

Les politiques suisses de santé – potentiel pour une politique nationale

Volume 1 | Analyse et perspectives



Nationale Gesundheitspolitik Schweiz
Politique nationale suisse de la santé
Politica nazionale svizzera della sanità
Politica naziunala svizra de la sanidad

Wally Achtermann | Christel Berset

Les politiques suisses de santé – potentiel pour une politique nationale

Volume 1 | Analyse et perspectives

© Office fédéral de la santé publique (OFSP), 2006

Textes

Wally Achtermann et Christel Berset

Direction de projet

Philippe Lehmann

Secrétariat exécutif de la Confédération pour la Politique nationale de la santé (OFSP)

www.bag.admin.ch

Cette publication paraît également en allemand.

Diese Publikation ist ebenfalls in deutscher Sprache erhältlich.

Diffusion

Office fédéral des constructions et de la logistique (OFCL)

Vente de publications fédérales, CH- 3003 Berne

Numéros de commande: 311.600.f (vol. 1) ; 311.601.f (vol. 2)

www.bbl.admin.ch/bundespublikationen

ISBN 3-905235-55-2 (vol. 1)

Imprimé sur papier blanchi sans chlore

Table des matières

Volume 1 Les politiques suisses de santé – potentiel pour une politique nationale

Volume 1 | Analyse et perspectives

Préface	6
Avant-propos des auteures	7
Introduction générale	9
Politique nationale suisse de la santé: un essai de définition	13
Partie I Le cadre de référence du système de santé suisse	
Introduction	16
Chapitre 1 Succès actuels et nouveaux enjeux	17
1.1 Un système de santé performant	17
1.2 Nouveaux défis et nécessité de changement	17
Chapitre 2 Quatre caractéristiques du système suisse de santé	20
2.1 La prédominance de la médecine curative	20
2.2 Une organisation fédéraliste	29
2.3 Un système orienté vers le marché	37
2.4 Un système libéral limité par l'influence sociale de l'Etat	40
Chapitre 3 Forces et faiblesses du système actuel	43
3.1 Forces et faiblesses de l'approche curative	43
3.2 Forces et faiblesses du système fédéraliste	43
3.3 Forces et faiblesses de l'approche libérale et sociale	45
Conclusion	47
Partie II Collaboration étatique en politique de santé	
Introduction	50
Chapitre 4 Etat de la collaboration entre services fédéraux en politique de santé	52
4.1 Point de départ	52
4.2 La planification d'ensemble du Conseil fédéral	52
4.3 La collaboration entre services fédéraux	57

Partie I Cadre de référence	4.4 Potentiel pour une politique nationale de santé	67
	Annexe: Thèmes de santé et services compétents au niveau fédéral (sans les Commissions fédérales)	70
Partie II Collaboration	Chapitre 5 Etat de la collaboration entre les cantons	71
	5.1 Situation de départ	71
	5.2 Les déclencheurs de la coopération intercantonale	72
	5.3 La collaboration intercantonale réglée par conventions	73
	5.4 La collaboration institutionnalisée au niveau régional	75
	5.5 La collaboration institutionnalisée au niveau suisse	91
	5.6 La collaboration entre cantons portant sur des thèmes	99
	5.7 Résumé	112
	5.8 Potentiel pour une politique nationale de la santé	118
Annexe: Conventions intercantionales dans le domaine de la santé	121	
Partie III Perspectives	Chapitre 6 Collaboration entre la Confédération et les cantons en politique de la santé	129
	6.1 Situation de départ	129
	6.2 Instruments de la collaboration entre cantons et Confédération	131
	6.3 Collaboration entre cantons et Confédération centrée sur des thèmes	138
	6.4 Nouvelles approches dans la collaboration entre la Confédération et les cantons	160
	6.5 Potentiel pour une politique nationale de la santé	169
	Annexe: Attentes, objectifs, thèmes et projets des acteurs politiques des cantons et de la Confédération dans le domaine de la santé	172
Partie III Perspectives en vue du développement d'une politique nationale de la santé		
Quatre conditions essentielles pour une politique nationale de la santé	178	
Une culture de collaboration entre la Confédération et les cantons	180	
Des politiques de santé fondées sur le savoir	183	
Renforcement de l'approche multisectorielle et globale de la santé	185	
Information et éducation à la santé	189	
Références bibliographiques	192	
Index des mots-clés	194	
Index des tableaux	201	
Liste des abréviations	202	

Volume 2

Les politiques suisses de santé – potentiel pour une politique nationale

Volume 2 | Portraits de 10 politiques suisses de santé

Introduction

Partie IV | Portraits de 9 politiques de santé cantonales

Berne (BE)
Bâle-Campagne (BL)
Fribourg (FR)
Genève (GE)
Thurgovie (TG)
Uri (UR)
Vaud (VD)
Valais (VS)
Zoug (ZG)

Teil V | Portrait de la politique de santé de la Confédération

Préface

Les enquêtes réalisées en Suisse montrent que la population se sent en grande majorité en bonne santé. En comparaison internationale, notre système de santé est aussi parmi les meilleurs. Pourtant, la politique de la santé occupe depuis des années le débat public en raison de l'augmentation continue des coûts.

Le rapport «Les politiques suisses de santé – potentiel pour une politique nationale» a choisi consciemment de ne pas focaliser sur la discussion relative aux coûts. Il s'agit ici de tout autre chose. Par-delà la complexité et les intérêts divergents, le rapport s'intéresse à la richesse et à la capacité d'innovation des politiques de santé des cantons et de la Confédération et esquisse la voie vers une culture de la collaboration entre cantons et Confédération. Autrement dit, il montre le potentiel du système fédéraliste dans la perspective d'une politique nationale de la santé.

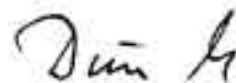
Il revient bel et bien à nous, représentants des autorités cantonales et fédérales, de nous engager dans un tel processus. Et pourtant, nous avons encore de la peine en Suisse à penser «national». La Confédération pense «fédéral», les cantons pensent «cantonal». Chacun agit dans le cadre de ses compétences respectives. Il s'agit dès lors d'exploiter les opportunités et les chances que nous offre le fédéralisme et en parallèle d'en diminuer ses facteurs d'handicap. Ceci signifie concrètement que notre capacité de gouvernance s'améliorera sur le long terme au plan national à la condition que nous fixions ensemble les objectifs et les stratégies en politique de santé et que nous coordonnions mieux nos actions au plan national.

Le rapport livre ici une contribution essentielle. Il fait, pour la première fois sous cette forme, un survol des politiques cantonales et fédérales de la santé en inventoriant leurs perspectives, leurs stratégies, leurs projets et leurs structures. Ainsi, le rapport remplit l'une des missions que les autorités fédérales et cantonales avaient confiées au projet maintenant terminé «Politique nationale suisse de la santé»: c'est-à-dire réaliser une vue d'ensemble du système suisse de santé. Une première pierre est ainsi posée vers un partage des savoirs et une meilleure compréhension entre les partenaires étatiques de la politique de santé.

C'est maintenant à nous d'approfondir le dialogue en politique de santé et d'avancer dans cette voie de la coopération nationale. Nous sommes convaincus que nous atteindrons ensemble de prochaines étapes sur la route de la politique nationale de la santé et nous nous réjouissons de cette collaboration.



Thomas Zeltner
Directeur de l'Office fédéral de la santé publique



Markus Dür
Président de la Conférence suisse des directrices
et directeurs cantonaux de la santé,
Conseiller d'Etat, Lucerne

Avant-propos des auteures

Le rapport « Les politiques suisses de santé – potentiel pour une politique nationale » représente un état des lieux, bien que partiel, des politiques cantonales, intercantionales et fédérales de la santé. Les travaux préparatoires ont commencé en 2003, sous l'égide du Projet « Politique nationale suisse de la santé » (PNS), dans le but de documenter les objectifs, les stratégies et les mesures prises en Suisse par les autorités publiques dans le domaine de la santé. Avec ce rapport, nous avons entrepris au fond une vaste démarche de connaissance qui vise à instaurer une plus grande transparence en politique de santé.

Etant donné la multiplicité des politiques cantonales et fédérales de la santé et l'absence de documentation systématique sur ces politiques, la recherche d'informations a souvent été fastidieuse. L'établissement d'une grille unique de présentation des politiques suisses de santé a été tout aussi difficile du fait même de cette diversité. Mais le résultat en vaut la peine ! Cette publication présente, de manière structurée et condensée, les joyaux que recèlent les politiques de santé des cantons et de la Confédération et leur potentiel pour une politique nationale de la santé ancrée dans un système fédéraliste. Le rapport rassemble sous un même toit non seulement une foule d'informations utiles pour toutes les personnes intéressées par les politiques suisses de santé, mais contient aussi des analyses qui peuvent orienter les décideurs politiques dans leurs efforts de développement d'une politique nationale de la santé.

Cette publication complète à bon escient d'autres ouvrages de synthèse sur le système de santé suisse comme le livre de Gerhard Kocher et Willy Oggier « Système de santé suisse 2004-2006, survol de la situation actuelle »¹, le manuel suisse « Médecine sociale et préventive Santé publique » de Felix Gutzwiller et Olivier Jeanneret² ou encore l'évaluation des performances du système suisse de santé, réalisée actuellement sous l'égide de l'OCDE et de l'OMS³.

Nous souhaitons vivement que se poursuivent nos efforts de mise en perspective des objectifs, des stratégies et des mesures prises en politique de santé. Nous comptons ici beaucoup sur les lectrices et les lecteurs de ce rapport pour valoriser et actualiser les portraits des politiques suisses de santé dans leur propre administration fédérale, cantonale ou intercantonale et pour tirer profit des politiques existantes en vue d'une politique nationale de la santé. Si ce premier « monitoring des politiques suisses de santé » pouvait être le déclencheur d'un échange plus systématique de savoirs et d'expériences en politique de santé, alors le but de ce rapport serait en grande partie atteint. A vous de jouer !

Wally Achtermann et Christel Berset

Berne, mai 2006

1 Réédité en 2004, édition Hans Huber, Berne.

2 Edition Hans Huber Berne, 1999 ; une nouvelle édition paraîtra en 2006.

3 Parution prévue en 2006.

Remerciements

Nos remerciements vont à toutes les personnes qui ont accompagné ce projet, en particulier les représentantes et les représentants des cantons et de la Confédération qui ont gracieusement mis à disposition leur temps et leur savoir pour sa réalisation. Nous remercions tout particulièrement le Secrétariat exécutif de la Confédération pour le Dialogue de politique nationale suisse de la santé (OFSP) qui a financé ce rapport.

Nos remerciements vont explicitement aux personnes suivantes :

Cantons

BE: Bachmann Nicole, Bhend Samuel, Fassbind Jürg

BL: Baumann Giorgio, Furrer Rosmarie, Renz Irène

FR: Del Curto Petra, Demierre Gérard, Zurich Patrice

GE: Debeney Elisabeth, Mino Annie, Robert Claude-François, Simos Jean

TG: Baumberger Jürg, Eberle Roland, Muggli Alfred, Weilenmann Jakob, Vollenweider Irene

UR: Hartmann Roland, Planzer Beat, Stadler Markus

VD: Diserens Marc, Mercier Vlasta, Tinturier Gérald

VS: König Damian, Marty-Tschumy Elisabeth

ZG: Aeschlimann Richard, Pfister Thomas, Schwarz Andreas

CDS: Oertle Bürki Cornelia, Unternährer Roland, Wyss Franz

Conférences régionales de la CDS: Schwarz Heinrich, Scheuber Andreas, Weiss Rolf

CdS: Braun Canisius, Minger Thomas.

OFSP

Affolter Christian, Allemann Patrick, Bandi Till, Barth Anne-Rose, Blatter Jürg, Bruggmann Liliane, Charrière Roland, Chenaux Florence, Chopard Caroline, Elmiger Marlen, Gasser Catherine, Guye Christophe, Graser Monika, Gurtner Sabine, Hässig Angelika, Häuselmann Heidi, Hertig Christina, Hodel Maria, Jan Markus, Keller Elvira, Kopp Christine, Läubli Marlène, Lehmann Philippe, Lévy Anne, Lüthy Jürg, Meier Claudia, Monnard Anne Lise, Moser Brigitte, Plancherel Fabienne, Rabiolo Angelo, Raeber Pierre-Alain, Ricka-Heidelberger Regula, Roth Heinz, San-

doz Yves, Schneider Sandra, Sottas Beat, Silberschmidt Gaudenz, Spang Thomas, Stamm René, Stutz Therese, Ulrich Ursula, Vallat Philippe, von Greyerz Salome, Zobrist Stephanie.

Autres administrations fédérales

Borloz Nadia (Office fédéral de la statistique), Caretti Brigitte (secrétariat général du DFI), Meier Barbara (Office fédéral du sport), Meyer Katharina (Obsan), Meyer Peter C. (Obsan), Nietlisbach André (Chancellerie fédérale), Rossel Raymond (Office fédéral de la statistique), Weiss Joseph (Secrétariat d'Etat à l'économie seco), Weiss Walter (Office fédéral de la statistique).

Et en outre

Bochsler Daniel (IDHEAP), Dietrich Nicolas (Coste), Froidevaux Pascal (Promotion Santé Suisse), Ita Mark (Itaconsult), Kaufmann Markus (Santé publique suisse), Sciarini Pascal (IDHEAP), Sprumont Dominique (Institut de droit de la santé), Wettstein Felix (Fachhochschule Aargau Nordwestschweiz), Wangler Martin (Institut suisse de chiropratie), Wiesli Reto (Bureau pour une politique de la santé).

Introduction générale

Le système de santé suisse est au cœur d'intenses discussions politiques depuis une dizaine d'années. Les constats vont dans la même direction: il est trop cher; difficilement pilotable au plan suisse; l'augmentation des investissements consentis n'accroît plus le niveau de santé de la population; finalement, il ne peut répondre aux défis que représentent notamment le vieillissement de la population et la prévalence des maladies chroniques.

Pour améliorer la coordination et la cohérence du système et de sa capacité d'innovation, différents acteurs politiques ont proposé des solutions de réformes: renforcement de la position des assureurs-maladie, augmentation de la concurrence entre les prestataires de soins, changement de paradigme du curatif vers la promotion de la santé, pilotage régional, renforcement des compétences fédérales, obligation des cantons à collaborer, fixation d'objectifs de santé, pilotage national avec une concertation entre cantons et Confédération ou nouvel article constitutionnel sur la santé.

Cantons et Confédération ont de leur côté également envisagé de nouvelles approches. En 1998 déjà, le Département fédéral de l'intérieur (EDI) et la Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) ont lancé le projet «Politique nationale suisse de la santé» (PNS). C'est dans le cadre de ce processus que les membres du Comité de pilotage ont souhaité pouvoir s'appuyer à l'avenir sur une vue d'ensemble des 27 politiques suisses de santé. Dès lors, le rapport «Les politiques suisses de santé – potentiel pour une politique nationale» a été initié en 2003 sous l'égide de la Direction de projet de la Politique nationale suisse de la santé. Le mandat a été confié à Mmes Wally Achtermann et Christel Berset sous la direction de Philippe Lehmann.

Mandat

Selon le mandat, il s'agit de faire le point sur les thèmes suivants:

- Etat des réformes et des stratégies en matière de politique de santé dans les cantons, entre autres sur les thèmes de la santé psychique, du cancer et du vieillissement de la population,
- Etat de la collaboration entre les cantons,
- Etat de la collaboration entre cantons et Confédération,
- Priorités actuelles des cantons en politique de santé,
- Attentes des cantons envers le Dialogue de politique nationale suisse de la santé, envers l'Observatoire

suisse de la santé et envers l'Office fédéral de la santé publique,

- Besoins des cantons en matière de gestion du savoir en politique de santé au niveau national.

Questionnement et méthode de travail

Deux questions concentrent les différents points du mandat et guident le contenu du rapport:

- 1) Quelles sont les structures, les perspectives, les stratégies et les mesures des cantons et de la Confédération qui peuvent favoriser le développement de politiques de santé formulées au plan régional et au plan national?
- 2) Quels sont les éléments actuels des politiques suisses de santé qui peuvent favoriser la santé de la population et la qualité de la prise en soins?

Publié en deux volumes, le rapport «Les politiques suisses de santé – potentiel pour une politique nationale» cherche à répondre à ces deux questions en partant du principe qu'une politique nationale de la santé ne peut se développer en Suisse que dans un contexte fédéraliste. Pour répondre à la question 1, la méthode choisie a été de faire d'une part un état des lieux des politiques de santé des cantons et de la Confédération pour en donner une vue d'ensemble (volume 2) et d'autre part de caractériser les mécanismes et les projets de la collaboration horizontale et verticale, la considérant comme une voie possible pour atteindre une plus grande cohérence et coordination entre les politiques existantes (volume 1). Finalement, nous avons documenté les attentes de quelques cantons envers une politique nationale de la santé dans le cadre des portraits cantonaux et formulé des perspectives pour une politique nationale de la santé.

Pour répondre à la question 2, le rapport part du point de vue que, dans la situation actuelle, renforcer la prévention et la promotion de la santé grâce à l'amélioration de la qualité de vie peut contribuer plus efficacement à la santé que de poursuivre sur la voie du développement de la médecine curative. C'est pourquoi le rapport met sur pied d'égalité le secteur curatif avec le domaine de la prévention et de la promotion de la santé.

Comme il n'a pas été possible de réaliser un état des lieux exhaustif des 27 politiques suisses de santé, le rapport présente les portraits des politiques de santé de neuf cantons (BE, BL, FR, GE, TG, VD, VS, UR et ZG) ainsi que celui de la Confédération. Le choix de ces neuf cantons

a été fait en fonction de leur intérêt respectif et de leur engagement au sein du projet « Politique nationale suisse de la santé », de leur représentativité des différentes régions de Suisse (à l'exception du Tessin) de même que d'un équilibre approprié entre petits et grands cantons, cantons urbains et cantons campagnards.

Les portraits reposent sur une grille d'analyse identique pour tous les cantons et, moyennant quelques adaptations, également pour la Confédération. Cette cohérence et cette systématique de présentation facilitent la comparaison des politiques de santé entre les cantons et aussi avec la Confédération.

Le rapport s'appuie sur les documents officiels cantonaux, intercantonaux et fédéraux, ainsi que sur des entretiens menés par les auteurs du rapport entre 2003 à 2006 avec des représentants des cantons et de la Confédération ainsi qu'avec des organisations non gouvernementales¹ et des instituts de recherche. Ainsi s'est constitué un véritable réseau d'informateurs de la politique nationale de la santé. Trois rencontres ont été organisées au Käfigturm à Berne qui rassemblaient les acteurs principaux des politiques suisses de santé, en particulier les représentants des cantons et de la Confédération. Ces forums de discussion ont permis de rassembler les connaissances des experts sur les politiques suisses de santé, de discuter des perspectives pour la politique nationale suisse de la santé ainsi que des besoins en matière de gestion du savoir au plan national. Les résultats de ces discussions sont intégrés dans la partie III sur les « Perspectives en vue du développement d'une politique nationale suisse de la santé » présentées dans le volume 1.

Finalement, la méthode choisie pour la rédaction de ce rapport (synthèse d'entretiens individuels et expertise collective) indique qu'il est possible de constituer et d'organiser le savoir sur les stratégies politiques de santé des cantons et de la Confédération. Un tel survol permet de comprendre la diversité, mais aussi les points de ressemblance et la cohérence des politiques suisses de santé de même que leur richesse et leur force d'innovation. Un tel savoir structuré et organisé est une condition fondamen-

tales pour la formulation de politiques de santé concertées au plan national.

Contenu et limites de l'étude

Le rapport présente, sous la forme de « portraits », les stratégies, les bases législatives, politiques et statistiques, les modes de collaboration, les mesures et les coûts des politiques suisses de santé dans tous les domaines de la santé: la protection et la promotion de la santé, la prévention, le secteur curatif, la formation universitaire ou non des professions de la santé et la politique d'information et d'éducation à la santé. Ce faisant il montre le potentiel actuel des politiques cantonales, intercantionales et fédérales pour une politique nationale de la santé multisectorielle et concertée entre cantons et Confédération. Finalement, il formule des perspectives en vue du développement d'une politique nationale suisse de la santé.

Le rapport présenté ici ne prétend pas couvrir la totalité des problèmes évoqués dans le domaine de la politique de santé. Le rapport se concentre sur le rôle des autorités politiques et des services des administrations publiques et sur leur capacité de pilotage. Quels sont les moyens dont disposent les cantons et la Confédération pour organiser, planifier et coordonner leurs politiques de santé au niveau cantonal, régional, fédéral et national? L'accent est mis sur les méthodes de formulation et de mise en œuvre des politiques et non sur les solutions finalement choisies. C'est pourquoi l'examen critique des solutions proposées actuellement dans le cadre de la révision de la LAMal pour résoudre les problèmes de financement du système de soins n'a pas sa place dans le présent rapport. De même, l'action des fournisseurs de soins et prestations de santé, des assureurs et des patients n'est pas documentée.

Perspectives de recherche

Au moment de clore cette recherche, il apparaît que le rapport « Les politiques suisses de santé – potentiel pour une politique nationale » représente une première étape sur le chemin d'une documentation exhaustive et d'une analyse approfondie des politiques de santé en Suisse. Avec la finalisation de cette étude se cristallise un nouveau questionnement de recherche: « Comment une politique nationale de la santé peut-elle se développer dans un contexte fédéraliste caractérisé par une grande fragmentation et par un pilotage politique décentralisé? ». Pour créer les données de bases nécessaires à tout nouveau travail de recherche, il serait nécessaire de compléter ultérieurement

¹ Cantons: BE, BL, FR, GE, TG, VD, VS, UR, ZG ainsi que la Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé et la Conférence des gouvernements cantonaux
Confédération: Office fédéral de la santé publique, Secrétariat d'Etat à l'économie, Office fédéral du sport, Secrétariat général du DFI
ONG: Santé publique suisse, H+ les Hôpitaux de Suisse, Promotion Santé Suisse, santé suisse
Instituts de recherche: Institut du fédéralisme, Institut du droit de la santé, Observatoire suisse de la santé

le monitoring des politiques de santé commencé dans ce rapport. Cela signifie la réalisation des 17 portraits manquant des politiques de santé cantonales et la réactualisation régulière des données. Sur la base de cet inventaire devraient encore être effectuées des comparaisons des politiques cantonales et fédérales ou l'évaluation des succès et des échecs des différents instruments de planification et de coopération horizontaux et verticaux décrits ici. Il serait aussi imaginable par exemple de présenter systématiquement les objectifs de santé de la Confédération et l'évaluation de la planification fédérale comme base pour une stratégie fédérale mieux coordonnée au sein de l'administration fédérale. Il faudrait aussi analyser les nouveaux éléments institutionnels, organisationnels et légaux qui pourraient favoriser le développement d'une politique nationale de la santé.

Tout à fait intéressante serait encore une étude sur les possibilités d'utilisation des nouveaux instruments de la RPT en vue de la collaboration verticale entre cantons et Confédération ou une étude sur l'application des indicateurs de conduite de la politique fédérale pour une future planification commune entre cantons et Confédération en politique de santé. Finalement il serait urgent de clarifier la terminologie et de créer un consensus sur le contenu des mots clefs comme santé publique (Public Health et New Public Health), promotion de la santé, prévention, protection de la santé, conception multisectorielle de la santé, compétences de santé, égalité des chances ou responsabilité individuelle de sa santé, politique suisse de la santé, politique nationale de la santé.

Structure du rapport en détail

Le volume 1 analyse le potentiel des politiques suisses de santé et de la collaboration dans le cadre du fédéralisme pour une politique nationale et formule des perspectives pour le développement d'une future politique nationale de la santé. Le volume 2 rassemble des données qualitatives sur les politiques de santé menées dans neuf cantons et par la Confédération. Ces données constituent la base pour un éventuel monitoring des politiques suisses de santé et forment le socle sur lequel s'appuie l'analyse faite dans le volume 1.

Volume 1

Le volume 1 se compose de trois parties. La *partie I*, définit, dans ses chapitres 1, 2 et 3, le cadre de référence des politiques suisses de santé. *Le chapitre 1* met en évidence

les réussites actuelles du système suisse de santé tout en identifiant les nouveaux défis auxquels il doit répondre. *Le chapitre 2* définit quatre caractéristiques actuelles des politiques suisses de santé et les replace dans leur contexte historique: la prédominance de la médecine curative, le fédéralisme, le libéralisme et l'Etat social, ces trois dernières étant des éléments fondateurs du système politique suisse. Le chapitre 2 postule que toute réforme du système de santé ne peut être entreprise sans tenir compte de ces caractéristiques. Elles engendrent des forces et des faiblesses du système de santé qui sont analysées dans *le chapitre 3*. De l'analyse des faiblesses découlent les constats formulés dans *les considérations finales*: le système de santé helvétique doit se renouveler en accordant un poids plus important à une approche globale et multisectorielle de la santé, en augmentant sa capacité de coordination sur le plan national, en améliorant la capacité de pilotage de l'Etat et en renforçant les compétences de santé de la population.

La partie II, dans ses chapitres 4, 5 et 6, fait l'état des diverses formes et instruments de la collaboration horizontale et verticale entre cantons et Confédération. Les organes de coopération intercantonaux au plan régional, suisse ou national de même que les projets qui en sont issus, sont l'expression du fédéralisme coopératif et comportent un potentiel certain à exploiter en vue d'une meilleure concertation des politiques de santé au plan national. *Le chapitre 4* identifie les structures, les mécanismes et les projets actuels de la collaboration horizontale entre services fédéraux. *Le chapitre 5* détaille les structures, les pratiques et les projets issus de la collaboration entre les cantons au niveau régional et suisse. *Le chapitre 6* s'attarde sur l'histoire encore récente de la collaboration verticale entre cantons et Confédération dans le domaine de la santé. En outre, les chapitres 4, 5 et 6 comprennent des exemples de collaboration dans les domaines de la prévention, de la protection et de la promotion de la santé, pour le secteur curatif et la formation des professions médicales et des métiers de la santé.

Considérations finales: la partie II montre que la Confédération, contrairement aux cantons, ne peut pas mener de politique globale en matière de santé puisque ses compétences constitutionnelles sont sectorielles et que ses responsabilités politiques, quoique de plus en plus nombreuses, demeurent partielles. La partie II montre également que la collaboration intercantonale, quoique bien établie, n'a cependant pas permis jusqu'à maintenant de

formuler des politiques de santé concertées aux niveaux régional ou suisse et qu'au niveau national, il n'existe pas encore de structures paritaires qui faciliteraient la coopération entre les cantons et la Confédération ainsi que l'élaboration de politiques nationales concertées.

La partie III présente les perspectives en vue du développement d'une politique nationale de la santé. Les perspectives reposent sur quatre piliers :

1. Le développement d'une culture de la collaboration entre cantons et Confédération dans le cadre du fédéralisme coopératif ;
2. La constitution d'un savoir commun sur les politiques suisses de santé et une gestion nationale de ce savoir ;
3. Le renforcement de la promotion de la santé et de la prévention ;
4. L'augmentation des compétences de santé de la population à travers entre autres une politique active d'information et d'éducation à la santé.

Volume 2

Le volume 2 du rapport comprend 10 portraits de politique de santé : les politiques de santé menées dans 9 cantons : Bâle-campagne, Berne, Fribourg, Genève, Thurgovie, Uri, Vaud, Valais et Zoug, et les stratégies de santé menées par la Confédération. Chaque portrait comprend des informations sur les autorités de santé, les perspectives, les instruments juridiques et stratégiques, les bases statistiques, la recherche, les dépenses de santé, les mesures prises dans le domaine de la prévention, de la protection et de la promotion de la santé, des soins, de la formation et de la politique d'information. En résumé, le volume 2, par son inventaire exhaustif, met en lumière d'un côté la richesse et l'ampleur des politiques suisses de santé et de l'autre, met en évidence des tendances similaires à l'œuvre dans tous les cantons et aussi au sein de la Confédération. Les uns et les autres se trouvent face à des défis semblables qu'ils essaient chacun de relever au mieux en mettant sur pied des instruments propres, des projets spécifiques et des moyens divers.

Afin d'aider le lecteur dans sa recherche d'informations, un index structuré par quelques mots clefs situé à la fin du volume renvoie aux chapitres de ce rapport ou vers d'autres sources d'informations.

Ce rapport ne contient pas de glossaire. Le vocabulaire utilisé est en principe défini dans les différents chapitres. Nous avons pourtant esquissé une première définition de la

politique nationale suisse de la santé qui figure juste après cette introduction. Il s'agit d'une définition évolutive qui doit mûrir avec le processus en cours vers une politique nationale de la santé.

Politique nationale suisse de la santé: un essai de définition

Une «politique nationale de la santé» n'a pas encore été définie pour la Suisse. Pour l'instant, comme les impulsions vers une politique nationale de la santé sont venues essentiellement des membres des gouvernements cantonaux et du gouvernement fédéral, ce sont leurs attentes et leurs besoins qui constituent les premiers jalons d'une politique nationale de la santé.

«Davantage de cohérence de la politique suisse de santé!» Voici la formule qui pourrait résumer au mieux les attentes des cantons et de la Confédération présentées de manière approfondie dans le volume 2 de ce rapport et sur lesquelles s'appuie cette tentative de définition d'une politique nationale de la santé.

Par «politique nationale de la santé», nous entendons à la fois l'expression d'une culture politique et l'aboutissement de mécanismes institutionnels, de processus et de projets politiques élaborés en collaboration aux niveaux régional, suisse, fédéral et national. Par «niveau suisse», il faut comprendre les positions et décisions consolidées ainsi que les actions concertées par une majorité des cantons. Le terme «fédéral» désigne les décisions prises ou les actions menées par la Confédération suite à une procédure de consultation auprès d'autres acteurs. Le niveau «national», enfin, comprend les stratégies et décisions communes ou les actions concertées entre les cantons et la Confédération.

Une culture politique confédérale

Une politique nationale de la santé pour la Suisse devrait s'appuyer sur une culture politique confédérale qui garantit la vitalité du fédéralisme. Dans une telle culture, les membres des gouvernements de la Confédération et des cantons – ces derniers représentant des Etats fédérés souverains – se considèrent comme des acteurs aux responsabilités et aux droits équivalents, qui travaillent régulièrement ensemble au sens d'un partenariat privilégié. Ils voient dans cette collaboration un moyen de répondre efficacement aux défis du système de santé par des solutions communes de portée nationale.

Les résultats escomptés d'une politique nationale de la santé

Une politique nationale de la santé pourrait permettre à la Confédération et aux cantons d'accorder leurs politiques de santé dans certains domaines précis en profitant de la richesse et du potentiel d'innovation du fédéralisme. La collaboration et la coordination entre Confédération et

cantons contribueraient ainsi non seulement à promouvoir la santé de la population, mais aussi à améliorer les conditions qui la régissent en vue d'une égalité des chances dans ce domaine.

Les conditions préalables

Les conditions préalables suivantes devraient être réunies aux niveaux des cantons et de la Confédération pour qu'une politique nationale de la santé suisse se développe:

- Les cantons devraient disposer d'instruments pour formuler des stratégies concertées sur des thèmes précis à l'échelle régionale ou au niveau suisse, tout en préservant leur souveraineté et leur autonomie.
- La Confédération et ses services fédéraux devraient disposer d'instruments pour formuler des stratégies concertées sur des thèmes précis.
- La Confédération et les cantons devraient disposer de structures et de mécanismes formalisés pour formuler des politiques communes et coordonner leurs mesures d'exécution.
- La Confédération et les cantons devraient s'assurer que les décisions qu'ils prennent suivent les processus de décision démocratiques (intégration des Parlements cantonaux et des Chambres fédérales).
- La Confédération et les cantons devraient s'assurer que les acteurs de la société civile sont dûment impliqués.



Partie I

Le cadre de référence du système de santé suisse

Partie

—

Cadre de référence

Partie

II

Collaboration

Partie

III

Perspectives



Introduction

Depuis plus de 30 ans, le système de santé suisse fait régulièrement l'objet d'analyses politiques sévères : trop cher, saturé de lois et de règlements, confus du fait du chevauchement croissant des compétences entre cantons et Confédération, structurellement fragmenté et politiquement incontrôlable. Ces critiques sont justifiées et exigent des réponses. Cependant en se focalisant sur les points négatifs, on risque d'ignorer les qualités de notre système de santé qui repose sur une construction plus que centenaire. Pour amener un changement durable, il faut se concentrer sur les forces et non seulement sur les faiblesses de notre système de santé. De même, il est nécessaire de prendre en considération le cadre historique, politique et social dans lequel il s'est développé et qui lui donne aujourd'hui encore sa spécificité.

La partie I de ce rapport traite en trois chapitres du cadre de référence des politiques suisses de santé en remontant aux origines et à la constitution du système de santé actuel. Une analyse de la littérature existante ainsi que divers entretiens avec les acteurs et experts des politiques suisses de santé fondent l'analyse que nous livrons dans les pages suivantes.

Chapitre 1 : succès actuels et nouveaux enjeux

Dans le chapitre 1 sont présentés les succès accumulés par le système de santé de même que les défis nouveaux qu'il doit relever. Performant, notre système de santé suisse l'est incontestablement. Ainsi l'espérance de vie de la population en Suisse est très élevée, ce qui la place dans les premiers rangs sur le plan international. Cependant le vieillissement de la population et le développement rapide des maladies chroniques exigent la mise en place de réformes telles que des stratégies intersectorielles ou des formes nouvelles de collaborations entre experts, entre politiciens, entre médecins et patients. Même si ces modèles et projets innovants gagnent du terrain, le système actuel, caractérisé par une forte orientation vers la médecine curative, ne peut qu'apporter des réponses insuffisantes à ces nouveaux problèmes de santé publique. A côté de ces enjeux, le système de santé subit des transformations qui vont plus loin encore. Ce changement de paradigme se traduit par une redéfinition de la santé qui ne doit pas seulement comprendre la maladie, la thérapie et la guérison, mais aussi la protection et la promotion de la santé, la prévention, la réintégration de même que la prise en compte stratégique et politique des déterminants de la santé.

Chapitre 2 : les quatre caractéristiques du système suisse de santé

Le système de santé helvétique doit réagir aux nouveaux enjeux qui le défient et projeter des changements. Aussi importantes qu'elles puissent être, ces mutations en cours et à venir ne peuvent néanmoins s'affranchir des conditions-cadres dans lesquelles le système suisse de santé s'est développé depuis plus d'une centaine d'années. Le chapitre 2 présente dans une perspective historique les quatre caractéristiques principales qui façonnent le système suisse de santé actuel : la prédominance de la médecine curative, le fédéralisme, le facteur libéral et enfin l'influence d'une conception sociale de l'Etat.

Chapitre 3 : les forces et faiblesses du système de santé actuel

Au chapitre 3, finalement, nous exposons brièvement les forces et les faiblesses de ces quatre caractéristiques pour le système suisse de santé. Parce que chacune d'entre elles est essentielle à l'équilibre de l'ensemble, il est impératif, dans le cadre du processus en cours de transformation du système de santé, de les considérer comme un tout. L'objectif numéro 5 de la stratégie du Conseil fédéral pour la période de législature 2003-2007 – « Revoir en profondeur le système de santé » – ne signifie certainement pas la suppression de l'une ou de l'autre de ces quatre caractéristiques, mais le renforcement de leur potentiel et la diminution de leur faiblesse.

Chapitre 1

Succès actuels et nouveaux enjeux

1.1 Un système de santé performant

Selon l'ensemble des enquêtes suisses sur la santé de la population depuis les années 1980¹, la population vivant en Suisse se sent globalement en bonne santé. L'analyse des indicateurs objectifs de santé montre, entre autres, que la Suisse compte l'un des niveaux d'espérance de vie à la naissance des plus élevés au monde (83,7 ans pour les femmes, et 78,6 ans pour les hommes²) et, qu'en comparaison internationale, la mortalité infantile est très basse. Ce bon état de santé général est tout d'abord à mettre sur le compte d'un niveau de vie élevé et d'une certaine qualité de vie. De nombreux déterminants jouent un rôle important sur la santé de la population. On peut citer la stabilité politique, la richesse économique, un environnement urbain et naturel de qualité, un filet social étendu, un bon système de formation et des perspectives professionnelles pour le plus grand nombre. Dans l'ensemble, ces déterminants sont globalement positifs pour la plus grande partie de la population. Entre autres déterminants, le système de santé, bien développé sur l'ensemble du territoire, accessible à chacun et fournissant des prestations de qualité, joue un rôle essentiel pour la protection de la santé et surtout pour son rétablissement.

La qualité du système de santé repose sur quatre piliers de politique de santé qui sont garantis par la Constitution fédérale, notamment par les articles 41, 63, 117 et 118, et par le droit cantonal :

1. une offre cantonale et régionale suffisante de soins en cas de maladie, de dépendance et d'accident ;
2. un système fédéral d'assurances couvrant les conséquences économiques de l'âge, de l'invalidité, de la maladie, de l'accident, du chômage, de la maternité, de la condition d'orphelin et du veuvage ;
3. des mesures fédérales et cantonales de protection de la santé, complétées par des programmes nationaux et cantonaux en matière de prévention, de promotion de la santé et de réhabilitation ;
4. un système de production et de transfert des connaissances médicales dans lequel la Confédération et les cantons créent et gèrent des institutions de formation

1 Enquête de santé SOMIPOPS 1985, PNR 8; Enquête de santé IGIP-Promes, 1988; Enquête suisse de santé 1992-93, 1997, 2002 Office fédéral de la statistique.

2 Source : Office fédéral de la statistique (OFS), 2004.

et de recherche. La Confédération y encourage la recherche scientifique.

Ces différentes tâches énumérées par la Constitution fédérale sont assumées par 27 politiques de santé qui comprennent de nombreuses lois et ordonnances sur le plan fédéral et cantonal (voir le volume 2 – portrait des politiques suisses de santé). L'une des lois les plus importantes est, dans ce contexte, la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal). Une telle loi sur l'assurance-maladie existe en Suisse depuis 1911, mais c'est seulement lors de sa révision complète en 1996, qu'elle a introduit le principe de l'obligation d'assurance pour tous les habitants. La LAMal garantit aujourd'hui un accès universel à une médecine de base de haut niveau, à des techniques de diagnostic et à des thérapies toujours plus spécialisées. Elle offre un vaste catalogue de prestations financées par l'assurance obligatoire et fournies par un personnel médical bien formé. Finalement, une grande partie de la population profite d'un mécanisme de réduction des primes d'assurance-maladie. Selon l'OMS, le système de santé publique helvétique est parmi les plus performants au monde³. Il n'est dès lors pas étonnant que plusieurs études récentes⁴ attestent de la satisfaction des citoyens envers leur système de santé. Si l'on considère le système de santé comme un secteur important d'activité économique, on notera qu'en 2001, il employait 430 000 personnes⁵, sans compter les personnes travaillant dans la branche pharmaceutique, dans le domaine des technologies médicales ou auprès des assureurs-maladie. Comme générateur de biens et de services, le système de santé produisait en 2001, 11 % du produit intérieur brut (PIB).

1.2 Nouveaux défis et nécessité de changement

Les excellentes prestations offertes dans le domaine de la médecine curative par le système suisse de santé ne sont pas contestées. Mais derrière ces facteurs de satisfaction, quelques fissures et contradictions déjà anciennes

3 Rapport sur la santé dans le monde 2000 – Pour un système de santé plus performant, Organisation mondiale de la Santé, Genève, Suisse. Le rapport intégral est disponible à l'adresse www.who.int/whr.

4 Gesundheitsmonitor Gfs-Interpharma, 1997, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003; Enquête 2003, Plaut Economics, « Quelles sont les prestations de notre système de santé publique ? »

5 Recensement des entreprises 2001, Office fédéral de la statistique (OFS).

se précisent. Quelques menaces nouvelles apparaissent pour le long terme. L'augmentation constante des maladies chroniques liées aux modes de vie coûte très cher au système de soins, mais surtout à l'ensemble de la société. De nouvelles maladies transmissibles apparaissent qui peuvent engendrer des pandémies mondiales difficilement contrôlables. Des domaines qui jusque-là étaient en main des gestionnaires des services de soins, comme par exemple la planification des EMS, deviennent des thèmes politiques prioritaires sous la pression du changement démographique et défient les experts en santé publique et les politiques. Ces éléments nouveaux interrogent la capacité de réponse de notre système de santé et en appellent à sa réorientation politique.

Le défi consiste à maintenir les standards de qualité pour l'ensemble de la population et à les améliorer là où cela est nécessaire. On verra alors si les cantons et la Confédération réussiront à mettre en place de nouveaux modes de coopération pour définir des priorités nationales dans le domaine de la santé et affronter ensemble ces nouveaux défis dont nous faisons une liste sélective ci-dessous.

Le vieillissement démographique

Dans toutes les nations industrialisées, les gens deviennent plus âgés et, bien que la majeure partie d'entre eux soit en bonne santé, les troubles de santé liés à l'âge, comme la démence sénile, la dépression due à l'âge ou les maladies musculo-squelettiques, sont plus nombreux. Comment, dans les prochaines décennies, vieillir tout en restant en santé? Quelles réponses organisationnelles et politiques l'Etat doit-il apporter pour répondre au phénomène du vieillissement de la population?

Les progrès techniques et les médecines complémentaires

La technicisation a largement touché le domaine de la santé. L'évolution des technologies médicales dans le domaine des greffes d'organes et des manipulations génétiques ouvre des perspectives vertigineuses qui pourraient nous amener à attenter à l'espèce humaine. De plus en plus de personnes recherchent des alternatives à la médecine académique. Les médecines complémentaires progressent et intègrent dans leurs rangs des médecins dûment patentés par les autorités universitaires. Où se trouvent les chances et les risques de la recherche médicale, des nouvelles techniques de diagnostic et de thérapie? Quelle place donner à une médecine plus holistique?

L'augmentation des coûts

Le système suisse de santé est le deuxième plus cher au monde après les Etats-Unis et vient se placer devant l'Allemagne⁶. D'une part, les coûts de la santé augmentent sans cesse alors que le produit national brut stagne. D'autre part, les dépenses augmentent plus vite que l'amélioration de la santé de la population. La qualité a son prix, dit-on, mais la question se pose si les investissements massifs injectés dans la médecine curative induisent véritablement un niveau de santé plus élevé pour l'ensemble de la population. Les différences de dépenses de santé selon les cantons reflétées par les variations de primes d'assurance-maladie – jusqu'à 40% – n'ont pas d'incidence significative sur l'état de santé de la population de ces cantons. Les exemples du Japon ou de la Suède montrent que de bonnes prestations et une espérance de vie également élevée peuvent aller de pair avec une moindre charge financière⁷. Est-ce que les coûts de santé peuvent vraiment être réduits sans perte subséquente de qualité et sans attenter à l'égalité de l'accès aux soins? Quel rôle peuvent jouer dans ce contexte la prévention et la promotion de la santé?

L'inégalité des chances en matière de santé

Aujourd'hui encore les inégalités sociales devant la santé dépassent les disparités naturelles. Même si un système sanitaire accessible à tous et offrant de vastes prestations influence positivement la santé des individus, les principaux déterminants de la santé restent malgré tout hors du champ sanitaire. Le statut social et économique lié au niveau de formation, l'environnement, les conditions de travail, le trafic routier ou les modes de vie agissent de manière essentielle sur la santé des individus et de la population dans son ensemble. L'augmentation des maladies chroniques liées au stress, aux troubles alimentaires, à l'absence de mouvement ainsi que l'accroissement des troubles psychiques et des dépendances, ne peuvent pas être exclusivement traités dans le cadre des thérapies conventionnelles offertes par la médecine curative. Comment l'économie, la société et l'environnement peuvent-ils devenir des facteurs promoteurs de santé? Comment peuvent-ils être intégrés dans une politique de santé globale et multisectorielle (changement de paradigme)?

6 % en rapport au PIB: USA 13%, CH 10,9%, D 10,7%, France 9,6% – Source: Eco santé, OCDE, 2002.

7 Urs P. GASCHÉ, Operation an der offenen Kasse – Das Schweizer Gesundheitssystem ist das teuerste in Europa. Der Konter, es sei schliesslich auch das beste, ist reines Wunschenken, 25.3.04, Die Weltwoche, p. 18.

La complexité du système

Finalement, certains dangers tiennent au fonctionnement même de notre système de santé. Dans le contexte fédéraliste helvétique, les bases politiques, structurelles et juridiques du système de santé sont très morcelées et enchevêtrées. La multiplicité des acteurs et des processus rend difficile le pilotage du système de santé au niveau national. Quel potentiel de réforme porte en soi le fédéralisme ? En quoi une plus grande coopération institutionnelle entre cantons et Confédération, associée à un transfert efficace du savoir, représenterait-elle une réelle perspective d'avenir ? (Voir à ce sujet la partie II du rapport : « Collaboration étatique en politique de santé ».)

Depuis 30 ans, des voix s'élèvent pour demander une réorientation du système suisse de santé⁸. De manière unanime, il est attendu que cette réforme renforce les préoccupations de santé publique (protection et promotion de la santé, prévention et réintégration) et la prise en compte des déterminants sociaux et environnementaux de la santé ; une meilleure maîtrise du volume et du coût des prestations médicales ; un réexamen du fédéralisme vers plus de coopération entre cantons et Confédération ; une amélioration de la gestion nationale des connaissances sur les politiques suisses de santé ; une réflexion éthique sur le sens de la vie, de la mort, de la maladie et de la santé. Les changements en cours et à venir ne peuvent s'opérer sans référence aux conditions cadres d'ordre social, économique, historique et politique qui ont marqué la construction de l'actuel système suisse de santé pendant plus d'un siècle et demi⁹.

8 Voir par exemple des ouvrages pionniers : G. KOCHER und P. RENTSCHNICK : *Teure Medizin – Für gezielte Reformen in unserem Gesundheitswesen*, Bern, Huber, 1980 ; J. SOMMER und F. GUTZWILLER : *Wirtschaftlichkeit und Wirksamkeit im schweizerischen Gesundheitswesen*, Bern, Huber, 1986 ; Institut suisse de la santé publique et des hôpitaux (ISH) : *La santé des suisses en l'an 2000. Vers une réorientation des politiques sanitaires cantonales*, Cahiers d'études de l'ISH, volume 39, Aarau 1988. A noter encore que la Société suisse pour la politique de la santé a été créée en 1976. En 1987, des journées qui réunissaient plusieurs cantons et la Confédération ont eu lieu à Lausanne sur le thème de la réorientation des politiques sanitaires cantonales.

Textes plus récents : Chancellerie fédérale : *Défis 2003-2007*, Berne 2003, pages 57 à 59 ; Schweizerische Akademie der medizinischen Wissenschaften : *Zukunft Medizin Schweiz*, EHM-Schwabe, Basel, 2002.

9 Nous nous appuyons dans cette analyse sur les réflexions de Hans Jörg Huber, ex-chef du Département de la santé publique du canton d'Argovie et ancien Conseiller aux Etats.

Hans Jörg HUBER, Dr en droit, « Santé publique et conception suisse de l'Etat », *Bulletin des médecins suisses*, Volume 64, Cahier 49, 1983.

Chapitre 2

Quatre caractéristiques du système suisse de santé

Historiquement, le système suisse de la santé s'est développé selon des principes politiques et idéologiques essentiels qui façonnent encore aujourd'hui les politiques suisses de la santé et lui donnent ses quatre principales caractéristiques :

1. la place prédominante de la médecine curative,
2. le fédéralisme qui donne un rôle subsidiaire à la Confédération dans le domaine de la santé,
3. le libéralisme qui donne la prévalence au secteur privé et
4. une conception sociale de l'Etat basée sur la solidarité.

