu
<p><i>Remarques: Les sous-projets ont démarré plus ou moins rapidement selon les cas. Certains ont été initiés très rapidement, d'autres ont eu des retards à cause d'un manque de participants (problème de recrutement). Ainsi, le projet général a pris 3 mois de retard, dont 1 mois a pu être rattrapé entre temps. Actuellement, tous les sous-projets ont atteint leur vitesse de croisière.</i></p> <p><i>Mais il est encore tôt pour parler de résultats concrets. Deux méthodes d'évaluation permettant de tirer des conclusions des expériences pilotes sont utilisées : le journal, qui permet d'opérationnaliser l'idée de l'enchaînement « essai – correction – prise de conscience », et les fichiers d'auto-évaluation, remplis à la fois par les chômeurs impliqués et les animateurs (avec des questions fermées sous forme d'échelle d'attitude). Les premiers résultats de ces évaluations indiquent que les animateurs sous-évaluent généralement l'effet des mesures proposées aux chômeurs par rapport à la perception de ceux-ci.</i></p> <p><i>Le principal résultat tangible à cette phase du projet est le renforcement d'un réseau entre les associations cantonales permettant de promouvoir la problématique du lien entre chômage et santé des personnes de plus de 50 ans.</i></p> <p><i>Budget: CHF 185.375</i></p>								