2.1 La prédominance de la médecine curative

La première caractéristique du système de santé helvétique est la position dominante qu'occupe la médecine curative, partagée entre le privé et le public. Depuis le milieu du XIX^e siècle, l'action du secteur médical est complétée par une forte politique publique de protection contre certains risques. Cette prédominance du domaine curatif n'est pas nouvelle et s'explique par l'histoire de la médecine et de la politique de protection de la santé mise en place dès le milieu du XIX^e siècle. Dès cette époque, les politiques de santé en Suisse sont guidées par une conception de la santé publique dont la double mission consiste à protéger la santé et à promouvoir l'accès aux soins ainsi que leur qualité. Ces principes s'ancrent dans des lois de santé cantonales et fédérales qui datent de la fin du XIX^e siècle ou du début du XX^e siècle. Ils ont été complétés ces dernières 20 années par toute une série de lois fédérales et cantonales et repris sans changements majeurs dans la Constitution fédérale révisée en 1999. L'histoire des politiques suisses de la santé remonte plus loin dans l'histoire et coïncide avec l'histoire du développement de la médecine moderne et de son ancrage dans un cadre hospitalier. Elle est ici brièvement évoquée à partir de travaux historiques comme ceux de Pierre-Yves Donzé¹⁰, qui traitent de l'histoire des hôpitaux de Suisse romande, et ceux de Dominique Sprumont¹¹, qui a fait l'analyse historique du droit sanitaire fribourgeois.

10 Pierre-Yves DONZÉ, *Bâtir, gérer, soigner. Histoire des établissements hospitaliers de Suisse romande*, Georg Editeur, 2003.

11 Dominique SPRUMONT, *La législation sanitaire fribourgeoise: une législation en mouvement*, prof. associé aux facultés de droit des Universités de Fribourg et Neuchâtel. *Revue fribourgeoise de jurisprudence*, numéro spécial « RFJ 10 ans », le droit en mouvement, Fribourg 2002.

Moyen Age – hospices et religion

Il faut prendre comme point de départ l'hôpital au Moyen Age. Si les plus anciens sont attestés dès le IX^e siècle, c'est dans le courant du XII et XIV^{es} siècles que l'on peut situer une première floraison importante d'établissements hospitaliers. A côté d'établissements prévus pour accueillir les pèlerins sur les grands axes de communication, de nombreuses villes et bourgades se dotent d'hôpitaux et d'hospices. D'abord liés aux ordres religieux, ils sont avant tout des établissements charitables pour les déshérités, un carrefour de la misère humaine. Si l'on avait quelques moyens, on n'avait guère l'idée d'aller se faire soigner à l'hôpital. Dans le courant du XVI^e siècle, les hôpitaux des villes passées à la Réforme connaissent à leur tour la laïcisation de leur gestion, sous tutelle municipale. Dans un contexte toujours marqué par l'assistance et l'encadrement des pauvres, l'hôpital sous l'Ancien Régime est généralement une puissance économique, au bénéfice de riches revenus agricoles et fonciers.

XIX^e siècle – hôpitaux publics, découvertes médicales et développement des politiques sanitaires cantonales

Au début du XIX^e siècle, le secteur des soins à l'hôpital commence à jouer un rôle significatif dans l'amélioration de la santé de la population et le développement de la société. Coïncidant avec ce début de médicalisation, les hôpitaux des villes principales sont cantonalisés (par exemple celui de Lausanne en 1806). Néanmoins, malgré les avancées médicales, les anciens hôpitaux urbains peinent à se transformer, pour des raisons politiques et économiques, en des lieux voués aux soins. La deuxième moitié du XIX^e siècle marque en revanche une nouvelle époque faste de fondation d'établissements hospitaliers. Dans le canton de Fribourg, par exemple, quatre hôpitaux de district datent de cette époque (Bulle-Riaz 1863, Romont-Billens 1866, Morat-Meyriez 1868 et Châtel-St-Denis 1892). Certains cantons ont choisi des modèles très étatisés; d'autres au contraire ont préféré une intervention moins marquée, en associant des partenaires privés, comme c'est le cas du Valais et de Neuchâtel. Il faut rappeler que déjà la politique sanitaire ne se développe pas sans de fortes réticences, notamment par souci d'économie. Certains administrateurs communaux par exemple n'appellent que trop rarement le médecin pour le malade pauvre. De manière générale, les services de santé publique des cantons souffrent d'un manque chronique de moyens pour effectuer l'ensemble

de leurs tâches. Parmi elles, les cantons édictent des règlements de police sanitaire. Ceux-ci s'intéressent avant tout à la santé du bétail et à l'hygiène (eau, viandes), ainsi qu'à la réglementation de la pratique des professions médicales (médecins, apothicaires, sages-femmes).

Dans tout le courant du XIX^e siècle, la société connaît des changements sans précédent : la reconnaissance et le respect des libertés et des droits fondamentaux, l'avènement de l'Etat démocratique moderne, l'industrialisation, l'atomisation des rapports humains, la création de l'Etat social. Une politique sociale toujours plus efficace se met en place. De même, on assiste à des progrès importants dans le domaine médical et sanitaire, en intégrant les nouvelles connaissances et techniques scientifiques. D'un art, la médecine devient partiellement une science. Le XIX^e siècle est ainsi marqué par un fort courant expérimental qui annonce les succès du XX^e siècle.

L'introduction de l'anesthésie et de l'antisepsie permet le développement de la chirurgie, elle-même profitant des nouvelles connaissances en anatomie et en physiologie. L'apparition de nouvelles technologies comme les vaccins¹², puis, plus tard, la découverte des antibiotiques contribuent à une amélioration notoire de la santé des personnes. Le développement des connaissances en matière d'hygiène, d'alimentation, d'habitat et de santé publique et l'augmentation progressive du niveau de vie permettent des gains majeurs en terme de santé de la population. D'autre part, l'éducation met l'accent sur des comportements plus

sains¹³. Au tournant du siècle, l'hystérie, nom général que l'on donnait aux maladies psychiques à cette époque, devient également un objet d'étude de la médecine. La psychanalyse fait alors son apparition avec Freud (env. 1890), Jung, puis Lacan (env. 1930).

Professions médicales, épidémies et naissance d'une politique fédérale de la santé

Au développement hospitalier dans les cantons correspond, sur le plan fédéral, la mise en place d'une politique de protection de la santé qui coïncide avec la création de l'Etat fédéral de 1848. La toute jeune Confédération suisse prend acte de sa nouvelle compétence sanitaire en cas d'épidémies dangereuses, donnée par la Constitution fédérale de 1848. Le départ de la politique de santé fédérale est lancé avec l'épidémie de fièvre typhoïde qui court en Valais en 1866 et qui conduit 20 ans plus tard à la création de la loi sur les épidémies du 7 juillet 1886. En 1893 est créé le Bureau fédéral d'hygiène, qui a pour mission de veiller à son application et qui deviendra plus tard l'Office fédéral de la santé publique (OFSP).¹⁴

Au tournant du XX^e siècle, cinq lois fédérales posent les grands principes de la politique fédérale de la santé :

1. La loi sur le travail dans les fabriques (1877).
2. La loi fédérale du 19 décembre 1877 concernant l'exercice des professions de médecin, de pharmacien et de vétérinaire dans la Confédération suisse, qui garantit la qualité de la pratique médicale, est l'une des premières lois fédérales relatives à la santé. Cette loi, actuellement en révision, part du principe que l'obtention du diplôme fédéral après des études universitaires est la garantie d'une bonne médecine. Pour le reste, on fait confiance aux règles internes de la profession et aux offres de formation pour en assurer la qualité. Le Bureau fédéral d'hygiène est alors chargé de valider l'équivalence des diplômes médicaux décernés par chacune des cinq écoles de médecine. Comme la loi permet aux médecins d'exercer sur tout le territoire helvétique, elle permet une couverture des besoins plus équitable et mieux contrôlée sans pour autant la garantir.

Histoire de la loi sur le travail

1877 : la première loi fédérale sur le travail dans les fabriques est adoptée.

1914 : est votée la deuxième loi sur le travail dans les fabriques.

1919 : amendement complet de la loi de 1914 et institution de la semaine de 48 heures.

1964 : enfin, la Ltr est abrogée par la loi fédérale du 13 mars 1964 sur le travail dans l'industrie, l'artisanat et le commerce (Loi sur le travail). Cette loi a été depuis révisée partiellement à de nombreuses reprises.

12 La variole (vaccin mis au point par Edward Jenner, 1796), la tuberculose (Albert Calmette, 1920), la diphtérie (Gaston Ramon, 1923), la poliomyélite (Jonas Salk, 1955) sont des maladies pratiquement éradiquées en Suisse.

13 En Suisse, l'école est devenue officiellement obligatoire et gratuite en 1848. Concrètement, ce n'est qu'en 1877 que tous les enfants s'y rendent. C'est à cette époque que la loi, interdisant le travail des enfants dans les fabriques, est instaurée. L'école est mise sous l'autorité civile (et non plus religieuse) des cantons en 1874.

14 Sources : Dictionnaire historique et biographique de la Suisse, Tome 5, Neuchâtel 1930.

3. La loi sur les épidémies du 2 juillet 1886 concernant les mesures contre les épidémies dangereuses (depuis la révision de 1970: loi fédérale du 18 décembre 1970 sur la lutte contre les maladies transmissibles de l'homme – Loi sur les épidémies).
4. La loi sur les denrées alimentaires du 8 décembre 1905 qui concerne la circulation des marchandises et des aliments (depuis sa révision: loi fédérale du 9 octobre 1992 sur les denrées alimentaires et les objets usuels – Loi sur les denrées alimentaires, LDAI).
5. La loi sur l'assurance-maladie du 13 juin 1911 promet l'accès aux soins pour une grande partie de la population. Elle crée également les conditions pour la création d'une assurance accidents publique pour les travailleurs de l'industrie (SUVA).

1^{re} moitié du XX^e siècle – ascension de la médecine et investissements étatiques dans la santé

Le début du XX^e siècle est aussi marqué par l'émergence de la profession d'infirmière, par la laïcisation croissante du personnel soignant et par une plus forte présence de

Histoire de la loi sur l'assurance-maladie

1890: acceptation de l'article constitutionnel 34^{bis}. La Confédération est alors chargée d'élaborer un projet de loi sur l'introduction d'une assurance en cas de maladie et d'accidents.

1899: approbation de la «lex Forrer» par le Parlement. De nature progressiste, ce premier projet de loi sur l'assurance-maladie proposait une assurance-maladie et accidents obligatoire dont les primes étaient définies en fonction du revenu.

1900: rejet de la «lex Forrer» en référendum.

1912: acceptation de la LAMA (Loi fédérale sur l'assurance en cas de maladie et d'accidents, acceptée par le Parlement en 1911) en votation populaire. La loi prévoyait l'octroi de subventions aux caisses-maladie ainsi que l'introduction d'une assurance-accidents obligatoire pour une partie importante des travailleurs. La Suva obtient le monopole de la mise en application de l'assurance-accidents obligatoire et sera chargée du contrôle de la sécurité au travail dans les entreprises.

1994: la LAMA est totalement révisée et remplacée par la loi sur l'assurance-maladie LAMal. Depuis lors, la LAMal en est à sa 4^e tentative de révision partielle.

médecins spécialistes dans l'enceinte hospitalière. Ces différents succès renforcent la reconnaissance de la médecine curative qui se développe alors de manière conquérante.

Dès l'entre-deux-guerres, la Suisse est marquée par l'essor sans précédent des grands hôpitaux, à savoir les hôpitaux universitaires et les hôpitaux cantonaux, qui parachèvent leur mue en des lieux de soins médicaux par excellence. Cette période est marquée par une intervention toujours plus marquée des Etats cantonaux et par l'inadéquation toujours grandissante des financements à base caritative face à l'explosion des budgets de fonctionnement des hôpitaux. Certains cantons, comme Fribourg, se distinguent pourtant par un non-engagement en matière hospitalière. Les hôpitaux régionaux relèvent des communes, l'hôpital cantonal est financé à raison de 0,2% par le canton. A titre comparatif, Genève finançait le 3,8% et Vaud le 5,8% des dépenses hospitalières.

Les cantons s'engagent aussi fortement sur les questions de protection de la santé¹⁵. Leur concept de prévention est étroitement lié aux déterminants sociaux et environnementaux de la santé: lutte contre les maladies transmissibles (tuberculose, maladies sexuelles), lutte contre la mort du nourrisson, lutte contre l'alcoolisme, amélioration de la qualité de l'eau potable, promotion de l'hygiène du logement, gestion des déchets et mesures sanitaires scolaires. La CDS est responsable de la coordination intercantonale de ces mesures. En outre, les cantons sont responsables de l'exécution des mesures de compétences fédérales, par exemple la sécurité au travail ou la prévention des épidémies. C'est souvent à la demande insistante des cantons que les problèmes de santé publique de l'époque, comme la tuberculose ou l'alcoolisme, ont été pris en compte par la Confédération. C'est ainsi que sur le plan fédéral, la loi fédérale sur la lutte contre la tuberculose et la loi fédérale sur l'alcool sont approuvées respectivement en 1928 et en 1932 et représentent les premières pierres de la politique de prévention de la Confédération.

2^e moitié du XX^e siècle – phase de modernisation et avancée en politique sociale

A partir de 1945 et jusque dans les années 1980, on assiste à une phase de modernisation de l'Etat dans ses politiques sociale et sanitaire: l'introduction de l'AVS (1948)

¹⁵ Voir à ce sujet: la Conférence des directeurs cantonaux des affaires sanitaires (CDS), éd., 1919-1994 – 75 ans de la CDS. Notes sur l'histoire de la CDS, Andreas MINDER. Berne 1994, p. 13 et suivantes.

ainsi qu'une première modernisation des hôpitaux dès les années 50, la loi fédérale sur les stupéfiants (1951), la loi fédérale sur l'assurance invalidité (1959), la loi fédérale concernant l'allocation de subventions pour la lutte contre les maladies rhumatismales (1962), la nouvelle loi sur l'assurance-maladie (1964), la loi fédérale sur le commerce des toxiques (1969) et la loi fédérale sur l'imposition du tabac (1969) perpétuent la politique de santé désormais ancrée sur deux piliers : la protection de la santé et l'accès aux soins médicaux.

Le développement important des soins hospitaliers pendant toute cette période conduit la CDS, dans sa consultation de 1972 sur la révision de la loi sur l'assurance-maladie et sur l'assurance accidents (LAMA), à relever la trop forte prédominance des soins hospitaliers dans le projet. La CDS souhaite qu'un plus fort soutien soit accordé à la médecine préventive étant donné que les coûts de la médecine hospitalière enregistrent déjà à l'époque une augmentation annuelle du déficit de 30%¹⁶. C'est à la suite de cette demande que la Fondation pour l'éducation à la santé sera créée avec, pour objectif, l'éducation à la santé des enfants, des jeunes et des adultes. Sa tâche est de diffuser du matériel d'information aux écoles, aux autorités et aux médecins et de gérer un centre de documentation sur l'éducation à la santé. Mais ces considérations préventives deviennent cependant de plus en plus marginales puisqu'au même moment, les politiques cantonales de la santé se focalisent sur la seconde phase de modernisation des hôpitaux et sur le financement des déficits dans ce secteur.

Fin du XX^e siècle – Amélioration de la technologie de réparation et crise du système de santé

Dès les années 1980, l'Etat intensifie son soutien à la médecine triomphante. Dans le domaine médical, une deuxième vague de modernisation des hôpitaux a lieu qui les transforme en profondeur en entreprises modernes, au fait des dernières avancées de la science et dotées de personnel hautement qualifié. De grands centres hospitaliers universitaires sont construits, agrandis et mis en réseau (Centre hospitalier universitaire vaudois CHUV à Lausanne, Hôpitaux universitaires genevois HUG à Genève, les hôpitaux universitaires de Zürich et de Bâle, l'Hôpital de l'île de Berne). Les hôpitaux régionaux acquièrent également des moyens techniques modernes. L'essor des

hôpitaux accompagne les prodigieuses percées thérapeutiques et la demande de soins performants toujours croissante de nos sociétés occidentales contemporaines. De nouvelles technologies médicales toujours plus pointues apparaissent, qui se remplacent mutuellement à grande vitesse. C'est dans ce contexte que la médecine moderne entre en crise et, avec elle, l'ensemble du système de santé. La science médicale qui, avec l'extension presque sans limite de ses connaissances, avait prétendu à la toute puissance et nourri des attentes démesurées auprès de la population, reçoit des critiques vigoureuses adressées

Projet « Avenir de la médecine en Suisse » (1999-2004)

En 1999, l'Académie suisse des sciences médicales lance le projet « Avenir de la médecine en Suisse »¹⁷. Avec ce projet, dont le but est de réfléchir à une réorientation de la médecine, les médecins lancent dans le débat public un thème jusque-là tabou : la médecine académique, reposant sur des bases scientifiques, orientée sur les soins des maladies, a atteint ses limites éthiques et économiques. Elle se trouve à la frontière entre le possible, le faisable et ce qui fait sens.¹

Les nouvelles pistes envisagées par le rapport final comprennent les aspects suivants :

- Travail interdisciplinaire
- Action sur les comportements préventifs et promoteurs de santé
- Prise en compte des aspects sociaux et spirituels dans la définition des mesures médicales
- Participation des patients et des patientes au processus de décision sur le mode du partenariat
- Mise en réseau de la FMH, des 5 facultés de médecine et de l'Académie suisse pour poursuivre la collaboration et obtenir un consensus sur les objectifs, les compétences et les limites de la médecine de demain.

Un des points de consensus est le suivant : « Les médecins de Suisse ne devraient pas seulement à l'avenir s'occuper des souffrances et des handicaps physiques et mentaux des personnes, mais aussi s'occuper de faire recouvrer aux patients et aux patientes leurs capacités sociales. »

16 Ibid. p. 76.

17 Voir : Werner STAUFFACHER/Johannes BIRCHER (éds) : Zukunft Medizin Schweiz. EMH Schweizerischer Ärzteverlag, Bâle 2002.

au système de pouvoir représenté par l'institution médicale. On commence à s'interroger: l'explosion des coûts de la santé et les crises économiques récurrentes vont-elles mettre un frein à l'expansion effrénée du secteur des soins?

«Parallèlement grandit un soupçon portant sur l'efficacité de la médecine. Les bouleversements majeurs tant dans le domaine technique et thérapeutique (chirurgie, psychiatrie, révolution moléculaire) ou encore socio-économique et politique (rôle primordial des grandes compagnies pharmaceutiques dans les systèmes médicaux, explosion des coûts et crise des systèmes de financement de la santé) façonnent le tableau général»¹⁸. Monsieur Gianfranco Domenighetti, chef du Service cantonal de santé du canton du Tessin, dira à cet égard: «Un doute s'insinue quant à la légitimité des 28 000 opérations par année (6 opérations dans la vie d'une personne) sachant que dans certains pays comme les Etats-Unis le nombre d'opération a diminué de 20 à 40 % lorsque la procédure exigea l'avis d'un second médecin.» Certains cantons réagissent en mettant sur pied des systèmes d'information et de contrôle du système sanitaire comme le Tessin qui lance en 1983 déjà un programme d'information sur l'incidence des soins opératoires pour mesurer systématiquement la fréquence des procédures chirurgicales dans la population du canton¹⁹. Ces réflexions préfigurent les débats qui auront lieu près de 20 ans plus tard dans le cadre de l'Académie suisse des sciences médicales et de son projet «Avenir de la médecine en Suisse».

Années 1980-90 – élargissement du concept de santé publique vers le New Public Health

Les années huitante marquent aussi un tournant dans la politique de santé, qui adopte une conception nouvelle de la protection de la santé, tournée de plus en plus vers la prévention des maladies liées à des comportements à risque. De nouvelles tâches spécifiques sont progressivement confiées à la Confédération. En 1981, le Sida émerge sur le plan mondial comme problème de santé publique majeur et appelle une action aussi en Suisse. Quelques années plus tard, les toxicomanes s'amassent sur les places publiques des villes suisses. Ces deux phénomènes concomitants sont le détonateur pour le lancement des pro-

grammes nationaux de prévention sous l'égide de l'OFSP: Sida (1985), Drogue (1991), Tabac (1995), Alcool (1997).

A cette même période, l'OFSP lance les campagnes annuelles de vaccination contre la grippe.

Alors même qu'un avant-projet de loi fédérale sur la prévention des maladies avait échoué en 1984 dans une procédure de consultation par l'opposition des cantons et des partis politiques de droite, le Conseil fédéral décide de faire avancer la prévention par des mesures concrètes plutôt que par des lois. Une section «prévention» (alcool, tabac, drogue, vaccinations) est créée au sein de l'OFSP en 1987. En 1989 est institué un fonds pour la prévention

Le New Public Health

L'OMS et l'ONU, en adoptant la Charte d'Ottawa (1986) sur la promotion de la santé et l'Agenda 21 des Nations Unies (ONU) pour le développement durable (1992), ont créé des cadres de référence internationaux et posé les bases pour une vision globale de la santé. La Charte propose une définition dynamique de la santé: selon cette définition, la santé est un processus physique, psychique et social qui permet à une personne de s'adapter à son milieu de vie et de se consacrer à ses projets. La Charte d'Ottawa comprend les éléments suivants:

- une vision globale de la santé
- le respect des équilibres individuels et sociaux
- la démarche globale de promotion de la santé
- une perspective de responsabilisation
- une approche participative
- un souci démocratique
- un investissement pour l'ensemble de la population et une lutte contre les inégalités

Une telle compréhension de la politique de la santé ne peut que conduire à un changement de paradigme: sortir de la pathogénèse («Qu'est-ce qui rend l'homme malade?») pour aller vers la salutogénèse («Qu'est-ce qui renforce la santé?»).

Des approches pour une vision globale et multisectorielle de la santé ont cours en Suisse depuis les années 1980. Ces approches sont aujourd'hui renforcées par les discussions en cours au niveau fédéral concernant une nouvelle réglementation de la prévention et de la promotion de la santé.

18 Vincent BARRAS, Le médecin, de 1880 à la fin du XX^e siècle, en: L. Callebat (éd.), Histoire du médecin, Flammarion, Paris, 1999, p. 269-307.

19 G. DOMENIGHETTI: De l'usage d'indicateurs classiques et alternatifs au niveau cantonal, Cahiers d'étude de l'ISH, vol. 39, 1988, p. 88.

avec des contributions fédérales et cantonales. En référence à la charte d'Ottawa de l'OMS (1986), le travail de prévention s'enracine dans une réflexion plus globale sur la promotion de la santé, qui dépasse les injonctions de changement de comportements individuels pour cibler les déterminants de la santé (approche du New Public Health). Cette nouvelle approche de la santé est reconnue en Suisse en 1994 avec l'inscription de la prévention et de la promotion de la santé dans l'article 19 de la nouvelle loi sur l'assurance-maladie LAMal.

Parallèlement, plus de dix programmes nationaux de recherche scientifique (PNR) sur les problèmes de santé et sur le système de santé (voir le portrait de la politique de santé de la Confédération dans le volume 2) témoignent depuis 1987 des préoccupations de l'Etat fédéral, soucieux de combler les lacunes laissées par la recherche académique ou celle du secteur privé, majoritairement orientées vers la médecine curative. Des points forts sont mis sur la prévention des maladies cardio-vasculaires (PNR 1),

des maladies du système nerveux (PNR 38) et des maladies musculo-squelettiques et des douleurs chroniques (PNR 53), la prise en compte de l'environnement comme déterminant de la santé (PNR 26) et l'économicité et l'efficacité du système de santé suisse (PNR 8). La recherche clinique, qui bénéficie moins des impulsions des politiques de recherche fédérales que de larges financements privés, reste cependant dominante.

Du côté des cantons, les perceptions de l'action des services de santé, jusque-là axées sur la gestion des institutions et des établissements de soins, se modifient également. L'intervention de la Confédération dans le domaine de la drogue et du VIH/Sida agissant comme un détonateur, la plupart des cantons participeront aux efforts de prévention en appliquant la politique fédérale et/ou en lançant leur propre stratégie cantonale. En 1987, lors d'une rencontre intercantonale à Lausanne, le Groupe de coopération intercantonale des cantons intéressés (GE, VD, BE, TI et Confédération invitée) formule le souhait d'une

L'étude d'impact sur la santé

Le système de santé suisse coûte annuellement dans les 50 milliards de francs et pourtant il n'influence l'état de santé de la population qu'à raison de 10 ou 15 %. L'OMS informe depuis les années 80 que la qualité et l'accès aux soins n'influencent que faiblement l'état de santé de la population. A raison de 90 %, l'état de santé est lié aux conditions de vie des personnes (habitat, travail, chômage, comportements et modes de vie, ...). Celles-ci sont elles-mêmes déterminées par la politique économique, la politique sociale, la politique environnementale, la formation, la politique des étrangers ou encore les normes juridiques. On sait par exemple que le statut socio-économique des personnes conditionne la santé à raison de 45 ou 50 % et que les éléments fondamentaux de ce statut sont : le niveau de formation, la profession exercée, les conditions de travail, la fortune et le revenu. Les autres facteurs décisifs sont environnementaux : le bruit, l'eau potable, la qualité de l'air, les rayonnements, les produits toxiques et chimiques, les maladies infectieuses.

S'appuyant sur ce constat, les économistes de la santé estiment que des investissements plus importants encore dans le domaine curatif ne sont aujourd'hui plus justifiables. De son côté, l'OMS prône dans ses objectifs pour 2015 que les politiques de santé ne doivent plus être conduites de manière isolées, mais qu'elles doivent être fortement reliées aux autres domaines politiques comme la politique fiscale, la politique budgétaire, la protection de l'environnement, les transports ou l'éducation. Un instrument d'étude d'impact des politiques publiques sur la santé devrait être développé.

En Suisse, les cantons de Fribourg, du Jura et du Valais ont intégré ce concept global de la santé ainsi que l'instrument d'étude d'impact sur la santé dans leurs nouvelles lois cantonales de santé révisées dans les années 90. Ces mêmes cantons ainsi que le canton de Genève et du Tessin travaillent ensemble à l'élaboration d'un tel instrument. Au sein de la CDS, un groupe de travail a rédigé en 2003 un rapport à ce sujet, sans pour autant que son travail ne soit suivi d'effets au sein de la CDS. La Fondation Promotion Santé Suisse lance actuellement en collaboration avec le canton du Tessin un projet de « Plate-forme d'information sur l'étude d'impact sur la santé ». Au niveau fédéral, l'OFSP a adopté en 2004 un « Modèle pour une politique de santé multisectorielle », par lequel il souhaite impliquer les autres administrations fédérales dans une démarche commune.

réorientation des politiques sanitaires cantonales dont les nouveaux objectifs doivent être centrés sur l'état de santé de la population et sur une gestion efficace et économique des hôpitaux, notamment par les DRG (Diagnosis related groups – groupes homogènes de malades). La « Stratégie de la santé pour tous » de l'OMS de 1984 marque le déroulement de cette journée. Elle signifie le début d'une réflexion sur les déterminants de la santé et sur l'inégalité en matière de santé.

Cette nouvelle orientation conduit la plupart des cantons, dans le courant des années 1980 à 2000, à renforcer leur politique de prévention et de promotion de la santé et à comprendre le concept de santé publique (Public Health) d'une manière plus globale (New Public Health). Les cantons conçoivent un grand nombre de programmes dans des domaines aussi divers que les dépendances, le Sida, la santé sexuelle et reproductive, le travail, la nutrition, la vieillesse, la santé psychique et plus dernièrement, les jeux de hasard. La part de la promotion de la santé est toujours faible en regard de la prévention, malgré quelques nouveaux projets multisectoriels comme le « Réseau suisse des hôpitaux promoteurs de santé » ou le projet intercantonal d'étude d'impact sur la santé.

Les cantons du Tessin et de St-Gall sont à ce titre précurseurs. Le canton du Tessin crée en 1976 déjà une section « santé » (Sezione sanitaria) comme structure administrative autonome qui sera intégrée en 1994 dans l'« Ufficio di promozione e di valutazione sanitaria ». Il mène également de nombreux programmes de prévention. Il lance en 1983 déjà, en application des résultats du PNR 1, un programme cantonal pluriannuel de prévention des maladies cardiovasculaires (1984-1989) pour lutter contre les facteurs de risque suivants : fumée, hypertension, sédentarité, alimentation et obésité. En 1989, il ancre la promotion de la santé dans sa nouvelle loi cantonale sur la promotion de la santé et de la coordination sanitaire (Legge sulla promozione della salute e il coordinamento sanitario – Legge sanitaria).

Le canton de St-Gall crée en 1979 un Office cantonal des affaires sanitaires avec un poste de médecine préventive. Les premiers programmes de prévention de cet office remontent aux années 1990 avec un service de conseil médical aux voyageurs. Le bureau ZEPRA Prévention et Promotion de la santé – aujourd'hui responsable de la prévention et de la promotion de la santé pour les cantons de St-Gall et des Grisons – existe depuis 1990.

Dans les années 1990, beaucoup de cantons ont suivi

l'exemple des cantons du Tessin et de St-Gall en renforçant les aspects de prévention et de promotion de la santé lors de la révision de bases constitutionnelles ou législatives et en y introduisant une compréhension multisecto-

La prévention et la promotion de la santé dans les cantons

Le concept de prévention est rarement employé dans les directives cantonales alémaniques, mais a acquis ses lettres de noblesse dans les réglementations des cantons romands. En Suisse allemande, on parle beaucoup plus de protection de la santé ou d'hygiène (Gesundheitsvorsorge), de lutte contre les maladies ou encore de promotion de la santé. On retrouve des dispositions relatives à la prévention et à la promotion de la santé dans les constitutions cantonales, dans les lois cantonales sur la santé, dans les ordonnances et les règlements, dans les conventions intercantionales, dans les programmes de législatures, les directives gouvernementales ou les lignes directrices dans le domaine de la santé. Parallèlement à ces dispositions, les cantons ont créé des structures internes ou externes à leur administration pour coordonner et mettre en œuvre les mesures de prévention et de promotion de la santé. De plus en plus, on quitte la simple mise en œuvre de mesures préventives sectorielles pour aller vers une conception globale d'une politique de prévention et de promotion de la santé (ex. : la politique de promotion de la santé du canton de Genève). La mise en œuvre se fait sous la forme de plans d'action, de stratégies, de campagnes ou de programmes le plus souvent menés par des organisations partenaires privées sur la base d'un contrat de prestations.

Il y a en outre des différences notoires entre les cantons en ce qui concerne leur engagement dans le domaine de la prévention et de la promotion de la santé : le canton d'Uri a, selon ses propres données, dépensé en 2002 environ CHF 55 000.– (inclus la prévention du Sida), dont CHF 15 000.– provenant de la dime de l'alcool. Cela équivaut à CHF 1.60 par habitant.

Genève de son côté a dépensé en 2001 CHF 60 Mio., ce qui équivaut à CHF 140.– par habitant. En règle générale, l'argent est investi en priorité dans la prévention des dépendances et pas (encore ?) dans la promotion générale de la santé.

rielle et globale de la santé. Depuis 1998, 13 cantons ont complètement révisé leur loi cantonale de la santé ou ont commencé à le faire (voir le tableau 1).

Tableau 1 : Survol des lois cantonales sur la santé révisées complètement depuis 1998 ou sont en voie de l'être (sans les lois sur les hôpitaux)

(Etat : décembre 2004)

Nouvelles lois cantonales sur la santé

Valais	Nouvelle loi sur la santé depuis le 1.1.1998
Fribourg	Nouvelle loi sur la santé depuis le 16.11.1999
Appenzell Rh. I.	Nouvelle loi sur la santé depuis le 1.1.1999
Soleure	Nouvelle loi sur la santé depuis le 1.1.2000 et nouvelle ordonnance d'application
Berne	Nouvelle constitution révisée en 1992 (promotion des méthodes naturelles de guérison : art. 41 al. 4) Nouvelle loi sur la santé depuis le 1.1.2001 et nouvelle ordonnance d'application
Schwyz	Le canton de Schwyz n'a pas de loi sur la santé mais une ordonnance sur le système de santé qui se base sur le §40 de la constitution cantonale. L'ordonnance date de 1971. Révision totale en préparation depuis 1998 et en vigueur depuis le 1.1.2004.
Vaud	Nouvelle loi sur la santé depuis le 1.1.2004

Lois cantonales sur la santé en révision

Zurich	Projet de révision de la loi sur la santé de 1999. Processus législatif actuellement en suspens. Projet d'une loi sur les patients datant de l'an 2000.
Genève	Loi sur la santé devant le Parlement depuis 2005
Bâle-Ville	Motion 2003 concernant l'élaboration d'une loi globale sur la santé. L'ancienne loi date de 1879. La loi sur la santé est actuellement en révision.
Appenzell Rhodes Extérieures	Projet de révision totale de la loi sur la santé qui date de 1986. Une commission d'experts mandatée par le Conseil d'Etat a élaboré un large catalogue de thèses. Le processus législatif durera environ une année et demie.
Lucerne	Révision totale de la loi sur la santé en consultation

Source : OFSP, section Stratégie et politique de santé CH (2004).

Comme le fait remarquer Vincent Barras, historien de la

médecine à l'Université de Lausanne (Institut universitaire de l'histoire de la médecine et de la santé publique, IUHMSP), plusieurs autres facteurs contribuent à changer la perspective de la politique de santé. «Soulignons ainsi la prise en compte du patient comme protagoniste dans la gestion générale de la médecine ainsi que dans la prise de décision thérapeutique, l'émergence au plan collectif des préoccupations bioéthiques, le phénomène du pluralisme médical lié à l'intensification des échanges de tous ordres au plan planétaire, ainsi que la prise en compte des déterminants sociaux et environnementaux de la santé.»²⁰

C'est dans le courant des années 1980-1990 que se développent les bases légales qui ont donné un cadre législatif solide à un autre déterminant majeur de la santé : l'environnement. Ses différents éléments sont la loi sur la protection de l'environnement (1983), les ordonnances sur la protection de l'air (1985) et sur la protection contre le bruit (1986) et la loi sur la protection des eaux (1991). Ce processus conduit vingt ans plus tard à l'adoption d'un article sur le développement durable et la protection de l'environnement dans la nouvelle Constitution fédérale révisée en 1999. La «Stratégie pour le développement durable 2002» du Conseil fédéral a conduit de nombreux cantons et communes à entamer des démarches dans ce sens. L'OFSP s'est engagé dans un plan d'action «Environnement et santé» à durée déterminée qui se termine en 2007. De récents mandats parlementaires et des accords internationaux ont permis d'élargir la politique multisectorielle de l'OFSP ainsi que celles d'autres offices au phénomène des migrations, à la problématique de la santé selon les genres ou aux déterminants de santé représentent la nutrition ou le mouvement. L'OFSP a adopté en 2004 un «Modèle pour une politique de santé multisectorielle», par lequel il souhaite impliquer les autres administrations fédérales dans une démarche commune.

Début du XXI^e siècle – redimensionnement du système de soins

La réflexion entamée dans les années 1980 sur la rationalisation du système de soins et sur le financement du système de santé, occupe tout le champ politique dès les années 1990 et au début des années 2000. L'amorce est donnée avec la révision totale de la loi sur l'assurance-ma-

²⁰ Vincent BARRAS, Le médecin, de 1880 à la fin du XX^e siècle, en : L. Callebat (éd.), Histoire du médecin, Flammarion, Paris, 1999, p. 269-307.

ladie (LAMal) en 1994. Les hausses continues des primes d'assurance-maladie et les révisions en chaîne de la loi (4^e tentative de révision en l'espace de 10 ans) vont durcir ce débat autour du financement du système de soins. Des mesures drastiques sont proposées, comme le rationnement des soins dans l'assurance de base, l'interdiction d'ouvrir de nouveaux cabinets médicaux ou la suppression de l'obligation de contracter entre assureurs-maladie et médecins.

Dans tous les cantons, les nouveaux maître-mots de l'histoire des hôpitaux sont restructuration, mise en réseau, Managed Care, qualité des soins et création de pôles de compétences. Le transfert de lits hospitaliers en soins aigus vers les soins de longue durée et la réadaptation, la diminution du nombre de journées d'hospitalisation, la planification psychiatrique ou la concentration de la médecine de pointe sont au cœur des nouvelles stratégies des cantons. La politique hospitalière déborde cependant de son cadre strict. L'accent est mis désormais sur le renforcement des soins à domicile, sur la trajectoire du patient, sur la création d'hôpitaux de jour ou de nouvelles structures ambulatoires. Dans le domaine de la prise en charge des personnes âgées, de la santé psychique ou des maladies chroniques non transmissibles, des stratégies plus globales sont développées afin de prévenir en amont l'explosion programmée des coûts médicaux dans ces secteurs. Des problèmes de santé publique actuels, tels que le phénomène croissant de l'obésité ou le burn-out, induisent la mise sur pied de nouveaux projets dans le domaine de la nutrition et de l'activité physique ou dans la promotion de la santé sur la place de travail. En parallèle à ces développements, certains programmes de prévention et de promotion de la santé qui étaient bien établis, sont redimensionnés (ex. : le programme Gender Health de l'OFSP a été réduit de moitié), voire carrément supprimés (ex. : le programme Environnement et santé de l'OFSP supprimé à partir de 2007), sous l'impact des mesures d'économie budgétaire des administrations publiques tant fédérale que cantonales.

En ce début de XXI^e siècle, les droits des patients sont devenus un sujet également actuel pour les cantons et pour la Confédération. Ce thème touche à des domaines divers : la carte d'assuré, la carte de patient, la protection des données, l'accès aux soins, la qualité des soins, l'information et l'accès au dossier médical, les directives anticipées de fin de vie ou encore l'empowerment ou les compétences de santé. La réglementation cantonale des droits des patients

a connu une évolution importante ces dernières années. En Suisse romande, la plupart de ces droits sont codifiés d'une manière relativement harmonisée, les différences d'un canton à l'autre tendant à s'effacer. Cela correspond à une adaptation à la jurisprudence du Tribunal fédéral, mais aussi à une demande de la société face au « pouvoir médical ». Les patients, tout comme les consommateurs, sont aujourd'hui plus sensibles au respect de leurs droits et revendiquent une meilleure reconnaissance de ceux-ci. La Convention européenne sur les droits de l'Homme et la Biomédecine devrait prochainement s'imposer comme la nouvelle référence. Le fait que les cantons romands ou le canton de Zurich, contrairement à d'autres cantons (ex. : Soleure), aient renforcé leur législation concernant les droits des patients en souligne l'importance et devrait éviter la dissolution de ces droits dans la législation fédérale. Par leur cohérence et leur exhaustivité, les lois cantonales concernant les droits des patients offrent un modèle intéressant et original. Elles contribuent aussi à renforcer la sécurité du droit dans un domaine en pleine évolution.

Au niveau fédéral, la politique de protection contre les risques initiée au XIX^e siècle est toujours une activité phare de la Confédération. Régulièrement, de nouveaux mandats de protection de la santé continuent à être confiés à l'OFSP. La loi de protection sur la radioprotection (1991), la loi sur les médicaments et les dispositifs médicaux (2000), l'ordonnance sur la prévention de la maladie de Creutzfeldt-Jakob (2002), des mesures urgentes de lutte contre le bioterrorisme (2002), l'ordonnance sur la prévention de l'introduction de nouvelles maladies infectieuses émergentes (SRAS, grippe aviaire, 2003-2005), en sont quelques exemples. Des lois plus ou moins anciennes sont révisées comme la loi de 1969 sur les toxiques, remplacée par la nouvelle loi sur les produits chimiques, ou la loi sur les denrées alimentaires et les objets usuels de 1992.

Une autre tendance actuelle est la centralisation des compétences à la Confédération, notamment dans les domaines liés au progrès médical. Cohérent avec son mandat de protection de la santé, l'Etat fédéral prend conscience que la médecine, devenue toute puissante, n'est plus seulement gage de rétablissement de la santé, mais qu'à son tour, elle peut devenir un potentiel danger pour la santé de la population et même pour la survie de l'espèce humaine. Il prend dès lors des dispositions légales pour réglementer la procréation médicalement assistée (loi fédérale du 18 décembre 1998 sur la procréation médicalement assistée (LPMA), la recherche sur les cellules souches (loi fé-

dérale du 19 décembre 2003 relative à la recherche sur les cellules souches embryonnaires, loi relative à la recherche sur les cellules souches, LRCS), la transplantation d'organes (loi fédérale sur la transplantation d'organes, de tissus et de cellules, 2004), la biogénétique (loi fédérale sur l'analyse génétique humaine, 2004), ou le clonage.

En conclusion

A la lumière de cette relecture historique des politiques de santé suisses, on constate que le droit sanitaire actuel repose sur des bases qui remontent loin dans le passé et qui sont constamment actualisées sans changement notable des principes essentiels. Comme au XIX^e siècle, le secteur curatif et la protection contre certains risques occupent toujours l'essentiel du débat politique. Mais, si l'on se réfère aux questions traitées par le Parlement fédéral ou aux prises de position des acteurs les plus importants du système de santé, on constate que les questions de santé publique ont perdu en importance par rapport

aux questions de gestion et de financement du système de soins et de la réglementation des nouvelles technologies. Les efforts nécessaires en vue du contrôle des coûts font de l'ombre à une réflexion plus globale sur les objectifs de santé pour l'ensemble de la population, les droits des patients ou l'égalité des chances en matière de santé.

2.2 Une organisation fédéraliste

La deuxième caractéristique du système suisse de santé est son organisation sur le mode fédéraliste. Depuis la fondation de la Confédération helvétique en 1848, le fédéralisme régit la construction du système de santé par le partage des pouvoirs législatifs entre la Confédération, les cantons et les communes. Dans le domaine de la santé, la Constitution fédérale révisée en 1999 donne, tout comme en 1848, un rôle subsidiaire à la Confédération alors que la compétence générale en matière de santé publique est

Le fédéralisme suisse

En 1848, dans le contexte du « printemps des peuples en Europe » et de la réconciliation nationale, la Suisse réussit sa révolution. La Constitution du 12 septembre 1848, élaborée par une commission qui inclut des radicaux et libéraux ainsi que des représentants des cantons vaincus, se caractérise par la réconciliation des principes de l'unité nationale et des droits des cantons. Le gouvernement central se voit attribuer la défense, la politique étrangère et certains autres domaines d'importance nationale comme la lutte contre les maladies infectieuses.²¹

Avec la démocratie directe, le fédéralisme constitue l'un des principes fondamentaux de l'ordre constitutionnel suisse. Il peut se définir comme une forme particulière de décentralisation de l'Etat, qui vise essentiellement à favoriser l'intégration au sein de la Confédération suisse de régions indépendantes aux caractéristiques ethniques, culturelles et économiques hétérogènes et à rapprocher l'Etat du citoyen. Sur le plan des valeurs philosophiques, le fédéralisme repose sur une vision communautaire de la démocratie (démocratie de proximité) et sur le principe de subsidiarité. Ce principe accorde une large autonomie aux petits groupes et se base sur des unités décisionnelles décentralisées: communes, puis cantons. La Confédération détient dans ce cadre un rôle subsidiaire. Aujourd'hui, la définition théorique du fédéralisme a été revue. Dans sa nouvelle acception, le fédéralisme, partant du principe que les bases démocratiques de l'Etat sont assurées, définit le partage des pouvoirs entre les différentes institutions fédérales et protège les minorités en leur accordant la plus grande indépendance territoriale possible.²¹ En constante mutation, le fédéralisme suisse se trouve confronté aujourd'hui à de nouveaux défis comme la nouvelle péréquation financière, l'intégration européenne ou l'importance croissante des villes et des agglomérations.

La Confédération a entrepris plusieurs réformes pour tenir compte de ces évolutions. La révision de la Constitution fédérale de 1999 a mis l'accent sur l'avènement d'un fédéralisme davantage axé sur la participation et la collaboration. Le développement des formes de dialogue entre la Confédération et les cantons témoigne du fait que la coopération entre les différents niveaux de collectivités publiques est désormais aussi importante qu'une claire délimitation des compétences.

²¹ Manuel de la politique suisse, Handbuch der Schweizer Politik, article sur le fédéralisme, Adrian VATTER, p. 78-79, édition NZZ 1999, édité par Ulrich KLÖTI et al.

du ressort des cantons. Elle stipule à son article 3 que « les cantons sont souverains tant que leur souveraineté n'est pas limitée par la Constitution fédérale et exercent tous les droits qui ne sont pas délégués à la Confédération ». Selon cet article, la santé publique ressortit au premier chef des cantons qui, s'ils l'estiment opportun, peuvent légiférer. Tout comme le dit l'article 43 de la Constitution, « les cantons définissent les tâches qu'ils accomplissent dans le cadre de leurs compétences ».

L'article 42 affirme que « la Confédération accomplit les tâches que lui attribue la Constitution ». Si la Constitution fédérale accorde un rôle subsidiaire à la Confédération en matière de santé publique, celle-ci détient, tout comme les communes, toute une série de compétences spécifiques importantes.

Dès lors le paysage de la santé en Suisse est constitué de 26 systèmes cantonaux de santé qui coexistent à côté d'une politique fédérale qui s'est développée en parallèle. On ne peut donc pas parler d'un seul système de santé pour toute la Suisse, et en tout cas pas d'une seule politique suisse de la santé. Cependant, ces dernières décennies ont été marquées par une centralisation marquée des compétences dans le domaine de la santé, ce qui met en cause l'essence même du fédéralisme dans ce domaine et pose la question du nouveau rôle des cantons et des communes, de leur degré d'autonomie décisionnelle et financière et de la manière dont la Confédération intègre les deux premiers niveaux étatiques dans ses décisions.

Cette emprise du fédéralisme sur les processus politiques a été confirmée récemment. Dans le cadre de la révision de la loi sur l'assurance-maladie LAMal et des décisions à prendre sur le financement des soins de longue durée, les cantons ont exigé d'être reconnus par la Confédération comme partenaires privilégiés et d'être associés aux processus de décision.

1848-1990 : une claire répartition des compétences cantonales et fédérales

Dans le courant du XIX^e siècle, la Suisse s'est muée d'une Confédération d'Etats en un Etat fédératif. Après l'intermède de la République helvétique (1798-1803) qui a provoqué l'effondrement de l'Ancien Régime, la Médiation qui reconnaît le caractère fédéral de la Confédération suisse, ouvre une autre page de l'histoire de la Suisse. Si l'histoire du droit fédéral est mieux connue, celle du droit cantonal de la santé reste encore à écrire. Les références historiques qui permettraient de retracer l'aventure sanitaire

dans les cantons, manquent cruellement. Tentons tout de même un tour d'horizon sur la base des travaux de Dominique Sprumont²², Directeur-adjoint de l'Institut de droit de la santé de l'Université de Neuchâtel.

Les cantons se donnent de nouvelles constitutions cantonales et la législation cantonale se modernise. La compétence en matière de police sanitaire est généralement cantonale et communale. C'est ainsi que, par exemple, le Petit Conseil du canton de Fribourg adopte en 1804 le premier règlement de police de santé précisant les compétences de l'Etat en la matière. Un an plus tôt, il avait institué un Conseil de santé générale²³. Ce règlement contient 66 articles sur la santé de l'homme, qui concernent principalement l'exercice de la médecine, les apothicaires et les sages-femmes ainsi que la vente de poisons, et 82 articles sur la santé du bétail en tant que ressource économique. Les patients sont mentionnés dans l'intention de les protéger contre les charlatans. La législation de cette époque interdit la vente de médicaments par les médecins et limite la vente de médicaments et de poisons aux seules pharmacies publiques. Les médecins disposent de la compétence exclusive de prescrire des médicaments. Des règles définissent la délivrance des autorisations de pratique. Comme aujourd'hui, l'élément déterminant pour le droit de pratiquer est la formation acquise. Cette compétence du Conseil de santé générale est maintenue jusqu'à l'entrée en vigueur de la loi fédérale de 1877 concernant l'exercice des professions médicales. Le contrôle des coûts est déjà à l'ordre du jour. Ainsi une clause du besoin préconise que les établissements de pharmacie doivent être proportionnés à la population et que leur nombre ne sera pas augmenté sans nécessité absolue. Le règlement fribourgeois de 1804 prévoit en outre « qu'aucun médecin ou chirurgien ne devra prescrire des remèdes dispendieux sans nécessité ». Le prix du médicament n'est quant à lui pas laissé à la libre appréciation de l'apothicaire, mais fixé par le Conseil de santé générale. L'accès aux soins pour tous est encore embryonnaire ; il est institué que « les personnes dont l'indigence est certifiée par l'autorité locale, ont droit à des soins gratuits ». Cette disposition vient

22 Dominique SPRUMONT, La législation sanitaire fribourgeoise : une législation en mouvement, professeur associé aux facultés de droit des Universités de Fribourg et Neuchâtel. Revue fribourgeoise de jurisprudence, numéro spécial « RFJ 10 ans », le droit en mouvement, Fribourg 2002.

23 Cet ancien Conseil de santé générale est devenu aujourd'hui la Commission de surveillance des professions de la santé et des droits des patients et des patientes.

compléter les obligations communales dans la prise en charge des pauvres.

Comme le montre ce pan d'histoire du canton de Fribourg, les cantons ont réglementé depuis le XIX^e siècle les professions et les institutions de santé en poursuivant deux objectifs: protéger la population face aux charlatans et aux vendeurs de poisons, et lui donner l'accès à des prestations de soins certifiés, donc «de qualité», en cas de maladie, en particulier pour les plus pauvres. Dès 1848, avec l'adoption de la nouvelle Constitution fédérale, la Confédération, quant à elle, reçoit une compétence centrale en cas d'épidémies dangereuses ainsi qu'une compétence de surveillance des professions médicales. La Confédération commence à légiférer selon une logique similaire et cohérente lorsque de nouveaux problèmes de nature nationale apparaissent: les épidémies, la protection des eaux ou la protection des travailleurs de l'industrie, la libre circulation des médecins ou la surveillance des professions médicales font l'objet à la fois de législations fédérales et de lois d'application cantonales.

Tableau 2: Répartition des compétences cantonales et fédérales au début du XX^e siècle

Compétences cantonales	<ul style="list-style-type: none"> ■ Législation sanitaire ■ Police sanitaire ■ Gestion des hôpitaux et des infrastructures de soins ■ Mesures de prévention contre certaines maladies non transmissibles (ex.: tuberculose)
Compétences fédérales (ordre chronologique)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Loi sur le travail dans les fabriques (1877) – protection de la santé des travailleurs ■ Loi fédérale concernant l'exercice des professions de médecin, de pharmacien et de vétérinaire dans la Confédération suisse (1877) – protection contre les charlatans ■ Loi sur les épidémies de l'homme (Loi sur les épidémies) (1886) – protection contre les maladies transmissibles ■ Loi sur les denrées alimentaires (1905) – protection du consommateur ■ Loi sur l'assurance-maladie (1911) – accès aux soins pour une grande partie de la population et création d'une assurance accidents publique pour les travailleurs de l'industrie (SUVA)

Même si les compétences fédérales se sont étoffées avec le temps et touchent à des secteurs toujours plus nombreux de la protection de la santé (radioprotection, contrôle des substances toxiques et des denrées alimentaires, contrôle des stupéfiants), la logique de répartition des tâches entre cantons et Confédération s'est longtemps maintenue. Comme l'atteste cette remarque de Monsieur Beat Roos, alors directeur de l'Office fédérale de la santé publique, lors de la rencontre de 1987 du Groupe de coopération intercantonale des cantons intéressés²⁴, cette distinction des tâches – protection de la santé comme tâche fédérale, gestion des institutions de la médecine curative comme tâche cantonale – paraissait évidente: «Cette séparation claire des attributions entre Confédération et cantons subsistera à l'avenir. On ne saurait envisager qu'un jour une loi fédérale entame l'autonomie des cantons dans le domaine de la médecine curative.»²⁵

Contenu d'une loi cantonale sur la santé au début du XXI^e siècle

24 des 26 cantons disposent d'une loi sur la santé qui règle les aspects essentiels de la santé humaine – de la naissance à la mort. Une loi cantonale sur la santé comprend en général:

- la prévention et la promotion de la santé
- l'énumération des autorités sanitaires cantonales
- la réglementation de l'admission des professions médicales et auxiliaires
- l'exploitation des hôpitaux et établissements médico-sociaux (EMS)
- la remise de médicaments
- les droits des patients
- des mesures de police sanitaire (hygiène et vaccinations) et
- les obsèques

Outre les lois de santé, certains gouvernements cantonaux se sont donnés des lignes directrices à long terme pour certains domaines comme la vieillesse ou la santé psychique.

24 GUTZWILLER F., RICKENBACH M., DOMENIGHETTI G. (Editorial). Prévention. Action locale, coordination nationale. Journées d'automne 1986. *Soz Praeventivmed* 1987; 32:1.

25 Beat ROOS: L'avenir des politiques sanitaires cantonales. Journée du 17 août 1987 consacrée à la santé des Suisses de l'an 2000, vers une réorientation des politiques sanitaires cantonales. Institut suisse de la santé publique et des hôpitaux, Cahiers d'étude de l'ISH, vol. 39, p. 48, 1988.

L'arrivée en Suisse du VIH/Sida au début des années 80 et le développement rapide de la problématique de la drogue (1986) entraînant l'élaboration de politiques de prévention sous la responsabilité de la Confédération, les travaux préparatoires autour de la révision de l'assurance-maladie (dès 1990) ainsi que les travaux de l'OMS en direction d'une nouvelle conception de la santé publique (New Public Health), devaient venir relativiser cette assertion en brouillant le partage ancien des compétences entre cantons et Confédération.

Tableau 3: Logique juridique de la répartition des compétences entre la Confédération, les cantons et les communes²⁶

La Confédération	est responsable de toute une série de tâches spécifiques. Elle s'attache à prévenir et combattre les maladies infectieuses et à protéger la santé de la population contre toute une série de risques (stupéfiants, produits chimiques, radiation, denrées alimentaires, médicaments, procréation médicalement assistée, génie génétique, etc.). Elle se charge de veiller à la qualité de l'environnement naturel. La Confédération est aussi responsable des assurances sociales et par conséquent de la loi sur l'assurance-maladie (LAMal), de la recherche, de la réglementation de la formation des professions médicales et de la reconnaissance des diplômes. ²⁷
Les cantons	ont une compétence générale en politique de santé. Ils sont chargés de pourvoir aux besoins de la population en matière de promotion de la santé, de prévention des maladies, de soins, de services médicaux et de réadaptation. (Voir à ce sujet le volume 2: «Les politiques de santé dans 9 cantons»)
Les communes	ont un rôle complémentaire pour la mise à disposition de certaines institutions de soins de proximité (hôpitaux de district, homes, EMS, soins à domicile, médecine scolaire, mesures directes de prévention et de promotion de santé).

²⁶ Cette logique juridique est cependant en cours de transformation dans la réalité puisque des enchevêtrements de compétences existent entre tous les niveaux étatiques. Actuellement, par exemple, les hôpitaux de district, gérés par les communes, sont en train d'être cantonalisés dans certains cantons, et transformés en SA dans d'autres.

²⁷ Pour une liste détaillée des tâches fédérales, voir dans le volume 2: la politique de santé de la Confédération.

1990-2005 : de l'enchevêtrement des compétences à la reconnaissance d'une compétence partagée

Elargissement du concept de santé publique vers le New Public Health

La Conférence de Lausanne de 1987, parmi d'autres manifestations du même esprit, montre une volonté affirmée avec force: il faut réorienter les politiques sanitaires cantonales et fédérale vers l'amélioration de la santé de la population plutôt que de poursuivre sur la voie de l'augmentation de l'offre de soins. Cette idée, lancée par la «Stratégie santé pour tous» de l'OMS de 1984, puis par la Charte d'Ottawa de l'OMS sur la promotion de la santé de 1986, est reprise par certains cantons et par l'Office fédéral de la santé publique. Elle viendra mettre un terme à cette stricte séparation des tâches en santé publique entre cantons et Confédération puisque celle-ci s'engage, dès la fin des années 1980, sur un terrain qui était jusqu'alors sous la responsabilité des cantons.

En fait, plus le concept de santé est pensé de manière globale, plus les compétences dans le domaine de la promotion de la santé et de la prévention s'enchevêtrent entre les deux niveaux institutionnels. La Confédération et les cantons développent en parallèle des stratégies et des mesures dans ce domaine qui, la plupart du temps, se mélangent et se superposent, mais qui, parfois aussi, viennent se compléter judicieusement les unes les autres. Depuis la fin des années 1980, les stratégies de santé publique se sont multipliées tous azimuts jusqu'à former aujourd'hui un ensemble disparate, dont les nombreuses couches se croisent sans coordination. Le point d'orgue de ce processus d'accaparement non déclarée de compétences au niveau fédéral sera donné en 1994 avec l'article 19 de la nouvelle LAMal qui donne à une Fondation nationale – Promotion Santé Suisse – la tâche de développer et de coordonner des mesures de prévention et de promotion de la santé sous la responsabilité conjointe des cantons et des assureurs-maladies et sous la haute surveillance du Conseil fédéral.

Redimensionnement du système de soins et exigence d'efficacité

Peu de temps après, avec l'entrée en vigueur en 1996 de la nouvelle loi sur l'assurance-maladie (LAMal, 1994), la Confédération reçoit la compétence d'intervenir en deuxième instance en matière de planification et de ges-

tion des services de soins stationnaires et ambulatoires, un domaine qui jusque-là était exclusivement réservé aux cantons. Les mesures entreprises par la suite par la Confédération lors des 3 premières révisions de la LAMal ont conduit à un enchevêtrement progressif des compétences et à une densification croissante de la réglementation dans le secteur des soins. Bien qu'alors passé sous silence, la LAMal portait bel et bien en germe une atteinte à l'autonomie cantonale en matière de planification sanitaire.

Compétences enchevêtrées ou partagées ?

Ces deux évolutions parallèles – enchevêtrement des compétences dans le domaine de la prévention et enchevêtrement des compétences dans le secteur des soins – ont conduit, si ce n'est à un transfert pur et simple de compétences à la Confédération, du moins à un partage subtil et confus des compétences décisionnelles et financières entre cantons et Confédération, mais aussi entre acteurs publics et privés. Cette confusion dans la répartition des responsabilités entre les différents acteurs du secteur de la santé rend particulièrement difficile aujourd'hui l'ensemble du débat autour de la révision de la LAMal.

A ce constat vient s'en ajouter un autre, encore trop peu pris en compte au niveau politique : comme l'affirme Gerhard Kocher, économiste de la santé, « il faut aujourd'hui admettre que la Confédération n'a cessé d'agrandir son champ de compétence et que l'assertion selon laquelle les cantons seraient seuls responsables de la politique de santé n'est plus exacte. La plupart des tâches sont de responsabilité conjointe entre cantons et Confédération ou sont intriquées. Les décisions prises au niveau fédéral font l'objet d'une mise en œuvre cantonale ou communale et engagent souvent des acteurs privés (hôpitaux, EMS, médecins, organisations du domaine de la prévention, etc). Le financement du système est lui aussi partagé entre les trois échelons étatiques et les assureurs-maladie. Aujourd'hui la politique suisse de santé est un domaine de compétence partagé. »²⁹

Dans ce contexte, la loi sur l'assurance-maladie (LAMal) prend une dimension particulière. Elle est devenue véritablement la loi la plus importante du système sanitaire suisse. Directement ou indirectement elle régit d'innombrables domaines du système de santé, bien au-delà de

l'assurance-maladie. De ce fait, la LAMal représente en quelque sorte une loi fédérale sur la santé.

Ces changements profonds dans la logique de répartition des compétences entre cantons et Confédération ont eu lieu de facto sans avoir été pris en compte de jure par la nouvelle Constitution fédérale révisée en 1999. Il résulte de cette situation des lacunes importantes dans la capacité de pilotage du système suisse de santé qui doivent être résolues.

Dépenses sanitaires de la Confédération, des cantons et des communes

Les trois échelons étatiques ne se partagent pas seulement les compétences, mais aussi les financements du système de santé. Il n'existe pas de statistique précise concernant le financement du système de santé par les pouvoirs publics. Diverses estimations ont par contre été faites sur la base des statistiques de l'Office fédéral de la statistique (OFS). Selon les données des entreprises pharmaceutiques (« La santé publique en Suisse », Pharma Information, Bâle 2003), les dépenses de santé prises en charge grâce aux deniers publics (y compris les subventions à l'assurance-maladie) ont atteint 19,906 millions de francs au total et se sont réparties entre la Confédération (2146 millions de francs) à hauteur de 10,8 %, les cantons (14059 millions de francs) avec 57,8 % et les communes (8169 millions de francs) avec 31,4 %.

Selon les calculs effectués par l'OFSP en collaboration avec l'OFS, les estimations sont différentes (voir tableau 4). Il serait souhaitable qu'à l'avenir, l'OFS intègre dans sa

Tableau 4 : Financement du système de santé par les pouvoirs publics (2001) – un financement partagé

	Dépenses en millions francs	% des dépenses publiques
Total des dépenses de santé	46 129,5	
Dépenses publiques de santé ¹⁾	10 473,9	100,0 %
Dépenses Confédération	1 984	18,9 %
Dépenses cantonales	7 054,5	67,4 %
Dépenses communales	1 435,4	13,7 %

¹⁾ Les dépenses publiques sont composées des subventions aux fournisseurs de soins, des dépenses d'administration et de prévention de la santé publique et des aides aux ménages privés pour la réduction des primes de l'assurance-maladie. Ne sont pas inclus les coûts de la formation dans le domaine de la santé.

Source : Office fédéral de la statistique, Coûts du système de santé en 2001, financement sous l'angle de la protection sociale (Tableau 14).

29 Gerhard KOCHER, Willy OGGIER, (éds) : Le système de santé suisse 2004-2006, un survol actuel, Ed. Hans Huber, p. 335, Berne 2004.

statistique sur les coûts du système de santé de nouveaux critères qui permettent de décrire plus précisément les rapports de financement du secteur de la santé par les différents échelons étatiques.

Vers un fédéralisme coopératif

Ces développements ont été pressentis depuis plus de vingt ans par certains spécialistes en santé publique, qui proposaient des réformes afin de parer aux évolutions chaotiques. Il s'agissait de décloisonner et d'intégrer les activités des différents niveaux institutionnels et des dif-

Tableau 5: Compétences et répartition des tâches entre cantons et Confédération dans le domaine de la santé

La table ci-dessous, créée par Kocher²⁸, classe les compétences de la Confédération et des cantons. Alors que les compétences générales des cantons peuvent être regroupées sous 9 catégories, celles très spécifiques de la Confédération sont au nombre de 24.

Compétences et tâches cantonales (sélection)

<p>1. Application du droit fédéral</p> <p>2. Surveillance</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Autorisation d'exercer une profession de la santé et formation professionnelle ■ Police sanitaire ■ Hôpitaux, cliniques psychiatriques, EMS, etc. <p>3. Système de soins</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Mandat de garantie de l'approvisionnement ■ Hôpitaux cantonaux et EMS ■ Organisation d'aide et de soins à domicile ■ Services psychosociaux ■ Service de médecine scolaire ■ Service d'urgence, de sauvetage et de transport ■ Service sanitaire coordonné (réseaux de soins) – avec les communes, la Confédération et les organisations privées <p>4. Formation</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Ecoles professionnelles, hautes écoles, universités cantonales ayant une faculté de médecine ■ Application des prescriptions fédérales concernant les professions de la santé universitaires et non universitaires <p>5. Protection de la santé (application du droit fédéral)</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Contrôle des denrées alimentaires et des produits toxiques, prévention des incidents, protection contre les radiations, sécurité biologique, protection de l'environnement, sécurité au travail, prévention des maladies et accidents professionnels 	<p>6. Prévention et promotion de la santé (droit cantonal)</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Programmes et projets dans de nombreux domaines et auprès de différents groupes-cibles <p>7. Financement</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Financement ou subventionnement de diverses institutions dans le secteur de la santé (par ex. : les hôpitaux cantonaux) ■ Réduction des primes d'assurance-maladie ■ Aide sociale <p>8. Approbation de conventions et tarifs, fixation des tarifs en l'absence de convention tarifaire</p> <p>9. Divers (exemples)</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Droits des patients – avec la Confédération ■ Protection des données (avec la Confédération) ■ Observatoire de la santé (avec la Confédération) ■ Fondation Promotion Santé Suisse (avec les assureurs et la Confédération) ■ Information, empowerment de la population ■ Recherche, statistiques (entre autres : rapports cantonaux de santé)
---	--

28 G. KOCHER: Répartition des compétences et des tâches Confédération – cantons – communes, p. 104-110, en G. KOCHER et W. OGGIER (éds) *Système de santé suisse 2004-2006 – un survol actuel*, Huber, Berne 2004.

férentes disciplines, et de donner à la politique suisse de santé un cadre plus cohérent et mieux concerté. L'épidémiologie et l'économie de la santé devaient être également mieux prises en considération. Pour donner cette nouvelle impulsion à la politique suisse de santé, l'idée a été émise de créer une nouvelle structure de concertation dans la-

quelle cantons et Confédération pourraient travailler ensemble à l'atteinte de buts nationaux de santé définis en commun et autour de thèmes de politique de santé.

Il y a lieu de relever le rôle moteur des cantons romands, de Berne et du Tessin dans cette réflexion, ainsi que l'écho

Compétences et tâches de la Confédération (sélection)

1. Assurances sociales

- Assurance-maladie, assurance accidents, assurance maternité, assurance invalidité, assurance militaire

2. Surveillance des assurances privées

(assurances complémentaires en cas de maladie, d'accidents, d'invalidité et de décès)

3. Surveillance des médicaments et des dispositifs médicaux

(Domaines : définition, fabrication, contrôle, stockage, remise, utilisation)

4. Vaccins et sérums, sang, produits sanguins, greffes

5. Procréation médicalement assistée et génie génétique

6. Transplantation d'organes, de tissus et de cellules, biomédecine et éthique

7. Droits des patients, protection de la personnalité, protection des données, responsabilité (en partie)

8. Protection de la santé et prévention

- Denrées alimentaires
- Objets de consommation
- Stupéfiants, produits chimiques, poisons, etc.
- Lutte contre les maladies transmissibles, largement répandues ou graves
- Protection contre les radiations
- Recherche sur l'être humain

9. Prévention et promotion de la santé

- Lutte contre les dépendances (tabac, alcool, drogues)
- Migration et santé, santé des genres, environnement et santé, santé psychique
- Surveillance de la Fondation Promotion Santé Suisse (avec les cantons et les assureurs)

10. Législation sur l'alcool : fabrication, importation, rectification et vente

11. Impôts à la consommation sur l'alcool et le tabac (art. 131 Const.)

12. Sécurité au travail et prévention des accidents et maladies professionnels

13. Sport

14. Statistiques, Observatoire suisse de la santé (Obsan) (avec les cantons)

15. Formation et professions de la santé

- Réglementation de la formation de base et complémentaire pour toutes les professions de la santé non universitaires
- Organisation des examens des professions médicales universitaires (médecine humaine, dentaire, vétérinaire et pharmacie), reconnaissance des diplômes et titres postgrades et traitement des recours
- Reconnaissance de la formation pour certaines professions non universitaires
- Ecoles polytechniques fédérales (entre autres : études en pharmacie)

16. Promotion de la recherche

17. Protection des animaux, expérience sur les animaux

18. Protection de l'environnement

19. Service sanitaire coordonné (réseaux de soins) – avec les cantons, les communes et les organisations privées

20. Protection civile

21. Protection des consommateurs, surveillance des prix (prix des médicaments)

22. Politique de la concurrence

23. Affaires internationales

- Relations internationales (OMS, OCDE, ONU)
- Coopération au développement
- Politique extérieure de la santé

24. Jurisprudence

- Tribunal fédéral (y compris le Tribunal fédéral des assurances)
- Décisions du Conseil fédéral (par ex. : planification hospitalière, conventions tarifaires), Département fédéral de justice et police, Département fédéral de l'intérieur, Office fédéral de la santé publique

favorable de la direction de l'OFSP et du secrétariat central de la CDS. La journée du 17 août 1987 à Lausanne a été significative à cet égard. Elle annonce :

- Le lancement d'une réflexion commune sur le sens et les objectifs d'une politique de santé pour la Suisse : « (...) la prévention et la promotion de la santé doit être taillée sur mesure pour chaque canton ou chaque région du pays. (...) Il existe néanmoins des éléments de base communs à l'ensemble des cantons et le projet des cantons de Berne, Vaud et Tessin d'étudier les indicateurs de santé s'intègre dans cette perspective. Une chance unique nous est offerte de tirer parti de manière exemplaire des avantages du fédéralisme, dans le cadre de cette coordination. »³⁰ Cela préfigure les discussions actuelles autour du projet de nouvelle réglementation de la prévention et de la promotion de la santé lancé par le DFI en 2005.
- La création d'un instrument commun sous forme d'une étude intercantonale sur les indicateurs de santé (Berne, Vaud et Tessin, des offices fédéraux de la santé publique et de la statistique et des Instituts suisses de la santé publique et préventive de Lausanne et de Berne). Cela préfigure l'Observatoire suisse de la santé qui sera créé 15 ans plus tard.
- L'affirmation que la concertation entre les différents acteurs du système de santé dans le cadre d'un fédéralisme coopératif renouvelé est une condition sine qua non pour réorienter efficacement la politique de santé et investir les ressources financières limitées de manière appropriée. Ici, la conception d'une politique nationale de la santé est lancée et préfigure la mise en place du projet « Politique nationale suisse de la santé » en 1998.
- La volonté de financer les hôpitaux selon les prestations effectives définies par groupes homogènes de malades par diagnostics (DRG). Cela préfigure la fondation de l'association SwissDRG en 2004 dont le but est de développer dans un laps de temps de 3 ans un modèle de financement hospitalier par diagnostics (voir le chapitre 5.5.1).

Le processus initié par ces cantons précurseurs avec l'appui de l'OFSP (sous le nom de Groupe de coordination intercantonale GCI) ne pouvait pas aboutir sans un engagement politique à un niveau plus élevé. Dès son arrivée au

³⁰ Beat ROOS, idem, p. 50.

Département fédéral de l'Intérieur en 1993, la Conseillère fédérale Ruth Dreifuss charge le Directeur de l'OFSP de concrétiser ces réflexions et de préparer les bases d'une politique nationale de santé concertée. En 1998, la Conférence suisse des directrices et des directeurs cantonaux de la santé (CDS), présidée alors par Philippe Staehelin, conseiller d'Etat thurgovien, et le Département fédéral de l'intérieur (DFI) sous la direction de la Conseillère fédérale Ruth Dreifuss, ont décidé ensemble d'initier un processus – le projet « Politique nationale suisse de la santé » (PNS) – en vue de développer une vision commune d'une future politique nationale de la santé.

Ce projet a entre autres pour tâche d'améliorer deux instruments laissés pour compte de la politique suisse de santé :

- l'approche multisectorielle et globale de la santé afin de mettre la santé de la population au premier plan par rapport à la discussion sur le financement des soins ;
- la gestion du savoir au niveau national relatif au système suisse de santé : mise à disposition des données statistiques au niveau national ; mise à disposition de nouveaux savoirs sur les politiques suisses de santé ; mise en place d'un Observatoire national de la santé Obsan (dès 2002) ; réalisation d'un monitoring national sur les stratégies politiques suisses de santé cantonales et fédérales (partiellement réalisé avec ce rapport).

Le projet « Politique nationale suisse de la santé » a abouti à fin 2003 à la signature par les cantons et la Confédération d'une Convention³¹ qui institue un Dialogue de politique nationale suisse de la santé³². Au sein de ce Dialogue, la Confédération et les cantons se considèrent comme partenaires égaux et définissent ensemble les domaines pour lesquels les responsables politiques coordonneront leurs efforts. Le Dialogue n'est cependant pas un nouvel organe décisionnel et ne permet pas une formulation commune des stratégies politiques dans le domaine de la santé.

³¹ La Convention relative à la Politique nationale de santé et au Dialogue entre cantons et Confédération a été signée le 15 décembre 2003 par Pascal Couchepin, chef du DFI, et Alice Scherrer, Présidente de la CDS.

³² Le Dialogue entre cantons et Confédération de politique nationale suisse de la santé s'est réuni pour la première fois le 30 avril 2004. Des informations complémentaires sur le projet Politique nationale suisse de la santé se trouvent dans le chapitre 6 de ce rapport et dans le rapport d'évaluation de l'IDHEAP : « Vers une politique nationale de la santé? Evaluation d'un projet de mise en réseau des cantons et de la Confédération dans le domaine de la santé. » Rapport final, juin 2004.

En dehors du Dialogue, les acteurs cantonaux et fédéraux ont multiplié les organes et les modes de collaboration dans le domaine sanitaire. La Confédération, confrontée à l'éclatement de ses politiques de santé entre plusieurs offices, a fait un premier pas significatif pour rassembler ses forces avec le transfert en 2004 de la division « Assurance-maladie et accidents » de l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS) au sein de l'Office fédéral de la santé publique (OFSP). Cette intégration doit être considérée comme un signe de la volonté de la Confédération de prendre le leadership en politique de santé. La création d'une nouvelle Direction de politique de santé au sein de l'OFSP en automne 2004 va également dans ce sens.

Les cantons quant à eux accordent une importance grandissante à leur organe national de coordination et de concertation : la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) et à leurs instances de coordination régionales. En ce qui concerne l'harmonisation des législations cantonales, la Suisse romande peut être considérée comme un véritable « laboratoire législatif »³³. Les cantons romands ont en effet mandaté l'Institut du droit de la santé de Neuchâtel, sous la direction du professeur Olivier Guillod, pour mener à bien la révision de leur loi cantonale de santé, ce qui a permis de faire un pas décisif vers leur harmonisation. Sur le plan de leur relation avec l'échelon fédéral, les cantons en appellent régulièrement à une direction politique plus claire de la part de la Confédération, bien que leur volonté de collaborer avec la Confédération soit très explicite. Ils désirent

Institutions existantes qui soutiennent le dialogue politique, le transfert de savoir et les actions communes en politique de santé (sélection)

- Dialogue entre le Département fédéral de l'intérieur (DFI) et la Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) de Politique nationale suisse de la santé
- Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) et ses conférences régionales
- Observatoire suisse de la santé (Obsan)
- Journée de travail annuelle consacrée à la Politique nationale suisse de la santé

une clarification des compétences dans le domaine de la santé là où cela est possible, de même que de meilleures conditions-cadre pour l'application du droit fédéral.

Cependant plus la conception de la santé devient globale, plus la répartition des compétences selon un schéma fédéraliste traditionnel tend à s'effacer. C'est pourquoi les cantons expriment de manière très explicite leur souhait de travailler en coopération avec la Confédération afin de créer les conditions d'une coordination nationale des politiques de santé. Les cantons se tournent vers un modèle fédéral coopératif où cantons et Confédération pourraient définir ensemble les objectifs nationaux de la politique de santé ainsi que ses modalités d'application.

2.3 Un système orienté vers le marché

La troisième caractéristique du système suisse de santé est son caractère essentiellement libéral. Intégrant certains éléments de l'économie de marché, s'inspirant des principes de la concurrence, de la gestion d'entreprise et encourageant le profit, le système de santé d'inspiration libérale ne permet qu'un engagement modéré de l'Etat et accorde une large place au secteur non étatique : acteurs économiques, médecins en cabinets privés et œuvres privées d'intérêt communautaire.

Gerhard Kocher, économiste de la santé et secrétaire de la Société suisse pour une politique de santé durant près de 30 ans, fait à ce propos le constat suivant : « Même si la longue liste des compétences étatiques peut donner l'impression que le système de santé suisse est largement dirigé par l'Etat, la Suisse, avec les USA, possède l'un des systèmes sanitaires les plus orientés vers l'économie de marché »³⁴. A cela il faut ajouter l'importance du secteur privé non orienté vers le profit, c'est-à-dire les institutions privées d'utilité publique.

Le faible degré d'intervention de l'Etat

Selon le principe libéral, l'Etat intervient seulement là où les problèmes de santé publique prennent une ampleur majeure. Pour le reste, il fait une très large confiance au secteur privé. Les compétences de l'Etat, que ce soit au

33 Le Temps : Interview mit Olivier Guillod. 11 mars 2004.

34 G. KOCHER : Répartition des compétences et des tâches Confédération – cantons – communes, p. 104-110, en G. KOCHER et W. OGGIER (éds) : Système de santé suisse 2004-2006 – un survol actuel, Huber, Berne, 2004.

niveau cantonal ou fédéral, se limitent à fixer un cadre dans lequel des sociétés et des organisations privées, de même que des individus, disposent d'une liberté d'action remarquable. Le principe fondamental de la liberté économique inscrit dans la Constitution joue un rôle déterminant (art. 27) et le principe de concurrence est toujours plus mis en avant par les responsables politiques, y compris s'agissant du fonctionnement des institutions publiques. Dans les domaines ci-après, les compétences étatiques sont particulièrement restreintes:³⁵

- médecine ambulatoire, médecine dentaire, physiothérapie, soins à domicile, médecines alternatives
- hôpitaux et homes privés
- laboratoires, instituts de radiologie
- pharmacies et drogueries
- assurances complémentaires à l'assurance-maladie
- modèles alternatifs d'assurance-maladie
- conventions tarifaires
- œuvres sociales privées, ligues de santé
- organisations d'entraide, organisations de patients et de consommateurs
- institutions privées de formation et de perfectionnement
- recherche
- entreprises de conseil
- produits pharmaceutiques: recherche et développement, production, distribution
- technologie et informatique médicale
- journaux et médias du domaine de la santé.

La plus grande partie des soins ambulatoires et un quart des soins hospitaliers sont d'organisation privée libérale, dans les limites fixées par la police sanitaire. Le rapport de droit entre le médecin et son patient relève du droit privé. Contrairement à la plupart des pays européens, les institutions d'assurance-maladie (autour de 100) sont des entreprises privées dont leur fonctionnement est réglementé pour la part de l'assurance obligatoire des soins par la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal), alors que le domaine des assurances complémentaires suit les lois du libre marché et de la concurrence. Le régime d'assurance-maladie n'est obligatoire que depuis 1996. Globalement, les relations entre partenaires sociaux (médecins, pharmaciens, hôpitaux, assureurs, patients) sont réglées par des conventions sous contrôle (modéré) des gouvernements cantonaux.

³⁵ Repris de G. KOCHER.

Du libéralisme au néolibéralisme, la Suisse comme terrain de réflexion

Alors que le keynésianisme triomphant marque la période de l'après-guerre et confère à l'Etat une grande capacité d'intervention, la crise économique des années 1980 et le phénomène de la mondialisation marquent un retour en force des idées libérales. L'économiste autrichien Friedrich von Hayek (1899-1969), dans la continuité de la tradition libérale initiée par Adam Smith, défend une conception minimale de l'Etat qui correspond à une critique totale du keynésianisme triomphant. Son apport particulier correspond à la critique radicale de l'idée de « justice sociale », notion dissimulant, selon lui, la protection des intérêts corporatifs de la classe moyenne. Il préconise la suppression des interventions sociales et économiques publiques. Son programme est exposé dans la Constitution de la liberté (1960) : déréglementer, privatiser, diminuer les programmes contre le chômage, supprimer les subventions au logement et les contrôles des loyers, réduire les dépenses de la sécurité sociale, et enfin limiter le pouvoir syndical. L'Etat n'a pas le droit d'assurer la redistribution, surtout en fonction d'un quelconque critère de « justice sociale ». Son rôle est réduit à la fourniture d'un cadre juridique garantissant les règles élémentaires de l'échange. La pensée économique et politique de Friedrich von Hayek a inspiré de nombreux gouvernements dont celui de Reagan et de Thatcher et a eu un impact important en Suisse aussi. C'est en effet dans le canton de Vaud que von Hayek participe activement à la fondation de la Société du Mont-Pèlerin qui rassemble ceux qui partagent sa orientation idéologique. Elle constitue en quelque sorte la maison-mère des think tanks néolibéraux. C'est avec le soutien d'hommes d'affaires suisses que, dès 1947, les activités de la Société du Mont-Pèlerin se déploieront. C'est autour de cette Société et grâce aux financements des fondations des grandes multinationales que s'est structurée l'école de von Hayek qui a formé de nombreux penseurs ultra-libéraux³⁶.

³⁶ Denis BONEAU: « Voltaire », magazine quotidien d'analyses internationales, « Démocratie de marché », Friedrich von Hayek, pape de l'ultra-libéralisme, 4 mars 2004, site internet : « Le réseau voltaire.net » von Hayek reçoit lui-même le Prix Nobel d'économie en 1974. D'autres Prix Nobel ont été attribués aux penseurs de l'école von Hayek : Milton Friedman (1976), George Stigler (1982), James Buchanan, Maurice Allais (1988), Ronald Coase (1991) et Gary Becker (1992).

Culture politique, nature de la médecine et subsidiarité

Le facteur décisif de cet engagement limité de l'Etat vient de la culture politique. Une des valeurs dominantes de la culture helvétique et occidentale est la doctrine économique du libéralisme qui encourage le libre marché, la libre circulation des transactions, la croissance et le droit de faire de l'argent.

Quand bien même la Suisse partage avec les autres pays européens les visions et les objectifs d'un régime social-démocrate, elle a été profondément marquée par le courant du libéralisme classique du XX^e siècle et du néo-libéralisme né après la Seconde Guerre mondiale en Europe de l'Ouest comme réaction théorique et politique véhémente contre l'interventionnisme étatique et l'Etat social (Welfare State). Ce degré élevé de libéralisme tient aussi à la nature même de la médecine, avec son mandat individuel et son caractère d'art libéral. Finalement, la démocratie directe, le fédéralisme ainsi que le système de milice ont favorisé le développement des associations d'intérêts au nombre extrêmement important.

Le rôle des acteurs privés

Dans le secteur de la santé, il existe, du côté de l'offre surtout, des groupements d'intérêts privés puissants et bien implantés. Ils offrent de fait la plupart des prestations dans le domaine de la santé que ce soit dans les domaines de la production de biens médicaux, de l'offre de produits d'assurance, des prestations de soins ou des actions de prévention et de promotion de la santé. Partenaires à part entière des pouvoirs publics, ils sont, au côté des communes et des cantons, intégrés dans les procédures formelles ou informelles de consultation et représentent le quatrième niveau de la politique de la santé. Ainsi, à la difficile tâche de coordination entre pouvoirs publics, s'ajoute la tâche plus ardue encore de coordination et de concertation avec le secteur privé.

Avec la révision en cours de la loi sur l'assurance-maladie (LAMal) qui se base sur le principe d'un système de santé libéral, socialement finançable et axé sur la concurrence, les acteurs privés, et en particulier les assureurs, pourraient prendre un rôle encore plus considérable à l'avenir. Les propositions de réforme préconisées sont nombreuses et sont sujettes à des vastes débats. Elles suggèrent moins de réglementations juridiques; plus de compétences et de responsabilités financières pour les assureurs; la suppression de l'obligation de contracter entre assureurs et

médecins; plus de produits d'assurances complémentaires; la restriction des prestations à charge de l'assurance de base; l'augmentation de la responsabilité individuelle par une plus grande participation financière des assurés, éventuellement des personnes âgées. Ici, l'enjeu pour l'Etat réside à laisser toute la capacité d'innovation aux différents acteurs privés du système de santé tout en gardant à l'esprit les intérêts communautaires et les objectifs sociaux que doit viser la politique de la santé. Il manque ici de toute évidence des instruments de pilotage pour rassembler les activités privées sous la bannière d'objectifs étatiques négociés.

Dans le domaine de la prévention, on trouve là aussi dans chaque canton et au niveau fédéral de nombreux acteurs privés comme les Ligues de santé luttant contre les maladies dites sociales.³⁷ Leur origine remonte historiquement aux premières structures d'infirmières visiteuses initiées en Suisse dans de nombreuses régions vers 1910 pour lutter contre la tuberculose, la mortalité infantile et participer au dépistage des maladies et des tares, ainsi qu'aux associations anti-alcooliques. La promotion de la santé n'est pas non plus une tâche proprement dite de l'Etat fédéral puisque ce domaine d'activité a été délégué à Promotion Santé Suisse, une fondation de droit public.

Ces organisations de santé ont travaillé longtemps en roue libre et sans se coordonner entre elles, recevant souvent une reconnaissance politique de leur travail en santé publique sous la forme d'une subvention de l'Etat. Aujourd'hui, rattrapées par le courant du New Public Management, les ligues cantonales et fédérales ont vu leurs subventions se transformer en contrats de prestations qui lient des prestations à fournir pour le compte de l'Etat à un financement. Paradoxalement, cette nouvelle gestion publique, qui avait pourtant été lancée sous la bannière du néo-libéralisme afin d'améliorer la gestion de l'Etat selon des critères d'économie d'entreprise et pour «outsourcer» certaines tâches non spécifiques à l'Etat, annonce une volonté de l'Etat de reprendre le contrôle sur les activités du secteur privé qu'il finance. C'est ainsi que désormais les organisations privées deviennent des leviers de l'ad-

³⁷ Ligue pulmonaire, Ligue contre le cancer, Ligue contre le rhumatisme, Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies (ISPA), Aide suisse contre le Sida, Ligue suisse contre l'épilepsie et une quarantaine d'autres ligues centrées sur des maladies particulières, la Fondation pour la protection des consommateurs, le Konsumentenforum (KF), la Fédération romande des consommateurs (FRC), les groupes d'entraide, Stiftung zum Schutz der Versicherten (ASSD), l'Association suisse des assurés (Assuas), les Patientenstellen, la Fondation Organisation Suisse des Patients et Assurés (OSP), etc.

ministration publique pour toute une série de problèmes de santé publique reconnus par l'Etat, mais pour lesquels, confronté à des programmes d'allègement budgétaire drastiques, il n'a pas les moyens d'intervenir.

Ceci est particulièrement évident dans le domaine des maladies chroniques non transmissibles et de la promotion de la santé. Alors que l'Etat libéral suisse mettait en place dès la fin du XIX^e siècle des politiques publiques pour contrer les maladies infectieuses et instaurait une loi sur la tuberculose (voir encadré), de même qu'il surveillait le travail dans les fabriques pour prévenir les accidents et maladies professionnelles, il n'est inter-

venu que très tardivement (et modestement) pour soutenir la lutte contre les maladies rhumatismales. Il n'intervient quasiment pas en matière de lutte contre les maladies chroniques non transmissibles comme le cancer, les maladies cardio-vasculaires, le diabète ou les troubles psychiques. La question se pose toujours à l'aube du XXI^e siècle, de savoir s'il appartient ou non à l'Etat fédéral et cantonal d'intervenir dans la prévention de maladies chroniques non transmissibles liées aux modes de vie, aux comportements et aux déterminants sociaux et environnementaux de la santé, qui coûtent de nombreuses années de vie à une partie de plus en plus importante de la population.

Acteurs privés et politique de santé : l'exemple de la lutte de Charlotte Olivier contre la tuberculose

Les autorités étatiques helvétiques, dans leur logique de subsidiarité, ont très longtemps laissé le soin aux médecins, aux infirmières, aux chercheurs en médecine préventive, aux ligues et aux œuvres privées, de développer des programmes de prévention spécifiques. L'action de Charlotte Olivier au début du XX^e siècle est exemplaire à cet égard. Responsable du Dispensaire antituberculeux de Lausanne entre 1911 et 1925, cette femme médecin fut à l'origine d'un vaste mouvement de sensibilisation au fléau de la tuberculose dans le canton de Vaud, puis dans d'autres régions en Suisse. Elle découvre les dégâts importants causés par la tuberculose dans la population et se rend compte de l'importance des conditions de vie dans l'apparition de la maladie: mauvaises conditions de logement et d'hygiène, malnutrition, absence d'éducation à la santé. C'est pourquoi elle déclenche, dès 1912, une action déterminante pour lutter contre cette maladie. Elle organise avec la Ligue vaudoise contre la tuberculose et avec l'Union des femmes, une large information sur les causes de la maladie et incite la population à veiller à ses habitudes d'hygiène. Elle développe la prévention et forme des infirmières visiteuses, à vocation à la fois médicale et sociale. Enfin, après avoir fait des enquêtes dans les foyers, elle incite le canton de Vaud à adopter, en 1916, une loi sur la protection des enfants placés. Grâce au travail accompli par la Ligue vaudoise contre la tuberculose, une subvention lui est octroyée par la Confédération en 1921 déjà et une loi fédérale entrera en vigueur en 1928.

2.4 Un système libéral limité par l'influence sociale de l'Etat

Alors que les politiques suisses de santé sont fondamentalement imprégnées par l'idéologie libérale, elles sont également enracinées dans une conception sociale de l'Etat. L'idée de justice sociale est la quatrième caractéristique du système suisse de santé dont l'origine remonte au XIX^e siècle. Elle a été considérablement renforcée au XX^e siècle avec l'hégémonie de la vision keynésienne de l'Etat. La Constitution fédérale montre de manière exemplaire cette manière d'allier les mesures privées et les mesures des pouvoirs publics lorsqu'elle spécifie à son article 41 que « La Confédération et les cantons s'engagent, en complément à l'initiative individuelle, à ce que toute personne bénéficie de la sécurité sociale et reçoive les soins nécessaires à sa santé ».

La sécurité sociale en Suisse repose sur le principe de solidarité entre classes de revenus, entre générations, entre hommes et femmes, de même que sur le respect des différences physiques, psychiques et mentales entre individus. L'article 2 de la Constitution fédérale mentionne que la Confédération garantit une égalité des chances aussi grande que possible entre citoyens et citoyennes. Son article 8 al.2 affirme le principe de non-discrimination.

Une expression récente de cette logique de politique sociale est l'obligation introduite par la LAMal lors de son entrée en vigueur au 1^{er} janvier 1996 faite à toute personne vivant en Suisse d'être assurée contre la maladie. La récente décision du Parlement de diminuer de moitié les primes d'assurance pour les enfants de manière à soulager les familles, procède de la même vision sociale³⁸.

Naissance de la politique sociale

Les inégalités économiques et sociales entre les hommes font depuis toujours qu'il y a des pauvres et des démunis³⁹. Il a depuis toujours incombé aux proches parents, à la famille, aux voisins ou aux institutions de bienfaisance de leur venir en aide. Ce système fondé sur le secours volontaire s'est montré d'une grande efficacité, mais a présenté des failles effarantes. L'idée que la collectivité ait pour devoir de fournir des soins à chacun, quelque soit son statut social et sa richesse, remonte en tout cas au XIV^e siècle avec la création des premiers hospices. Mais le passage d'une société agraire à la société industrielle au XIX^e siècle, la misère engendrée par les guerres et les crises économiques, les évolutions idéologiques ont conduit au début du XX^e siècle à concevoir l'aide et l'assurance sociale en tant que tâches ressortissant de l'Etat.

La politique sociale, née au XIX^e siècle, a été systématisée et modernisée au XX^e siècle dans un contexte marqué par la Seconde Guerre mondiale et la reconstruction. L'Organisation internationale du Travail (OIT) a joué un rôle essentiel dans l'élaboration de cette institution : elle a notamment adopté la Déclaration de Philadelphie (1944), la Convention OIT N° 102 concernant la norme minimum de la sécurité sociale (1952) et plusieurs instruments l'améliorant. Les Nations Unies ont reconnu à chaque être humain le droit à la sécurité sociale : Déclaration universelle des Droits de l'Homme, 1948 ; Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, 1966 (entrée en vigueur pour la Suisse le 18.9.1992). Selon sa définition classique, la sécurité sociale couvre neuf éventualités : soins médicaux, indemnités de maladie, maternité, accidents du travail et maladies professionnelles, vieillesse, survivants, invalidité, chômage, charges familiales. Cette liste tend à être complétée par exemple par le droit à un revenu minimal de subsistance.

38 Art. 65, al. 1^{bis} et 6

1^{bis} Pour les bas et moyens revenus, les cantons réduisent de 50 % au moins les primes des enfants et des jeunes adultes en formation.

6 Les cantons transmettent à la Confédération des données anonymes relatives aux assurés bénéficiaires, afin que celle-ci puisse examiner si les buts de politique sociale et familiale ont été atteints. Le Conseil fédéral édicte les dispositions d'exécution (décision prise par les Chambres fédérales en mars 2005 ; entrée en vigueur en janvier 2006). Les cantons ont jusqu'en 2007 pour la mise en application.

39 Pierre-Yves GREBER et al., L'adaptation des systèmes de sécurité sociale aux grands défis actuels, Genève : Cahiers genevois et romands de sécurité sociale no 19, 1997, p. 7-24.

Politique sociale et politique de santé en Suisse

Empreint de la conception fédérale de l'Etat, le système suisse de sécurité sociale s'est construit de manière progressive. Mis en place avec les premières lois cantonales, il ne s'est généralisé que dans la deuxième moitié du XX^e siècle grâce à des lois fédérales adoptées à diverses périodes de manière plus ou moins coordonnées et qui couvrent la plupart des domaines de la politique sociale. Les œuvres maîtresses de la politique sociale helvétique sont indéniablement l'assurance-maladie et accidents en 1911 (mais généralisée seulement avec l'entrée en vigueur de la LAMal en 1996), l'assurance vieillesse et survivants en 1947, l'assurance invalidité en 1959 et l'assurance-chômage en 1976.

Ce sont essentiellement l'assurance-maladie et accidents de même que l'assurance invalidité qui sont perçues comme les piliers de la politique sociale de la Suisse en matière de santé. Grâce à la solidarité entre assurés, c'est-à-dire entre personnes bien portantes et personnes malades, ainsi que grâce à la contribution par des moyens fiscaux de la Confédération, des cantons et des communes (aide sociale), tout citoyen, quelque soit sa situation matérielle, peut recourir aux soins médicaux nécessaires au rétablissement de sa santé. Prévu par la LAMal, un mécanisme de réduction des primes, dont le barème varie selon les cantons, a été mis en place sur la base d'un financement mixte entre cantons et Confédération. Pour l'année 2002, un montant de 2,9 milliards de francs a été octroyé, dont 33,1 % de la population résidente et 41 % des ménages ont bénéficié. Ainsi dans certains cantons (les petits cantons alémaniques surtout), plus de 40 % des personnes assurées bénéficient d'une réduction de prime⁴⁰. Le 18 mars 2005, le Parlement a également décidé de faire un effort supplémentaire pour les familles à bas et moyens revenus. La LAMal dit à son article 65 1^{bis} que les cantons doivent réduire de 50 % au moins les primes des enfants et des jeunes adultes en formation et que la Confédération édicte les dispositions d'exécution et examine si les buts de politique sociale et familiale ont été atteints. Cette disposition entre en vigueur le 1.1.2006 et donne aux cantons un délai transitoire d'application d'une année.

Cependant la politique sociale ne consiste pas seulement à verser des allocations d'assurance, à diminuer la charge financière de certaines catégories de la population, mais

40 Source : Office fédéral de la santé publique, statistique de l'assurance-maladie obligatoire 2002.

aussi à fournir une aide financière à toute personne dans le besoin. Dans ce sens, l'aide et l'assistance sociale, les prestations complémentaires de l'AVS sont également des instruments de politique sociale. Plus largement, la politique sociale englobe toutes les politiques publiques qui améliorent l'égalité des chances. Il en va ainsi du système d'éducation, obligatoire en Suisse depuis 1848, de la redistribution des richesses par le biais de la fiscalité et bien sûr de l'ensemble des mesures de politique de santé. Ce sont de fait les politiques multisectorielles de protection contre les risques mises en place dès le XIX^e siècle ainsi que les mesures plus récentes de promotion de la santé qui constituent la véritable politique sociale de la Suisse dans le domaine de la santé.

Elle se caractérise par :

- l'adoption de toute une série de lois de protection de la santé (lutte contre les épidémies, protection de la santé des travailleurs dans les fabriques, contrôle des denrées alimentaires, etc.) ;
- la répartition des soins ambulatoires sur tout le territoire et le contrôle de la qualité de la formation médicale grâce à la loi sur les professions médicales ;
- une prise en charge stationnaire de haute qualité grâce à l'engagement des cantons et des communes ;
- l'accès pour tous au système de soins grâce à l'assurance-maladie et accidents, l'assurance invalidité et le mécanisme de réduction des primes pour les personnes avec un bas revenu et pour les enfants ;
- la mise en place de programmes de prévention pour les maladies transmissibles ou graves et pour certaines catégories plus vulnérables de la population (travailleurs, jeunes, femmes, migrants, personnes âgées, etc.).

Cette évolution du système social helvétique s'est néanmoins toujours déroulée selon les principes évoqués plus haut du libéralisme et de la subsidiarité. Ceci explique pourquoi la Confédération suisse n'a pas établi de code de sécurité sociale et qu'elle n'a adopté que récemment la « Partie générale du droit des assurances sociales »⁴¹. C'est aussi de manière retenue qu'elle applique les recommandations de l'OMS sur les nouveaux thèmes de politique de santé publique : nutrition et mouvement, santé des genres, santé et travail, santé psychique ou santé et environne-

ment. Finalement, même au sein de l'assurance-maladie obligatoire, la solidarité n'est que partielle puisque, en raison des primes par tête, elle ne tient pas compte des différentes classes de revenus.

41 Loi fédérale du 6.10.2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales.

Chapitre 3

Forces et faiblesses du système actuel

Quatre différents facteurs d'influence ont profondément marqué l'évolution du système suisse de santé: la prédominance de la médecine curative, la structure fédéraliste de l'Etat et les visions libérale et sociale de l'Etat et de la société. Quel rôle jouent ces différents facteurs dans le développement d'une politique nationale suisse de la santé? Quelles chances et quels risques contiennent-ils? Une partie des réponses à ces questions a été formulée voici 20 ans par Hans Jörg Huber en sa qualité de Conseiller d'Etat et de chef du Département de la santé publique du canton d'Argovie⁴². Les passages qui suivent s'inspirent en grande partie de son analyse qui, 20 ans plus tard, reste toujours aussi pertinente.

3.1 Forces et faiblesses de l'approche curative

Si l'on énumère les forces de notre système de santé, la qualité de la médecine curative en fait indéniablement partie. L'accent mis depuis le XIX^e siècle dans ce secteur a permis une augmentation rapide du niveau de santé de la population et un allongement significatif de la vie. Les investissements importants injectés dans le système de soins en ont fait l'un des meilleurs au monde.

Cependant, ce succès médical phénoménal a son revers. Les possibilités sans fin de la médecine curative ont pris le pas sur toute autre considération de santé. La médicalisation à outrance de la santé a engendré ces dernières années une augmentation massive des coûts, un thème qui domine largement le débat politique. Les résultats immédiats des prouesses médicales ont relégué dans l'ombre le développement de la prévention et de la promotion de la santé agissant sur le long terme. La comparaison des dépenses le montre clairement: sur 50 milliards qu'a coûté le système de santé en 2004, 49 milliards ont été dépensés dans les soins et 1 seul milliard dans la prévention.

Or de nouveaux problèmes de société apparaissent qui exigent une conception plus globale de la politique de santé dont l'objectif devrait être l'action sur les déterminants individuels, socio-économiques, culturels et environnementaux de la santé physique et psychique. Les problèmes que posent le vieillissement de la population

et l'augmentation des troubles psychiques ne peuvent pas être réglés uniquement par des mesures d'ordre médical, pour des raisons de coûts et de méthode essentiellement. De nouvelles pistes se précisent, bien qu'encore timides et prospectives. La Confédération et les cantons adoptent dans leurs stratégies gouvernementales ou dans leurs lignes directrices de santé une vision de plus en plus holistique de la santé et une conscience accrue de la nécessité d'aborder les problèmes selon une approche multisectorielle. C'est dans ce sens que ces dernières années, de nombreux cantons ont révisé leurs bases constitutionnelles et leur loi cantonale de santé en y intégrant des chapitres sur la promotion de la santé et la prévention, sur les droits des patients ou sur les déterminants de la santé.

Quant à l'Office fédéral de la santé publique, il oriente ses diverses stratégies de santé publique en fonction de l'approche du New Public Health préconisée par l'OMS (voir le portrait de la politique de santé de la Confédération dans le volume 2 de ce rapport). Mais les efforts consentis ne peuvent rivaliser avec les moyens gigantesques investis dans les progrès de la médecine. Si un véritable changement de paradigme doit avoir lieu, ce ne sont pas seulement les valeurs et les conceptions qui doivent changer, mais surtout l'actuelle répartition des moyens financiers.

3.2 Forces et faiblesses du système fédéraliste

Les avantages du fédéralisme

En tant que deuxième facteur d'influence sur le système suisse de santé, le fédéralisme offre plusieurs avantages.

- Organisé par les cantons et les communes, le système des institutions de soins est très proche du citoyen et répond de cette manière aux attentes des patientes et des patients. D'ailleurs diverses enquêtes récentes témoignent de la satisfaction des citoyens envers leur système de soins.
- Grâce aux structures fédéralistes, les problèmes qui se posent sont réglés par des solutions décentralisées qui correspondent au contexte socioculturel et économique des différents cantons.
- C'est aussi grâce à l'organisation fédéraliste du système de santé que les prestations couvrent tout le territoire national, y compris les régions périphériques.

⁴² Hans Jörg HUBER, Dr en droit, ex-chef du Département de la santé publique du canton d'Argovie et ancien Conseiller aux Etats: «Santé publique et conception suisse de l'Etat», Bulletin des médecins suisses, volume 64, 1983, Cahier 49.

- Le fédéralisme freine quelque peu la forte influence politique des lobbys privés (FMH, assureurs-maladie, industrie du tabac, industrie pharmaceutique, etc.) puisqu'il est plus difficile de répartir les efforts auprès des 26 cantons que d'intervenir énergiquement à Berne.
- Finalement, en ce qui concerne le partage des compétences entre Confédération et cantons, le fédéralisme a aussi prouvé son efficacité, particulièrement dans le domaine de la protection contre les risques sanitaires. On peut citer par exemple la lutte contre les épidémies, la surveillance des denrées alimentaires ou la protection contre les rayonnements, des domaines de compétence fédérale dont l'application, pour être appropriée, relève de cantons.

Les désavantages du fédéralisme

Le fédéralisme a aussi de nombreux désavantages.

- **Il accroît la complexité juridique du système de santé :** les 26 différentes politiques cantonales de santé ainsi que la politique menée au niveau fédéral ont conduit au fil des années au développement d'un arsenal juridique impressionnant qui se compose d'une grande diversité de lois et d'arrêtés fédéraux et cantonaux avec leur cortège d'ordonnances et de règlements. A cela s'ajoutent les concordats intercantonaux de même que les quelques accords entre les cantons et la Confédération (voir les portraits des politiques de santé dans le volume 2 de ce rapport).
- **Il rend difficile le pilotage du système de santé par la connaissance statistique, par la recherche et par le transfert de savoirs :** bien que la Suisse recèle un savoir important et bien documenté⁴³ sur le système de soins, en médecine curative et en protection de la santé (voir volume 2), la recherche pilotée ou entreprise par les pouvoirs publics est parcellisée et difficilement utilisable au niveau d'une politique suisse de la santé. Des lacunes essentielles dans la collecte de données statistiques et qualitatives pour la Suisse se maintiennent. Il manque cruellement un rapport de santé pour la Suisse publié régulièrement. Dans le champ des stratégies politiques pour la santé, le savoir important des cantons et de la Confédération est manifeste. Ces approches innovantes dans des domaines comme la mise en réseau

du système de soins, les cercles de qualité, le vieillissement de la population ou la prévention des maladies chroniques, pourraient représenter une source précieuse pour une recherche de solutions consensuelles, cohérentes et financièrement supportables au niveau national. Pourtant ce savoir empirique développé par les administrations publiques n'est pas documenté et exploité au niveau national dans le cadre des réformes actuelles du système suisse de santé.

- **Il fait obstacle à la cohérence intercantonale des politiques de la santé :** les disparités cantonales du point de vue culturel, économique et social, mais aussi en regard des priorités politiques de chaque gouvernement, rendent difficile les comparaisons transversales, la recherche de solutions communes ou la transposition de stratégies porteuses. Ces différences ne sont guère favorables à une planification supracantonale des politiques suisses de santé.
- **Le fédéralisme actuel empêche l'avènement d'une planification nationale du système de santé :** communes, cantons et Confédération détiennent des responsabilités parallèles et des compétences floues en matière d'organisation du système de soins, de prévention et de promotion de la santé. Cette situation induit des conflits politiques à répétition qui entravent l'efficacité des réformes et qui empêchent la définition d'objectifs nationaux de santé.
- **En dernier lieu, le fédéralisme est l'un des multiples facteurs qui entraînent un surcoût du système de santé :** le nombre important de centres de décision cantonaux et fédéraux favorise une accumulation parallèle des technologies spécialisées en médecine de pointe ainsi que certains doublons, par exemple en matière d'information sur les comportements favorables à la santé. Si, grâce au fédéralisme, la couverture des soins est assurée sur tout le territoire, il n'en va pas de même de la prévention et de la promotion de la santé dont l'offre de programmes est très inégale d'un canton à l'autre.

Ces faiblesses juridiques, structurelles et financières du fédéralisme expliquent pourquoi les cantons et la Confédération ne collaborent pas de manière constructive en politique de santé et qu'un pilotage efficace des réformes semble être compromis. Mais malgré tout, les cantons font preuve de beaucoup de détermination pour mettre sur pied des instances régionales ou nationales de coordination et pour harmoniser leurs politiques (voir volume 1/

⁴³ La Confédération a une compétence en matière de recherche et de statistique, complétée par la recherche des cantons eux-mêmes dans le domaine de la santé et surtout par la recherche financée par le secteur privé.

partie II et volume 2/portraits des cantons). Il s'agit de renforcer les outils du fédéralisme qui stimulent la coopération et la définition d'orientations communes.

3.3 Forces et faiblesses de l'approche libérale et sociale

Libéralisme et sécurité sociale s'associent étroitement pour influencer les politiques suisses de santé et donnent au système suisse de santé ses deux dernières caractéristiques. D'un côté, les acteurs privés y ont une marge de manœuvre importante, de l'autre l'Etat intervient pour combler les lacunes de l'offre privée et donner un cadre juridique à leur activité. Au niveau de la politique de santé, on s'efforce en parallèle de renforcer la responsabilité individuelle et la conscience d'être co-responsable également envers les autres, de promouvoir l'économie privée et publique de la santé en même temps que la solidarité et la justice sociale.

Les avantages du libéralisme

Sans nul doute, le libéralisme influence le système suisse de la sécurité sociale de manière déterminante. L'intervention minimale de l'Etat dans le domaine de la santé a certains avantages :

- La liberté de commerce et d'entreprise a permis depuis le XIX^e siècle des innovations technologiques essentielles dans le domaine de la santé et le développement d'un secteur économique dynamique et rentable qui emploie de nombreuses personnes.
- La possibilité pour les assurés de choisir librement leur médecin et la possibilité pour celui-ci de s'installer en cabinet privé s'inscrit aussi dans cet esprit libéral qui met l'accent sur les droits et les libertés individuels.
- Le respect de la liberté pour les individus de choisir leur mode de vie, leurs valeurs, leurs comportements de santé et le respect de leur liberté d'exercer, ou non, leur responsabilité individuelle pour leur santé.

Les inconvénients du libéralisme

La forte influence de la pensée libérale dans le domaine de la santé, la place importante laissée au secteur privé ainsi que l'engagement limité de l'Etat ont aussi des inconvénients majeurs sur le plan de la conduite de la politique de santé :

- Sur le plan politique, la forte influence des intérêts

privés et professionnels limite la capacité de l'Etat à conduire le système de santé en fonction de priorités de santé définies selon une logique d'intérêt public. La forte représentation des groupements privés au niveau fédéral se fait au détriment des cantons qui ont plus de peine à faire prendre en compte leurs intérêts par le législateur fédéral.

- Dans le domaine de la médecine ambulatoire, la loi de l'offre et de la demande ne garantit pas une répartition optimale des médecins sur tout le territoire suisse. Alors que les cantons urbains sont saturés d'offre médicale privée, la pénurie de médecins en périphérie et dans les hôpitaux est notoire.
- Sur le plan des coûts de la santé, la multiplication des actes médicaux, les intérêts économiques en jeu et le tourisme médical de certains patients séduits par le principe du libre choix du médecin conduisent à une spirale des dépenses.
- L'appel au renforcement de la responsabilité individuelle a son revers puisque la contribution financière des ménages au financement du système de santé par le biais de l'assurance-maladie et par le biais des paiements directs hors assurance-maladie est nettement plus importante que dans d'autres pays. Ceci a pour conséquence que, dans certains cantons, près de la moitié de la population doit être subventionnée par les mécanismes compliqués de réduction de prime. D'autre part, le risque de voir augmenter les prestations de soins à charge des assurances complémentaires, plus lucratives, est bien réel et peut entraîner rapidement une médecine à deux vitesses.
- La vision de l'Etat minimal chère au néolibéralisme nourrit les actuelles mesures d'allègement budgétaire qui touchent de plein fouet les mesures qui visent une plus grande égalité des chances entre riches et pauvres face à la santé.

Ces inconvénients du libéralisme sont partiellement compensés par les mesures de politique sociale mises en place par l'Etat dans le domaine de la santé comme l'obligation d'assurance-maladie pour tous, la réduction des primes et surtout les mesures de protection contre les risques sanitaires adoptées dès le XIX^e siècle.

Les avantages de l'Etat social

- Contre-poids au libéralisme : les mesures sociales permettent une relative redistribution des richesses, l'aug-

mentation de l'égalité des chances et la paix sociale, trois facteurs qui favorisent significativement la prospérité générale, l'augmentation du niveau de vie et de la longévité pour l'ensemble de la population.

- La politique sociale de la Suisse en fait un Etat respectueux des droits humains fondamentaux. Cette politique se fonde sur des valeurs éthiques comme le respect de la dignité humaine et la solidarité entre catégories sociales. L'Etat suisse reconnaît également que la santé est une ressource essentielle qui permet à ses citoyens de faire face à leurs tâches et responsabilités familiales, professionnelles, bénévoles, sociales ou politiques et que le maintien de cette ressource et son rétablissement permettent au niveau collectif de maximiser les investissements privés ou collectifs consentis dans leur éducation, dans leur formation et dans leur perfectionnement. De manière générale, la Suisse peut faire sienne la maxime selon laquelle le degré d'évolution d'une société se mesure à l'aune du bien-être de ses éléments les plus faibles.

Les faiblesses de la politique sociale suisse

- Malgré une bonne couverture de soins pour l'ensemble de la population, les inégalités sociales devant la santé persistent ; en dépit de multiples mesures visant à les atténuer, les plus pauvres continuent à vivre moins longtemps et à tomber malades plus gravement que les personnes appartenant à des catégories sociales plus élevées ;
- La politique de la santé peine à donner des réponses nouvelles aux problèmes de santé publique actuels que sont les maladies chroniques non transmissibles liées aux modes de vie et aux déterminants sociaux et environnementaux de la santé ;
- Elaborées et mises en œuvre dans un contexte fédéraliste, les mesures de santé publique manquent de coordination et de cohérence sur le plan national, ce qui pèse sur leur efficacité ;
- La tendance croissante des citoyens à recourir aux prestations sociales de l'Etat (AI, assurance-maladie) met en danger le financement à long terme des assurances sociales et fait tanguer le principe de solidarité entre assurés bien portants et malades ;
- La question reste posée de savoir s'il appartient à la collectivité de prendre en charge la totalité des coûts de la maladie, de la prévention et de la promotion de la santé quelque soit le comportement de l'individu et jusqu'où

la couverture par la collectivité des dépenses sanitaires peut aller au vu des développements technologiques toujours plus rapides et nombreux et le vieillissement de la population.

Conclusion

Entre fédéralisme et centralisation, entre responsabilité individuelle et protection sociale, entre rationalisation du secteur curatif et développement de la promotion de la santé, entre économie de marché et planification étatique, le système de santé suisse se trouve aujourd'hui à la croisée des chemins.

De bonnes questions ont été posées depuis 20 ans qui mériteraient d'être reprises :

- comment une société produit-elle de la santé ?
- quel est le bon équilibre entre ses composantes étatiques et économiques, collectives et individuelles ?
- comment assurer l'égalité des chances face à la santé ?
- comment piloter le système suisse de santé dans un contexte fédéraliste ?

Des pistes de réponses ont aussi été esquissées et mériteraient d'être approfondies :

- plutôt prévenir que guérir
- agir sur les déterminants sociaux et environnementaux de la santé
- augmenter les compétences de santé des citoyens/patients/assurés
- assurer une concertation politique au niveau national entre cantons et Confédération.

Il s'agit maintenant d'analyser sérieusement ces pistes et de les intégrer dans une réflexion plus large sur le renouveau du fédéralisme.



Partie II

Collaboration étatique en politique de santé

Partie
I
Cadre de référence

Partie
II
Collaboration

Partie
III
Perspectives



Introduction

Comme le montre la première partie de cette publication, le système de santé suisse est fortement marqué par les structures fédérales et le principe de subsidiarité. Ce principe, qui s'appuie sur l'article 3 de la Constitution fédérale, signifie que les cantons sont souverains tant que leur souveraineté n'est pas limitée par la Constitution fédérale.

Ainsi quelque 2800 communes, 26 cantons et la Confédération élaborent, dans les limites de leurs compétences respectives, des politiques de santé au plan communal, cantonal et fédéral, et contribuent à leur mise en œuvre. A cette complexité institutionnelle, il faut ajouter le secteur privé qui, en Suisse, est largement associé au processus de décision et à la mise en œuvre des mesures en politique de santé (organisations de santé publique, assureurs-maladie, associations professionnelles, industrie pharmaceutique). Ainsi, l'article 147 de la Constitution précise: «Les cantons, les partis politiques et les milieux intéressés sont invités à se prononcer sur les actes législatifs importants et sur les autres projets de grande portée lors des travaux préparatoires, ainsi que sur les traités internationaux importants».

Cependant, la partie II du présent rapport ne se penche pas sur l'influence des acteurs privés dans la formulation des politiques de santé et dans les processus de décision. Elle focalise au contraire son analyse sur les acteurs institutionnels que représentent les cantons et la Confédération.

Enchevêtrement des compétences entre cantons et Confédération

Depuis les années 1980, on peut observer une évolution dans la répartition des tâches et des compétences entre la Confédération et les cantons. Le domaine de compétence de la Confédération dans le secteur de la santé n'a cessé de s'élargir jusqu'à entraîner des chevauchements dans la réalisation de certaines tâches. La Confédération et les cantons exercent désormais des tâches et des compétences parallèles, voire qui se superposent, dans différents domaines: promotion de la santé, prévention, protection de la santé, système de soins, réadaptation, soins de longue durée, formation pour les professions de la santé. Ainsi, l'idée largement répandue selon laquelle, en vertu du principe de subsidiarité, le secteur de la santé serait un domaine de compétence dévolu principalement aux cantons n'est plus exacte.

En raison de la complexité croissante du système de santé, en raison aussi de la place de plus en plus importante qu'occupe de nos jours les assureurs-maladie dans le financement du système de soins et finalement en raison des coûts élevés du système de santé, la question de la réforme du système de santé suisse est régulièrement posée: faut-il clairement désenchevêtrer les tâches et les financements entre cantons et Confédération? Peut-on réduire la complexité du système en centralisant le pilotage au niveau de la Confédération? Ou bien s'agit-il d'accepter la complexité d'un système de santé fondé sur le fédéralisme et reconnaître que la politique de santé est désormais une tâche partagée entre cantons et Confédération? Dans ce cas, accroître la cohérence des politiques de santé cantonales et fédérales signifie la définition d'objectifs de santé nationaux et le renforcement de la coordination.

Collaboration horizontale et verticale entre cantons et Confédération

Renforcer la collaboration est une voie certainement possible. La partie II de ce rapport aborde de manière très concrète la collaboration entre les services fédéraux (chapitre 4), la collaboration intercantonale entre les ministres de la santé (chapitre 5) et finalement la collaboration au plan national entre les exécutifs des cantons et de la Confédération (chapitre 6). Cette partie II pose en particulier les questions suivantes:

- Quelles instances, quels mécanismes et quels projets existent à l'échelle des cantons et de la Confédération, qui favorisent la collaboration étatique et la coordination des mesures en politique de santé ?
- Dans quelle mesure, ces instances, mécanismes et projets ont-ils permis de formuler des objectifs communs, de fixer des objectifs prioritaires et de les mettre en œuvre avec efficacité dans le domaine de la santé à l'échelle des cantons et de la Confédération?
- Quel est le potentiel de ces instances, mécanismes et projets en vue de créer une culture de la collaboration entre cantons et Confédération qui soit favorable au développement d'une politique nationale de la santé?

L'analyse de la collaboration horizontale et verticale permet de tirer les conclusions exposées dans les chapitres suivants :

Chapitre 4

Les offices fédéraux coopèrent ponctuellement et de manière sporadique dans le domaine de la santé. Ils peuvent contribuer ensemble à l'élaboration de certains programmes de politique de santé, sans toutefois qu'il existe une politique de santé concertée au sein de la Confédération. Ceci s'explique par l'absence d'une compétence globale dans ce domaine et par les multiples thèmes sectoriels se trouvant sous sa responsabilité.

Chapitre 5

Au cours du siècle dernier, les représentants des gouvernements cantonaux ont mis au point avec succès, des instruments intercantonaux de coordination et de collaboration qu'ils utilisent essentiellement pour l'exécution des lois fédérales ou pour satisfaire leurs propres besoins en matière de politique de santé ; la collaboration intercantonale n'a que rarement permis à ce jour, la formulation de politiques de santé au plan régional ou suisse. Des pistes prometteuses dans les régions et au plan suisse apparaissent.

Chapitre 6

On ne peut pas encore parler d'une collaboration paritaire entre la Confédération et les cantons, ni de politique commune ou nationale dans le domaine de la santé. Des nouveaux types de structures décisionnelles et des processus de dialogue ont récemment été créés, mais leur légitimité démocratique et leurs effets politiques manquent encore de clarté.

Chapitre 4

Etat de la collaboration entre services fédéraux en politique de santé

4.1 Point de départ

Conformément au principe de subsidiarité ancré dans la Constitution fédérale (article 3 Cst.), les cantons sont compétents pour de larges pans de la politique de santé. La Confédération assume des compétences dans les seuls domaines qui lui ont été confiés par le corps électoral, les cantons ou par le Parlement fédéral, généralement en la forme d'une disposition constitutionnelle ou d'une loi fédérale. Au bout du compte, on dispose de toute une série d'unités administratives fédérales pour exécuter les tâches relevant du domaine de la santé.

La santé – un thème transversal

En raison du principe de subsidiarité, la Confédération ne peut être active que dans les secteurs de la santé qui lui ont été délégués de manière explicite. C'est par phases et en fonction des urgences politiques, que, au cours de ces cent dernières années, de nouvelles compétences juridiques ont été octroyées à la Confédération. Le Conseil fédéral a en conséquence mis en place des unités administratives chargées d'exécuter ces nouvelles tâches. L'octroi de compétences législatives à la Confédération a été particulièrement intensif ces vingt dernières années alors que, pendant cette même période, les attentes vis-à-vis du secteur de la santé publique sont devenues plus complexes et plus exigeantes. Comme le montre le portrait de la politique de santé de la Confédération présenté dans le volume 2 de ce rapport, les domaines nouvellement traités au plan fédéral ont entraîné l'adoption de nouvelles lois et de nouvelles décisions, avec leur cohorte de nouveaux programmes et plans d'action. Si l'on considère ce contexte historique, il n'est pas étonnant qu'aujourd'hui, 27 unités administratives réparties entre 7 départements fédéraux traitent de divers aspects de la santé, quoique pas avec la même intensité. De plus, une trentaine de commissions extraparlimentaires conseillent le Gouvernement fédéral sur les questions relatives à la santé. En raison de cet ancrage dans ces nombreuses unités administratives, la santé est devenue un thème transversal et multisectoriel. Le tableau en fin de chapitre «Thèmes relatifs à la santé dans l'administration fédérale» le démontre à l'évidence.

Les compétences partielles de la Confédération dans le secteur de la santé et le fait que les affaires relatives à la santé soient traitées un peu partout au sein de l'administration fédérale ne favorisent pas la perception d'une vue

d'ensemble sur le système de santé suisse et comportent le risque d'une politique fédérale de la santé atomisée et ne reposant pas sur une vision globale.

L'ordonnance du 28 juin 2000 sur l'organisation du Département fédéral de l'intérieur (Org DFI) attribue à l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) un rôle clé en matière de politique de santé. L'OFSP «... est l'autorité compétente en matière de santé humaine et de politique nationale de la santé; il est en charge de la collaboration de la Suisse à la politique internationale de la santé, de la sécurité sociale dans le domaine de la maladie et des accidents et des domaines de la protection des consommateurs qui lui ont été délégués.»¹

Le présent chapitre ne va pas approfondir plus avant les contenus de la politique de santé de la Confédération qui sont présentés de manière approfondie dans la partie V du volume 2 de ce rapport. En revanche, ce chapitre traite des deux questions suivantes :

- Comment les services fédéraux établissent-ils des programmes de santé publique étant donné leurs compétences juridiques limitées et comment formulent-ils des objectifs de santé?
- De quelle manière, et dans quels secteurs, les services fédéraux collaborent-ils pour concrétiser des stratégies cohérentes et coordonnées, en regard de la complexité du domaine de la santé, par nature éminemment multi-sectorielle?

La réflexion sous-jacente ici consiste en cela que, pour pouvoir concevoir et réaliser une politique de santé au plan national, les acteurs étatiques doivent disposer des instruments nécessaires, en terme de fixation d'objectifs de santé et de planification stratégique.

4.2 La planification d'ensemble du Conseil fédéral

Le Conseil fédéral est d'abord une instance politique et, en second lieu seulement, un organe de planification et de gestion. Ce sont avant tout les différents services fédéraux qui planifient et mettent en œuvre les mesures concrètes dans le secteur de la santé. Le travail de gestion et d'or-

¹ Ordonnance du 28 juillet 2000 sur l'organisation du Département fédéral de l'intérieur (Org DFI), art. 9.

ganisation proprement dit du Conseil fédéral, auquel se rapportent les explications suivantes, ne représente que le 25 % environ de son activité.

L'activité de planification du Conseil fédéral (CF) est régie par la loi fédérale du 21 mars 1997 sur l'organisation du gouvernement et de l'administration (LOGA) et est définie comme suit par son ordonnance d'application (OLOGA) :

- Le CF établit la planification d'ensemble qui englobe tous les domaines politiques de la Confédération, notamment les directives de la politique gouvernementale selon l'article 18 OLOGA et les objectifs annuels du Conseil fédéral comme outils de planification selon l'article 19 ;
- Le CF établit la planification concernant les finances, selon la loi fédérale du 6 octobre 1989 sur les finances de la Confédération (LFC) et son ordonnance du 11 juin 1990 ;
- Le CF établit les planifications partielles des différents domaines politiques de la Confédération ou certains chapitres y relatifs ;
- Le CF établit d'autres planifications en fonction des besoins.

La planification d'ensemble de la Confédération est un outil relativement récent. Les premières exigences en la matière remontent au début des années 1990. Il avait été souhaité alors de renforcer la capacité de conduite du Conseil fédéral, de dégager des économies quant aux coûts de fonctionnement de l'administration fédérale et d'augmenter l'efficacité de son travail. Depuis 1995, le Conseil fédéral dispose de deux instruments pour établir sa planification d'ensemble : le programme de législation et les objectifs annuels du Conseil fédéral.

Dans son programme de législation, le Conseil fédéral décrit les grandes lignes de la politique gouvernementale pour la prochaine législature. Il concrétise ce programme de législation à l'aide des objectifs annuels du CF, les objectifs annuels des départements ainsi que ceux des offices. Ces objectifs servent aussi à mettre à jour des activités déjà planifiées de l'administration. Pour faire le bilan de ses activités, le CF établit finalement un rapport de gestion annuel comme instrument de contrôle.

Avec la nouvelle loi sur le Parlement (LParl), en vigueur depuis le 1^{er} décembre 2003, le CF doit transmettre ses objectifs au Parlement au début de la dernière session

ordinaire de l'année et faire voter le programme de législation par les deux chambres fédérales (Art. 144 & 1 LParl). Lors de la session d'hiver, le ou la président(e) de la Confédération fait, au nom du CF, un état des lieux de la situation actuelle en s'appuyant sur ses objectifs annuels. A l'aide de ces nouveaux instruments de planification, le CF dirige le travail de l'administration en espérant y introduire une plus grande efficacité et une plus grande cohérence en matière législative. Les objectifs annuels ne sont pas contraignants juridiquement, mais permettent de mieux définir les intentions politiques du CF. Ils montrent la direction générale ainsi que les priorités de la politique menée par le Conseil fédéral, sans devenir pour autant un corset qui empêcherait de réagir à l'imprévu et de prendre des mesures urgentes si cela s'avère nécessaire.

En fonction de l'actualité politique et à côté de son activité gouvernementale, il arrive aussi que le Conseil fédéral siège pour traiter en particulier de l'une ou l'autre question politique importante. C'est ainsi par exemple qu'en 2002, le Conseil fédéral in corpore s'est retiré pour discuter, dans le cadre d'un séminaire de réflexion, d'une possible réforme du système suisse de santé et qu'il a proposé des mesures telles que la carte d'assuré ou l'allègement ciblé des primes d'assurance-maladie pour les familles.

Bases de la planification d'ensemble du Conseil fédéral

Pour l'élaboration du programme de législation 1995-1999, le Conseil fédéral a décidé de modifier le processus de planification et de le conduire dès le début en édictant des prescriptions et des objectifs, en lieu et place de se contenter comme jusqu'alors, de faire rédiger l'avant-projet par ses services.

Analyse du contexte

Depuis 1998, le Conseil fédéral fonde son programme de législation notamment sur le rapport « Evolution des tendances et thèmes futurs de la politique fédérale ». Ce rapport est une analyse du contexte helvétique qui est menée tous les quatre ans par ce que l'on nomme l'Etat-major de prospective de l'administration fédérale. Cet état-major est un organe interdépartemental qui, selon la « liste des organes interdépartementaux et organisations de projets (2000) », réunit 25 offices fédéraux appartenant à tous les départements. Pour le domaine de la santé, les services fédéraux suivants en font partie : l'Office fédéral de la santé publique, l'Office fédéral des assurances sociales, l'Office

Tableau 6: Bases pour la planification d'ensemble du Conseil fédéral dans le domaine de la santé

Sources de l'administration fédérale	<ul style="list-style-type: none"> ■ Messages relatifs à des modifications législatives en matière d'AVS, d'AI, de LPP et de LAMal (CF) ■ Messages portant sur des initiatives populaires fédérales touchant au secteur de la santé (CF) ■ Concepts (politique du sport) et stratégies (développement durable) (CF) ■ Nouvelles bases légales (p. ex. ordonnance sur une Commission nationale d'éthique) ■ Rapports sur l'évolution du système suisse des trois piliers s'agissant de la prévoyance vieillesse, survivants et invalides et sur l'actualisation de l'aperçu global de l'accroissement des besoins financiers de la sécurité sociale d'ici 2005 (DFI) ■ Enquête suisse sur la santé (OFS) ■ Comptes de la sécurité sociale (OFS) ■ Statistique de la sécurité sociale suisse (OFAS) ■ Stratégie globale de l'OFSP ■ Concept de la recherche scientifique en santé (OFSP) ■ Choix de programmes et de projets nationaux (la migration, la prévention du tabagisme) (OFSP) ■ Diverses études concernant l'avenir et les perspectives de financement de la sécurité sociale (OFAS) ■ Analyse des effets de la LAMal (OFAS) ■ Publications sur l'aide sociale publique, sur la marginalisation sociale et sur les «working poors» (OFAS) ■ Publications concernant les réformes des assurances sociales (OFAS)
Sources externes à l'administration fédérale	<ul style="list-style-type: none"> ■ «Les 21 objectifs de santé pour la Suisse», Buts de santé non officiels définis par la Société «Santé Publique Suisse» en collaboration avec l'OFSP ■ Rapports de la Commission de gestion du Conseil des États et du contrôle parlementaire fédéral sur les coûts de l'assurance-maladie ■ Résultats de recherches portant notamment sur la vieillesse, sur la santé psychique et sur la santé et l'environnement ■ Résultats de conférences (notamment Conférence sur le fédéralisme)

fédéral de la statistique, l'Office fédéral de la formation professionnelle et de la technologie, le Secrétariat d'Etat à l'éducation et à la recherche, l'Office fédéral de l'environnement, des forêts et du paysage et le Secrétariat d'Etat à l'économie.

Le rapport «Evolution des tendances et thèmes futurs de la politique fédérale» porte sur des questions pertinentes pour l'avenir d'un point de vue supra-départemental. Il reflète la politique globale du Conseil fédéral sous l'angle des défis à venir, donne une image complète des différentes études prospectives et scénarios élaborés par l'administration fédérale, notamment dans les domaines de l'énergie, de la sécurité sociale, des transports et de la santé, et analyse leurs conséquences possibles pour les divers domaines politiques, tout en tenant compte du contexte international, de la démographie, de l'économie et de la technologie. Enfin, depuis 1999, ce rapport sert de base à la discussion qui a lieu entre la délégation du Conseil fédéral et la délégation des cantons pour l'élaboration du programme de législature du Conseil fédéral. Le prochain rapport, planifié pour le début de 2007, fera office de do-

Planification politique et Parlement fédéral

Longtemps, la planification politique était un domaine exclusif du Gouvernement ou, le cas échéant, des offices fédéraux concernés. Depuis la révision de la Constitution fédérale le 18 avril 1999, le principe de la participation de l'Assemblée fédérale à l'élaboration des grandes lignes de la politique est acquis. La loi du 13 décembre 2002 sur le Parlement donne expressément à l'Assemblée fédérale la possibilité concrète de prendre des décisions quant à la planification politique. C'est ainsi par exemple que les objectifs de la législature sont adoptés (ou rejetés) sous la forme d'un arrêté fédéral simple. Jusqu'ici toutefois, le Parlement n'a fait usage de ce nouvel instrument de planification à sa disposition qu'avec beaucoup de réserve.²

² Cf. à ce propos notamment Susanne HARDMEIER, «Die Mitwirkung der Bundesversammlung bei der politischen Planung und ihre Grundlage im neuen Parlamentsgesetz», LEGES 2003(2), p. 79-89.

Tableau 7: Buts 2005 du Conseil fédéral et bilan dans le secteur de la santé

Les objectifs du Conseil fédéral pour l'année 2005		Buts Nr. du DFI	Bilan
Objectif n° 1	Renforcer la formation et la recherche		
	■ Consultation relative à l'article constitutionnel et à la loi fédérale sur la recherche sur l'être humain	13	Pas réalisée
	■ Révision de l'ordonnance sur les hautes écoles spécialisées (intégration des métiers de la santé)		Pas réalisée
	■ Consultation relative à la loi fédérale sur les professions de la psychologie et décision quant à la suite des travaux	14	Pas réalisée
Objectif n° 2	Renforcer la confiance dans l'économie en assouplissant les conditions générales issues du droit et en favorisant le gouvernement d'entreprise		
Objectif n° 3	Accroître la compétitivité et la transparence sur le marché intérieur		
Objectif n° 4	Assurer l'équilibre des finances fédérales à long terme		
Objectif n° 5	Préserver les ressources naturelles		
	■ Prochaines ordonnances relatives au nouveau droit sur les produits chimiques	19	But en partie atteint
Objectif n° 6	Maintenir une infrastructure des transports performante et la connecter aux réseaux européens tout en améliorant la sécurité du trafic		
Objectif n° 7	Façonner et promouvoir la société de l'information		
Objectif n° 8	Rationalisation de la collaboration entre les échelons étatiques		
Objectif n° 9	Garantie d'un développement territorial équilibré et durable		
Objectif n° 10	Stabilisation de la prévoyance vieillesse et de l'assurance-invalidité		
	■ Message sur la 5 ^e révision de l'assurance-invalidité, financement complémentaire	7	But en partie atteint
	■ Décision préliminaire concernant la révision de la loi sur l'assurance accidents	20	But en partie atteint
Objectif n° 11	Amélioration de l'intégration des personnes ayant des enfants à charge ainsi que des personnes âgées		
Objectif n° 12	Réexamen, réorganisation et positionnement de la politique culturelle		
Objectif n° 13	Amélioration des perspectives des exportations suisses et renforcement des relations avec l'Union européenne		
Objectif n° 14	Défense des droits de l'homme à l'échelle nationale et internationale		
Objectif n° 15	Mise en œuvre de la nouvelle politique de sécurité		
Objectif n° 16	Amélioration de la coopération internationale, de la prévention et des structures internes en matière de justice et de police		

cument préparatoire pour le programme de législature 2007-2011.

Pour l'élaboration du programme de législature 2003-2007 en ce qui concerne le domaine de la santé, l'Etat-major de prospective a dû recourir à de nombreuses sources de données isolées³. Il n'existe en effet ni de lignes directrices, ni d'objectifs de santé sur le plan fédéral ou national, et plus aucun rapport de santé n'a été publié en Suisse depuis 1993.⁴

³ Voir la bibliographie citée dans le rapport de l'Etat-major de prospective de l'administration fédérale «Evolution des tendances et thèmes futurs de la politique fédérale 2003-2007».

Evaluation des objectifs 2005 du Conseil fédéral

Le rapport de gestion annuel du Conseil fédéral fait une présentation exhaustive de ses priorités et contient des informations sur les 100 affaires les plus importantes traitées par le CF pendant l'année. Il tire aussi le bilan des objectifs annuels.

Seuls 3 objectifs, sur les 16 objectifs du Conseil fédéral pour 2005, contenaient des mesures relatives à la santé (voir tableau 7 «Buts 2005 du CF et bilan dans le secteur

⁴ Le dernier rapport sur la santé est paru en 1993. Il est issu d'un mandat donné par l'Office fédéral de la santé public: Walter Weiss (éd.). Gesundheit in der Schweiz. Seismo-Verlag, Zurich 1993.

de la santé»). Le bilan général pour l'année 2005 est le suivant : sur les 16 objectifs fixés, trois seulement ont été complètement atteints, trois ont été évalués de manière satisfaisante et huit étaient partiellement atteints. Deux objectifs n'ont pas été atteints étant donné que moins de la moitié des mesures prévues avait été réalisée. En résumé, la planification annuelle 2005 a atteint environ le 60 % de ses objectifs.

Collaboration au sein du Conseil fédéral en politique de santé

Au-delà de leur propre département, les conseillers fédéraux ont la possibilité de travailler à plusieurs dans le cadre d'une délégation traitant de thèmes spécifiques (art. 23 OLOGA). Il y a 12 délégations, composées chaque fois de trois membres du Conseil fédéral qui traitent des domaines suivants : la politique économique extérieure, l'économie en général, les transports, les finances, les affaires militaires, l'agriculture, l'aménagement du territoire,

l'énergie, le tourisme et les migrations. Trois délégations spéciales traitent de la sécurité, de la question européenne et des drogues (depuis 1994). Les délégations préparent les délibérations et les décisions du Conseil fédéral ou négocient, au nom du collège gouvernemental, avec d'autres autorités, suisses ou étrangères, ou avec des particuliers. A l'exception du thème de la drogue, aucune délégation ne traite du thème de la santé.

Appréciation

Certes, le Conseil fédéral exerce son activité dans le cadre de sa planification d'ensemble et s'oriente en fonction de programmes de législature quadriennaux, de directives et d'objectifs annuels. Il n'en demeure pas moins qu'au sein de l'administration, ces processus de planification, de fixation des priorités et de coordination dans le domaine de la santé se heurtent à des limites. Celles-ci résultent notamment des éléments suivants :

Des indicateurs de conduite de la politique suisse de santé

En 2000, le Parlement fédéral avait émis des critiques à propos du manque de bases statistiques étayant le programme de législature 1999-2003 et avait exigé la mise en place d'un système d'indicateurs servant d'instrument de conduite. Ensuite, en collaboration avec l'Etat-major de prospective, l'Office fédéral de la statistique a élaboré des indicateurs de conduite pour la planification d'ensemble de la politique.⁵

Entre autres, le Conseil fédéral évalue sur la base de ces indicateurs la situation de la Suisse, définit les besoins d'agir et oriente ses objectifs en fonction. La législature 2003-2007 doit servir à évaluer l'utilité et les limites de ces nouveaux instruments statistiques de conduite pour la politique fédérale, de manière à pouvoir décider de leur introduction définitive pour les travaux de la planification 2007-2011.

Il y a en tout 15 indicateurs généraux : dépenses publiques d'éducation ; dépenses de recherche et de développement ; croissance du produit intérieur brut (PIB) ; taux de chômeurs ; inégalité de la répartition des revenus ; quote-part de l'Etat (Confédération, assurances sociales comprises) ; quote-part d'impôt de la Confédération (assurances sociales comprises) ; émission de CO₂ par rapport à la loi sur le CO₂ ; concentration d'ozone ; prestations du transport de voyageurs ; prestations du transport de marchandises ; adhésion du peuple aux positions du gouvernement et du Parlement lors des votations populaires ; imposition des personnes physiques par les cantons ; taux sociaux selon les Comptes globaux de la protection sociale (CGPS/SESPROS) ; aide publique au développement.

En plus des indicateurs généraux, il y a également des indicateurs pour chaque domaine. Les indicateurs sectoriels retenus pour le domaine de la santé sont les suivants : dépenses de santé ; indice des primes d'assurance-maladie ; années potentielles de vie perdues ; nouvelles maladies liées au Sida ; résultats positifs des tests HIV ; fumée ; personnes consommant trop d'alcool ; mouvement et activité physique dans la population.

5 Chancellerie fédérale & Office fédéral de la statistique (éd.), « Indicateurs : instruments stratégiques de conduite pour la politique », rapport du Conseil fédéral du 25 février 2004 en réponse au postulat « Elaboration d'un système d'indicateurs comme instrument de conduite » (00.3225) déposé par la Commission de planification de la législature (00.016 CN), Neuchâtel 2004.

1. D'un point de vue national, la planification du Conseil fédéral en matière de santé publique n'est en soi «qu'une planification partielle, car il manque une politique globale de la santé concertée entre les cantons et la Confédération sur le plan national.
2. Sur le plan fédéral, la Confédération ne peut pas véritablement planifier une politique globale de santé puisque ses stratégies et ses mesures reposent sur des bases constitutionnelles et législatives relativement minces et atomisées étant donné le principe de subsidiarité. Cette absence de politique d'ensemble explique certainement le fait que le Conseil fédéral n'ait encore pas réussi jusqu'ici à considérer sous un même éclairage les différents champs d'activité de la trentaine d'unités administratives fédérales qui sont chargées de l'un ou de l'autre aspect de la santé, ni à mettre en évidence les interfaces et les liens qui existent entre elles. De plus, le fait qu'au cours de ces dernières années, l'allégeance des membres du Conseil fédéral vis-à-vis de leur propre parti politique ait augmenté en regard de leur sentiment de responsabilité vis-à-vis de leur département ou de l'autorité collégiale du Conseil fédéral, rend plus difficile encore la formulation d'une vision globale en politique de santé qui engagerait l'ensemble du gouvernement.
3. Les efforts consentis dans les années 1990, à la suite de la nouvelle gestion publique, pour centraliser et renforcer les activités gouvernementales du Conseil fédéral, n'ont pas véritablement permis de renforcer la capacité de pilotage du Conseil fédéral. En 1996, la tentative d'une première réforme de la conduite de l'Etat a échoué en votation devant le peuple. Il s'agissait alors de renforcer le pouvoir exécutif en créant des postes de secrétaires d'Etat. D'autres nouveautés n'ont pas trouvé grâce devant le Parlement fédéral, comme l'idée d'un gouvernement à deux échelons avec des ministres délégués ou celle, soutenue par le Conseil des Etats, d'augmenter à neuf les membres du Conseil fédéral. Actuellement, le Conseil fédéral entame une nouvelle réforme de l'administration, alors qu'une première réforme gouvernementale et administrative s'est terminée en l'an 2000.
4. Le Département fédéral de l'intérieur (DFI) se distingue par la très grande hétérogénéité des thèmes traités au sein de ses différents offices: l'égalité entre femmes et hommes, la culture, l'archivage des documents de la Confédération, la météorologie et la climatologie, la

santé, les statistiques, les assurances sociales, la formation, la recherche scientifique, les écoles polytechniques fédérales. La multiplicité des thèmes explique le fait que ce département délègue une partie de la conduite stratégique aux offices fédéraux. Ces offices fédéraux, dont l'Office fédéral de la santé publique, mènent donc en partie leurs activités en fonction de leur planification propre.

5. Enfin, la planification stratégique du Conseil fédéral s'insère dans un contexte politique qui en réduit la portée. A côté des objectifs du Conseil fédéral, le Parlement, les cantons et surtout les intérêts de l'industrie pharmaceutique, des assureurs-maladie ou des prestataires de soins et services médicaux influencent considérablement l'agenda politique. Ces influences politiques peuvent amener des réorientations brusques et non planifiées. Les programmes d'allègement budgétaire par exemple forcent les offices fédéraux à opérer des économies et à renoncer ainsi à des tâches en cours ou planifiées. C'est ainsi que s'arrêtera en 2007 le Plan d'action environnement et santé (PAES) qui est mis en œuvre au sein de l'Office fédéral de la santé publique.

4.3 La collaboration entre services fédéraux

L'attribution au fil des ans de nouveaux morceaux de compétences à la Confédération a conduit à diversifier et à disperser les champs d'intervention des services fédéraux en matière de santé. Désormais, au sein de l'administration fédérale, la santé est devenue un thème transversal qui occupe différents services bien qu'il se trouve sous la responsabilité principale de l'OFSP (voir tableau 8: «Objectifs relatifs à la santé 2006 au sein de l'administration fédérale»).

Des conditions de départ défavorables à une culture de la collaboration

Certes, les différents services procèdent à des échanges de savoirs et collaborent de manière ponctuelle. Il n'en demeure pas moins qu'il reste difficile pour les différentes unités administratives d'élaborer des politiques communes et cohérentes dans le domaine de la santé. Jusqu'ici, les offices et départements fédéraux n'ont pas réussi à établir une culture de la collaboration en ce qui concerne les questions transversales qui touchent à la santé. Il en

va de même au sein de l'OFSP. Il manque également une vision consolidée de la « politique suisse de santé », que ce soit à l'échelon gouvernemental ou de l'administration. Ainsi, s'agissant de la santé, l'administration fédérale offre une image composite avec ses nombreux services fonctionnant de manière autonome ainsi que les tâches diverses et les buts en partie contradictoires qui leur sont attribués. Le Conseil fédéral lui-même confirme cet état de fait lorsqu'il écrit dans sa réponse aux commissions de gestion des Chambres fédérales au sujet de la faiblesse de la collaboration entre les offices fédéraux: « En effet, toute unité administrative tente de remplir au mieux les fonctions qui lui sont assignées et de ne pas laisser des intérêts contraires entraver son action. Face aux tensions générées par la défense d'intérêts légitimes qui ne sont pas forcément convergents, l'administration doit recourir à des instruments de coordination qui permettent à la diversité des intérêts en présence de s'exprimer et qui assurent entre eux un juste équilibre. »⁶

Intérêts divergents et autonomie des services fédéraux

Dans la réalité, il n'est pas rare que des tâches confiées à la Confédération dans le domaine de la santé poursuivent des objectifs contraires et qui parfois ne peuvent pas être harmonisés même au sein des groupes de travail interdépartementaux. Outre leurs intérêts divergents, les services fédéraux sont libres de mener de manière autonome

leurs activités dans leurs domaines de responsabilité. Ce mode de travail empêche de considérer que la collaboration intersectorielle est un processus, qui, s'il est mené à bon escient, peut représenter un bénéfice en termes d'efficacité et de qualité des résultats. Voici une liste de raisons qui expliquent pourquoi les offices fédéraux et leurs unités administratives travaillent chacun centré sur son domaine, également dans le domaine de la santé.

Des lignes directrices propres

Etant donné l'absence d'objectifs officiels de santé, les services fédéraux fixent souvent leurs stratégies en fonction de leurs propres visions qu'ils concrétisent ensuite au moyen de directives et de mesures internes. Cela ne fait que depuis une dizaine d'année seulement que le programme de législature du Conseil fédéral sert d'instrument d'orientation pour l'administration fédérale. Les buts annuels du Conseil fédéral ainsi que les buts annuels des départements sont des instruments encore plus récents.

Primauté de la législation

Toute activité administrative implique une base légale formelle. En principe, les départements fédéraux ne désignent pour l'exécution des tâches résultant de l'application d'une loi fédérale qu'un seul service responsable et non plusieurs. C'est ainsi que la Direction de l'assurance-maladie et accidents de l'OFSP est seule responsable de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal), que l'application de la loi fédérale sur les épidémies relève de la Direction de la santé publique de l'OFSP, que la législation sur les denrées alimentaires est de la compétence de la Direction de protection des consommateurs de l'OFSP et

6 Rapport de gestion du Conseil fédéral pour l'année 1996, Quatrième section: Questions des Commissions de gestion des Chambres fédérales: Réponses du Conseil fédéral, A/1 Le cadre institutionnel et financier.

Tableau 8: Objectifs de santé 2006⁷ de l'administration fédérale

Objectifs 2006 du Département fédéral de l'intérieur (DFI) (24 objectifs au total)

Vue d'ensemble sur les assurances sociales (objectif 9)

- Rapport

Développement de la réglementation dans le domaine de la médecine humaine (objectif 13)

- Rapport sur la procédure de consultation concernant la disposition constitutionnelle et la loi fédérale relatives à la recherche sur l'être humain et message sur l'article constitutionnel relatif à la recherche sur l'être humain

Initiative populaire « pour une politique raisonnable en matière de chanvre protégeant efficacement la jeunesse » (objectif 14)

Evaluation des risques concernant les réseaux sans fil (objectif 15)

- Rapport

7 Les activités permanentes des offices ne sont listées ni dans les objectifs des départements, ni dans les objectifs des offices (par ex. à l'OFSP, établissement des diplômés en médecine humaine)

Clarification dans le domaine des professions de la santé (objectif 16)

- Procédure de consultation concernant le projet de la loi fédérale sur les professions de la psychologie

Examen et développement du système de santé suisse (objectif 17)

- Les recommandations figurant dans le rapport de l'OCDE/OMS sur le système de santé suisse sont discutées dans le cadre du dialogue politico-sanitaire avec les cantons

Un projet de stratégie nationale de santé en ligne (eHealth) est élaboré

Travaux préparatoires à une nouvelle réglementation en matière de prévention et de promotion de la santé (objectif 18)

- Rapport de la Commission d'experts «Prévention et promotion de la santé» sur la future réglementation en matière de prévention et de promotion de la santé en Suisse
- Rapport concernant la nouvelle réglementation en matière de prévention et de promotion de la santé (en réponse aux postulats 05.3161 Humbel et 05.3230 de la CSSS-CE))

Définition de mesures agissant aux niveaux des coûts et des primes (objectif 19)

- Diminution des réserves minimales
- Réévaluation du catalogue des prestations à la lumière des critères d'efficacité, d'économicité et d'adéquation
- Réduction des prix des médicaments, des analyses, des moyens et des appareils
- Elaboration d'un concept permettant l'assouplissement du principe de la territorialité et prévoyant la prise en charge des prestations médicales transfrontalières
- Préparation de l'introduction de la carte d'assurés en 2008

Message et rapports concernant l'assurance-maladie (objectif 20)

- Message concernant l'initiative populaire «Oui aux médecines complémentaires»
- Rapport sur les relations entre l'assurance-maladie de base et l'assurance-maladie complémentaire (en réponse au postulat 03.3596 de la CSSS-CN)
- Rapport sur les lacunes et incohérences de la LAMal en matière d'indemnités journalières (en réponse au postulat 04.3000 de la CSSS-CN)

Loi fédérale relative à l'assurance-accidents (objectif 21)

- Procédure de consultation

Objectifs 2006 du Département de la défense, de la protection de la population et des sports (23 objectifs au total)

Développement de la protection de la population (objectif 18)

- Mise en œuvre des recommandations issues du projet «Protection nationale ABC»

Application du concept du Conseil fédéral pour une politique du sport (objectif 21)

- Définition des mesures pour la promotion du sport et du mouvement pour la période 2007 à 2010 dans le cadre d'une planification globale et d'une planification détaillée

Objectifs 2006 du Département des finances (19 objectifs au total)

Modification de la loi fédérale sur l'imposition du tabac (objectif 7)

- Message

Objectifs 2006 du Département de l'économie (21 objectifs au total)

Approfondissement des relations avec l'UE dans le secteur agroalimentaire (objectif 16)

- Reconnaissance mutuelle des désignations (AOC et IGP)
- Reconnaissance mutuelle des dispositions concernant l'hygiène des denrées alimentaires

Révision de l'ordonnance sur la protection des animaux (objectif 18)

- La révision de l'ordonnance sur la protection des animaux est entrée en vigueur

Mise en place et actualisation permanente des procédures régissant la libération et la distribution des réserves obligatoires d'inhibiteurs de la neuramidiase en vue d'une éventuelle pandémie grippale (objectif 19)

Objectifs 2006 du Département de l'environnement, des transports, de l'énergie et de la communication (7 objectifs au total)

Mise en œuvre de la politique environnementale au plan national comme au plan international (objectif 1)

- La stratégie fédérale de lutte contre la pollution atmosphérique est adoptée
- Rapport sur l'avancement des travaux visant à formuler des propositions relatives aux objectifs de réduction du CO₂ pour la période suivant 2010
- Rapport en réponse au postulat Graf (02.3125) «Toxicologie. Pour une recherche indépendante en Suisse»

Législation sur l'énergie nucléaire et gestion des déchets nucléaires (objectif 6)

que le domaine santé et travail relève de la compétence du seco (voir ici le tableau en fin de chapitre: «Thèmes de santé et services compétents au niveau fédéral»). Ces compétences exclusives encouragent «l'esprit de clocher» et l'absence de concertation sur des objectifs communs au sein de l'administration fédérale et de ses services.

Externalisation des tâches

L'externalisation des tâches de la Confédération à des instances hors les murs (ce qu'on appelle des exploitations du troisième cercle) complique encore la collaboration sur des programmes politiques communs. S'agissant du secteur de la santé, il y a, entre autres, deux exploitations dites du troisième cercle: l'Institut suisse de produits thérapeutiques Swissmedic et la Régie fédérale des alcools. Il existe bien évidemment d'autres formes de outsourcing qui ne sont pas décrites dans ce chapitre traitant exclusivement de la collaboration au sein de l'administration fédérale.

Divergences d'intérêts dans le domaine de la santé

Drogues illégales: Depuis 1994, l'OFSP recueille les avis des offices concernés dans le cadre du groupe de travail interdépartemental sur la drogue («IDAD»). Depuis 1994 toujours, l'OFAS et l'Office fédéral de la police («fedpol») ont été systématiquement invités à donner leur avis sur les paquets de mesures. Ces prises de position ont revêtu toutefois un caractère marginal sur le plan des contenus de MaPaDro 2⁸, certainement en raison des différents angles d'approche de l'OFSP et du fedpol.

Des différences de point de vue existent aussi entre l'OFSP et l'OFAS. Alors que l'OFSP préconisait dans les années 1990 le concept des quatre piliers en matière de politique de la drogue, un concept qui comprenait l'élaboration et l'extension du «volet thérapie», l'OFAS, conformément aux décisions du Tribunal fédéral des assurances (TFA), interprétait de manière très restrictive le concept d'invalidité pour les toxicodépendants et s'opposait à la prise en charge par l'AI des thérapies en institutions ainsi que des mesures de réhabilitation.

Sida: Ici aussi des intérêts divergents sont apparus dans la définition du concept de maladie. Alors que, conformément à la décision du TFA de 1990, l'OFSP émettait l'avis

selon lequel les personnes séropositives avaient droit à un traitement médical financé par l'assurance-maladie obligatoire, le délégué fédéral à la protection des données soutenait au contraire que, pour éviter des discriminations, il s'agissait de relativiser le diagnostic séropositif en tant que maladie. En effet, étant donné que grâce aux méthodes thérapeutiques actuelles, la maladie peut se déclarer que tardivement, il défendait l'idée que le diagnostic séropositif ne doit pas être mentionné afin de faciliter la conclusion d'assurances privées comme par exemple une assurance d'indemnités journalières.

Alcool: Dans le domaine de la politique liée à l'alcool, des intérêts divergents divisent les services fédéraux. Cinq départements et plusieurs offices fédéraux ont à faire à cette problématique (voir à ce propos le tableau annexé à ce chapitre: «Les thèmes de santé dans l'administration fédérale»). Ils s'appuient dans leur travail sur des bases légales qui ne font pas partie d'un corpus de règles cohérent. Alors que l'OFSP s'engage par exemple pour réduire la consommation d'alcool liée à de nombreux risques, l'Office fédéral de la communication (OFCOM) présente une révision totale de la loi sur la radio et la télévision (LRTV) qui vise notamment à affaiblir la limitation actuelle de la publicité pour la bière et le vin (voir aussi à ce propos le volume 2 de ce rapport: Politique de santé de la Confédération, Section 2, Alcool).

Les instruments favorisant la collaboration interne

L'hétérogénéité des différents services fédéraux implique la mise en place de nombreux instruments de coordination. L'ordonnance de 1998 sur l'organisation du gouvernement et de l'administration fixe l'obligation de collaborer en ces termes (art. 14): «Les unités administratives sont tenues de collaborer. Elles s'entraident et s'informent mutuellement. Elles coordonnent leurs activités et s'assurent que celles-ci concordent avec la politique générale du Conseil fédéral. Elles donnent aux autres unités administratives les renseignements nécessaires à l'exécution de leurs tâches légales».

Ci-après sont présentés quelques instruments de collaboration interne à l'administration fédérale.

- **La chancellerie fédérale** veille à la coordination entre les départements fédéraux.
- **Les secrétariats généraux des départements:** ces dix dernières années, les secrétariats généraux se sont fortement développés en personnel en raison de l'accrois-

8 Daniel KÜBLER et al. «Massnahmenpaket Drogen: Determinanten der politischen Verankerung, Schlussbericht. Zürcher Politik- & Evaluationsstudien Nr. 1», septembre 2003, p. 40.

sement des tâches confiées à la Confédération et de leur complexité. Par exemple, le personnel du secrétariat général du DFI représente 135 emplois (dont 74 pour l'informatique). La fonction de coordination des secrétariats généraux des sept départements fédéraux est parfois exacerbée par des relations tendues avec certains de leurs offices fédéraux qui agissent trop souvent de manière autonome.

- **La conférence des secrétaires généraux** : c'est l'organe de coordination le plus élevé qui travaille sous la direction du chancelier ou de la chancelière de la Confédération. De par sa fonction, cette conférence doit contribuer à une activité administrative prévisionnelle, efficace et cohérente. Dans le cadre des travaux de la

Les déclencheurs de la collaboration fédérale

Malgré une culture de collaboration déficiente, les différents services fédéraux actifs dans le domaine de la santé ont tout de même l'occasion de travailler ensemble. Les déclencheurs de la collaboration sont les suivants :

- des événements qui exigent des réponses nationales rapides tels que les épidémies (SRAS ou grippe aviaire) ;
- l'élaboration ou la révision de lois ;
- la prise de position du Conseil fédéral lors d'initiatives populaires ;
- la limitation des ressources financières et en personnel : fusions ou partages d'infrastructures ;
- des intérêts ou des thèmes semblables : plusieurs services appartenant à des offices fédéraux différents peuvent se retrouver à travailler sur des mêmes dossiers en fonction d'intérêts convergents. L'OFSP et le seco collaborent par exemple pour le thème de la santé au travail. Dans le domaine de l'alcool, la Régie fédérale des alcools, la Commission fédérale de l'alcool et l'OFSP collaborent périodiquement. Malheureusement, il n'existe pas de vue d'ensemble des projets pour lesquels l'OFSP collabore avec d'autres unités administratives ;
- des thèmes multisectoriels : le développement durable et la santé, la santé psychique ou le vieillissement de la population et la santé sont des thèmes qui doivent être abordés de manière interdisciplinaire : ex. Comité interdépartemental pour le développement durable (CIDD).

réforme de l'administration fédérale en cours depuis 2005, il est prévu de procéder à une analyse du rôle des secrétariats généraux et de le renforcer.

- **La conférence des directrices et des directeurs d'office** : cette conférence, qui se tient une fois par an, n'est malheureusement pas utilisée pour faire le point de la situation s'agissant des activités interdépartementales pertinentes sur le plan politique. Ce sont plutôt des questions de technique administrative qui figurent au centre de ses préoccupations.
- **La consultation des offices** : ce que l'on nomme la procédure de consultation des offices prévoit que les propositions du Conseil fédéral, encore au stade de projets, soient distribuées via le secrétariat général de chacun des sept départements à tous les offices qui peuvent être intéressés au contenu de par leur domaine d'activité, pour avis de leur part et de manière à permettre la coordination et la finalisation desdits projets. Cette procédure vaut tout particulièrement pour ce que l'on nomme les « offices interfaces » (Chancellerie fédérale, Office fédéral de la justice, Administration fédérale des finances, seco, Secrétariat d'État à l'éducation et à la recherche, Office fédéral du personnel). De plus, dans le domaine de la politique de santé, outre tous les secrétariats généraux, les services fédéraux suivants sont en règle générale toujours consultés : DFI, OFS, OFAS, DDPS, fedpol, DFF, DGD, DETEC, OFCOM, OFEV, Bureau de la consommation. La consultation des offices est suivie de la procédure de co-rapport.
- **La procédure de co-rapport** : le Conseil fédéral prend ses décisions en collège. Ce que l'on appelle la procédure de co-rapport permet à chaque membre du Gouvernement de s'exprimer sur les propositions de ses collègues.
- **Examen de l'efficacité des mesures prises par le Conseil fédéral et l'administration** : selon l'art. 170 de la nouvelle Constitution fédérale, l'Assemblée fédérale doit veiller à ce que l'efficacité des mesures prises par la Confédération fasse l'objet d'une évaluation. L'une des mesures proposées par le Conseil fédéral en 2004 est la suivante : « les offices fédéraux coordonnent dès 2005 leur action avec celle des autres acteurs. Ils font participer les offices spécialisés et les offices chargés de tâches transversales de manière appropriée (prise en compte de leur avis lors de la formulation des cahiers des charges destinés à préciser les mandats, participation aux groupes de direction ou de suivi etc.) et

veillent à ce que leurs vœux soient satisfaits dans toute la mesure du possible. »⁹

L'OFSP se préoccupe depuis plusieurs années de mettre en œuvre une approche orientée vers l'efficacité avec l'aide de son service d'évaluation interne. La collaboration et le partage des tâches entre acteurs concernés par la politique de la santé sont des éléments standard du questionnaire d'évaluation de l'OFSP. Comme exemples, le domaine du rayonnement non-ionisant et du son a été récemment évalué (2003-2004), tout comme le programme Radon Suisse (1994-2014) qui a fait l'objet d'une évaluation intermédiaire également en 2003-2004.

- En cas de crise majeure, comme par exemple en cas de pandémie, l'instauration d'états-majors de crise est prévue. En règle générale, ces états-majors doivent comprendre l'ensemble des services fédéraux concernés ainsi que d'autres acteurs tel que les cantons ou certains experts.

En préparation

S'agissant de la gestion des affaires, les processus interdépartementaux font actuellement l'objet d'un projet au sein de l'administration fédérale («GEVER») qui vise à développer une solution informatique applicable au suivi des dossiers impliquant la participation active de plusieurs départements fédéraux.

L'OFSP comme autorité de conduite et de coordination dans le domaine de la santé

Comme tous les autres offices, l'OFSP doit relever le défi de mettre en œuvre les lois fédérales, d'exécuter les tâches que lui confie le Conseil fédéral ou le Parlement, d'assurer le pilotage politique et de collaborer avec des partenaires internes et externes.

Pour être à la hauteur de ces exigences, l'OFSP a entrepris trois réorganisations au cours de ces 15 dernières années (1992, 1996, 2003). Le transfert du secteur «assurance-maladie et accidents» de l'OFAS à l'OFSP en 2004, de même que la réorientation en cours de sa stratégie d'office pour 2006, sont deux éléments récents de ce processus.

L'OFSP a confirmé sa volonté à assumer un rôle de pilota-

ge politique en matière de santé publique dans sa «vision» qu'il a formulée en 2004: «L'OFSP a une responsabilité d'envergure nationale dans les domaines de la politique sanitaire en Suisse et de l'organisation de la santé publique.»¹⁰ Collaboration et coordination nationale sont des éléments importants d'une telle vision. L'OFSP indique ses intentions à ce propos dans ses lignes directrices concernant l'organisation, la conduite et la collaboration (1999)¹¹ ainsi que dans la mission, datant de 2005, de l'une de ses quatre directions, la Direction de politique de santé:

- **Lignes directrices de l'OFSP:** «La collaboration actuelle au sein des secteurs traditionnels ne suffit plus. La collaboration interdisciplinaire et intersectorielle, y compris par-dessus les niveaux hiérarchiques, doit devenir la règle.»¹²
- **Mission de la Direction de politique de santé de l'OFSP:** «Nous considérons comme centre de compétence pour une politique intégrée de santé au sein de l'OFSP. Nos prestations résultent de processus menés en commun autant au sein de l'OFSP qu'avec les partenaires externes. Dans ce but nous nous engageons dans les différents réseaux aussi bien sur le plan national qu'international.»

Nous thématisons ci-dessous exclusivement la collaboration de l'OFSP au sein de l'administration fédérale.

Collaboration interne au sein de l'OFSP

La volonté de l'OFSP d'encourager la collaboration pluridisciplinaire entre ses diverses unités est bien réelle. Cependant, malgré ce vœu émis dans les lignes directrices citées ci-dessus, et malgré le fait que de nouvelles plateformes aient été instaurées pour optimiser la coordination et les échanges entre les quatre directions, une culture de collaboration interne a encore de la peine à s'établir au sein de l'OFSP. C'est ainsi que si l'on se réfère aux évaluations existantes, les programmes de prévention développés par l'OFSP au cours de ces vingt dernières années dans les domaines des drogues, de l'alcool, du tabac, de l'alimentation et du mouvement, n'ont pas suffisamment fait l'objet de processus de concertation interne. En outre, le fait que les unités de l'OFSP collaborent plus souvent

9 Décisions du Conseil fédéral du 3 novembre 2004 visant à renforcer au Conseil fédéral et dans l'administration fédérale l'évaluation de leur efficacité (complétées par les recommandations de la Conférence des secrétaires généraux [CSG] du 19 décembre 2005 sur des normes de qualité. Aperçu consolidé des décisions. Recommandations sur le calendrier d'exécution).

10 Vision OFSP, janvier 2004. Document interne de l'Office fédéral de la santé publique, 2004.

11 Office fédéral de la santé publique, lignes directrices de l'organisation, de la conduite et de la collaboration au sein de l'OFSP, Berne 1999.

12 Ibid. p. 36.

avec les réseaux associatifs qu'à l'interne ou qu'avec les services cantonaux, conduit à la création de doublons au sein de l'administration fédérale elle-même ainsi qu'avec les activités cantonales.

L'exemple du domaine des dépendances

Une série de rapports ont évalué les programmes de prévention dans les trois domaines que sont les drogues illégales, l'alcool et le tabac. Dans l'un de ces rapports réalisé sur mandat de l'OFSP, l'auteur¹³, Markus Spinatsch, estime que les programmes de prévention sont fragmentaires, incohérents et pas assez efficaces. Les objectifs et les mesures des différents programmes ne seraient pas suffisamment harmonisés et se contrediraient même partiellement entre eux alors que les spécialistes réclament depuis longtemps une politique fédérale des dépendances globale et intégrée¹⁴, de manière à favoriser la collaboration interne au sein de l'administration fédérale. Un autre rapport recommande également d'intégrer les différents programmes de prévention des stupéfiants, de l'alcool et du tabac pour en augmenter la cohérence¹⁵. Le rapport de la Commission fédérale pour les questions liées aux drogues (CFLD) « psychoaktiv.ch » publié en 2005 va dans la même direction¹⁶. Il propose d'élargir la politique en matière de drogues pour en faire une véritable politique globale des substances psycho-actives, y compris les substances légales comme l'alcool, le tabac et les médicaments.

Les outils de l'OFSP favorables à la collaboration interdépartementale

Jusqu'ici, l'OFSP concrétise son vœu de coordination entre les différents acteurs du domaine de la santé en terme d'échanges structurés d'informations. Citons à titre d'exemples les plateformes permanentes de l'OFSP, les organes interdépartementaux de coordination et les organisations de projets.

Plateformes permanentes de l'OFSP

L'OFSP dénombre 18 plateformes permanentes au sein

desquelles il procède à des échanges et à la coordination avec 22 offices fédéraux et instituts proches de la Confédération (voir l'encadré: «22 institutions partenaires de l'OFSP»).

Sur les 18 plateformes permanentes, 11 se situent au niveau de la direction. La fréquence des rencontres varie de 2 fois par mois à 1 fois par an. L'OFSP entretient des contacts particulièrement étroits avec l'Office vétérinaire fédéral, l'Institut des produits thérapeutiques Swissmedic, la Direction du développement et de la coopération et le secrétariat d'Etat à l'économie (voir tableau 9: «Plateformes permanentes de l'OFSP au sein de l'administration fédérale»). Les sujets abordés portent principalement sur les stupéfiants, les denrées alimentaires, la «vache folle» (ESB), la politique des étrangers, la politique internatio-

22 institutions partenaires de l'OFSP

(par ordre alphabétique)

- Agroscope-ALP, Station fédérale de recherche en production animale et économie laitière
- Caisse nationale suisse d'assurance (CNA)
- Commission fédérale des étrangers (CFE)
- Direction du développement et de la coopération (DDC)
- Direction générale des douanes (DGD)
- Direction politique III du DFAE (organisations internationales)
- Institut fédéral de la propriété intellectuelle (IFPI)
- Office fédéral de l'agriculture (OFAG)
- Office fédéral des assurances sociales (OFAS)
- Office fédéral de la culture (OFC)
- Office fédéral du développement territorial (ARE)
- Office fédéral de l'environnement (OFEV)
- Office fédéral de la justice (OFJ)
- Office fédéral des migrations (ODM)
- Office fédéral de la police (OFP)
- Office fédéral du sport (OFSP)
- Office fédéral de la statistique (OFS)
- Office vétérinaire fédéral (OVF)
- Régie fédérale des alcools (RFA)
- Secrétariat d'Etat à l'économie (seco)
- Secrétariat d'Etat à l'éducation et à la recherche (SER)
- Institut suisse des produits thérapeutiques (Swiss-med)

13 Office fédéral de la santé publique (éd.): Une nouvelle politique en matière de dépendances pour la Suisse? Bases et prémisses pour une politique fédérale plus intégrée en matière de dépendances, Markus SPINATSCH, Berne 2004.

14 Ibid. Rapport sur la journée d'étude du 21 janvier 2004.

15 Zobel et al.: «Evaluation globale du programme de mesures de santé publique de la Confédération en vue de réduire les problèmes de drogue» (MaPaDro).

16 Commission fédérale pour les questions liées aux drogues (CFLD): psychoaktiv.ch. Berne 2005.

Tableau 9: Plateformes permanentes de l'OFSP au sein de l'administration fédérale

Nom/thème de la plateforme	Offices fédéraux impliqués	Périodicité des rencontres
Sûreté alimentaire : organe de coordination	OFSP, OVF, OFAG, Agroscope-ALP (direction)	4x par an
Sûreté alimentaire	OFSP, OVF (direction)	1-2x par mois
Environnement et santé : Groupe de contact	OFSP, OFEV (direction)	2x par an
Alcool	OFSP, RFA	2x par an
Cannabis : groupe de travail interdépartemental	OFSP, RFA, fedpol, DGD, OFJ, OFAG	2-5x par an
Stupéfiants : groupe de travail	OFSP, Swissmedic	5-8x par an
Migration : groupe de planification inter-offices	OFSP, OFS, ODM, CFE	3x par an
Recherche et formation	OFSP, SER, OFFT	2x par an
Contrôle des médicaments	OFSP, Swissmedic (direction)	4-6x par an
Politique internationale de la santé : organe directeur	OFSP, DDC, seco, Mission de Genève (direction)	au moins 1x par an
Relations Suisse/OMS : groupe de travail interdépartemental	OFSP, DDC, seco, IFPI, Dir. pol. III	au moins 2x par an
Technologies de l'information : séance de coordination	OFSP, OVF, Agroscope-ALP (direction)	2-4x par an (direction)
Données sur la santé	OFSP, OFS (direction)	2x par an
Assurance accidents	OFSP, CNA (direction)	3x par an
Comité interdépartemental Rio : Plénum : 29 services fédéraux	OFSP, seco, DDC, OFEV, ARE (direction)	2x par an bureau 2x par an plénum
Sport et santé	OFSP, OFSPO	1x par an
« vache folle » : plateforme	OFSP, OVF, Swissmedic, OFAG, unité ESB (direction)	4x par an
Directoire de la Confédération pour la politique nationale de la santé	OFSP, OFS (direction)	3x par an
Santé et environnement : réseau interne de l'administration fédérale	ARE, OFROU, OFSP, OFSPO, OFEN, OFEV, OFL	

nale de la santé, les relations de la Suisse avec l'OMS et le développement durable. Le groupe de travail sur les stupéfiants siège plus souvent que les autres. Les activités de ces plateformes permanentes et les résultats de ces échanges réguliers d'informations ne sont pas documentés.

En préparation

Les objectifs 2006 de l'OFSP prévoient l'établissement d'un nouveau dialogue bilatéral avec l'Office fédéral de la formation et de la technologie (OFFT) de manière à « dégager une vision commune de la formation pour les professions non universitaires de la santé qui tiennent compte des exigences de la politique de santé. »

Groupes de travail interdépartementaux

Une liste interne de l'année 1999¹⁷ contenant les noms des organes interdépartementaux et des organisations de projets permet de voir à quels projets l'OFSP participe, en

plus des plateformes mentionnées ci-dessus. Cette liste n'a plus été actualisée depuis 2000. C'est pourquoi l'énumération qui suit ne prétend pas être exhaustive. Il n'existe pas d'autres listes et toute recherche supplémentaire en la matière se révèle particulièrement difficile.

En principe, le Conseil fédéral crée des organes interdépartementaux ou des organisations de projets (selon les articles 55 et 56 de la loi du 21 mars 1997 sur l'organisation du Gouvernement et de l'administration) lorsqu'il s'agit de travailler sur des thématiques sensibles ou faisant l'objet de l'actualité politique. Les groupes de travail interdépartementaux développent des stratégies ciblées en fonction de la matière, préparent des programmes de recherche ou

¹⁷ La liste des groupes de travail interdépartementaux et des organisations de projets établie en 1999 par le service de contrôle administratif du Conseil fédéral (CCF) dans le cadre des réformes du gouvernement et de l'administration se trouve dans les pages Internet de la Chancellerie fédérale.

Tableau 10: Administration fédérale: groupes de travail interdépartementaux dans le secteur de la santé

Etat-major de prospective de l'administration fédérale
ARAMIS, banque de données pour la recherche
Groupe de l'administration d'accompagnement du CERN (recherches nucléaires)
Groupe de travail interdépartemental «relations Suisse-OMC»
Comité national Pékin
Groupe de travail interdépartemental «Suivi de la 4 ^e conférence mondiale sur les femmes»
Groupe de travail interdépartemental «migration»
OIR-CODRA (protection de la population)
Groupe de pilotage formation-recherche-technologie
Groupe de travail interdépartemental génie génétique
Comité interdépartemental («IDA-Rio/Cirio»)
Comité Interdépartemental de consultation – FAO (Organisation des Nations Unies pour l'alimentation et l'agriculture, CIC-FAO)
Groupe de travail de la Confédération pour la gestion des déchets nucléaires (AGNEB)
Groupe de travail «effets endocrines»

accompagnent la mise en œuvre d'un programme. Certains organes ou organisations de projet sont permanents, la plupart ont un mandat limité dans le temps et sont dissous à la fin de leurs travaux. Les deux groupes de travail internes à l'administration «Perspectives de financement des assurances sociales» («IDA FiSo I et II») constituent un exemple de mandat limité dans le temps. En 1996 et 1997, ces deux groupes de travail ont fait le calcul des besoins futurs de recettes supplémentaires pour les assurances sociales, travail qui a débouché sur la publication de deux rapports. Il en va de même du groupe de travail interdépartemental «Programme de recherche sur l'avenir à long terme de la prévoyance vieillesse» («IDA ForAlt»: DFI, DFF, DFE, 2000-2003), qui, à la fin de ses travaux en 2003, a publié un rapport de synthèse à ce sujet. Pour terminer, voici une brève description de quelques organes interdépartementaux et organisations de projets actuels.

Comité interdépartemental pour le développement durable (CIDD)

Lors de la Conférence des Nations Unies sur l'environnement et le développement de Rio de Janeiro en 1992, la Suisse et 178 autres Etats se sont engagés à définir et à mettre en œuvre une politique du développement durable

aux niveaux tant national qu'international. Pour donner suite à cet engagement, le Conseil fédéral a constitué le Comité interdépartemental de Rio (Ci-Rio), dont la dénomination a été changée en «Comité interdépartemental pour le développement durable (CIDD)» en octobre 2004. Le CIDD est un exemple réussi d'une collaboration interne particulièrement large au sein de l'administration fédérale. Depuis 1997, ce comité réunit 29 offices fédéraux et leur direction afin de mettre en œuvre les mesures décidées par le Conseil fédéral dans sa stratégie de développement durable. Il vaut la peine de s'arrêter brièvement sur cet exemple de réseau interne à l'administration fédérale dont les effets sont prometteurs. Le noyau dur de ce comité (offices-clés) se compose comme suit: l'Office fédéral de l'environnement (OFEV), le secrétariat d'Etat à l'économie (seco), la Direction du développement et de la coopération (DDC) et l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), qui tour à tour en assument la présidence annuelle. L'Office fédéral du développement territorial (ARE) assume la fonction d'organe de coordination et de soutien. Ces offices sont responsables du contrôle de l'efficacité de toutes les mesures et donnent chaque année des informations sur la situation des activités. L'ARE assume le controlling et rédige, à partir des informations fournies par les offices, un rapport annuel comprenant le résumé des résultats. Le Plan d'action environnement et santé (PAES), élaboré dans le cadre de la stratégie du Conseil fédéral pour le développement durable, a donné lieu à un autre réseau au niveau administratif dont font notamment partie des collaborateurs spécialisés issus des offices-clés du «développement durable» (ARE, OFSP, OFEV, DDC, seco) et d'autres spécialistes de l'Office fédéral des routes (OFROU), de l'Office fédéral du sport (OFSPo), de l'Office fédéral de l'énergie (OFEN) et de l'Office fédéral de l'agriculture (OFAG).

C'est dans le contexte du Plan d'action environnement et santé (PAES) et en collaboration avec les deux offices fédéraux de l'OFEV et de l'ARE, ainsi qu'avec l'Observatoire suisse de la santé (Obsan), la Conférence suisse des directrices et des directeurs cantonaux de la santé (CDS) et Promotion Santé Suisse, que l'OFSP a élaboré ses «Lignes directrices pour une politique multisectorielle de la santé».¹⁸ Il reste toutefois à ancrer et à concrétiser ces lignes directrices au sein de l'administration fédérale. Des me-

¹⁸ Office fédéral de la santé publique: Lignes directrices pour une politique multisectorielle de la santé, avril 2005.

sures d'économie résultant du « programme d'allègement budgétaire » de la Confédération mettent pour l'instant en péril la pérennité de la stratégie de développement durable en voie de consolidation.

Conférence de coordination de la prévention

Réunie pour la première fois en 2001 sous l'égide de l'OFAS, la Conférence de coordination de la prévention englobe toutes les institutions qui doivent exercer un mandat de prévention sur la base de la législation fédérale. Compte tenu des chevauchements entre les domaines de compétence des institutions concernées, l'objectif de cette plateforme de coordination était d'éviter des doublons lors de la planification des mesures de prévention. Voici les organisations qui y participent :

- le Bureau de prévention des accidents (bpa)
- la Caisse nationale suisse d'assurance (SUVA)
- l'Association suisse d'Assurances (ASA)
- la fondation Promotion Santé Suisse
- le Secrétariat d'Etat à l'économie (seco)
- la Commission fédérale de coordination pour la sécurité au travail (CFST)
- l'Inspection fédérale et les inspections cantonales du travail
- l'Office fédéral de la santé publique (OFSP)

Programme de prévention national contre l'alcoolisme 1999-2003

Jusqu'en 1987, la thématique de l'alcool relevait de la Régie fédérale des alcools (RFA), puis dès 1988, de l'OFSP. La première campagne nationale de prévention de l'alcoolisme démarra en 1999 (« Ça débouche sur quoi? », « Alles im Griff? »). Trois partenaires ont mené ce programme de prévention comprenant six projets partiels : l'OFSP, la RFA et l'Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies (ISPA). Cette décision des trois partenaires de faire démarrer ensemble un programme de prévention de l'alcoolisme a marqué un premier pas en direction d'une politique commune de l'alcool. Ce groupe de promoteurs aura permis d'utiliser au mieux les savoirs, les responsabilités et les ressources à disposition.

Migration et santé

La stratégie « Migration et santé 2002-2006 » dont la mise en œuvre a commencé en 2004 est le résultat d'une coordination inter-offices, réunissant l'OFSP, l'Office fédéral des réfugiés et l'Office fédéral des étrangers (réunis

aujourd'hui dans l'Office fédéral des migrations) ainsi que la Commission fédérale des étrangers. Le contenu de cette stratégie repose sur une large consultation d'experts et d'organisations spécialisées. La stratégie a été élaborée en référence aux objectifs de l'OMS « Santé pour tous en l'an 2000 » et en application d'une Ordonnance relative à l'intégration des étrangers du 13 septembre 2000. Le Conseil fédéral a approuvé la stratégie « Migration et santé » en juillet 2002.

Projets législatifs

La procédure de rédaction et de révision de lois a toujours été organisée au sein de l'administration fédérale dans le cadre d'une concertation inter-offices. C'est ainsi qu'en 2005, l'OFS, l'OVF et l'OFAG ont préparé, dans le cadre d'un processus commun, la révision de la loi sur les denrées alimentaires pour adapter cette législation au droit européen.

C'est aussi dans le cadre d'un projet interdépartemental que fut élaboré le paquet des ordonnances d'application du nouveau droit sur les produits chimiques, de manière à amener sous un même toit la protection de l'environnement et celle de la santé. Ce projet a commencé par réunir l'OFSP, l'Office fédéral de l'environnement (OFEV) et le Secrétariat d'Etat à l'économie (seco). La nouvelle législation sur les produits chimiques est en vigueur depuis le 1^{er} août 2005.

En discussion

Le DFI a institué en novembre 2005 une commission d'experts comprenant également des représentants des cantons. Cette commission a le mandat d'élaborer jusqu'en juin 2006 un document « Visions et thèses pour une nouvelle réglementation de la prévention et de la promotion de la santé en Suisse ». Le Conseil fédéral pourra alors envisager une nouvelle réglementation fédérale de la prévention et de la promotion de la santé (voir le chapitre 6.3: Collaboration entre la Confédération et les cantons: promotion de la santé et prévention).

ARAMIS

Le système d'information ARAMIS est une banque de données qui donne des renseignements sur les projets de recherche de l'administration fédérale. Elle fournit des données scientifiques, financières, organisationnelles et personnelles sur les travaux de recherches et de développement (R-D) financés ou réalisés par la Confédération et

visé ainsi à améliorer la coordination et la transparence. Toutes les institutions soumises à la législation sur la recherche doivent faire enregistrer leurs données dans cette base de données (une cinquantaine d'unités administratives).

Groupe de coordination Société de l'information (GCSI)
> www.infosociety.ch

Le Conseil fédéral a chargé en 1998 le GCSI de coordonner et d'accompagner les activités des départements et des offices fédéraux dans le domaine des technologies de l'information et de la communication (TIC) et d'encourager les échanges d'informations entre les administrations publiques à tous les niveaux. Le comité de pilotage conduit par l'Office fédéral de la communication (OFCOM) est composé de plus de 30 services fédéraux, dont l'OFSP qui s'occupe du thème e-health. Actuellement, le Conseil fédéral est en train de réviser sa stratégie de 1998 pour une société de l'information en Suisse. Il accordera dès 2006 la priorité à l'administration en ligne (cyberadministration) et à l'utilisation des technologies de l'information et de la communication dans le domaine de la santé (cybersanté). Le Conseil fédéral souhaite une plus grande efficacité dans le domaine de la santé grâce à l'utilisation des TIC. Un projet national comprenant plusieurs mesures d'application doit être élaboré en intégrant la carte d'assuré et de santé.

Autres projets de la collaboration interdépartementale de l'OFSP

- Le programme «LaOla, prévention dans les clubs sportifs» – OFSP/OFSPPO/Swiss Olympic
- Le projet «cool and clean» – OFSP/OFSPPO/Swiss Olympic
- FocalPointCH – santé et sécurité au travail: seco/Suva/OFSP/OFS.

4.4 Potentiel pour une politique nationale de santé

Pour plusieurs raisons, les mesures que la Confédération peut prendre en matière de planification et de régulation de la politique de santé au niveau national sont restreintes:

- Le principe de subsidiarité limite le champ d'intervention de la Confédération à quelques secteurs de la santé seulement. Ceci rend plus difficile non seulement une

vision d'ensemble du système suisse de santé, au présent et dans l'avenir, mais aussi la conduite qu'il faudrait pouvoir assumer en la matière.

- Le marché de la santé représente un segment de l'économie en forte croissance qui procure un nombre d'emplois important au plan économique et qui est bien représenté dans les processus politiques par de nombreux acteurs privés. Vouloir réglementer ce marché par des mesures étatiques pourrait signifier la suppression d'emplois dans les secteurs des traitements, des soins, de la recherche et de la production de moyens auxiliaires.
- Du côté de la Confédération, on ne voit pas le besoin impératif qu'il y aurait à intervenir dans le secteur de la santé, compte tenu de la qualité élevée des prestations médicales et de la satisfaction de la population à ce propos. Seuls les coûts élevés du système en comparaison internationale et de nouveaux thèmes comme le vieillissement démographique ou l'augmentation des maladies chroniques non transmissibles justifient des mesures de rationalisation et de planification étatique. Mais en matière de prévention ou de promotion de la santé tout comme dans les secteurs coûteux que sont les soins hospitaliers et la médecine de pointe, les cantons sont souverains.

La marge de manœuvre de la Confédération est donc étroite. Il n'empêche que, ces dernières années, le Conseil fédéral et ses services fédéraux ont instauré des processus, mis en place des structures et lancé des projets qui sont apparus comme de nouveaux pas vers une plus grande coordination nationale.

Intégration des services au sein de l'administration fédérale

De nombreux services fédéraux se partagent les thèmes pertinents pour une politique suisse de la santé. Cela complique d'une part la coordination et la collaboration internes de l'administration fédérale, mais aussi la collaboration avec des partenaires extérieurs. Pour certaines thématiques, il n'est pas toujours aisé pour la Confédération de saisir l'ensemble des stratégies cantonales étant donné les 26 cantons souverains en présence; de même, il est tout aussi difficile pour les cantons de percevoir une position unitaire de la Confédération dans les différents domaines de la santé publique (voir annexe: thèmes de santé et services compétents au niveau fédéral).

Sur le plan interne à la Confédération, il en va de la question des rapports entre le Gouvernement et l'administration. Dans quelle mesure l'administration fédérale doit-elle se limiter à des tâches d'exécution ? Comment traiter des nouveaux thèmes de santé publique lorsque les bases légales ne sont pas encore élaborées ? Quelle peut être la part des acteurs de l'administration dans la formulation des objectifs et des programmes ? Les exemples dans le secteur des soins (voir ci-dessus) montrent que l'administration est devenue un acteur qui initie lui-même des processus politiques, qui les accompagne, les conduit, qui participe activement à les mettre sur pied et à prendre les décisions y relatives, ceci grâce à ses savoirs spécialisés, à ses intérêts spécifiques et à ses capacités de coordination.

En raison du développement marqué des prestations de l'Etat, accompagné en parallèle par la diminution des moyens financiers et en personnel, les offices et services fédéraux subissent une pression croissante les incitant soit à fusionner leurs activités, soit à se restreindre à l'exécution stricte de leur mandat.

Les efforts des années 1990 vers la Nouvelle Gestion Publique pour renforcer les capacités de conduite de l'administration par le biais de la réforme de l'Etat, ont débouché, dans le secteur de la santé, sur une concentration des tâches qui se présente comme suit :

- **Vieillesse et santé** : le regroupement au 1^{er} janvier 2005 des thèmes de l'enfance, de la jeunesse, de la famille et de la vieillesse, au sein de l'Office fédéral des assurances sociales qui jusqu'ici étaient dispersés dans plusieurs offices fédéraux, devrait améliorer la coordination interne dans l'administration, les processus administratifs et les contacts avec l'extérieur, notamment avec les cantons et les organisations non gouvernementales.
- **Formation de base et formation permanente dans le secteur de la santé** : dans la mouvance des réformes du Gouvernement et de l'administration fédérale, les tâches des domaines de la formation, de la recherche et de la technologie, qui jusqu'ici se répartissaient sur quatre départements fédéraux, ont été concentrées sur deux seulement : le Département fédéral de l'intérieur (DFI) et le Département fédéral de l'économie (DFE). On trouve maintenant au DFI, le Secrétariat d'Etat à l'éducation et à la recherche (SER) qui regroupe depuis 2004 l'ancien Groupement pour la science et la

recherche et l'ancien Office fédéral pour l'éducation et la science (OFES). Au DFE se trouve l'Office fédéral de la formation professionnelle et de la technologie (OFFT). Ce sont maintenant surtout les cantons et la Conférence universitaire suisse (CUS) qui préconisent de rassembler dans un même département tous les secteurs de la formation.

- **Denrées alimentaires** : l'Agroscope de Liebefeld-Posieux (ALP) a vu le jour en 2004 de la fusion des Instituts fédéraux de recherche en production animale de Posieux (RAP) et en production laitière de Liebefeld (FAM). Les cinq instituts fédéraux de recherche agricole dépendent du Département fédéral de l'agriculture. La question reste ouverte quant à une éventuelle fusion en un seul Office fédéral des denrées alimentaires, de l'Office fédéral de l'agriculture (OFAG), de l'Office vétérinaire fédéral (OVF), de l'Office fédéral pour l'approvisionnement économique du pays et de la Division des denrées alimentaires de l'OFSP. En outre, le Conseil fédéral a chargé en 2005 le Département fédéral de l'intérieur (DFI) et le Département fédéral de l'économie (DFE) d'examiner les conséquences d'une fusion des offices (ou de secteurs particuliers) responsables de la formation. La formation des métiers de la santé fait partie des domaines qui doivent être examinés.

Les Instituts fédéraux de recherche agricole et l'Office fédéral du sport sont des unités administratives qui sont devenues des institutions GMEB (c'est-à-dire gérées selon un mandat de prestations et recevant une enveloppe budgétaire). L'Institut suisse des produits thérapeutiques est devenu juridiquement indépendant sous le nom de Swissmedic. Dans la mouvance des réformes de l'administration fédérale de 2005/2007, la Confédération veut examiner une nouvelle fois la question s'il est opportun de faire de Swissmedic une institution GMEB.

Changement de paradigme en politique de santé

Dans ses objectifs pour la législature 2004-2007, en écrivant sous l'objectif 5 « Aménager les assurances sociales pour l'avenir, évaluer le système de santé de manière approfondie, stabiliser l'assurance invalidité », le Conseil fédéral signale qu'il mène des réflexions stratégiques fondamentales au sujet de notre système de santé. Il aborde d'ailleurs concrètement la question d'une nouvelle réglementation de la prévention et de la promotion de la santé. C'est pourquoi il a mis sur pied une commission spécialisée

«prévention et promotion de la santé». Elle est composée de représentantes et de représentants de l'administration fédérale, des cantons, des assureurs-maladie et accidents, des acteurs de la prévention, et aussi d'un certain nombre d'expertes et d'experts. Cette commission devrait livrer d'ici mi-2006 des premières propositions consignées dans un rapport «Prévention et promotion de la santé». La commission organise ses discussions à partir du document de l'OFSP intitulé «Visions et thèses pour une nouvelle réglementation de la prévention et de la promotion de la santé en Suisse».

Comme les activités dans le champ de la santé sont éparpillées dans toute l'administration fédérale, la discussion porte également sur le changement de paradigme: l'approche multisectorielle de la politique de la santé. L'OFSP a apporté une contribution précieuse avec ses «Lignes directrices pour une politique multisectorielle de la santé»¹⁹, dont la mise en œuvre reste cependant encore ouverte.

Les thèmes multisectoriels comme le développement durable, le vieillissement et la santé ou la santé psychique représentent une opportunité pour une collaboration plus intensive entre les services fédéraux: en effet ces thèmes, pour être traités avec succès, ne peuvent être attribués exclusivement à un seul office, mais doivent faire l'objet d'une approche interdisciplinaire.

Aspirations de l'OFSP en matière de conduite au plan national

La Confédération souhaiterait pouvoir mieux assumer son rôle de pilotage de la politique de santé en la coordonnant davantage au sein de l'administration fédérale et au plan suisse. Cette aspiration transparait nettement dans la Vision-OFSP 2004: «L'OFSP a une responsabilité d'envergure nationale dans les domaines de la politique sanitaire en Suisse et de l'organisation de la santé publique.»²⁰ Pour étayer cette aspiration de leadership, l'OFSP réunit deux prérequis: un important savoir spécialisé et une longue expérience en matière de développement de stratégies à l'échelle du pays. De plus, des développements récents semblent justifier cette aspiration de l'OFSP à conduire la politique nationale de la santé:

1. **La Politique nationale suisse de santé:** selon son directeur, l'OFSP, en tant qu'office principalement responsa-

ble du domaine de la santé, doit assumer durablement et de manière active les tâches d'élaboration, de mise en réseau et de mise en œuvre en la matière.²¹ C'est dans cette optique que l'OFSP conduit depuis 2004 le Secrétariat exécutif de la Confédération pour la politique nationale de la santé. Deux Directoires, l'un fédéral, l'autre cantonal (voir à ce propos, les chapitres 5 ci-après, 5.4.1 et 6, 6.4.1.), ont le mandat de préparer le Dialogue entre cantons et Confédération et d'élaborer au besoin des stratégies nationales coordonnées en matière de santé. Font actuellement partie du Directoire fédéral: le directeur de l'OFSP, la directrice de l'OFS et une personne occupant une position cadre dans la Direction de l'assurance-maladie et accidents (aussi OFSP).

2. **La réorganisation de l'OFSP:** au 1^{er} janvier 2004, le secteur de l'assurance-maladie et accidents (AMA) a été transféré de l'OFAS à l'OFSP. Ce changement visait à réunir au sein d'un seul office les savoirs et les compétences dans le domaine de la santé. Le chef du Département fédéral de l'intérieur espère que sur le moyen terme cette fusion apportera une meilleure vue d'ensemble de la politique de la santé (promotion de la santé, prévention, protection de la santé et soins), une plus grande cohérence des mesures de la Confédération concernant le système de santé, de même qu'une connaissance et un contrôle plus précis des facteurs qui influencent la politique de la santé. La Direction de la politique de la santé issue de la dernière réorganisation de l'OFSP est l'indice d'une prise de conscience plus forte de l'importance du pilotage fédéral en matière de politique de santé. Ce transfert a impliqué un renouvellement de la stratégie globale de l'OFSP ainsi que de ses domaines d'activité. La nouvelle stratégie sera prête à la fin de 2006.

3. **Des processus législatifs orientés vers l'avenir:** l'OFSP tente de consolider son aspiration à conduire la politique de santé à la faveur des révisions législatives qui se présentent: recherche sur l'être humain, recherche sur les cellules souches, prévention et promotion de la santé, professions médicales, professions de la psychologie (voir le portrait de la Confédération dans le volume 2 de même que la partie 1 de ce volume «Cadre de référence de la politique suisse de la santé»).

19 Office fédéral de la santé publique: Lignes directrices pour une politique multisectorielle de la santé, avril 2005.

20 Vision-OFSP, janvier 2004. Document interne de l'Office fédéral de la santé publique, 2004.

21 Présentation par Thomas Zeltner de la nouvelle unité à créer au sein de l'Office, la Direction de la politique de la santé, 15.3.2004.

Annexe

Thèmes de santé et services compétents au niveau fédéral (sans les Commissions fédérales) (sélection)

1. Accidents (non professionnels), prévention	Bureau de prévention des accidents (bpa), OFROU
2. Alcool, sécurité routière	OFROU, OFSP, OFCOM, OFSPO, OFAG, RFA, DGD, Administration fédérale des douanes
3. Alimentation	OFSP, OVF, OFAG
4. Assurance contre la maladie, l'invalidité et les accidents	OFSP, OFAS, CNA, Office fédéral des assurances privées
5. Denrées alimentaires, eau potable, contrôle des viandes / épizooties	OFSP, OVF, Office fédéral des eaux et de la géologie (OFEG), Administration fédérale des douanes, OFAG
6. Développement durable	29 offices fédéraux dont OFSP, OFEV, ARE, DDC
7. Droit des patients	OFSP, OFJ
8. « e-health »	OFSP, OFCOM
9. Environnement et santé	OFSP, OFEV, ARE
10. Epidémies et maladies transmissibles	OFSP
11. Formation et santé	OFSP (professions médicales universitaires) ; OFFT (professions de la santé du degré secondaire II et niveau HES) ; Secrétariat d'Etat à l'éducation et à la recherche – SER (politique des hautes écoles universitaires, recherche scientifique)
12. « Gender health »	OFSP, Bureau fédéral de l'égalité entre femmes et hommes
13. Gestion de crises	OFSP
14. Protection en cas de catastrophes : Sécurité des installations nucléaires	OFSP, Service sanitaire coordonné (SSC), Office fédéral pour la protection de la population (OFPP), OFEN
15. HIV/sida	OFSP
16. Invalidité	OFAS, Bureau fédéral de l'égalité pour les personnes handicapées
17. Maladies chroniques non transmissibles	OFSP, OFSPO, seco
18. Médecine biologique	OFSP
19. Médecine de transplantation	OFSP
20. Médicaments	Swissmedic
21. Migration et santé ; Contrôle sanitaire aux frontières	OFSP, OFJ, ODM
22. OGM	OFSP, OFEV
23. Politique extérieure de la santé	OFSP, DDC, DFAE (Dir. pol. III)
24. Prévention	OFSP, RFA, OFSPO, ODM
25. Produits chimiques	OFSP, OFEV
26. Promotion de la santé	OFSP, OFSPO, seco
27. Protection contre les rayonnements	OFSP
28. Recherche	SER, FNRS, OFSP, OFAS, EPF
29. Santé psychique	OFSP, seco, OFAS
30. Sécurité biologique / terrorisme biologique	OFEN, OFEV, ARE, OFSP, DDPS (protection ABC)
31. Sport, mouvement	OFSPO, OFSP
32. Statistiques de santé	OFS, OFSP, OFAS, OFSPO, fedpol (statistique suisse des stupéfiants)
33. Stupéfiants (drogues légales et illégales)	OFSP, OFAS, fedpol, Swissmedic
34. Tabac ; droits de douane sur les tabacs	OFSP, OFSPO, seco, Administration fédérale des douanes, OFAG
35. Travail et santé, prévention des accidents et des maladies professionnels, promotion de la santé dans l'entreprise	seco, OFSP, OFAS, SUVA, OFEV
36. Vaccinations	OFSP

Source: OFSP, Section « Stratégies et politique de santé suisse ».

Chapitre 5

Etat de la collaboration entre les cantons

5.1 Situation de départ

Le « cantonalisme » est souvent critiqué et présenté comme une faiblesse du système fédéraliste suisse. Effectivement, en comparaison européenne, la petite Suisse peut se permettre un système de santé à 26 politiques cantonales différentes. A vol d'oiseau, le système de santé suisse se présente comme une construction complexe, fortement décentralisée, voire éclatée.

Un tel système décentralisé est-il capable de produire des prestations de soins de haute qualité? Comment les cantons eux-mêmes ont-ils réussi à dépasser les limites du fédéralisme et la petitesse de leur territoire? Comment une politique nationale suisse de la santé²², qui comprendrait des stratégies et des projets communs à la Confédération et à l'ensemble des cantons, pourrait-elle se développer dans un tel contexte? Comment préserver la pluralité, la richesse et la force d'innovation des structures et des pratiques cantonales et régionales, malgré le besoin impératif d'harmonisation et d'unité à l'échelon national? Finalement, le fédéralisme, la diversité des approches cantonales et le pilotage décentralisé de la politique de santé ne sont-ils justement pas le gage de la qualité indubitable de notre système de santé helvétique?

Pour répondre à ces questions, le chapitre 5 présente les structures de coopération intercantionales en politique de santé. Dans les paragraphes suivants, nous examinerons en particulier pourquoi et comment les gouvernements cantonaux collaborent et dans quels domaines particuliers de la santé les cantons mettent en œuvre des stratégies concertées. Nous décrivons ici trois formes courantes de la collaboration intercantonale :

- la collaboration réglée par conventions
- la collaboration institutionnalisée au niveau régional
- la collaboration institutionnalisée au niveau suisse.

La présentation de la collaboration institutionnalisée entre les cantons se concentre sur les conférences des directeurs cantonaux de la santé et sur les conférences des gouvernements cantonaux. Par contre nous renonçons à documenter les autres conférences spécialisées comme celles des finances, de l'économie ou de la formation, malgré le fait que, dans la perspective d'une politique multi-

sectorielle de la santé, certains thèmes importants de politique santé les concernent au premier chef. Le rôle des parlements cantonaux et le rôle des acteurs privés dans la définition d'une politique nationale de la santé n'ont pas non plus été considérés dans ce chapitre.²³

Finalement le chapitre 5 présente une série de projets intercantonaux qui ont été réalisés ces 25 dernières années. La collaboration intercantonale peut ainsi être abordée à la lumière d'exemples concrets.

La longue tradition de la collaboration intercantonale

Le droit des cantons à collaborer entre eux est inscrit dans la Constitution fédérale.²⁴ Avec l'acceptation par le peuple, en novembre 2004, de la réforme de la péréquation financière et de la répartition des tâches entre Confédération et cantons (RPT), ce droit a même été élargi pour devenir dans certains cas un devoir.²⁵

La collaboration intercantonale dans le domaine de la santé bénéficie d'une longue tradition puisque les cantons collaborent entre eux depuis plus de 100 ans, en particulier de manière bilatérale. Avec la création de la Conférence suisse des directrices et directeurs de santé (CDS) en 1919, la collaboration s'est étendue au niveau suisse et, depuis les années 1970, elle a aussi pris une dimension régionale. Afin d'optimiser la collaboration à tous ces niveaux, les cantons ont développé au fil du temps des organes de coopération correspondants. La coordination et la collaboration entre les cantons s'effectuent aussi bien à l'échelon de l'ensemble du gouvernement que des différents ministres compétents et de l'administration.

²³ Le dépistage du cancer du sein par mammographie et les interdictions liées à la fumée sont des thèmes de politique de santé d'envergure nationale qui sont actuellement traités par quelques parlements cantonaux. Concernant la prévention du cancer du sein, les cantons romands ont mis sur pied depuis quelques années, bien qu'en ordre dispersé, des programmes de dépistage. Lors de la session de février 2006, le Parlement du canton de St-Gall a accepté une motion concernant l'adoption d'un tel programme cantonal. S'agissant de la fumée passive, le Parlement tessinois a accepté en octobre 2005 l'interdiction de fumer dans les restaurants et les établissements publics, une modification de la loi que le peuple a approuvée en mars 2006. Le Parlement du canton des Grisons a adopté en février 2006 une motion demandant l'interdiction de la fumée dans les cafés et les lieux publics. Sur mandat du Parlement, le canton de Bâle-Campagne prépare une loi interdisant la publicité pour l'alcool et le tabac.

²⁴ Article 48 de la Constitution fédérale, alinéa 1: Les cantons peuvent conclure des conventions entre eux et créer des organisations et des institutions communes. Ils peuvent notamment réaliser ensemble des tâches d'intérêt régional.

²⁵ Voir chapitre 6: « Etat de la collaboration entre Confédération et cantons » qui énumère les compléments apportés à la Constitution fédérale par la réforme de la péréquation financière et de la répartition des tâches entre Confédération et cantons (RPT).

²² Définition de la politique nationale suisse de la santé: voir l'introduction générale de la publication.

Le tableau 11 «Systématique de la collaboration intercantonale» page 76 donne une vue d'ensemble de ces diverses formes institutionnelles de la collaboration. Par contre, la coopération ad hoc entre les cantons, qu'elle soit bi- ou multilatérale, est plus difficile à documenter, à l'exception des conventions bilatérales. La collaboration ad hoc entre les cantons est une forme fréquente de la collaboration intercantonale qui surgit généralement de manière spontanée et plutôt par hasard. Elle n'est pas visible dans ce schéma (voir l'encadré «Exemples de collaboration spontanée entre les cantons»).

Les différents organes de coopération et les nombreuses conventions intercantionales forment un réseau dense qui peut sembler quelque peu opaque pour les non initiés. Cependant cet instrumentarium diversifié de la coopération au niveau communal, cantonal, régional et suisse, permet de garantir à la population de chaque canton concerné une offre complète de prestations sanitaires de qualité dans les domaines de la promotion de la santé, de la prévention, de la prise en charge médicale, de la réadaptation et de la formation des professions médicales.²⁶ Grâce à la coopération intercantonale, la Suisse dispose d'un système de soins couvrant l'ensemble du territoire national, y compris dans ses régions les plus reculées.

En guise de pré-conclusion, on peut dire que les cantons ont fait bon usage des divers instruments de coopération à leur disposition pour dépasser 'le cantonalisme' et faire face à leurs besoins de coordination dans un espace politiquement décentralisé et géographiquement restreint.

5.2 Les déclencheurs de la coopération intercantonale

La collaboration est toujours d'actualité pour les cantons lorsque des tâches qu'ils reconnaissent être communes peuvent être fournies à moindres coûts, de manière plus efficace et sans perte de légitimité politique. Le fait que la coopération soit facultative est un facteur très important

²⁶ Exemples de prestations aux niveaux communal, cantonal, régional et suisse : aide et soins à domicile (communal) ; prise en soins hospitalière (cantonal) ; prestations de soins étendues par l'achat de prestations dans un autre canton (régional), hôpitaux intercantonaux (régional) ; accès et gestion des hautes écoles spécialisées et universités (régional et suisse) ; stratégies en promotion de la santé et prévention (cantonal et régional) ; offres de programmes de prévention comme prophylaxie de la carie dentaire, santé sexuelle (écoles communales) ou les services de consultation Sida (hôpitaux régionaux).

pour les cantons qui tiennent à ce que leur souveraineté et leur marge de manœuvre soient préservées. Plusieurs autres facteurs favorisent la coopération, parmi lesquels les sept déclencheurs²⁷ mis en évidence ci-dessous :

1. **L'intérêt vital à instaurer une coordination transfrontalière** : cela concerne en particulier le domaine de la protection de la santé, un domaine où la Confédération assume un rôle directeur. Ici, les médecins, pharmaciens, chimistes et vétérinaires cantonaux ont très tôt créé, pour leur propre secteur, des réseaux intercantonaux et coordonnent leurs activités avec la Confédération.²⁸
2. **La mise à disposition de prestations communes de haute qualité** : les cantons collaborent pour autant que la coordination soit plus avantageuse que de faire cavalier seul (économies d'échelle) : par exemple, l'achat et la vente de prestations dans le domaine des prestations médicales de pointe ou la construction d'hôpitaux intercantonaux, etc.
3. **La base culturelle commune** : les cantons de Suisse romande cultivent une collaboration régionale particulièrement étroite dans le cadre de la Conférence romande des affaires sanitaires et sociales (CRASS). Ils élaborent des stratégies communes afin de sauvegarder leurs intérêts régionaux.
4. **Le besoin d'uniformisation du droit ou de coordination à l'échelle nationale** : les cantons coordonnent leur action au niveau suisse lorsqu'il s'agit d'éviter un transfert de compétences à la Confédération. Ainsi la CDS a fait une telle tentative dans le domaine de la médecine de pointe.
5. **La mise en œuvre de lois fédérales** : la mise en œuvre de la loi sur l'assurance-maladie (LAMal) et de ses différentes modifications est un objet permanent de la collaboration intercantonale. Cela vaut également pour toutes les autres lois fédérales qui nécessitent des nouvelles mesures d'application cantonales (fédéralisme d'exécution).
6. **La défense commune des positions des cantons face à la Confédération** : plus les décisions au niveau fédéral interfèrent dans les politiques cantonales de la santé,

²⁷ La publication suivante a servi à établir une typologie de la collaboration : Dieter FREIBURGHAN, Vital ZEHNDER, Horizontale Kooperation zwischen den Kantonen und die «systematisch pragmatische Zusammenarbeit» in der Zentralschweiz, Working Paper de l'IDHEAP (Institut de hautes études en administration publique no 4, 2003, p. 5

²⁸ Voir paragraphe § 5.5 et chapitre 6 du présent rapport.

plus les cantons ressentent le besoin de défendre ensemble leurs intérêts face à la Confédération. Ainsi, la CDS représente les intérêts des cantons en ce qui concerne la révision de la LAMal. La Conférence des gouvernements cantonaux (CdC) s'est occupée, au nom des cantons, de la révision totale de la Constitution, des négociations autour de la réforme de la péréquation financière et également de la conception du programme de législation 2004-07 de la Confédération.

7. **L'obligation légale de collaborer**: ces dernières années, une nouvelle tendance est observable. De récentes lois fédérales confèrent à la Confédération le droit d'obliger les cantons à collaborer. La législation actuelle sur les hautes écoles spécialisées exige par exemple des cantons qu'ils créent 7 hautes écoles spécialisées ré-

gionales. Les développements internationaux, tels que la Réforme de Bologne dans le domaine de la formation (1999), renforcent également la pression sur les cantons afin qu'ils collaborent dans le domaine de l'éducation. L'article constitutionnel accepté en 2005 par votation populaire concernant la réforme de la péréquation financière et de la répartition des tâches entre Confédération et cantons (RPT) permet d'obliger les cantons à collaborer dans 9 domaines, dont les universités, les hautes écoles, la médecine de pointe et les cliniques spécialisées.

5.3 La collaboration intercantonale réglée par conventions

La collaboration intercantonale réglée par conventions est très fréquente²⁹ et permet de renforcer l'efficacité de la collaboration entre Etats confédérés. Selon l'article 48, paragraphe 1, de la Constitution fédérale, les cantons peuvent conclure des conventions entre eux et créer des organisations et des institutions communes. Les conventions intercantionales sont des contrats de droit public, ratifiées par deux ou plusieurs cantons sur n'importe quel objet appartenant à l'un ou l'autre de leurs domaines de compétence. La conclusion de tels contrats permet de résoudre des tâches collectives complexes à travers des mécanismes de coordination et de coopération au niveau bilatéral, régional ou suisse (fédéralisme coopératif).

Dans le domaine de la santé, les conventions intercantionales servent avant tout à l'achat de prestations médicales. Selon une étude de l'IDHEAP³⁰, entre 1848 et 2003, les cantons ont signé 733 conventions (ou concordats, accords administratifs intercantonaux, arrangements de droit public) dans des domaines relevant de leur compétence. Sont compris comme concordats, les conventions qui déploient des effets financiers importants ou qui fixent des règles de droit (c'est-à-dire qui déploient des effets directs non seulement pour les cantons signataires, mais aussi, comme le fait une loi, pour les personnes physiques et morales). En

Exemples de collaborations spontanées entre les cantons

Les cantons collaborent de manière spontanée, bi ou multilatéralement, pour profiter mutuellement des expériences faites par d'autres cantons précurseurs, pour concrétiser de nouvelles idées ou pour mettre en œuvre des projets communs. De nombreuses initiatives dans ce sens viennent de la Suisse latine. Ainsi, les cantons du Tessin, du Jura et de Genève mettent place actuellement un instrument d'étude d'impact sur la santé (health impact assessment). Les cantons du Tessin et de Genève procèdent à des échanges d'idées quant à la conception d'une carte de santé, ou plus exactement d'une carte de patient. Les cantons de Vaud et du Valais planifient la réalisation d'ici 2011 d'un centre hospitalier intercantonal offrant toute la palette des prestations, y compris celles de la médecine de pointe. Enfin, les cantons de Vaud et de Genève ont créé une organisation de projet (Association Vaud-Genève) visant à placer la recherche génétique et celle sur le cancer sous la responsabilité commune des deux hôpitaux universitaires, les HUG (GE) et le CHUV (VD). En Suisse alémanique, on signalera la collaboration naissante entre les cantons d'Argovie, de Berne, de Soleure et de Zurich en ce qui concerne la garantie de la qualité dans les hôpitaux de soins aigus (cf. paragraphe 5.5). Quant aux cantons de Zoug, Argovie, Zurich et Schaffhouse, ils ont collaboré en vue de mettre au point leur concept cadre en matière de prévention et de promotion de la santé.

²⁹ Voir à ce sujet: Ulrich HÄFELIN/Walter HALLER, Schweizerisches Bundesstaatsrecht, 5. Auflage, Zürich 2001, N 1254 bis 1305; Peter HÄNNY, Verträge zwischen den Kantonen und zwischen dem Bund und den Kantonen, in: Daniel THÜRER/Jean-François AUBERT/Jörg Paul MÜLLER (éd.), Verfassungsrecht der Schweiz/Droit constitutionnel suisse, Zurich 2001, paragraphe 48.

³⁰ Daniel BOCHSLER, Christophe KOLLER, Pascal SCIARINI, Sylvie TRAIMOND, Ivar TRIPPOLINI: Les cantons suisses sous la loupe – Autorités, employés publics, finances. Lausanne, 2005.

revanche, on parle d'accords administratifs lorsqu'il s'agit de réglementer des objets qui ne relèvent que des seules compétences du Conseil d'Etat. Les accords administratifs ou conventions intercantionales touchent les domaines de l'éducation, de la science et de la culture (25 %), les finances publiques et la fiscalité (20 %), les infrastructures, le trafic et l'environnement (16 %), l'économie et l'agriculture (15 %) ainsi que l'organisation de l'Etat et la sécurité publique (13 %). La lanterne rouge revient, selon l'étude de l'IDHEAP, à la santé et à la sécurité sociale (10 %).

Une centaine de conventions intercantionales dans le domaine de la santé

Aujourd'hui, il existe plus de 100 conventions intercantionales qui concernent le domaine de la santé.³¹ C'est en l'an 1900 déjà que les cantons ont ratifié la convention à l'origine de la création de l'Office intercantional de contrôle des médicaments. La banque de données « Collaboration intercantionale en Suisse centrale »³² mentionne par exemple 23 concordats et accords administratifs intercantonaux entre cantons de Suisse centrale dans le domaine de la prise en charge médicale et signale 36 accords entre Bâle-Ville et Bâle-Campagne³³. Ceux-ci touchent aux objets suivants : achat et vente de prestations stationnaires et ambulatoires, contrôle des médicaments, contrôle des denrées alimentaires, éducation à la santé, service sanitaire.

Normalement, les conventions dans le domaine de la santé ne peuvent pas fixer des règles de droit³⁴. Il y a cependant des exceptions : pour la mise en œuvre de la « Convention intercantionale sur la reconnaissance des diplômes de fin de formation » (1993), la Conférence des directeurs cantonaux de l'instruction publique (CDIP) et la Conférence des directrices et directeurs de la santé (CDS) disposent de telles compétences. En outre, les trois actes législatifs de la CDS – l'Ordonnance de la CDS sur la reconnaissance des diplômes étrangers de fin de formation en santé

(1997) et l'Ordonnance de la CDS sur la reconnaissance des diplômes cantonaux de fin de formation en santé (1999) ainsi que l'Ordonnance de la CDS sur la reconnaissance des diplômes cantonaux délivrés par les hautes écoles dans le domaine de la santé (2001) – sont juridiquement contraignants.

Les concordats intercantonaux peuvent être conclus entre deux, plusieurs ou tous les cantons. Sur les 733 concordats conclus par les cantons dans tous les domaines, 44 % sont des accords bilatéraux et 22 % regroupent au moins 20 cantons. Seules 11 conventions ont été signées par tous les cantons. Dans le domaine de la santé, les conventions bilatérales sont également les plus courantes. Malgré la longue tradition de la collaboration intercantionale, seules 2 conventions et 2 ordonnances de la CDS ont été approuvées par tous les cantons dans le domaine de la santé :

- Le concordat intercantional sur le contrôle des médicaments (1971). La tentative d'adapter le concordat au droit communautaire (Union européenne) a échoué en 1988 à cause de l'opposition des cantons de Zurich et d'Appenzell Rhodes-Extérieures. Les cantons ont ensuite chargé la Confédération d'élaborer une loi fédérale sur le contrôle des médicaments et des dispositifs médicaux (2000). Comme l'a dit un représentant des cantons, « une perle de la collaboration intercantionale a ainsi passé des mains des cantons dans le domaine de compétence de la Confédération ».
- L'accord administratif sur le soutien de la centrale contre la rage à l'Université de Berne (1991).
- L'ordonnance de la CDS sur la reconnaissance des diplômes cantonaux de fin de formation en santé (1999).
- L'ordonnance de la CDS sur la reconnaissance des diplômes cantonaux délivrés par les hautes écoles supérieures dans le domaine de la santé (2001).

Dans le domaine de la formation, le bilan des conventions ratifiées par l'ensemble des cantons est meilleur, mais la formation des professions de la santé n'y figure pas comme thème explicite.

La nouvelle réforme de la péréquation financière et de la répartition des tâches entre la Confédération et les cantons (RPT)

La nouvelle réforme de la péréquation financière et de la répartition des tâches entre la Confédération et les cantons (RPT) a été largement acceptée par le peuple suisse en 2004. Elle donne aux cantons la possibilité plus mar-

31 Selon nos propres recherches, nous avons trouvé un nombre beaucoup plus élevé de conventions dans le domaine de la santé et de la formation pour les métiers de la santé que les 73 conventions listées dans la base de données de l'étude BOCHSLER, KOLLER, SCIARINI, TRAIMOND, TRIPPOLINI – Les cantons suisses sous la loupe. Voir à ce sujet l'annexe 1 : neuf cantons et leurs conventions intercantionales dans le secteur de la santé.

32 Voir à ce sujet : www.zrk.ch.

33 Voir à ce sujet le chapitre 4 : Portrait de politique de santé du canton de Bâle-Campagne.

34 Sont réputées fixant des règles de droit, les dispositions générales et abstraites d'application directe qui créent des obligations, confèrent des droits ou attribuent des compétences (article 22 de la Loi sur le Parlement).

quée de déléguer leur compétence législative à des organes intercantonaux. La RPT pourrait ainsi engendrer une nouvelle dynamique dans le système des concordats intercantonaux.

Coordination et concentration de la médecine de pointe

Dans cette optique, le processus actuellement en cours dans les cantons et au niveau de la CDS à propos de la concentration de la médecine de pointe présente un intérêt particulier. Cependant il est plus qu'incertain que la Convention intercantonale relative à la coordination et la concentration de la médecine hautement spécialisée, approuvée par la CDS lors de son assemblée plénière en novembre 2004, devienne une autre perle de la collaboration intercantonale. Pour que cette convention soit mise en œuvre, 17 cantons au minimum devraient donner leur accord, parmi lesquels impérativement tous les cantons dotés d'un hôpital universitaire. Or le canton de Zurich a refusé en août 2005 la ratification de cette convention.

Appréciation des accords cantonaux

Les accords intercantonaux donnent lieu à des appréciations diverses de la part des décideurs politiques. Du point de vue des exécutifs cantonaux, la procédure pour conclure de tels accords est plus simple que la voie législative ordinaire. D'autre part, des organes intercantonaux communs institués par une convention ne peuvent fonctionner que si un système juridique complet a été créé lors de leur mise en place. C'est finalement l'absence d'un tel système qui est responsable de l'échec du concordat intercantonal sur le contrôle des médicaments.

Du point de vue des parlements cantonaux, les concordats présentent le désavantage suivant: les parlementaires n'ont que le choix d'approuver globalement ou de rejeter globalement les textes élaborés par les exécutifs. Dans ce sens, on évoque un «déficit démocratique». D'autres voix critiques voient dans cette nouvelle gouvernance par conventions un démontage du fédéralisme qui déposséderait les cantons de leurs particularités et de leurs prérogatives en les obligeant à uniformiser leurs pratiques. Pourtant, les conventions entre cantons répondent à un véritable besoin puisqu'elles facilitent le rapprochement d'ordres juridiques voisins sans qu'il soit nécessaire de passer par une centralisation au niveau fédéral.³⁵

5.4 La collaboration institutionnalisée au niveau régional

C'est seulement une quarantaine d'années après les débuts de la collaboration intercantonale au niveau suisse que la collaboration dans le domaine de la santé a commencé à se développer au niveau régional. Dans les années 1960, la collaboration au niveau régional s'est tout d'abord établie au niveau des gouvernements cantonaux, puis dans les années 1970, s'est organisée spécialement dans le domaine de la santé.

Mais c'est au début des années 1990, alors que l'on procédait à la révision totale de la LAMal, que les conférences régionales ont connu un véritable essor dans le domaine de la santé. Depuis cette époque, la collaboration régionale sert principalement à coordonner et à harmoniser les stratégies des cantons visant à mettre en œuvre les lois fédérales dans les domaines de la médecine curative ainsi qu'à coordonner la formation et le perfectionnement pour les professions de la santé au niveau des hautes écoles spécialisées³⁶.

Cependant, la collaboration régionale ne représente pour les cantons qu'une option parmi d'autres. Si la situation l'exige, les cantons cherchent également des alliances en dehors de «leur» région (géométrie variable des alliances ou «fédéralisme fonctionnel»³⁷).

Nous présentons en première partie les quatre conférences régionales des directeurs cantonaux de la santé, y compris leur structure et leurs projets. En seconde partie, les conférences régionales des gouvernements sont présentées plus brièvement. Même si aujourd'hui les liens avec la santé ne sont pas encore évidents, ces conférences gouvernementales ont un potentiel tout à fait intéressant pour le développement d'une politique nationale de la santé, étant donné leur approche multisectorielle et les processus internes de collaboration qu'elles ont développés.

35 WALDMANN Bernhard, Skriptum Bundesstaatsrecht 2003/2004, p. 108.

36 L'aspect de la collaboration intercantonale concernant la formation dans les professions de la santé est discuté dans le paragraphe 5.6.4. «Collaboration entre cantons centrée sur des thèmes».

37 Géométrie variable des alliances: chaque tâche publique a un autre rayon d'action. C'est pourquoi il n'est pas rare de constituer des régions fonctionnelles flexibles pour la planification et la réalisation des tâches. Voir à ce sujet: FREY René L., Braucht die Nordwestschweiz neue politische Institutionen? Exposé à l'occasion de la remise du prix d'encouragement pour une région forte par l'Association pour une région forte Bâle/Suisse du Nord-Ouest, 6 septembre 2000.

Tableau 11: Systématique de la collaboration intercantonale**Collaboration intercantonale au niveau de l'ensemble des gouvernements**

Conférence gouvernementale au niveau suisse	Conférence des gouvernements cantonaux (CdC)			
	Conférence des présidents			
	Secrétariat permanent de la CdC			
Conférences administratives au niveau suisse	Conférence des secrétaires des conférences intercantionales (CoseCo)			
	Conférence des chanceliers d'Etat			
Conférences gouvernementales au niveau régional	Conférence des gouvernements de Suisse occidentale (CGSO)	Conférence des gouvernements de la Suisse du Nord-Ouest	Conférence des gouvernements de la Suisse orientale	Conférence des gouvernements de la Suisse centrale (ZRK)
	Secrétariat de la CGSO			Secrétariat de la ZRK
Conférences administratives au niveau régional				Conférence des chanceliers cantonaux de Suisse centrale

Collaboration intercantonale par secteur

Conférences gouvernementales au niveau suisse	Conférences spécialisées permanentes suisses dans les domaines : Instruction publique, finances, transports publics, économie, justice et police, protection de l'environnement, énergie, santé, affaires sociales, forêt, service du feu, agriculture, armée et protection civile, tutelles, travaux publics.
Conférences gouvernementales au niveau régional	Conférences spécialisées permanentes suisses dans les domaines : Instruction publique, finances, transports publics, économie, justice et police, protection de l'environnement, énergie, santé, affaires sociales, forêt, service du feu, agriculture, armée et protection civile, tutelles, travaux publics.
Conférences administratives au niveau régional	De nombreuses conférences régionales des chefs de service pour ces domaines

Collaboration intercantonale dans le secteur de la santé

Conférence gouvernementale au niveau suisse	Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS)			
	Secrétariat central de la CDS			
Conférences gouvernementales au niveau régional	Conférence romande des affaires sanitaires et sociales, y compris le Tessin (CRASS)	Conférence des directeurs sanitaires de la Suisse du Nord-Ouest (GDK-NWCH)	Conférence des directeurs sanitaires de Suisse orientale et de la principauté du Liechtenstein (GDK-Ost)	Conférence des directeurs des affaires sanitaires et sociales de Suisse centrale (ZGSDK)
	Secrétariat de la CRASS			Secrétariat de la ZGSDK
Conférences administratives au niveau régional	Groupement romand des services de santé publique (GRSP)		Conférence des secrétaires de la CDS-Est	Groupement spécialisé « Santé » de Suisse centrale

Etat: décembre 2005

CdC : voir portrait dans ce chapitre

Conférence des gouvernements de Suisse centrale : voir portrait dans ce chapitre

Conférence des présidents : Au niveau politique, la Conférence des présidents a pour but d'assurer la coordination des conférences des directeurs entre elles ainsi qu'avec la CdC. Elle optimise la planification des délais et des travaux et favorise les échanges d'idées entre ses membres. La CoseCo est chargée de la préparation des affaires. La Conférence est constituée des présidents et secrétaires des conférences intercantionales suivantes: Conférence des gouvernements cantonaux (CdC); Conférence suisse des directeurs des travaux publics, de l'aménagement du territoire et de l'environnement (DTAP); Conférence des directeurs cantonaux de l'énergie (CDEn); Conférence suisse des directeurs cantonaux de l'instruction publique (CDIP); Conférence des directeurs cantonaux des finances (CDF); Conférence des directeurs cantonaux des forêts (CDFo); Conférence des directrices et directeurs des départements cantonaux de justice et police (CCDJP); Conférence des directeurs cantonaux des transports publics (CTP); Conférence des directeurs cantonaux de l'agriculture (CDA); Conférence des directrices et directeurs cantonaux des affaires militaires et de la protection civile; Conférence des directeurs cantonaux des affaires sociales (CDAS); Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS); Conférence des chefs des départe-

Les quatre conférences régionales des directeurs de la santé

Quatre organes régionaux (que l'on appelle les conférences des directrices et directeurs de la santé) réunissent les ministres compétents en matière de santé et assument actuellement la collaboration régionale dans le secteur de la santé en Suisse :

1. la Conférence des directeurs des affaires sanitaires et sociales de Suisse centrale (ZGSDK), fondée en 1974
2. la Conférence des directeurs sanitaires de Suisse orientale, qui inclut la principauté du Liechtenstein, fondée en 1974
3. la Conférence romande des affaires sanitaires et sociales (CRASS), qui inclut le canton du Tessin, fondée en 1981
4. la Conférence des directeurs sanitaires de la Suisse du Nord-Ouest, fondée vers le milieu des années 1980 environ.

Selon la logique fédéraliste, les quatre conférences régionales font partie de la CDS. La CDS assiste en tant qu'hôte aux différentes conférences régionales qui réunissent les

représentants des administrations cantonales et elle reçoit les procès-verbaux des séances régionales des directeurs cantonaux de la santé. Il n'existe pas de liens comparables avec la Conférence de la Suisse du Nord-Ouest, probablement parce qu'elle est la seule des conférences régionales qui ne connaisse pas d'organe de collaboration réunissant les chefs de service des offices de la santé.

Les nombreux domaines d'action de la collaboration régionale

Toutes les conférences régionales des directeurs sanitaires traitent des thèmes prioritaires que sont le secteur curatif, la formation et le perfectionnement des professions de la santé non universitaires. A l'avenir, la mise en œuvre de la réforme de la péréquation financière et de la répartition des tâches entre la Confédération et les cantons (RPT) devrait également figurer à l'ordre du jour des conférences régionales des directeurs de la santé. Outre ces thèmes communs et le rattachement de toutes les conférences régionales à la CDS, les quatre régions organisent et vivent très différemment leur collaboration.

ments cantonaux de l'économie publique (CDEP); Conférence des autorités cantonales de tutelle; Conférence gouvernementale pour la coordination du service du feu; Conférence des chanceliers d'Etat.

Conférence des secrétaires des conférences intercantionales (CoseCo). La CoseCo coordonne: l'élaboration de projets transsectoriels de politique intérieure entre la CdC et les Conférences des directeurs; les activités de la CdC et des Conférences des directeurs en lien avec des projets de politique extérieure; les activités de la CdC et des Conférences des directeurs à l'égard de la Confédération; soigne les relations de la CdC et des Conférences des directeurs à l'égard des membres du Parlement fédéral, notamment du Conseil des Etats; soutient les échanges d'idées entre ses membres, notamment dans le but d'éviter des éventuels doublons et de prévoir les évolutions en matière de collaboration intercantonale.

Conférence des chanceliers d'Etat: La Conférence des chanceliers d'Etat, qui se compose des chefs des chancelleries de la Confédération, des cantons et de la Principauté du Liechtenstein, fournit un travail de base qui facilite à ses membres l'exécution de leur tâche dans un environnement toujours plus complexe. Des prestations d'état-major sont par exemple développées en matière de soutien à la direction, de planification, de réformes et de communication. De même, des directives sont fixées pour les questions protocolaires, la législation ou la documentation. Afin de pouvoir régler ces tâches de manière efficace, la Conférence des chanceliers d'Etat s'est fixé l'objectif de promouvoir la collaboration et l'échange d'expériences avec la Confédération et de collaborer activement avec des institutions intercantionales, telles que la CdC et les hautes écoles. Une telle conférence importante parce qu'aujourd'hui la chancellerie d'Etat est aujourd'hui plus qu'une simple chancellerie. Ces dernières années, elle s'est de plus en plus développée en un état-major du gouvernement et du parlement, lequel vise à fournir une contribution substantielle à un environnement optimal de travail et de décision.

CDS: voir portrait dans ce chapitre.

Conférences régionales des directeurs de la santé: voir portraits dans ce chapitre.

Tableau 12: Thèmes traités par les conférences régionales de la santé (sélection)³⁸

Préparation, surveillance et adaptation des concordats intercantonaux dans le domaine de la santé (notamment réglementation du financement des hospitalisations hors canton)
Discussions concernant de futures conventions intercantionales (médecine de pointe)
Décisions concernant des projets communs
Révision de la LAMal
Adaptation des lois cantonales existantes aux nouvelles lois fédérales (par ex. réduction des primes selon la LAMal, réforme de la péréquation financière et de la répartition des tâches entre la Confédération et les cantons)
Accès et financement des hospitalisations hors canton
Garantie de la qualité dans les établissements de soins médico-sociaux
Accès et financement de la formation et du perfectionnement pour les professions de la santé non universitaires
Hautes écoles spécialisées régionales
Service de sauvetage
Mise en œuvre de mesures régionales de protection de la santé : service vétérinaire régional, Inspectorats régionaux des médicaments)

Des structures organisationnelles et juridiques différentes

Des différences notoires caractérisent la forme juridique des institutions de coopération. Alors que la Conférence des gouvernements cantonaux (CdC) se base sur des conventions administratives signées par tous les cantons, la Conférences des directrices et des directeurs de la santé (CDS) n'a pas de base juridique formelle. Ses activités sont réglées par les statuts.

Pour ce qui est de l'organisation, on constate également de grandes différences régionales. Ainsi la CRASS et la Conférence des directeurs des affaires sanitaires et sociales de Suisse centrale (ZGSDK) disposent de leur propre secrétariat alors que les affaires des Conférences des directeurs sanitaires de la Suisse du Nord-Ouest et de la Suisse orientale sont gérées à tour de rôle par le canton qui préside la conférence. Avec leurs groupements au niveau du gouvernement et de l'administration, la CRASS, de même que la ZGSDK, présentent une structure particulièrement affinée. Ceci a certainement à voir avec le fait

que la CRASS tout comme la ZGSDK traitent en même temps de la santé et des affaires sociales. Par contre, les conférences du Nord de la Suisse et de la Suisse orientale coordonnent leurs activités exclusivement pour le domaine de la santé.

Entre la ZGSDK et la conférence des gouvernements de Suisse centrale, des contacts réguliers ont lieu. Les autres conférences régionales des directeurs de la santé sont également en train de mettre en place de tels échanges avec leur propre conférence régionale des gouvernements.

Des politiques de collaboration différentes

Sur le plan politique, on constate des différences frappantes entre le mode de collaboration intercantonale de la Suisse latine et le mode des trois autres régions de Suisse. Dans le cadre des activités de la CRASS, de gros efforts sont entrepris :

- pour unifier les pratiques dans le secteur curatif,
- pour harmoniser les législations des cantons romands,
- pour analyser de nouveaux modèles de prise en charge,
- pour intégrer la promotion de la santé et la prévention de façon conséquente dans la planification sanitaire de la CRASS grâce à un groupe de travail permanent, le DiPPS.

En tant que groupement régional, le Dispositif intercantonal de prévention et de promotion de la santé (DiPPS) a des liens souples avec l'Association suisse des responsables cantonaux de la promotion de la santé (ARPS). En revanche, les conférences régionales alémaniques n'ont pas de groupe de travail permanent qui traite de la prévention et de la promotion de la santé et il n'existe à ce jour pratiquement aucun projet, ni de structures qui les lieraient à l'ARPS.³⁹

Ci-après les quatre conférences régionales des directeurs des affaires sanitaires et sociales sont décrites succinctement dans l'ordre chronologique de leur fondation.

³⁸ Cette liste de thèmes repose sur une comparaison effectuée au sein des conférences régionales de la santé et sur une synthèse des ordres du jour de ces conférences. Les PV des conférences ne sont en règle général pas disponibles.

³⁹ Un premier projet intercantonal est prévu entre les cantons d'AG, SG, ZG, ZH qui ont l'intention de lancer en commun avec l'ARPS un projet de promotion de la santé en entreprise (projet INKA). Une demande de soutien politique et financier est pendante auprès des conseillers d'Etat cantonaux compétents.

Portrait 1

Conférence des directeurs des affaires sanitaires et sociales de Suisse centrale (ZGSDK)

Date de fondation	1974
Membres	les cantons de Lucerne, Nidwald, Obwald, Schwyz, Uri et Zoug
Président	Leo Odermatt, Conseiller d'Etat, chef de la direction de la santé et des affaires sociales du canton de Nidwald

Structure et organisation

Niveau gouvernemental	Conférence des directeurs des affaires sanitaires et sociales de Suisse centrale Membres: les conseillers d'Etat en charge de la santé et du social	
	Secrétariat permanent (1 poste)	
Niveau de l'administration (services cantonaux de la santé)	Groupement spécialisé « Santé » de Suisse centrale Membres: les chefs de service compétents des six cantons	Groupement spécialisé « Social » de Suisse centrale Membres: les chefs de service compétents des six cantons

Projets du Groupement spécialisé « Santé » (sélection)

	<ul style="list-style-type: none"> – Elaboration de données de base et planification des besoins avec concept cadre pour la collaboration intercantonale dans le domaine des EMS et des établissements de soins de Suisse centrale (2005) – Communauté d'intérêts des professions de la santé de Suisse centrale: en 2003, les hôpitaux/cliniques, les homes pour personnes âgées, les EMS et les organisations d'aide et de soins à domicile des cantons de Lucerne, Nidwald, Obwald, Schwyz, Uri et Zoug se sont réunis pour devenir la plus grande association patronale de Suisse centrale dont l'objectif est de pouvoir participer aux décisions importantes concernant les enseignements professionnels en santé et social et de garantir une formation axée sur la pratique dans les professions soignantes. – Création d'un service vétérinaire régional pour la Suisse centrale (2003) – Accords hospitaliers entre le canton de Lucerne et (chacun) des cantons d'Uri, de Schwyz, d'Obwald, de Nidwald et de Zoug concernant la réglementation des coûts pour les prestations fournies par l'hôpital cantonal de Lucerne, y compris l'hôpital de l'enfance (2002). – Convention des cantons de Suisse centrale sur les formations des professions de la santé (1998).
--	---

Source: ZGSDK; état: décembre 2005

Fondée en 1974, la Conférence régionale des directeurs des affaires sanitaires et sociales de Suisse centrale est la plus ancienne du genre dans le domaine de la santé en Suisse.

Coordination du social et de la santé

Auparavant uniquement responsable du domaine de la santé, la Conférence des directeurs sanitaires de Suisse centrale a élargi en 2003 son domaine de compétence aux affaires sociales pour devenir la Conférence des directeurs des affaires sanitaires et sociales de Suisse centrale. Cette

réorganisation s'imposait étant donné l'absence d'une véritable conférence des directeurs des affaires sociales et parce que, de l'avis des responsables, le domaine du social tout comme la réforme de la péréquation financière et de la répartition des tâches nécessitaient une coordination intercantonale en raison de la petitesse de la région. Les responsables cherchaient aussi à accroître le professionnalisme en matière de politique sociale. Au niveau opérationnel, la ZGSDK a institué deux groupements spécialisés, le Groupement spécialisé « Santé » de Suisse centrale et le Groupement « Social » de Suisse centrale. De plus,

la ZGSDK est responsable des journées d'étude « Espace social en Suisse centrale » (Sozialraum Zentralschweiz)⁴⁰. Sur le plan organisationnel, le rattachement de la ZGSDK à la Conférence des gouvernements cantonaux de Suisse centrale constitue un cas particulier⁴¹.

Les succès

La collaboration au sein du groupement spécialisé 'Santé' est liée à des tâches d'application. L'un des succès à mettre à son actif est la création d'un service vétérinaire régional pour les cantons de NW, OW, UR, SZ en 2003 et son intégration dans le laboratoire intercantonal des cantons de Suisse centrale. Il en va de même de la Convention hospitalière de Suisse centrale qui existait depuis de nombreuses années, mais qui a été renégociée en 2002 par Lucerne avec chacun des cantons de Suisse centrale afin de régler le coût des prestations centralisées fournies par l'Hôpital cantonal de Lucerne et par l'Hôpital de l'enfance.

Faible marge de manœuvre politique

Etant donné les ressources souvent très limitées des cantons de Suisse centrale, des projets à caractère organisationnel ou qui comportent une dimension de planification ne sont que très rarement possibles. Les intérêts particuliers de chaque canton font souvent obstacle à une collaboration plus étroite en matière de planification hospitalière ou de promotion de la santé. Le fait que la collaboration soit très fortement structurée en Suisse centrale n'y change rien. En 2003 par exemple, la création d'un bureau de promotion de la santé propre à la Suisse centrale a été définitivement rejetée par les membres du groupement spécialisé « Santé ». Les cantons de Suisse centrale ont également abandonné l'idée initiale de placer l'Hôpital régional de l'enfance basé à Lucerne sous la responsabilité commune des six cantons de Suisse centrale étant donné que – selon les arguments avancés par la majorité des cantons – les enfants du canton de Lucerne le fréquentaient dans une proportion plus élevée (environ 70 %) que les enfants des autres cantons de Suisse centrale.

Les nouveaux défis

La ZGSDK examine néanmoins périodiquement la possibilité de mettre en place une planification hospitalière régionale. Elle a décidé en 2004 de soumettre les thèmes prioritaires suivants à un examen approfondi (voir à ce sujet le portrait de la Conférence des gouvernements cantonaux de Suisse centrale dans ce chapitre) :

- Développement de la convention hospitalière existante (prise en charge centralisée) : nouvelles formes pour la saisie et l'analyse des données et pour la rémunération des prestations.
- Coordination concernant la prise en charge hospitalière de Suisse centrale.

D'autres projets de collaboration régionale dans le domaine de la santé ne concernent pas la ZGSDK, mais la Conférence des directeurs de l'instruction publique de Suisse centrale. Dans ce cadre, le projet pilote régional « Apprentissage d'assistant/e en soins et santé communautaire » (depuis 2001) et le projet « Ecole professionnelle supérieure des professions de la santé pour la Suisse centrale » (2004) ont été lancés avec succès par le centre de compétences « Santé » de Suisse centrale.

40 Le thème de la 3^e journée d'étude régionale qui a eu lieu à fin 2004 était le suivant: « Une économie sociale et un système social économique: contradiction ou modèle de collaboration ? »

41 Sur la base du document du 23 mai 2003 « Basisdokument über die Direktorenkonferenzen in der Zentralschweiz », les cantons de Suisse centrale règlent la place des conférences des directeurs au sein des structures de collaboration propres à la Suisse centrale.

Portrait 2

Conférence des directeurs des affaires sanitaires des cantons de Suisse orientale et de la principauté du Liechtenstein (CDS-Est/GDK-Ost)

Date de fondation	1974
Membres	les cantons d'Appenzell Rhodes intérieures et Rhodes extérieures, Glaris, Grisons, Saint-Gall, Schaffhouse, Thurgovie, Zurich et la principauté du Liechtenstein
Président 2005/06	Robert Marti, Conseiller d'Etat, chef de la direction de la santé et de l'action sociale du canton de Glaris

Structure et organisation

Niveau gouvernemental	Conférence des directrices et directeurs de la santé de la CDS-Est	
Niveau de l'administration	Organe consultatif et spécialisé Conférence des secrétaires de la CDS-Est	Groupes de travail permanents – Groupe de travail «Formation professionnelle» de la CDS-Est – Groupe de travail «Tarifs» de la CDS-Est

Projets de la CDS-Est (sélection)

	<ul style="list-style-type: none"> – Système de financement lié aux prestations des thérapies des dépendances pour la région de la Suisse orientale (2004) – Convention sur la collaboration et le financement de la formation pour les professions de la santé et fixation de la participation cantonale (1996) – Comparaison internationale du prix des médicaments et des produits médicaux (dès 2002)
En préparation	– Planification intercantonale des besoins en matière de réadaptation médicale conformément à la LAMal et orientée en fonction des prestations.

Source : CDS-Est/GDK-Ost ; état : décembre 2005

Fondée également en 1974, la Conférence des directeurs des affaires sanitaires des cantons de Suisse orientale et de la principauté du Liechtenstein (GDK-Ost/CDS-Est) concerne environ 30 % de la population suisse (sans le Liechtenstein).

La CDS-Est représente les intérêts des cantons membres en matière de politique de la santé. Il arrive que la CDS-Est élabore de manière autonome des solutions propres à la région en raison de la population et du potentiel économique et financier de ses cantons membres. Ainsi, la CDS-Est a critiqué en 2003 le modèle FiDé de la Confédération (financement des thérapies de dépendances lié aux prestations) en invoquant le motif qu'elle avait été trop peu impliquée politiquement dans le processus de développement du modèle. En conséquence, un groupe de travail institué par la CDAS-Est (Conférence des directrices et directeurs cantonaux des affaires sociales) et la CDS-Est a élaboré un autre modèle de financement pour la région

de la Suisse orientale, lequel est mis en œuvre depuis 2004.

A l'intérieur de la région, le canton de Zurich assume un rôle central tant d'un point de vue de politique de santé que sur le plan la prise en charge médicale stationnaire.

La Convention hospitalière de Suisse orientale

La CDS-Est s'occupe notamment de la coordination et de la collaboration dans le domaine de la prise en charge hospitalière. Dans ce cadre, elle a élaboré la Convention hospitalière du 20 novembre 1995 applicable à la Suisse orientale. Le canton de Zoug a également adhéré à cette convention, laquelle poursuit notamment les objectifs suivants :

- Garantie d'un suivi médical et infirmier des patientes et patients coordonné entre les cantons et employant les moyens à disposition de manière économique

- Coordination des listes hospitalières selon l'article 39 LAMal
- Réglementation de l'indemnisation des coûts par les cantons de domicile ou de séjour pour les hospitalisations hors canton justifiées médicalement
- Encouragement de la collaboration et d'une répartition judicieuse des tâches entre les cantons
- Harmonisation du calcul des tarifs extra-cantonaux: les cantons concernés fixent au moyen de modèles tarifaires la méthode de calcul des coûts et conviennent entre eux des tarifs applicables au traitement de leurs patients hors canton.

Une convention sur la collaboration et le financement de la formation des professions de la santé a été conclue le 23 février 1996. Avec le nouveau financement prévu par la future organisation de la formation, elle perdra sa justification et sera dissoute.

Planification intercantonale dans le domaine de la réadaptation médicale

En outre, les cantons de la CDS-Est ont décidé en l'an 2002 d'établir ensemble, conformément à la LAMal, une planification intercantonale des besoins en matière de réadaptation médicale conformément à la LAMal et orientée en fonction des prestations. Il s'agit là d'un projet de planification supracantonale d'une envergure encore jamais atteinte en Suisse. En s'appuyant sur un recensement global des données relatives à l'état actuel des besoins, il s'agit de définir de manière prospective les sur- et les sous-capacités et d'établir une planification qui dépasse les frontières cantonales.⁴²

La CDS-Est est finalement un organe qui permet d'échanger des points de vue concernant des problèmes de santé publique actuels. Dans sa séance de mars 2005 par exemple, la CDS-EST a traité de la situation des médecins de premier recours spécifique à chaque canton, un thème qui sera le sujet central de la Journée de travail de la Politique nationale suisse de la santé organisée en novembre 2006.

⁴² Voir à ce sujet le paragraphe «Collaboration entre cantons centrée sur des thèmes» du présent chapitre.

Portrait 3

Conférence romande des affaires sanitaires et sociales (CRASS)

Date de fondation	1981
Membres	les cantons de Berne, Fribourg, Genève, Jura, Neuchâtel, Tessin, Vaud et Valais
Président	M. le Ministre Claude Hêche, Conseiller d'Etat, chef du Département de la santé, des affaires sociales et de la police du canton du Jura

Structure et organisation

Niveau gouvernemental	Les conseillers d'Etat de Suisse romande et du Tessin en charge de la santé et du social représentent les cantons latins membres de la CRASS.		
	Secrétariat permanent de la CRASS et du GRSP		
Niveau de l'administration (services cantonaux)	GRSP Groupement romand des services de santé publique (Chefs des services cantonaux de la santé publique)	GRAS Groupement romand des affaires sociales (Chefs des services cantonaux des affaires sociales)	GLAS Groupement latin des assurances sociales (Chefs des services cantonaux des assurances sociales)
	Groupes de travail permanents du GRSP Convention Hospitalisation – HOSPEXT – PLAISIR – Qualité – Professions de la santé – Urgences préhospitalières – DiPPS – Promotion des professions de la santé – Convention formation – Validation de la formation des directeurs d'EMS	Groupe de travail permanent du GRAS Alternative FiDé (Système de financement des prestations pour les thérapies des dépendances)	Groupes de travail permanents du GLAS Accords bilatéraux – Dispenses d'assurance-maladie – Contentieux dans l'assurance-maladie

Projets de la CRASS (sélection)

Projets terminés	<ul style="list-style-type: none"> – Convention intercantonale créant la Haute école spécialisée de Suisse romande santé et social (HES-S2, 2001) – Convention intercantonale d'hospitalisation hors canton entre les cantons de Fribourg, Genève, Jura, Neuchâtel, Tessin, Valais, Vaud (2001) – CertEMS: certificat concernant la sécurité et la qualité dans les homes pour personnes âgées et établissements médico-sociaux – Projet d'études d'impact sur la santé
Projets 2005	<ul style="list-style-type: none"> – Droits des patients : il s'agit ici d'une information commune des cantons à la population sous forme de brochure. – Balance of care: FR/TI/VD/VS/NE/JU : analyse des besoins de la population âgée concernant les services de santé selon le modèle « Balance of care » – Loi sur l'égalité des personnes handicapées
Rapports	<ul style="list-style-type: none"> – Part des primes LAMal dans le budget des ménages après subventions : comparaison des cantons CRASS (GLAS, 2000) – Comparaison intercantonale de la situation financière des infirmières au sein des cantons de la CRASS (GRSP, 2001) – Rapport sur la création d'une caisse unique en matière d'assurance-maladie (CRASS/GLAS, 2003) – Invalidité psychique : réflexions en cours et réformes législatives (GRAS, 2004).

Source : secrétariat de la CRASS ; état : décembre 2004

Fondée en 1981, la Conférence romande des affaires sanitaires et sociales (CRASS) présente avec ses trois organes au niveau des gouvernements cantonaux et ses trois organes au niveau des offices cantonaux ainsi que ses nombreux groupes de travail permanents, une structure particulièrement affinée.

La CRASS a développé de nombreux projets dans les domaines de la promotion de la santé et de prévention, de la prise en soins, de la formation et du perfectionnement des professions non universitaires de la santé. Elle fonctionne aussi en tant que groupe de réflexion (Thinktank) pour développer des visions et des stratégies de santé communes. L'identité de la Suisse romande est très affirmée et va si loin que le Parlement fribourgeois en a appelé à la «romandocompatibilité» des projets cantonaux.

« Le Dispositif intercantonal de prévention et de promotion de la santé » (DiPPS)

Dans le domaine de la promotion de la santé et de la prévention, la CRASS dispose d'un groupe de travail permanent doté de son propre secrétariat et d'un budget financé par les cantons latins. « Le Dispositif intercantonal de prévention et de promotion de la santé » (DiPPS) exerce en plus son activité pour la Suisse romande et le Tessin, une fonction de pont entre la CRASS et l'Association suisse des responsables cantonaux de la promotion de la santé (ARPS)⁴³ où il y représente la Suisse latine.

Autres groupements romands dans le domaine de la santé

- La Conférence romande et tessinoise des professions de la santé (CRTPS)
- Le Groupement romand d'études sur l'alcoolisme et les toxicomanies (GREAT).

⁴³ Pour des informations plus détaillées concernant l'ARPS voir le paragraphe 5.5. « Collaboration entre les cantons centrée sur des thèmes ».

Portrait 4

Conférence des directeurs des affaires sanitaires de la Suisse du Nord-Ouest (GDK-NWCH)

Date de fondation	existe depuis le milieu des années 1980 environ
Membres	les cantons d'Argovie, Berne, Bâle-Campagne, Bâle-Ville, Lucerne et Soleure
Président	Rolf Ritschard, Conseiller d'Etat, chef du Département de l'intérieur du canton de Soleure ; à partir de 2005, Ernst Hasler, Conseiller d'Etat, chef du Département de la santé et des affaires sociales du canton d'Argovie.

Structure et organisation	
Niveau gouvernemental	Conférence des directeurs de la santé de la Suisse du Nord-Ouest
Niveau de l'administration	Groupe de travail permanent Groupe de travail « Formation professionnelle »

Projets de la GDK-NWCH (sélection)	
	<ul style="list-style-type: none"> – Inspectorat régional des médicaments (2004) – Convention scolaire régionale du Nord-Ouest de la Suisse sur la formation des professions de la santé (2001)

Source : Conférence des directeurs de la santé de la Suisse du Nord-Ouest ; état : décembre 2004

Fondée au milieu des années 1980, la Conférence des directeurs de la santé de la Suisse nord occidentale⁴⁴ (GDK-NWCH) sert de plate-forme d'échange et de collaboration dans le secteur de la santé pour les cantons de la région nord-ouest de la Suisse.

En étant à la fois membre de la CRASS et de la GDK-NWCH, le canton de Berne constitue une sorte de pont entre la Suisse latine et alémanique. Le canton de Lucerne, actuellement rattaché à la ZGSDK, cherche à adhérer également à la GDK-NWCH.

Prépondérance de la coopération bilatérale

Les cantons de la région de la Suisse nord-occidentale ne s'en remettent pas seulement à la GDK-NWCH pour traiter de questions ayant trait à la politique de la santé. Ils recourent à une autre forme très fréquente de la collaboration, celle des contacts bilatéraux. C'est en particulier le cas de Bâle-Ville et Bâle-Campagne qui ont passé de nombreux accords et conventions (voir le portrait du canton de Bâle-Campagne, volume 2). Les structures et les activités de la GDK-NWCH se réduisent à l'essentiel : pas

de secrétariat central, ni de groupes de travail permanents tels que ceux que connaissent la CRASS, la ZGSDK ou la GDK-OST. Des projets communs ne sont lancés et mis en œuvre dans le cadre de la GDK-NWCH que s'ils correspondent à un besoin avéré des cantons et que le bénéfice d'une coordination régionale est plus profitable que de faire cavalier seul.

Les projets de la GDK-NWCH

- L'Inspectorat régional des médicaments géré en commun par les cantons de la GDK-NWCH a remplacé en 2004 le service régional rattaché administrativement à la direction de la santé de Bâle-Ville.
- Grâce à la convention scolaire régionale sur la formation des professions de la santé, à laquelle le canton de Zoug a également adhéré, le libre-passage entre tous les cantons de la GDK-NWCH est total depuis 2001.

44 Nordwestschweizer Gesundheitsdirektorenkonferenz (GDK-NWCH).

La collaboration des gouvernements cantonaux au niveau régional

Depuis les années 1960, l'ensemble des membres des gouvernements cantonaux se rencontre régulièrement dans le cadre de conférences régionales des gouvernements cantonaux. Cette collaboration multisectorielle organisée entre les gouvernements cantonaux au niveau régional s'est développée en parallèle aux conférences régionales des directeurs de la santé. Selon la logique fédéraliste, une Conférence suisse des gouvernements cantonaux (CdC) a été instituée au niveau fédéral en 1993 (voir à ce sujet chapitre 5.5).

Instruments et processus en faveur d'une politique nationale de la santé

Dans la perspective du développement d'une politique nationale de la santé, ces conférences gouvernementales pourraient exercer des fonctions importantes telles que l'identification d'intérêts communs, l'établissement d'un agenda politique commun ou la conception d'une vision multisectorielle.

A ce sujet, la Conférence des gouvernements de la Suisse centrale a développé des instruments et des procédures intéressants dans le domaine de la documentation, de la gestion du savoir et de la création de liens thématiques en vue de l'identification d'intérêts communs, de priorités et de mise en place de projets. Il vaudrait la peine d'en étudier l'éventuelle utilisation dans le contexte d'une politique nationale de la santé. En outre, il convient de signaler le potentiel des Conférences gouvernementales pour une conception de la santé multisectorielle et globale qui, jusqu'à maintenant, n'a jamais vraiment été exploité.

En outre, les Conférences des gouvernements régionales, actuellement en phase de constitution, ainsi que la Conférence des gouvernements cantonaux (CdC), pourraient assurer des tâches de coordination et surtout promouvoir l'interaction entre les gouvernements et les conférences des directeurs de la santé. Cependant, les gouvernements cantonaux ne sont en réalité pas toujours informés des projets menés par les diverses conférences spécialisées qui, elles, estiment avoir l'exclusivité en matière de collaboration dans leur domaine respectif.

Cinq conférences régionales des gouvernements

Il existe actuellement cinq conférences régionales des gouvernements :

1. Depuis 1964 : la Conférence des gouvernements de la

Suisse orientale (CGSO_r) ; membres : les cantons d'AI, AR, GL, GR, SG, SH, TG

2. Depuis 1966 : la Conférence des gouvernements de la Suisse centrale (CGSC/ZRK) ; membres : les cantons de LU, NW, OW, UR, SZ, ZG

3. Depuis 1972 : la Conférence régionale des gouvernements de la Suisse du Nord-Ouest (CGSNO) ; membres : les cantons d'AG, BE, BL, BS, JU, SO

4. Depuis 1993 : la Conférence des gouvernements de Suisse occidentale (CGSO) ; membres : les cantons de BE, FR, GE, JU, NE, VD

5. La Conférence des gouvernements des cantons de montagne (CGCM) ; membres : les cantons de GL, GR, NW, OW, TI, UR, VS.

Jusqu'à maintenant, le canton de Zurich n'a fait partie d'aucune de ces conférences. Une demande de la Conférence des gouvernements de la Suisse orientale en 1998 a modifié la situation. « Afin d'éviter une position dominante du canton de Zurich », comme l'a écrit ce canton à l'époque, mais en tenant néanmoins compte de son désir d'ouverture, Zurich est aujourd'hui membre associé (avec droit de faire des propositions mais sans droit de vote) des trois conférences gouvernementales régionales voisines, à savoir la Conférence de Suisse nord-occidentale, la Conférence de Suisse orientale ainsi que la Conférence de Suisse centrale.

Des formes d'organisation peu contraignantes

A l'inverse des conférences régionales des directeurs de la santé, les conférences régionales des gouvernements cantonaux présentent en règle générale des structures souples, sans budget propre, ni secrétariat permanent. Fait exception la Conférence des gouvernements de Suisse centrale (ZRK), dont les structures et les processus sont présentés plus bas. A partir de 2006, en s'inspirant de la ZRK, la Conférence des gouvernements de Suisse occidentale consolidera sa collaboration par un secrétariat permanent situé à Fribourg. Nous ne savons que peu de chose sur les projets et processus des autres conférences gouvernementales régionales qui semblent être en phase de constitution. Les cantons d'Argovie, Berne, Bâle-Campagne, Bâle-Ville, Jura et Soleure ont signé début 2004 un accord qui a pour but la création d'une conférence régionale permanente sous le nom de Conférence des gouvernements de la Suisse du Nord-Ouest.

Les objectifs des conférences gouvernementales au niveau régional

Les diverses conférences régionales des gouvernements poursuivent des objectifs similaires. A titre d'exemple, il est utile de rappeler les objectifs que s'est fixés la Conférence des gouvernements de la Suisse centrale qui, à quelques différences près, sont partagés par la Conférence des gouvernements de Suisse romande et du Nord-Ouest :

- Encourager des solutions communes d'exécution de tâches publiques dans les secteurs où ces tâches dépassent les forces d'un seul canton ou lorsque leur exécution par un seul canton n'est pas judicieuse (coordination du développement territorial; institutions de formation)
- Coordonner la collaboration des différents départements de l'administration
- Promouvoir les avantages de la Suisse centrale en Suisse et en Europe
- Améliorer la coordination avec les organisations privées et intégrer les activités des communes et des organisations privées travaillant sur mandat communal au profit du territoire desservi par la conférence
- Parvenir à une position commune des gouvernements cantonaux face aux autres cantons et à la Confédération pour les questions qui sont importantes pour l'ensemble de la zone couverte par la conférence et contribuer ainsi à la recherche d'un consensus
- Renforcer la présence et l'influence de la région par rapport à la Confédération et aux régions d'Europe.

Jusqu'à maintenant, la santé n'a pas été un thème prépondérant lors de ces rencontres multisectorielles au niveau gouvernemental. Même au sein de la Conférence des gouvernements de la Suisse centrale, un seul projet a été mis en œuvre dans ce domaine: l'établissement d'un service vétérinaire régional par les cantons d'Uri, de Schwyz, d'Obwald et de Nidwald qui est en activité depuis début 2004. En revanche, le projet «Hôpital de l'enfance de Suisse centrale», que la ZRK avait initié en 2001 sur l'initiative du canton de Lucerne, a échoué.

Portrait

Conférence des gouvernements de la Suisse centrale (ZRK)

> www.zrk.ch

Date de fondation	1966
Membres	LU, NW, OW, SZ, UR et ZG
Président	Josef Arnold, Conseiller d'Etat, UR (2004-2005) ; successeur pour 2006-2007 : Lorenz Bösch, Conseiller d'Etat, Schwyz.

Bases juridiques

	<ul style="list-style-type: none"> – Statuts de la Conférence des gouvernements de la Suisse centrale (1973) – Principes de la collaboration au sein de la Conférence des gouvernements de la Suisse centrale (1994, modifiés en 2003) – Document de base sur les conférences des directeurs de Suisse centrale (2003) – Directive sur l'exécution de projets de collaboration dans la Suisse centrale (2003) – Convention concernant l'adhésion du canton de Zurich à la CGSC en tant que membre associé (2001) – Décision sur la gestion des comptes de la CGSC (2003) – Directives pour des motions politiques communes et des consultations de la ZRK (1995).
--	--

Structure et organisation

Niveau gouvernemental	<p>Présidence de la ZRK</p> <p>L'un des ministres du canton qui préside la ZRK dirige les séances. La présidence cantonale change tous les deux selon un ordre historique : Lucerne, Uri, Schwyz, Obwald, Nidwald et Zoug.</p>	<p>Comité exécutif (organe de direction)</p> <p>Il est composé d'un représentant par canton membre à part entière et est dirigé par le ministre du canton qui préside la ZRK.</p>
	Secrétariat permanent (2 postes)	

Projets de la ZRK

	<ul style="list-style-type: none"> – INTERREG III – participation de la Suisse centrale (2005) – Liste des projets de collaboration en cours en Suisse centrale (2005) – RPT – mise en œuvre régionale (2005) – Collaboration en matière d'intégration des étrangères et étrangers (2005) – Géo-information en Suisse centrale (2005) – LPP et surveillance des fondations (2004) – Protection civile (2004) – Organisation régionale des poids et mesures (2004) – Formation continue dans l'administration en Suisse centrale (2004) – Plan de mesures contre la pollution de l'air en Suisse centrale (2004) – Organisation commune de l'aide aux victimes (2004) – Ecole de police intercantonale de Hitzkirch (2004) – Service vétérinaire régional (2004) – Mise en œuvre commune de la Convention de La Haye sur l'adoption (2003) – Renforcement de la collaboration en Suisse centrale (2003).
En préparation	<ul style="list-style-type: none"> – Mesures contre la violence domestique – Politique d'intégration : instauration d'un service d'interprètes pour le placement – Prise en charge commune des mandats de la Confédération dans le domaine des routes nationales – Elaboration de données de base et planification des besoins avec cadre de référence pour la collaboration intercantonale dans le domaine des institutions de soins et les EMS de Suisse centrale (domaines de la pédiatrie et santé des adolescents, adultes handicapés, thérapies en matière de dépendances et mesures destinées aux jeunes délinquants).

Source : www.zrk.ch, état : décembre 2005

La Conférence des gouvernements de Suisse centrale (ZRK)

Fondée en 1966 déjà, la ZRK n'est pas seulement l'une des plus anciennes conférences régionales de ce type, mais aussi l'une des mieux structurées. Depuis l'an 2000, les six cantons de Suisse centrale cherchent à optimiser leur collaboration dans le but à long terme de développer des perspectives communes pour toute la région. Dans le cadre de cette discussion, le statut de la conférence régionale a été revalorisé en 2003 avec la création d'un secrétariat indépendant⁴⁵.

Les instruments de coordination de la ZRK

Dans le cadre de ces efforts d'optimisation de la collaboration, la ZRK s'est dotée d'instruments de gestion, notamment dans le domaine de la documentation, de la gestion du savoir et de la gestion des interfaces. Les instruments et processus mentionnés ci-dessous représentent une tentative de régler les manières et procédures qui mènent à l'innovation et à la définition des priorités.

- **Documentation et politique d'information** : En réponse au reproche souvent fait à la collaboration intercantonale de manquer de transparence et d'être en déficit démocratique, la conférence a décidé de publier sur internet toutes les affaires qu'elle traite, de faire l'inventaire des conventions conclues entre les cantons et d'informer sur ses projets actuels. Le secrétariat permanent de la ZRK tient une liste régulièrement mise à jour des projets de collaboration en Suisse centrale ainsi qu'une liste des domaines de collaboration possible.
- **Gestion des interfaces** : En vue d'optimiser la collaboration avec les conférences spécialisées, la ZRK a ratifié un document de base qui servira à définir la position des différentes conférences spécialisées dans l'organisation générale de la collaboration intercantonale en Suisse centrale.
- **Examen permanent de l'état de la collaboration intercantonale** : L'ensemble des tâches cantonales sont analysées sous l'angle de la pertinence de leur exécution en commun.
- **Transfert de savoirs** : Référencement d'efforts semblables initiés par d'autres régions de la Confédération

- **Recherche de consensus** : Invitations à l'adresse des gouvernements des cantons membres à trouver des solutions communes pour certaines tâches définies.
- **Compétence décisionnelle** : Décision et exécution des projets sur la base d'un accord intergouvernemental.⁴⁶ Les projets qui présentent un bon rapport coût-efficacité ont la priorité.

La santé, un thème de la ZRK ?

Sur la liste des projets de collaboration de Suisse centrale ne figure actuellement aucun thème qui concerne le domaine de la santé. Il est possible qu'à l'avenir la santé soit plus souvent à l'ordre du jour que cela n'a été le cas jusqu'ici. Ainsi sur la liste des thèmes concernant d'éventuelles collaborations futures, 6 des 8 thèmes touchent au domaine de la santé :

1. Promotion de la santé selon la LAMal – de la coordination des mesures d'encouragement à la gestion centralisée de la politique de promotion de la santé
2. Habitat et emplois protégés pour les personnes souffrant d'un handicap psychique – planification commune des besoins, achat de prestations
3. Mise en œuvre de politiques de lutte contre les drogues – de la coordination de mesures cantonales à la planification centralisée d'une politique de lutte contre les drogues, y compris l'exécution
4. Coordination du service sanitaire civil en cas de catastrophe
5. Collaboration dans le domaine de l'asile – coordination, éventuellement harmonisation
6. Coopération concernant la solidarité entre les femmes (Frauenhaus/Projet Solidarité femmes) – coordination régionale du recours aux prestations.

Appréciation

La collaboration des gouvernements de Suisse centrale a comme objectif essentiel le renforcement de l'autonomie de chacun des cantons membres. A première vue paradoxal, cet objectif a conduit à envisager la collaboration régionale entre gouvernements de manière pragmatique, mais aussi de manière systématique.⁴⁷ Alors que chaque canton est libre de participer ou non à des projets de coo-

46 Cf. Dieter Freiburghaus, Vital Zehnder (2003) : Executive Summary.

47 Voir à ce sujet: Josef ARNOLD: Wie kommt eine interkantonale Vereinbarung zustande? En: Bernhard WALDMANN (éd.), 1. Nationale Föderalismuskonferenz: Der kooperative Föderalismus vor neuen Herausforderungen, Institut für Föderalismus, Freiburg Schweiz / Helbing & Lichtenhahn, 2005, S. 117-124.

45 Cf. Dieter Freiburghaus, Vital Zehnder: Horizontale Kooperation zwischen den Kantonen der Zentralschweiz. Working Paper de l'IDHEAP 4/2003. UER: Europe et politiques publiques, 2003.

pération, la ZRK a approuvé des lignes directrices pour la conduite de projets communs. Ainsi, lorsque les six cantons de Suisse centrale s'engagent au sein d'un projet coordonné, il doit permettre d'aboutir à des solutions « gagnant-gagnant » pour chacun d'eux. Sinon, c'est la collaboration à géométrie variable qui l'emporte.

La Conférence des gouvernements de Suisse occidentale (CGSO)

Fondée en 1993, la Conférence des Gouvernements de Suisse occidentale (CGSO) a mené ces dernières années des discussions portant notamment sur l'implication des parlements cantonaux dans les travaux de négociation, de ratification, d'exécution et de modification des conventions intercantionales et des traités avec l'étranger. En raison du fédéralisme coopératif qui s'est développé au niveau intercantonal et en raison de la réforme de la péréquation financière et de la répartition des tâches entre la Confédération et les cantons (RPT), les parlements cantonaux observent avec une certaine méfiance les tendances régionalistes car ils craignent qu'elles portent atteinte aux processus démocratiques de décision. Afin de prévenir ce déficit démocratique, qui résulte du fait que les parlements cantonaux ne peuvent qu'accepter ou refuser des conventions intercantionales, la CGSO a mis au point, en collaborant avec les parlements cantonaux, une « Convention relative à la négociation, à la ratification, à l'exécution et à la modification des conventions intercantionales et des traités des cantons avec l'étranger » (conclue le 9 mars 2001) qui permet d'associer les parlements à la négociation des conventions intercantionales et des traités des cantons avec l'étranger. Tous les cantons de Suisse romande (FR, GE, JU, NE, VD, VS) ont ratifié cette convention, laquelle prévoit que les cantons collaborent par le biais d'une commission interparlementaire qui se compose de sept représentants par canton concerné.

Espace Mittelland

Afin de mieux coordonner leurs intérêts économiques communs, les cantons de Berne, Fribourg, Neuchâtel, Soleure, Jura, Vaud et Valais ont lancé en 1994 le projet ESPACE MITTELLAND. Fin 2005 le projet s'est mué en une association avec un bureau permanent et le RESEAU ESPACE a été redéfini. Il réunit des représentants du monde de l'économie, des cantons, de diverses villes et d'institutions de formation, ainsi que d'autres milieux intéressés issus des cantons de Berne, de Fribourg, de Soleure et du

Valais. Parmi les membres du Réseau se trouve l'hôpital de l'île de Berne.

Parmi les différentes activités de l'Espace, la santé est représentée par le projet « Approvisionnement de l'Espace en soins médicaux au niveau de la médecine tertiaire (médecine de pointe) » avec la question sous-jacente de savoir quelles seraient les conséquences économiques pour la région si Berne devait perdre son centre de compétence en médecine de pointe.

Conférence transjurassienne (CTJ)

La Conférence transjurassienne a été instituée par traité, le 12 octobre 2001 à Besançon, entre le Conseil fédéral – lequel représentait les cantons de Berne, Vaud, Neuchâtel et Jura – et le Gouvernement de la République française. Dans le domaine de la santé, la Conférence assume actuellement trois mandats :

- Recensement des besoins en personnel, surtout infirmier, afin d'adapter au mieux les systèmes de formation ;
- Collaboration transfrontalière en matière de surveillance des maladies et, le cas échéant, en matière d'information de la population ;
- Développement de partenariats hospitaliers propres à une meilleure prise en charge des patients français et suisses dans la région frontalière.

Regio Basiliensis

La REGIO BASILIENSIS, fondée en 1963, est d'une part une association soutenue aujourd'hui par environ 400 membres individuels et 200 membres collectifs ; d'autre part, la Regio Basiliensis remplit depuis 1970 des fonctions étatiques en matière de politique extérieure en tant que bureau détaché des cantons de Bâle-Ville et de Bâle-Campagne. Le canton d'Argovie a également accès à cette structure depuis 1996 ainsi que les cantons de Soleure et du Jura depuis 2003. Ces deux composants forment une seule unité administrative avec au total six emplois à plein temps. Le budget annuel total se monte actuellement à 1,2 mios CHF.

Projets dans le domaine de la santé :

- Conception et développement d'un modèle de coopération transfrontalière en matière de réhabilitation dans la région du Rhin Supérieur
- Projet de coopération transfrontalière pour l'amélioration de la prise en charge sanitaire des toxicomanes dans le secteur des Trois Frontières (Le Cap)

- Mise en place d'une institution dans le secteur des Trois Frontières Lörrach dans le but d'améliorer la prise en charge des personnes dépendantes chroniques (plateforme)
- Création d'un réseau franco-allemand de lutte contre le chômage de longue durée et l'exclusion sociale.

Conférence internationale du lac de Constance

Le besoin reconnu au niveau politique de traiter de manière transfrontalière les questions de protection de l'environnement, en particulier dans le domaine de la protection des eaux, est le point de départ de la collaboration qui a débuté en 1972 entre les pays et cantons voisins du Lac de Constance. La Conférence internationale du lac de Constance (Internationale Bodenseekonferenz – IBK) regroupe aujourd'hui, pour la Suisse, les cantons de Thurgovie, Saint-Gall, Schaffhouse, Zurich, les deux Appenzell, la principauté du Liechtenstein, le Vorarlberg autrichien et pour l'Allemagne, les Länder du Bade-Wurtemberg et de Bavière. La Conférence traite de différents thèmes, parmi lesquels la santé et la promotion de la santé. En novembre 2001 a eu lieu à Bregenz le premier symposium sur la promotion de la santé et la prévention organisé par la Conférence internationale. Dans ce cadre, un jury a récompensé 16 projets qui ont ensuite fait l'objet d'une exposition itinérante dans tout l'espace couvert par la Conférence. Il est prévu d'organiser à nouveau un symposium pour 2005. D'autres séminaires sont consacrés au thème des prestations de santé transfrontalières. Dans le domaine des déterminants de la santé, la Conférence internationale s'occupe de sujets tels que les transports publics et sa commission « Environnement » traite de la qualité de l'air au-delà des frontières.

5.5 La collaboration institutionnalisée au niveau suisse

Les cantons ont très tôt institutionnalisé leur collaboration au niveau suisse. Au tournant du 20^e siècle, les ministres cantonaux compétents des différents départements ont commencé à se réunir en conférences intercantionales des directeurs. Au fil du temps, 14 conférences spécialisées au total ont été instituées, parmi lesquelles, en 1919, la nouvellement intitulée Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) qui est présentée plus bas. Ces conférences servent avant tout à permettre

l'échange d'expériences et à apporter des solutions élaborées en commun aux problèmes actuels. Elles font aussi du travail de lobbying pour les cantons et fonctionnent comme des organes de liaison entre les offices cantonaux et fédéraux. Le degré d'organisation des conférences est très variable. Il va du principe du canton qui préside, sans structures administratives propres, à la création d'un secrétariat général tel que celui de la Conférence suisse des directeurs cantonaux de l'instruction publique (CDIP) comptant presque trente-six collaborateurs.

Ce n'est que bien plus tard que les gouvernements cantonaux ont formalisé leurs relations au niveau suisse en créant, en 1993, la Conférence des gouvernements cantonaux (CdC). La CdC est la seconde forme de la collaboration intercantonale qui est présentée ici même si la santé n'appartient pas au catalogue de thèmes dont traite la CdC. Malgré tout, des coopérations intéressantes entre la CdC et la CDS peuvent être observées depuis quelque temps lorsqu'il s'agit de consolider les positions des cantons face à la Confédération (voir paragraphe 5.5.2).

La forme juridique de ce type d'organes de coopération peut être fort diverse. Les conférences des directeurs sont des sociétés simples ou des associations, lesquelles se basent sur des concordats ou accords intercantonaux administratifs. Leurs activités sont en règle générale régies par des statuts. Alors que la CdC repose sur un accord administratif approuvé par tous les gouvernements cantonaux, la CDS fonctionne sans bases légales formelles et règle ses activités en fonction de ses statuts. Les décisions prises ne sont en principe pas contraignantes pour des tiers ; elles ont simplement valeur de recommandations ou d'avis.⁴⁸

La Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS)

Fondée en 1919, la CDS (jusqu'à fin 2003 connue sous le nom de Conférence des directeurs des affaires sanitaires) est l'une des plus anciennes conférences spécialisées des directeurs en Suisse. Après la Conférence suisse des directeurs cantonaux de l'instruction publique (CDIP), elle est également l'une des plus grandes en regard de ses ressources financières et en personnel. La CDS dispose depuis 1979 d'un secrétariat permanent qui s'est considérablement agrandi à la suite de l'entrée en vigueur de

⁴⁸ Ce résumé a été fait sur la base de la publication suivante : Kanton Luzern (éd.), Planungsbericht des Regierungsrats an den Grossen Rat über die interkantonale Zusammenarbeit vom 21. Februar 2003, p. 47 ss.

Portrait

Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS)

Date de fondation	1919
Base juridique	statuts de la CDS (selon la décision de l'assemblée générale de la CDS)
Membres	26 cantons, représentés par les ministres cantonaux de la santé. Des délégués de certains offices fédéraux (DFI, OFSP, assurance-maladie et accidents, formation professionnelle, statistique, service de santé de l'armée) et de la principauté du Liechtenstein participent aux assemblées plénières en tant qu'hôtes permanents.
Président	Markus Dürr, Conseiller d'Etat, Département de la santé et des affaires sociales du canton de Lucerne

Structure et organisation

Niveau gouvernemental	Assemblée plénière Les 26 ministres cantonaux de la santé cantonaux	Comité Président, vice-président, membres – au total 10 ministres de la santé
	Secrétariat central (environ 10 postes)	

Organes spécialisés de la CDS

	<ul style="list-style-type: none"> – Commission intercantonale d'examens pour chiropraticiens – Conseil de formation – Groupe de travail «Hautes écoles spécialisées» – Groupe de travail «Formation professionnelle» – Commission «Application LAMal» – Commission intercantonale «Concentration de la médecine spécialisée» (CICOMS) – Organe spécialisé pour les questions tarifaires – Groupe de travail «Planification hospitalière» – Comité «Planification hospitalière liée aux prestations» (C-PHLP)
--	--

Projets de la CDS

	<ul style="list-style-type: none"> – SwissDRG – Médecine de pointe – ORTRA faitière santé – Examen intercantonal pour les ostéopathes – Clarification concernant les formations tertiaires en santé publique – Hautes écoles spécialisées – Révision de la loi sur l'assurance-maladie – Transfert de compétences à la Confédération dans le domaine de la réglementation de la chiropratie et l'intégration de la chiropratie dans la nouvelle LPmed.
--	--

Source : secrétariat central de la CDS ; état : décembre 2005

la nouvelle loi sur l'assurance-maladie (LAMal). Actuellement, la CDS est dotée d'environ dix postes à plein temps et d'un budget annuel de 2,4 mios CHF (2005).

Les deux rôles de la CDS

En matière de collaboration, la CDS assume une double fonction :

1. Premièrement, la CDS est au niveau suisse l'instance centrale de la collaboration intercantonale dans le domaine de la santé. Depuis sa fondation, la CDS a contribué de manière décisive à la coordination des systèmes de santé cantonaux et à l'élaboration de politiques communes au niveau suisse, en particulier pour les thèmes suivants : la lutte contre les maladies transmissibles (p. ex. tuberculose), la formation professionnelle des métiers de la santé, les systèmes de sauvetage ainsi que le contrôle des médicaments. Afin d'intensifier la coordination intercantonale, la CDS formule des recommandations ou prépare des conventions intercantionales. Dans certains domaines de la formation (Hautes écoles spécialisées en santé, examens pour les chiropraticiens), elle prend des décisions juridiquement contraignantes.
2. Deuxièmement, la CDS représente les intérêts des cantons face aux instances fédérales législatives et exécutives. Cette fonction a redoublé d'importance depuis l'entrée en vigueur de la loi fédérale sur l'assurance-maladie (LAMal) en 1996.

Les 4 priorités de la CDS

Si l'on se réfère à la liste établie par la CDS de ses champs d'activité (voir tableau 13 : Les domaines d'activités de la CDS 2004-2006), quatre domaines ont particulièrement d'importance : 1) la mise en œuvre de la LAMal, 2) l'organisation de la formation pour les professions de la santé universitaires et non universitaires, 3) la coordination de la médecine de pointe et 4) le modèle de rémunération pour les hôpitaux – SwissDRG. La question sous-jacente est l'explosion des coûts dans le domaine de la santé qui préoccupe la CDS depuis les années 1960.

Ces thèmes principaux ont été définis sur la base d'une enquête que le Comité directeur de la CDS avait décidé de mener en 1991 vu la lenteur des travaux de préparation de la nouvelle loi sur l'assurance-maladie (LAMal). L'idée était de « mettre en évidence les efforts des cantons visant à maîtriser les coûts, à améliorer l'économicité des prestations et à mettre en place un système de financement du

système de soins socialement supportable »⁴⁹. L'évaluation du questionnaire démontra entre autres que les cantons souhaitaient mieux collaborer dans certains domaines. La CDS a réagi à ce souhait des cantons avec les recommandations du 18 novembre 1993 qui postulent :

- une amélioration de l'échange d'informations entre les autorités sanitaires,
- une meilleure collaboration et coordination dans la planification et la répartition des tâches dans le secteur des hôpitaux et de la médecine de pointe,
- des améliorations sur le plan de la gestion d'entreprise,
- davantage de transparence dans les hôpitaux publics et, enfin,
- la promotion des Health Maintenance Organisations (HMO).

Le premier programme d'action de la CDS en 1919

Le premier programme d'action⁵⁰ de la CDS approuvé à la première conférence des directeurs des affaires sanitaires qui a eu lieu à Bâle comprenait cinq domaines d'actions :

Système médical: entre autres, organisation des autorités sanitaires, formation des professions de la santé, réglementations concernant le commerce des médicaments et des poisons.

Prise en charge des malades et assurance-maladie: entre autres, hôpitaux, assurance-maladie et accidents.

Mesures de protection et de lutte contre les maladies (prévention): entre autres, mortalité des nourrissons, tuberculose, alcoolisme, maladies sexuelles, goitre, cancers, « grippe Influenza ».

Contrôle des denrées alimentaires (prévention): application de la loi fédérale sur le commerce des denrées alimentaires qui fut acceptée par le peuple en 1906 et mise en vigueur en 1909.

Protection de la santé (prévention): lutte contre la diminution des naissances, amélioration de la qualité de l'eau potable, promotion de l'hygiène dans l'habitat, gestion des déchets, santé scolaire.

49 CDS: Financement et pilotage du système de santé. Résumé des résultats de la consultation auprès des cantons (27. 10. 1993) dans : Conférence des directeurs des affaires sanitaires (CDS), Ed. 1919-1994 – 75 ans CDS. Notes sur l'histoire de la CDS, de Andreas MINDER, Berne 1994, p.74.

50 Andreas MINDER, Berne, 1994, p.13 et ss.

Tableau 13 : Les domaines d'activités de la CDS (2004-2006)

Domaines d'intervention	Priorité	Ressources (pour cent de poste)		
		2004	2005	2006
Politique de la santé et services de santé		234 %	324 %	374 %
Stratégies de politique de la santé	Moyenne	51 %	70 %	83 %
Promotion de la santé	Moyenne	6 %	7 %	12 %
Prévention sur le plan national : lutte contre les maladies infectieuses	Moyenne	7 %	10 %	11 %
Coordination de la médecine de pointe	Élevée	62 %	117 %	141 %
Ethique et évaluation des choix technologiques	Moyenne	24 %	30 %	32 %
Planification des services de santé et admission à pratiquer à charge de l'assurance-maladie	Élevée	53 %	58 %	61 %
Autres (recherche sur l'être humain, politique de la recherche, évaluation des choix technologiques, contrôle des médicaments)	Moyenne	31 %	32 %	34 %
Formation professionnelle et recrutement du personnel		253 %	142 %	82 %
Professions médicales	Élevée	62 %	48 %	33 %
Organisation du monde du travail et transfert de la formation professionnelle à la Confédération	Élevée	65 %	30 %	20 %
Autres (Hautes écoles spécialisées en santé, formation continue, réglementations d'admission, recrutement dans les professions de la santé)		126 %	64 %	29 %
Economie et information de la santé		223 %	227 %	226 %
Financement des hôpitaux	Élevée	71 %	72 %	69 %
Financement des soins de longue durée	Elevée	17 %	15 %	13 %
Financement des prestations ambulatoires	Élevée	5 %	5 %	5 %
Système d'assurance		10 %	10 %	10 %
Financement de l'assurance-maladie/réduction des primes	Élevée	90 %	88 %	88 %
Etablissement de rapports sur la santé, statistiques	Moyenne	16 %	17 %	18 %
Autres: financement d'autres services de santé, systèmes informatiques, carte de patient		14 %	20 %	23 %
Travail de sensibilisation de l'opinion publique et lobbying	Elevée	32 %	38 %	46 %
Lobbying auprès du Parlement et des groupes d'intérêts	Élevée	10 %	13 %	17 %
Interventions/présentations de la CDS à l'extérieur	Élevée	22 %	25 %	29 %
Direction et tâches d'état-major		318 %	319 %	322 %
Total		1060 %	1050 %	1050 %

■ Domaines de tâches de la CDS qui, à l'exception du domaine « Stratégies de politique de la santé » (priorité moyenne) ont une priorité élevée et qui, en comparaison avec d'autres tâches, nécessitent beaucoup de ressources.

Source: CDS, 2004

Afin de renforcer son engagement dans le domaine de l'assurance obligatoire des soins et de la formation des professions non universitaires de la santé, la CDS s'est dotée de deux commissions permanentes « Application de la LAMal » et « Conseil de formation ». La coordination de la médecine hautement spécialisée est devenue depuis 1999 une priorité de la CDS de même que le système de rémunération pour les hospitalisations stationnaires et les hospitalisations somatiques aiguës – SwissDRG (depuis 2004). La formation va perdre de l'importance au sein de

la CDS à la suite du transfert de compétences dans ce domaine à la Confédération qui s'est produit entre 2002 et 2005 à la suite de la révision de la Constitution fédérale. La formation va par contre devenir une nouvelle priorité pour de la Conférence des directeurs cantonaux de l'instruction publique (CDIP) (voir le paragraphe: « Formation des professions non universitaires de la santé »).

Les projets conduits par la CDS sont traités par des commissions permanentes, des comités et des groupes de travail. Dans le cadre de ses activités, la CDS travaille en

collaboration avec d'autres conférences des directeurs – avec la Conférence des directeurs des finances en ce qui concerne la révision de la LAMal et avec la Conférence des directeurs de l'instruction publique pour la formation des professions non universitaires de la santé – ainsi qu'avec les offices fédéraux.

Ci-dessous les activités de la CDS sont présentées selon leur degré de priorité et en fonction de leurs éventuels liens avec une politique nationale de la santé.

Mise en œuvre de la LAMal

L'assurance obligatoire des soins représente un thème essentiel pour la CDS. Ce domaine absorbe environ la moitié de ses ressources en personnel (voir tableau 13: « Domaines d'activité de la CDS 2004-2006 »). Les thèmes suivants sont des sujets importants pour les cantons comme en attestent les différentes prises de position de la CDS à l'intention du Conseil fédéral et du Parlement sur les thèmes suivants :

- Tarmed
- la réduction des primes
- le financement des soins de longue durée
- le financement hospitalier
- la liberté de contracter
- la carte de patient et
- la planification hospitalière.

Dans ce domaine, la CDS collabore avec la Conférence suisse des directeurs des finances et avec l'OFSP. Grâce au Dialogue entre la Confédération et les cantons sur la politique nationale suisse de la santé institué depuis 2004, les cantons ont nouvellement la possibilité, par l'intermédiaire du Comité de la CDS, d'entrer en contact direct avec le chef du Département fédéral de l'intérieur (DFI) pour discuter de la mise en œuvre de la loi actuelle sur l'assurance-maladie et des enjeux de sa révision (voir à ce sujet le chapitre 6 de ce rapport).

Organisation de la formation non universitaire des professions de la santé

Formation professionnelle des métiers de la santé : La nouvelle loi fédérale sur la formation professionnelle (LFPr, 2002) stipule que la formation professionnelle non universitaire est une tâche commune de la Confédération, des cantons et des organisations du monde du travail (ORTRA). Ces dernières années, la CDS a préparé intensive-

ment l'intégration des professions non universitaires de la santé dans la nouvelle loi LFPr et dans la révision de la loi sur les Hautes écoles spécialisées. La responsabilité de la réglementation et du pilotage de ces domaines incombe désormais à l'Office fédéral de la formation professionnelle et de la technologie (OFFT). L'élaboration des positions, la concertation et la coordination échoit aux organisations du monde du travail. L'exécution et la surveillance se trouvent sous la compétence des autorités cantonales de l'instruction publique, représentées au niveau national par la Conférence des directeurs cantonaux de l'instruction publique (CDIP), plus exactement par sa conférence spécialisée, la Conférence suisse des offices de la formation professionnelle (CSFP). Parce que la CDS reste intéressée à disposer d'un personnel qualitativement bien formé dans les services de soins, elle s'est engagée activement en faveur de la création d'une organisation faîtière du monde du travail en santé (ORTRA faîtière santé). C'est par le biais de l'ORTRA faîtière santé, que la CDS exercera à l'avenir son influence en matière de formation. Outre la CDS, les employeurs institutionnels et les organisations professionnelles du secteur de la santé deviendront membres de l'ORTRA.

Formation HES des professions de la santé : Avec la Constitution fédérale révisée en 1999, la Confédération s'est vu attribuer des compétences supplémentaires de réglementation dans le domaine de la formation tertiaire, ce qui a notamment conduit à une révision partielle de la loi sur les Hautes écoles spécialisées. Avec la révision de la loi sur les Hautes écoles spécialisées entrée en vigueur en 2005, le champ d'application de la loi a été étendu aux filières d'études de la santé, du travail social et des arts qui étaient jusque-là réglementées par les cantons.

Coordination de la médecine de pointe

L'objectif du projet en cours « Médecine de pointe », qui a débuté en 1999 sous l'impulsion du projet « Politique nationale suisse de la santé », est de planifier l'offre en prestations médicales hautement spécialisées. Certaines prestations relevant de la médecine de pointe, telles que les transplantations cardiaques ou du foie (de donneurs vivants), ne doivent plus être offertes à divers endroits en Suisse, mais seulement par des centres de compétence nationaux. Ceux-ci feront la plupart du temps partie intégrante des hôpitaux universitaires. Sur le plan de la politique de la santé, il s'agit de distinguer deux processus :

1. Le projet de Convention intercantonale relative à la coordination et concentration de la médecine hautement spécialisée (CICCM). Mise au point par un groupe de travail de la CDS, la convention a été adoptée à fin 2004 par l'assemblée plénière de la CDS. D'ici le printemps 2006, elle devrait être ratifiée par au moins 17 cantons, dont impérativement les 5 cantons universitaires, pour devenir juridiquement contraignante. Or comme le canton de Zurich s'est opposé à cette convention, les cantons envisagent au sein de la CDS de nouvelles voies praticables, y compris l'intervention fédérale.
2. Parallèlement à ce processus, la Commission intercantonale « Concentration de la médecine hautement spécialisée » (CICOMS) de la CDS fixe le catalogue des critères qui définissent quels sont les domaines de la médecine hautement spécialisée pour lesquels il existe un besoin de coordination et de concentration.

Si cette convention était approuvée, elle serait la seconde convention intercantonale d'envergure nationale dans le domaine de la santé, après le concordat intercantonal sur les médicaments de 1971 qui est entre-temps devenu caduc. Dans la perspective d'une politique nationale de la santé, le projet de convention sur la médecine de pointe représente la première tentative de coordonner les prestations de service du domaine de la santé au niveau suisse. Les cantons céderaient à la CDS leurs compétences de planification dans le domaine de la médecine hautement spécialisée. Quant à la CDS, en tant que nouvel organe supracantonal, elle pourrait prendre des décisions contraignantes dans ce domaine, valables pour tous les cantons.

Modèle de rémunération des hôpitaux – SwissDRG

La CDS a joué un rôle central dans la fondation de l'association SwissDRG (DRG = Diagnosis Related Groups), laquelle existe depuis 2004. Le but de l'association est de développer dans les trois ans un modèle de rémunération uniformisé qui indemnise les cas de traitement en fonction de groupes de diagnostics et qui soit adapté aux conditions suisses. Ce nouveau système permettra d'évaluer les prestations hospitalières et de les comparer dans toute la Suisse selon les mêmes critères (voir 5.6.2: Collaboration par thème dans le secteur des soins).

Autres activités de la CDS

Politique nationale de la santé: Depuis fin 1998, la CDS s'engage au côté de la Confédération dans les discussions

sur les représentations et les instruments possibles au service d'une politique nationale de la santé qui serait élaborée conjointement par les cantons et la Confédération. Grâce à la Convention sur la politique nationale suisse de la santé signée le 15 décembre 2003, la CDS et le Département fédéral de l'intérieur (DFI) ont institutionnalisé ce dialogue sous le nom de « Dialogue de politique nationale suisse de la santé ». Dans ce cadre, les représentants de la Confédération et des cantons se rencontrent au moins 3 fois par an. Pour préparer le Dialogue et mettre en œuvre d'éventuelles stratégies de santé concertées, le Comité de la CDS et les représentants de la Confédération ont mandaté deux directoires exécutifs, l'un pour les cantons, l'autre pour la Confédération composés chacun de trois personnes⁵¹. Le processus relatif à la politique nationale suisse de la santé est soutenu par le travail statistique de l'Observatoire de la santé (Obsan) rattaché à l'Office fédéral de la statistique et qui se trouve sous la double responsabilité de la CDS et de la Confédération.

Promotion de la santé et prévention: La promotion de la santé et la prévention sont des thèmes marginaux pour la CDS qui ne gère pratiquement aucun projet de ce type. Il n'en était pas toujours ainsi puisque jusqu'à la 2^e guerre mondiale, les thèmes de prévention dominaient l'ordre du jour.⁵² Après la 2^e guerre mondiale, la prévention de type communautaire a été éclipsée au profit du développement rapide des infrastructures sanitaires et notamment des hôpitaux. Un changement n'intervint qu'avec l'apparition du Sida et avec la création, en 1989, à l'initiative des cantons, de la Fondation suisse pour la prévention, aujourd'hui Promotion Santé Suisse. Grâce au travail de cette fondation, le secrétariat de la CDS a pu être déchargé de certaines tâches, mais cela a eu pour conséquence une moindre présence des thèmes de la prévention et de la promotion de la santé dans son agenda. Aujourd'hui, la CDS représente les cantons dans le Conseil de fondation de Promotion Santé Suisse. Enfin, la CDS s'engage plus ou moins activement dans des programmes et initiatives émanant de l'administration fédérale:

51 Directoire exécutif des cantons: 2 Conseillers d'Etats et le secrétaire central de la CDS; Directoire exécutif de la Confédération: le directeur et la directrice de l'Office fédéral de la santé publique et de l'Office fédéral de la statistique et le chef du domaine assurance-maladie à l'OFSP.

52 Conférence des directeurs des affaires sanitaires (CDS), Ed. 1919-1994 – 75 ans CDS. Notes sur l'histoire de la CDS, de Andreas MINDER, Berne, 1994, p. 6-43.

- Forum national pour la promotion de la santé en entreprise (seco)
- «Education et santé, réseau suisse» (OFSP/CDIP)
- Stratégie «Migration et santé» (OFSP)
- Plan d'action «Environnement et santé» (OFSP)
- Programme national contre le cancer (oncosuisse)
- Cadre de référence en matière de santé psychique (OFSP).

Une conception multisectorielle de la santé: l'étude d'impact sur la santé

Un groupe de travail composé de représentants des cantons et du projet Politique nationale suisse de la santé a reçu le mandat de la CDS d'élaborer un argumentaire sur le thème de l'«Etude d'impact sur la santé». Le groupe de travail a rédigé en 2003 un rapport sur les méthodes de l'étude d'impact sur la santé. La CDS a pris connaissance de ce rapport sans planifier de nouvelles étapes de concrétisation.

La Conférence des gouvernements cantonaux (CdC)

Dans les années 1980, des tâches nouvelles et complexes ont été attribuées aux cantons, par exemple dans les domaines de l'aménagement du territoire, de la protection de l'environnement, de la politique extérieure, tâches qui réclamaient une vue d'ensemble allant au-delà de chaque domaine spécifique. En même temps, l'Espace Economique Européen gagnait en importance et les cantons craignaient qu'en négociant avec la Communauté européenne, la Confédération tienne trop peu compte de leurs intérêts. Il est vrai que les cantons de moyenne et grande taille avaient créé durant les dernières années des services chargés des relations extérieures, mais ils ne disposaient pas d'une conférence intercantonale comme c'était le cas pour d'autres domaines (notamment la santé, l'éducation, les finances). En conséquence, ils ont fondé en 1993 la Conférence des gouvernements cantonaux (CdC). A l'inverse des conférences intercantionales des directeurs, la CdC n'est pas un organe d'exécution. Depuis sa fondation, elle agit au plan politique notamment dans le domaine de la politique extérieure. C'est pourquoi la CdC consacre une grande partie de ses activités à associer les cantons aux négociations de la Confédération avec l'Union euro-

péenne et à la formulation de stratégies politiques correspondantes. Elle a rencontré là un succès certain comme le montre entre autres la loi fédérale sur la participation des cantons à la politique extérieure de la Confédération (1999).

Selon Canisius Braun, secrétaire général de la CdC, la Conférence des gouvernements cantonaux entend mettre sur pied une «Maison des cantons». Il s'agit de développer et de consolider des structures de collaboration intercantionales. La CdC n'estime toutefois pas opportun de créer un nouveau type d'organe de compétence transcantonale qui viendrait se placer au quatrième niveau, à côté de l'échelon communal, cantonal et fédéral.

Parler d'une seule voix

Outre la politique extérieure, la CdC coordonne les diverses prises de position des cantons entre eux envers la Confédération afin de permettre aux cantons de parler d'une seule voix. Elle a par exemple rempli ce rôle dans les années 1999 à 2003 à l'occasion de la préparation programme de législature 2003-2007 du Conseil fédéral ou encore en 2004, lorsque la CdC a coordonné le référendum financier avec la Conférence des directeurs des finances. En 2005, la CDS et la CDC ont unis leurs efforts pour trouver une alternative au modèle de financement hospitalier tel que proposé par le Conseil des Etats (voir à ce sujet le chapitre 6.3.1 «La politique de santé sur le plan national: positions et processus de planification»).

Collaboration entre la CdC et la CDS

Selon Canisius Braun, la relation entre la CdC et les conférences spécialisées des directeurs est une relation de complémentarité, réglée par une réglementation-cadre⁵³. Cette dernière sert à optimiser la collaboration et à clarifier à qui revient le rôle directeur dans les dossiers politiques.

Jusqu'à ce jour, la CDS et la CdC n'ont guère eu l'occasion d'entretenir des relations étroites en travaillant à des projets communs. Il n'est donc pas étonnant que le domaine de la santé n'ait pas été représenté pendant longtemps au sein du comité directeur de la CdC composé de neuf membres. A l'avenir, il est prévu d'attribuer un siège à chaque conférence spécialisée au sein du comité directeur de la CdC.

⁵³ Réglementation cadre du 14.12.2001 sur la méthode de travail de la CdC et des Conférences des directeurs concernant la coopération de la Confédération et des cantons.

Portrait

Conférence des gouvernements cantonaux (CdC)

Date de fondation	1993
Base juridique	Convention de la Conférence des gouvernements cantonaux (8.10.1993); pas de compétence pour fixer des règles de droit.
Membres	les gouvernements cantonaux. Ceux-ci définissent eux-mêmes l'élection et la durée du mandat de leur représentant respectif au sein de la CdC
Président du comité directeur	Luigi Pedrazzini, Conseiller d'Etat, chef du département de justice et des affaires militaires du canton du Tessin; à partir de janvier 2006, Lorenz Bösch, Conseiller d'Etat, chef du Département des infrastructures du canton de Schwyz.

Structure et organisation

Niveau gouvernemental	Assemblée plénière (4x par an) Chaque canton est représenté à l'assemblée plénière par une délégation d'un ou de plusieurs membres de son canton. La parité des voix des cantons est respectée.	Comité directeur Président et membres – au total 9 représentants des gouvernements cantonaux
	Secrétariat permanent La Fondation ch gère le secrétariat de la CdC. Le directeur de la Fondation assume en parallèle la fonction de secrétaire général de la conférence. (environ 15 collaborateurs)	

Groupes de travail de la CdC

	<ul style="list-style-type: none"> – Organisation de suivi des négociations bilatérales: suit le développement des accords avec la CE et continue les négociations avec l'UE du point de vue des cantons – Europe-Réformes-Cantons (EuRéfCa, depuis 1998): évalue le besoin de réformes lorsque diverses options de politique européenne se concrétisent; élaboration des éléments d'une stratégie de politique européenne des cantons – Commission « Villes » (depuis 1995): représente la CdC, plus exactement les cantons, dans la Conférence tripartite sur les agglomérations (CTA)
--	---

Projets de la CdC (sélection)

	<ul style="list-style-type: none"> – Collaboration à la révision totale de la Constitution fédérale (1999) – Dialogue confédéral (depuis 1997) – Collaboration à l'élaboration de la loi fédérale sur la participation des cantons à la politique extérieure de la Confédération (loi fédérale en vigueur depuis 1999) – Conférence tripartite sur les agglomérations (depuis 2001) – Prise de position consolidée concernant la planification législative du Conseil fédéral (planification législative 2003-2007 de la Confédération) (2003) – Collaboration à la réforme de la péréquation financière et de la répartition des tâches entre la Confédération et les cantons (RPT acceptée en 2005 par le peuple)
--	---

Source: CdC; état: décembre 2004

5.6 La collaboration entre cantons portant sur des thèmes

En vertu de la Constitution fédérale, les cantons ont des compétences de réglementation étendues dans le domaine de la santé. Les portraits des politiques de santé des cantons (cf. volume 2) montrent combien les thèmes et projets que les cantons ont à traiter dans le domaine de la santé sont divers et étendus. A partir de ces portraits, nous souhaitons montrer que les efforts nombreux de coordination et de collaboration intercantonale, tant dans les domaines de la prévention et de la promotion de la santé que dans le secteur des soins, n'ont pas encore permis l'élaboration de politiques communes au niveau intercantonal.

Collaboration intercantonale en promotion de la santé et en prévention

Les cantons considèrent le champ de la prévention et de la promotion de la santé comme une tâche de politique intérieure, mais rarement comme un objet de la collaboration intercantonale. Malgré tout, des structures existent qui permettent aux cantons de travailler ensemble sur des projets communs.

Les organes de la collaboration en prévention et promotion de la santé

Le volume 2 du rapport montre, en s'appuyant sur l'exemple de neuf politiques cantonales, la diversité des mesures et des stratégies cantonales en matière de promotion de la santé et de prévention, mais aussi l'hétérogénéité de leurs structures organisationnelles. Malgré ces disparités cantonales, la plupart des cantons prennent des initiatives dans les domaines suivants : prévention des dépendances, prévention du Sida, santé sexuelle et santé scolaire. Comme autre dénominateur commun, les cantons délèguent l'exécution de leurs tâches de prévention et de promotion de la santé à des organisations de santé privées en concluant avec elle des contrats de prestation. La collaboration au niveau régional restent faible dans ce domaine. A l'exception de la CRASS, les cantons n'utilisent que rarement leurs conférences intercantionales régionales pour lancer des projets communs en promotion de la santé et prévention. Nous présentons ci-dessous trois institutions qui favorisent la collaboration intercantonale en promotion de santé et prévention.

1. L'Association suisse des responsables cantonaux de la promotion de la santé (ARPS)

L'Association suisse des responsables cantonaux de la promotion de la santé (ARPS) a été fondée en l'an 2000. A l'exception du canton de Schaffhouse, tous les cantons font partie de l'association. La mise en réseau nationale a été suivie par une mise en réseau régionale puisque des sous-groupes régionaux de l'ARPS ont récemment été créés. L'Office fédéral de la santé publique (OFSP), la CDS et les fondations Promotion Santé Suisse et Radix Promotion de la santé sont des hôtes permanents de l'association. Promotion Santé Suisse soutient financièrement cette plate-forme nationale d'échange entre responsables de la promotion de la santé des différents cantons. A long terme, l'objectif est de renforcer au niveau cantonal la place de la promotion de la santé dans le système de santé. Alors que les liens de l'ARPS avec les cantons de la Suisse latine – notamment à travers le DiPPS – sont

Projet « 50+santé »

En mai 2002, la CRASS et Promotion Santé Suisse ont signé une convention ayant notamment pour objectif de réaliser des projets en commun. Par la suite, les cantons de Suisse latine (FR, GE, JU, NE, TI, VS, VD) ont décidé, dans le cadre du DiPPS, de concevoir un programme pilote de trois ans sur le thème de la promotion de la santé chez les personnes âgées de 50 ans et plus (2004-2006). Le choix du thème a été effectué sur la base d'une analyse des priorités cantonales en matière de promotion de la santé, d'une recherche documentaire dans les domaines de l'inégalité sociale, du travail, de la santé physique et psychique et de l'environnement social des plus de 50 ans ainsi qu'en s'appuyant sur une cinquantaine d'interviews de différents spécialistes dans les cantons. Les responsables estiment que cette manière de procéder est une condition essentielle pour la réussite d'un projet. L'objectif du programme est de motiver les cantons à dresser leur propre état des lieux afin de prendre des mesures ciblées pour améliorer les conditions de travail des personnes âgées de plus de 50 ans. En outre, il s'agit de renforcer les compétences et les ressources de ces personnes afin d'augmenter leur capacité de résistance que ce soit au travail, en cas de perte ou d'interruption du travail ou de mise à la retraite anticipée.

très étroits, l'ARPS signale qu'elle a de la peine à s'imposer en tant qu'interlocuteur auprès des cantons alémaniques. Ainsi, contrairement à la Suisse romande et au Tessin, la réalisation de projets de promotion de santé dans les régions alémaniques n'a jusqu'à maintenant pas été possible. Un tel projet, l'INKA, visant à étendre la promotion de la santé en entreprise à plusieurs cantons, est cependant en phase de démarrage. Les cantons de Zurich, d'Argovie et de Zoug ont assuré leur participation au projet.

2. Le Dispositif intercantonal de prévention et de promotion de la santé (DiPPS)

En matière de promotion de la santé et de prévention, la collaboration entre les cantons de Suisse latine a lieu au sein de la Conférence romande des affaires sanitaires et sociales (CRASS). Depuis l'an 2000, le groupe de travail permanent «Dispositif intercantonal de prévention et de promotion de la santé» (DiPPS), doté d'un budget intercantonal et d'un secrétariat propre, travaille au service de la promotion de la santé et de la prévention. Une telle structure favorise un engagement politique plus important pour la réalisation de mesures dans ces domaines. En plus de sa fonction de coordination au sein de la Suisse latine, le DiPPS assure la mise en réseau de la Suisse latine avec les cantons alémaniques en tant que sous-groupe régional

de l'Association suisse des responsables cantonaux de la promotion de la santé (ARPS).

Le nombre de projets que le DiPPS réalise sur mandat de la CRASS est remarquable (voir tableau 14). Les thèmes vont du dépistage précoce du cancer du sein à la prévention des accidents, de la grippe à l'alcoolisme, de la santé des jeunes à l'alimentation et à l'activité physique.

L'action conjointe de la CRASS et du DiPPS montre quels éléments sont décisifs pour une collaboration intercantonale fructueuse dans le domaine de la promotion de la santé et de la prévention: le rayon d'action et la marge de manœuvre des responsables cantonaux de la promotion de la santé sont d'autant plus grands que le/la responsable est bien intégré/e dans les organes intercantonaux et que le lancement de projets bénéficie du soutien politique des ministres cantonaux des départements concernés. Une telle intégration de la promotion de la santé et de la prévention dans les structures existantes, au niveau du gouvernement et de l'administration, peut de surcroît augmenter l'engagement politique des décideurs en leur faveur. Afin d'encourager la collaboration régionale, il est en outre essentiel que les projets intercantonaux répondent aux priorités fixées par les cantons. Le projet «50+ santé» montre qu'un tel processus prend certes beaucoup de temps, mais que cela en vaut la peine.

Tableau 14 : Promotion de la santé et prévention en Suisse latine dans le cadre de la CRASS

50+santé: pour des informations supplémentaires voir l'encadré

Dépistage du cancer du sein par mammographie: Accord-cadre intercantonal et programme FR/GE/JU/VD/VS. Objectifs: édition d'une brochure commune destinée au public et position commune des cantons concernés face aux assureurs-maladie en ce qui concerne la requête de financement de la mammographie par la LAMal

«PIPADES»: programme de prévention des cantons de GE, TI et VD, des accidents domestiques chez les enfants âgés de 0 à 5 ans.

Fourchette verte: programme intercantonal de la Suisse romande pour une alimentation saine dans les restaurants ainsi que dans les écoles et les cantines d'entreprises

Allez Hop: campagne nationale d'activité physique de l'Office fédéral du sport en collaboration avec Promotion Santé Suisse, Swiss-olympic et santésuisse (depuis 1996). Les cantons de Suisse romande ont créé leur propre organe de coordination pour ancrer la campagne en Romandie.

Alco-ligne: ligne téléphonique des cantons de GE et VD, à disposition pour des questions et renseignements sur l'alcoolisme (0848 800 808; www.alco-line.ch)

CIAO.ch: page internet interactive destinée aux jeunes, concernant des questions sur la santé (www.ciao.ch). Le projet est soutenu financièrement dans le cadre de la CRASS par tous les départements de la santé de Suisse romande ainsi que par l'OFSP.

Vaccination contre la grippe: participation des cantons romands à la campagne nationale contre la grippe de l'OFSP

En préparation

Dépendance aux jeux de hasard: collaboration des cantons romands concernant le financement de mesures de prévention dans le domaine de la dépendance aux jeux de hasard (dès 2007)

Etude d'impact sur la santé: mise au point d'instruments spécifiques par les cantons de GE, JU et TI

3. Promotion Santé Suisse

La promotion de la santé est ancrée au niveau fédéral dans l'article 19 de la loi sur l'assurance-maladie de 1994. Les assureurs et les cantons ont chargé la fondation Promotion Santé Suisse de mettre en œuvre des mesures de promotion de la santé (voir le chapitre 6.3.2). La tâche de surveillance de la Fondation revient au Conseil fédéral. Un objectif de la fondation est de renforcer la promotion de la santé au niveau cantonal. Pour l'instant, elle finance neuf projets cantonaux dont la plupart sont réalisés en Suisse romande (voir tableau 15).

Selon une évaluation de Promotion Santé Suisse exécutée sur mandat du Conseil fédéral dans le cadre de son mandat de surveillance, les cantons romands critiquent notamment le fait que la fondation définit des objectifs et des priorités sans tenir compte des priorités fixées par les cantons.⁵⁴ La collaboration entre les cantons de Suisse alémanique et de la fondation n'en est encore qu'à ses débuts, ce qui explique qu'ils ne sont pas représentés dans les résultats de l'évaluation.

Une collaboration non systématique en Suisse alémanique

La collaboration intercantonale en Suisse alémanique dans le domaine de la promotion de la santé et de la prévention est plus difficile. Une forme de collaboration telle qu'elle existe entre la CRASS (niveau gouvernemental) et le DiPPS est inexistante: les conférences régionales des

directeurs sanitaires de Suisse alémanique ne travaillent guère avec les sous-groupes régionaux alémaniques de l'Association suisse des responsables cantonaux de la promotion de la santé (ARPS).

Le projet de créer un bureau pour la promotion de la santé en Suisse centrale a été rejeté en 2003 par les membres du groupe spécialisé « Santé » de la Conférence des directeurs des affaires sanitaires et sociales de Suisse centrale. Il reste des petits groupes isolés comme le groupe de travail prévention de Suisse centrale (ZAP).

La grande disparité des moyens financiers et en personnel entre les cantons pourrait bien expliquer l'absence de collaboration régionale dans ce domaine. En outre, en raison de conditions économiques et sociales différentes, les besoins de la population ainsi que la définition de la demande en prestations et des offres dans le domaine de la promotion de la santé et de la prévention varient très fortement d'un canton alémanique à l'autre. Le projet intercantional INKA (promotion de la santé en entreprise) mentionné plus haut constitue peut-être le premier pas vers une collaboration accrue entre cantons de Suisse alémanique.

Obwald et Nidwald sont les seuls cantons qui gèrent depuis 2001 un bureau supracantonal de promotion de la santé et de prévention avec le soutien de Promotion Santé Suisse. Au niveau politique, ce bureau a pour objectif d'ancrer la promotion de la santé dans les deux cantons et de développer une politique commune en la matière. Le bureau cherche aussi à développer un réseau reliant les communes afin d'améliorer la qualité de vie de leurs habitants et de mettre en place des mesures relatives au thème « migration et santé ».

54 Office fédéral de la santé publique: Evaluation de la fondation Promotion Santé Suisse. Rapport établi par PriceWaterhouseCoopers, avril 2005, p. 145-146.

Tableau 15: Collaboration entre Promotion Santé Suisse et les cantons

Projets cantonaux soutenus par une contribution financière de Promotion Santé Suisse

Fribourg	Education familiale
Genève	Promotion communautaire de la santé et de la qualité de vie
Jura	Implémentation conjointe du développement durable, de la promotion de la santé et de l'aménagement du territoire
Saint-Gall	Quarz – cercle de santé dans le quartier
Valais	Résumé du rapport sur la santé du canton du Valais
Valais	Transformation des hôpitaux valaisans en hôpitaux promoteurs de santé

Projets intercantonaux en promotion de santé avec une contribution financière de Promotion Santé Suisse

Cantons de la Suisse latine	Projet « 50+ santé » – Promotion de la santé chez les personnes de plus de 50 ans
Cantons d'Obwald et de Nidwald	Bureau supracantonal de promotion de la santé et prévention
Cantons de St-Gall, Thurgovie, Zoug et Zurich	Collaboration intercantonale pour la promotion de la santé en entreprise (INKA)
Au niveau suisse	Association suisse des responsables cantonaux de la promotion de la santé (ARPS)

Source: page internet de Promotion Santé Suisse www.promotionsanté.ch (mars 2006)

Collaboration intercantonale dans le secteur des soins

De par les compétences législatives étendues des cantons dans le domaine de la santé, le système de santé helvétique s'est construit de manière décentralisée. C'est dans le secteur des soins hospitaliers en particulier (y compris les polycliniques) que les cantons ont massivement injecté des moyens financiers après la seconde guerre mondiale et ont concentré leurs efforts de planification intra et intercantonale. Au niveau suisse les cantons coopèrent dans le cadre de la CDS en ce qui concerne la loi fédérale sur l'assurance-maladie. A l'exception de Tarmed, du projet SwissDRG et de la concentration de la médecine de pointe, il n'y a pas de projets de coordination dans le secteur des soins auxquels plusieurs cantons participeraient avec des objectifs politiques communs. La collaboration est au contraire plutôt ponctuelle et sporadique dans ce secteur.

Les paragraphes suivants décrivent quelques facettes de la collaboration intercantonale au niveau suisse pour ter-

miner sur les développements plus récents de la coopération au niveau régional.

Bref retour en arrière

Les cantons n'ont pas attendu l'entrée en vigueur de la loi sur l'assurance-maladie (LAMal) en 1996 pour planifier et coordonner leurs offres de soins stationnaires. Depuis des dizaines d'années, les cantons coordonnent leur offre hospitalière par la conclusion de nombreuses conventions bilatérales avec le but de fournir des prestations de soins optimales à leur population. Ces conventions sont principalement des accords bilatéraux qui règlent les domaines suivants : l'achat et la vente de prestations de soins, la gestion en commun d'hôpitaux sur deux sites, la planification de centres hospitaliers intercantonaux, la création de régions sanitaires, la coordination de certaines prestations de la médecine hautement spécialisée, les critères de qualité dans les hôpitaux de soins aigus, l'harmonisation des tarifs hospitaliers, les séjours hospitaliers hors canton. A la suite de l'importante augmentation des coûts dans ce

Réseau suisse des hôpitaux promoteurs de santé

> www.healthhospitals.ch

Le réseau des hôpitaux promoteurs de santé est un projet de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) qui repose sur la vision de la charte d'Ottawa de 1988. Il a pour objectif de développer une médecine dont la mission est de maintenir la population dans un bon état de santé (salutogénèse) et de compléter ainsi la médecine curative centrée sur la maladie (pathogénèse).

Fondé en 1999, le Réseau suisse des hôpitaux promoteurs de santé (Swiss Network of Health Promoting Hospitals, a Network of WHO) compte, en 2005, 24 membres couvrant plus de 50 sites hospitaliers dans les 3 régions linguistiques de Suisse. Il a créé une procédure de label pour distinguer les hôpitaux qui intègrent la promotion de la santé dans une politique conséquente, ciblée sur les collaboratrices et les collaborateurs ainsi que sur les patients. 9 des 24 membres ont obtenu cette distinction particulière de qualité (liste de ces hôpitaux sur le site internet).

Un hôpital qui revendique le label « Hôpital promoteur de santé Membre du réseau suisse, un réseau de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) » doit, remplir les conditions suivantes :

- entamer une démarche de développement de l'ensemble de l'organisation hospitalière (intégration de la promotion de santé dans la politique de soins de l'institution et de sa mission, communication interne et externe, promotion de la santé en faveur des collaboratrices et collaborateurs, promotion de la santé en faveur des malades et de leurs proches) ;
- devenir un hôpital sans fumée ;
- faire une liste des projets ou des activités existantes sur la promotion de santé, dont deux sont évalués par la Commission d'experts.

Le label est valable pour une durée de quatre ans lors d'une première demande ou de 5 ans lors d'un renouvellement. Il fait l'objet d'une évaluation intermédiaire.

Sur la base de l'exemple suisse, l'OMS a préparé en 2004 un catalogue de critères pour l'évaluation des activités de promotion de santé à l'hôpital avec la participation de deux représentants suisses.

domaine, les cantons ont renforcé la coordination intercantonale dans le secteur des soins hospitaliers dans les années 1970 déjà (voir encadré : Institut suisse des hôpitaux (ISH) – 1972-1996).

La loi sur l'assurance-maladie (LAMal) a donné de nouvelles impulsions à la coordination intercantonale dans le secteur hospitalier dès le milieu des années 1990 en évoquant à son article 39 la possibilité de planification hospitalière coordonnée entre les cantons (alinéa d)⁵⁵.

La Commission « Application de la LAMal » de la CDS a tenu compte en 1997 de l'article 39 de la LAMal en émettant la recommandation suivante : « Les cantons colla-

borent à l'établissement de la planification, notamment pour les prestations qui ne sont pas offertes dans chaque canton. Dans tous les cas, les planifications doivent être harmonisées et coordonnées entre elles, au minimum celles qui concernent les hôpitaux. S'agissant de la prise en charge des régions frontalières, la conclusion d'accords bi- ou multilatéraux doit être encouragée ».

Collaboration intercantonale au niveau suisse

La coordination et la collaboration dans le secteur des soins se fait actuellement de deux manières au niveau suisse : d'un côté, les cantons collaborent entre eux au sein de la CDS ; de l'autre, ils collaborent dans le cadre de projets avec les autres acteurs de la santé, les hôpitaux, les assureurs-maladie et la Confédération. Ces diverses tentatives de coordination remportent des succès variables.

Collaboration entre les cantons au sein de la CDS

La collaboration des cantons dans le secteur des soins au sein de la CDS porte sur les thèmes suivants : la réduction des primes, le financement des soins de longue durée, Tarmed, le financement hospitalier, la planification hospitalière, la coordination de la médecine de pointe, la répartition des risques entre assureurs-maladie, la liberté de contracter et la carte de patient. Concrètement, les cantons élaborent un fil rouge en matière de planification hospitalière orientée sur l'efficacité des prestations et également en matière de planification de la psychiatrie et de la réhabilitation.

Contrôle des médicaments : si l'on prend l'exemple du contrôle des médicaments, la convention intercantonale sur le contrôle des médicaments et son application représentaient un succès de la collaboration intercantonale même si aujourd'hui ce secteur est passé au sein de la compétence de la Confédération.

Contributions cantonales pour les établissements de santé privés d'utilité publique : il en a été tout autrement de la « Convention intercantonale sur les contributions cantonales pour les établissements de santé privés d'utilité publique » (bains thermaux publics, institution pour épileptiques, sanatoriums, centres pour paraplégiques). Bien qu'approuvée par la CDS, elle avait échoué auprès des cantons en 1955 puisque seul trois cantons sur les 6 nécessaires l'avaient ratifiée. Aujourd'hui les cantons contribuent financièrement aux activités de quelques organisations suisses (voir le tableau 16 : Institutions de santé suisses cofinancées par les cantons).

Institut suisse des hôpitaux (1972-1996)

Entre 1972 et 1996, les cantons ont exploité l'Institut suisse des hôpitaux (ISH). Face au développement massif des structures hospitalières et de l'augmentation des coûts, cet institut devait non seulement fournir la documentation et l'information, mais également s'occuper des domaines tels que la planification hospitalière, l'économie d'entreprise, le personnel, la construction, les hôpitaux, l'analyse et la recherche. Au fil des années, d'autres associations et organisations ont rejoint l'institut comme l'Association suisse des infirmières et infirmiers (ASI) ou le concordat des caisses-maladie suisses (CCMS, actuellement santésuisse) de même que plusieurs grandes villes. En 1993, l'institut fut renommé « Institut suisse de la santé publique et des hôpitaux » (ISH). Il fût supprimé en 1996 avec l'agrandissement du secrétariat central de la CDS.

55 Art. 39 Hôpitaux et autres institutions

1 Les établissements et celles de leurs divisions qui servent au traitement hospitalier de maladies aiguës ou à l'exécution, en milieu hospitalier, de mesures médicales de réadaptation (hôpitaux) sont admis s'ils :

a. garantissent une assistance médicale suffisante ;
b. disposent du personnel qualifié nécessaire ;
c. disposent d'équipements médicaux adéquats et garantissent la fourniture adéquate des médicaments ;
d. correspondent à la planification établie par un canton ou, conjointement, par plusieurs cantons afin de couvrir les besoins en soins hospitaliers, les organismes privés devant être pris en considération de manière adéquate ;
e. figurent sur la liste cantonale fixant les catégories d'hôpitaux en fonction de leurs mandats.

2 Les conditions fixées à l'al. 1, let. a à c, s'appliquent par analogie aux établissements, aux institutions et à leurs divisions qui prodiguent des soins semi-hospitaliers.

3 Les conditions fixées à l'al. 1 s'appliquent par analogie aux établissements, aux institutions et à leurs divisions qui prodiguent des soins, une assistance médicale ainsi que des mesures de réadaptation à des patients pour une longue durée (établissements médico-sociaux).

Tableau 16 : Institutions de santé suisses cofinancées par les cantons (sélection)

Conférence suisse des directrices et des directeurs cantonaux de la santé (CDS)	Depuis 1919
Croix-Rouge Suisse	Depuis 1965
Centre national pour les intoxications alimentaires	Depuis 1969
Institut suisse des hôpitaux (ISH)	1972-1996
Centrale contre la rage de l'université de Berne	Depuis 1991
Observatoire national suisse de la santé (Obsan)	Depuis 1999
Conférence universitaire suisse (CUS) : financement par les cantons universitaires et la Confédération	Depuis 2001
Conférence des recteurs : financement par les cantons universitaires et la Confédération	Depuis 2001
Organe d'accréditation et d'assurance qualité : financement par les cantons universitaires et la Confédération	Depuis 2001

Source : Andreas MINDER : 1919-1994 – 75 ans de la CDS. Notes sur l'histoire de la Conférence des directeurs des affaires sanitaires. CDS, Berne, 1994.

Coordination et concentration de la médecine hautement spécialisée : quant au sort du projet de « Convention inter-cantonale relative à la coordination et concentration de la médecine hautement spécialisée », il est plus incertain que jamais. Approuvée fin 2004 en assemblée plénière de la CDS, la convention doit être ratifiée jusqu'au début 2006 par au moins 17 cantons, dont obligatoirement tous les cantons universitaires. Or le canton de Zurich s'y est opposé.

Collaboration entre cantons, hôpitaux suisses et acteurs privés

Les cantons collaborent au niveau suisse également avec les acteurs privés du secteur de la santé.

Le système de rémunération des prestations hospitalières – SwissDRG : L'abréviation SwissDRG se rapporte à un système de rémunération qui indemnise les cas de traitement en fonction de groupes de diagnostics (DRG = Diagnosis Related Groups). La CDS a joué un rôle central dans la fondation de l'association SwissDRG laquelle existe depuis 2004. Le but de l'association est d'adapter aux conditions helvétiques le modèle allemand de rémunération G-DRG (pour German Diagnosis Related Groups) pour l'introduire dans tous ses hôpitaux. Le système doit inciter à une meilleure efficacité économique et permettre de comparer les prestations entre hôpitaux. Les économistes en santé en attendent aussi des données qui permettront de mieux piloter les hôpitaux.

Outre la CDS, l'Association SwissDRG regroupe tous les acteurs principaux de la santé : la Fédération des médecins suisses (FMH), H+ Les hôpitaux de Suisse, santésuisse, la Commission des tarifs médicaux LAA, les représentants fédéraux de l'assurance militaire et de l'assurance-invalidité. L'Office fédéral de la statistique (OFS), l'Office fé-

déral de la santé publique (OFSP) et l'Association suisse des infirmières et infirmiers (ASI) collaborent également au projet.

Dans la perspective d'une politique nationale de la santé, le potentiel de SwissDRG réside dans le fait qu'il facilite des comparaisons entre hôpitaux non seulement à l'intérieur d'un canton mais aussi au niveau régional et suisse. Il peut ainsi devenir un véritable instrument de planification hospitalière. Les chances pour l'introduction en Suisse d'un tel modèle SwissDRG semblent bonnes.

Garantie de la qualité dans les hôpitaux suisses : La loi sur l'assurance-maladie exige que la qualité des prestations hospitalières soit garantie et encouragée. En juillet 2000, les deux associations nationales des hôpitaux et des assureurs maladie, H+ et santésuisse, ont fondé conjointement le « Service national de coordination et d'information pour la promotion de la qualité » (CIQ) afin de s'atteler de manière coordonnée au problème de la garantie de la qualité dans les hôpitaux. En 2004, la CIQ a été transformée en une société simple : la « Société pour l'assurance qualité dans les établissements de santé ». H+ (hôpitaux), santésuisse (assureurs-maladie), les assureurs-accidents, l'assurance militaire (AM) et l'assurance invalidité (AI) sont les instances responsables de la société nouvellement fondée. L'OFSP et la CDS sont représentés à titre d'observateurs dans les organes de la société. Son objectif premier consiste à promouvoir activement l'introduction progressive, à l'échelle nationale, de mesures des résultats dans le secteur hospitalier de la médecine somatique, de la réadaptation et de la psychiatrie. La société souhaite associer à son travail les partenaires du système de santé et les cantons.

Collaboration intercantonale au niveau régional

Avec l'adoption de la LAMAL, de nouvelles tendances en matière de collaboration intercantonale se font jour dans le secteur des soins au niveau régional et au niveau suisse. Il n'en va plus seulement de l'achat et de la vente de services et de prestations, mais :

- de la création d'hôpitaux intercantonaux
- de l'établissement de services ambulatoires ou stationnaires communs à une région donnée
- de premières approches en vue d'une planification hospitalière régionale

H+ : la collaboration entre les hôpitaux suisses

Les hôpitaux suisses trouvent à l'interface entre l'espace public et privé du système sanitaire helvétique. Leurs structures d'entreprise et leurs bases juridiques sont très diverses : hôpitaux de droit public, hôpitaux privés, hôpitaux transformés en société par actions, hôpitaux avec mandat public et enveloppe budgétaire, hôpitaux cantonalisés ou en voie de l'être, hôpitaux gérés par des communes ou des districts, homes et établissements médico-sociaux et enfin, hôpitaux ne figurant pas sur la liste hospitalière des cantons. A ces différences de statut viennent s'ajouter leurs différentes affectations : soins aigus, somatiques, soins psychiatriques, soins de longue durée, soins de réhabilitation, médecine hautement spécialisée, formation universitaire.

Afin de défendre leurs quelques intérêts communs, les hôpitaux suisses se sont réunis en une association faîtière : H+ Les Hôpitaux de Suisse. H+ représente environ 400 hôpitaux et homes en tant que membres actifs et 250 institutions, entreprises et personnes physiques à titre de membres partenaires. Son objectif est d'apporter un soutien aux hôpitaux et homes confrontés aux actuels changements de structures.

Au niveau régional, l'Association des hôpitaux de la Suisse du Nord-ouest (« Vereinigung Nordwestschweizer Spitäler » VNS) a été fondée en 2004. Les hôpitaux privés et publics de Bâle-Ville de même que les hôpitaux privés du canton de Bâle-Campagne en sont membres. Le fait que les hôpitaux publics du canton de Bâle-Campagne n'y aient pas adhéré est symptomatique des divergences qu'il peut y avoir entre les hôpitaux publics et les cantons qui ont un rôle de mandataire public et de responsable financier.

- de la comparaison des données statistiques dans le secteur de la santé (données de santé régionales, coûts hospitaliers).

Quatre des projets listés dans le tableau sont présentés ci-dessous. D'autres informations se trouvent dans les neuf portraits cantonaux présentés dans le volume 2.

Vaud/Genève : Réseau romand hospitalo-universitaire de la transplantation

Dans le cadre d'un accord, le Comité de l'association Vaud-Genève a créé en 2004 le Réseau romand hospitalo-universitaire de la transplantation. Les transplantations pulmonaires et cardiaques s'effectuent à Lausanne, celles des intestins et du foie à Genève et les transplantations des reins ont lieu aussi bien à Lausanne qu'à Genève. La création du Réseau est étroitement liée à l'objectif de la CDS visant à coordonner la médecine hautement spécialisée et à la concentrer en Suisse dans les cinq hôpitaux universitaires.

CDS-Est : Planification intercantonale dans le domaine de la réadaptation

En raison de la disparité géographique de l'offre et demande en Suisse orientale dans le domaine de la réadaptation, les huit cantons membres de la CDS-EST ont décidé en 2002 de coordonner l'offre de soins de réadaptation dans le cadre d'un projet commun. L'objectif du projet est de garantir de manière coordonnée, l'approvisionnement quantitatif et qualitatif en soins hospitaliers dans le domaine de la réadaptation. Ce projet de planification intercantonale des besoins est le premier du genre en Suisse. S'agissant du domaine de la réadaptation, les points suivants doivent être clarifiés : la conception de la prise en charge médicale, les besoins en prestations, l'offre de prestations existante, la comparaison entre les besoins et l'offre des prestations, les mandats de prestations nécessaires pour garantir la prise en charge hospitalière, les instruments de pilotage.

Argovie/Berne/Soleure/Zurich : « Garantie de la qualité dans les hôpitaux de soins aigus »

Dans le cadre de l'introduction d'un budget global, les cantons d'Argovie, de Berne, Soleure et Zurich souhaitent mesurer la qualité des résultats de leurs hôpitaux de soins aigus. L'objectif du projet est d'introduire une conception de la qualité liée aux résultats et d'établir des valeurs de référence permettant de faire des comparaisons entre hô-

Tableau 17 : Exemples de collaboration intercantonale dans le secteur hospitalier

(projets listés par ordre chronologique)

Cantons	Projet	Date de réalisation
Hôpitaux communs entre deux cantons		
Fribourg, Vaud	Hôpital intercantonal dans la Broye sur deux sites (Estavayer-le-Lac et Payerne)	1998
Vaud, Valais	Centre hospitalier intercantonal du Chablais sur deux sites (Aigle et Monthey)	1998
Bâle-Ville, Bâle-Campagne	Hôpital de l'enfance commun sur deux sites	1999
Vaud, Valais	Projet de Centre hospitalier unique et intercantonal Riviera/Chablais	2011
Régions hospitalières supracantonales		
Bâle-Campagne, Soleure	Convention hospitalière : libre-passage intégral pour les habitants des deux cantons. Les deux cantons constituent ainsi de facto une région hospitalière intégrale.	1998
Bâle-Ville, Bâle-Campagne	Listes communes d'hôpitaux pour les soins stationnaires somatiques aigus	1998
CDS-Est	Planification intercantonale dans le domaine de la réadaptation	2002
Lucerne, Obwald, Nidwald	Déclaration d'intention (signée en 2004) : création d'une région hospitalière commune	2020
Argovie, Bâle-Ville, Bâle-Campagne, Jura, Soleure	Intensification de la collaboration intercantonale en vue de la création d'une région sanitaire du Nord de la Suisse	En préparation
Services sanitaires communs		
Uri, Schwyz	Collaboration en matière de psychiatrie ambulatoire de l'enfance et de l'adolescence	2003
Argovie, Berne, Soleure, Zurich	Garantie de la qualité dans les hôpitaux de soins aigus	2003
Vaud, Genève	Réseau romand hospitalo-universitaire de la transplantation	2004
Vaud, Valais	Accord-cadre sur l'utilisation conjointe de services (médecine légale, chirurgie cardiaque, médecine du travail, promotion de la santé et prévention, statistiques de santé)	
Obwald, Nidwald	Gestion commune des services économiques, techniques et du service du personnel par les deux hôpitaux cantonaux. Il est prévu de créer un Service chirurgical commun.	2004
CRASS	Mandat donné à l'Obsan de faire un rapport de santé régional pour la Suisse romande	2004

pitaux de leur canton. Dans ce but, les cantons ont adhéré à l'association Outcome, organisation sans but lucratif sise à Zurich. Les mesures de la qualité sont financées à raison de 50 pour cent par les cantons et de 50 pour cent par les assureurs-maladie.

Collaboration intercantonale pour le relevé de données statistiques de santé

Les services statistiques cantonaux et des villes relèvent des données sur le système de santé et sur l'état de santé de la population en particulier sur : les médecins, les dentistes, les pharmaciens, les hôpitaux, les établissements médico-sociaux, les soins à domicile, les patients, les coûts

du système de soins; les maladies, la mortalité, les causes de mortalité, l'espérance de vie et les stupéfiants. Au niveau suisse, les services statistiques sont réunis au sein de la Conférence suisse des offices régionaux de statistique CORSTAT et collaborent entre eux et avec la Confédération lorsqu'il s'agit de relevés statistiques fédéraux auxquels les cantons sont légalement obligés de collaborer. En outre, certains cantons ont fait établir ces dix dernières années des rapports sur la santé de leur population afin de mieux piloter leur planification sanitaire. Les données statistiques sont celles qu'a fournies l'enquête suisse sur la santé en 1993, 1997 et 2002. Moyennant une participation financière plus élevée, les cantons ont la possibi-

lité d'élargir leur échantillon cantonal afin d'obtenir des données cantonales plus précises. Le tableau ci-dessous donne une vue d'ensemble des cantons qui ont demandé un élargissement de leur échantillon cantonal.

Tableau 18: Cantons ayant demandé un élargissement de leur échantillon cantonal lors des trois enquêtes suisses sur la santé de 1993, 1997 et 2002

Enquête suisse sur la santé	Cantons ayant demandé un élargissement de leur échantillon cantonal
1993	Argovie, Berne, Bâle-Ville, Fribourg, Genève, Vaud, Valais, Zurich
1997	Argovie, Berne, Genève, Tessin, Vaud, Valais, Zurich
2002	Argovie, Berne, Bâle-Ville, Bâle-Campagne, Fribourg, Genève, Jura, Lucerne, Neuchâtel, St-Gall, Soleure, Tessin, Vaud, Valais, Zoug, Zurich

En ce qui concerne l'évaluation des données de l'enquête suisse sur la santé de 2002, les cantons alémaniques ont opté pour la voie individuelle. Les cantons de Bâle-Campagne⁵⁶, Bâle-Ville⁵⁷, Berne⁵⁸, Lucerne⁵⁹ et St-Gall⁶⁰ ont chacun mandaté l'Obsan pour réaliser leur rapport cantonal spécifique. Le canton de Zoug⁶¹ a publié les résultats principaux dans une brochure cantonale; le canton de Soleure⁶² planifie un rapport santé et social en collaboration avec la Haute école de travail social; le canton de Zurich⁶³

a quant à lui mandaté l'Institut de médecine sociale et préventive de Zurich.

Les cantons latins ont pour leur part entrepris une démarche régionale. A l'initiative du DiPPS, la Conférence romande de l'action sociale et de la santé (CRASS) a mandaté l'Obsan de réaliser un rapport régional de santé pour les cantons de FR, GE, JU, NE, TI, VD et VS contenant également des indications spécifiques par canton. Le rapport fournit une analyse comparative de l'état de santé de la population, des comportements de santé, de l'utilisation des prestations de soins dans chacun des cantons. Les résultats sont mis en lien avec les stratégies de prévention existantes dans les cantons. Le rapport doit ainsi permettre une évaluation de l'efficacité des politiques cantonales de santé et de leur capacité à réagir aux besoins de la population.⁶⁴

Collaboration intercantonale dans le domaine de la protection de la santé

En tant qu'organe d'exécution pour l'application de plusieurs lois fédérales (lois sur les épidémies, loi sur les fabriques, etc.), les cantons ont étroitement collaboré entre eux et avec la Confédération en matière de protection de la santé dès le début du XX^e siècle. Aujourd'hui, il existe des réseaux intercantonaux bien établis au niveau suisse dans le domaine de la protection de la santé.

Association des médecins cantonaux de Suisse (AMCS)

Conformément à ses statuts, l'AMCS poursuit les objectifs suivants: information réciproque en matière de protection de la santé publique; discussion et traitement de problèmes communs; préparation de consultations et propositions concernant des problèmes communs d'importance nationale notamment à l'intention de la CDS, du DFI et de l'OFSP.

Association des pharmaciens cantonaux

L'Association des pharmaciens cantonaux est le partenaire privilégié de Swissmedic pour la mise en œuvre uniforme dans tous les cantons des décisions de l'Institut suisse des médicaments concernant l'autorisation de mise sur le marché de médicaments et la surveillance de ce marché. En 2002, le contrôle des médicaments a été réglé au ni-

56 Volkswirtschafts- und Sanitätsdirektion des Kantons Basel-Landschaft in Zusammenarbeit mit dem Schweizerischen Gesundheitsobservatorium (Hrsg.): Gesundheit im Kanton Basel-Landschaft. Ergebnisse aus der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2002. Neuenburg, 2005.

57 Schweizerisches Gesundheitsobservatorium, im Auftrag des Gesundheitsdepartements des Kantons Basel-Stadt: Gesundheit im Kanton Basel-Stadt. Ergebnisse aus der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2002. Neuenburg, 2005.

58 Troisième rapport sur la santé dans le canton de Berne, données statistiques et évaluation des résultats, Obsan sur mandat de la Direction de la santé publique et de la prévoyance sociale du canton de Berne (2006).

59 Gesundheits- und Sozialdepartement Luzern in Zusammenarbeit mit dem Schweizerischen Gesundheitsobservatorium: Gesundheit im Kanton Luzern. Ergebnisse aus der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2002. Neuenburg, 2005.

60 Gesundheitsdepartement des Kantons St. Gallen in Zusammenarbeit mit dem Schweizerischen Gesundheitsobservatorium: Gesundheit im Kanton St. Gallen. Ergebnisse aus der Schweizerischen Gesundheitsbefragung 2002. Neuenburg, 2005.

61 Kanton Zug, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium (Hrsg.): Gesundheit im Kanton Zug. Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, Ergebnisse und Massnahmen. Zug, 2004.

62 Amt für Soziale Sicherheit des Kantons Solothurn und Fachhochschule Solothurn Nordwestschweiz: Sozialbericht 2005.

63 Hämig, O., Bopp, M., Stähli, R. (2004): Konzept zur Gesundheitsberichterstattung im Kanton Zürich 2003-2007. Forschung und Dokumentation Nr. 25. Zürich: Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich.

64 Enquête suisse sur la santé: Exploitation intercantonale des données pour la Suisse romande et le Tessin (2005).

veau fédéral avec l'entrée en vigueur de la loi fédérale sur les médicaments et les dispositifs médicaux. L'Association des pharmaciens cantonaux a participé activement à l'élaboration de la nouvelle loi. La création de Swissmedic en tant que nouvelle autorité de la Confédération, témoigne de ce transfert de compétences des cantons à la Confédération. La nouvelle réglementation des compétences a nécessité de redéfinir le déroulement de nombreuses opérations entre la Confédération et les cantons. Ce processus est actuellement en cours.

Association des chimistes cantonaux de Suisse

Domaines de responsabilité: application de la loi fédérale sur les denrées alimentaires et les objets usuels; application de la loi fédérale sur le commerce des toxiques; mise en œuvre de certaines parties de l'ordonnance sur les substances dangereuses pour l'environnement; dans le domaine de la biosécurité, ordonnance sur l'utilisation confinée et sur la dissémination dans l'environnement; ordonnance cantonale sur les bains. Ces dernières années, l'association a mené différents projets:

- Utilisation des certificats d'exportation officiels pour les denrées alimentaires et les objets usuels (juin 2002)
- Interprétation de la notion de « traçabilité » par l'Association des chimistes cantonaux de Suisse (2003)
- Engagement en faveur d'une meilleure lisibilité de l'étiquetage des denrées alimentaires et précision des exigences légales minimales (2004)

Association Suisse des Vétérinaires Cantonaux

L'Association Suisse des Vétérinaires Cantonaux remplit prioritairement des tâches de mise en œuvre et de coordination dans les domaines de la législation sur les épizooties, les denrées alimentaires (hygiène des viandes) et la protection des animaux. Voici en particulier quelques exemples de tâches:

- Santé des animaux: prophylaxie et lutte contre les épizooties, paiements directs
- Hygiène des viandes: plans et autorisations d'exploiter des abattoirs, contrôles des viandes, inspections des entreprises d'exportation de viandes
- Protection des animaux: détention des animaux, expériences sur les animaux

Groupe d'échange intercantonal des services spécialisés en biotechnologie et en génie génétique (ERFA BIO)

ERFA BIO est le regroupement des services des 26 cantons et de la principauté du Liechtenstein s'occupant du domaine de la biosécurité. L'objectif du groupe d'échange est l'harmonisation de la mise en œuvre des mesures qui se fondent sur les lois suivantes: loi sur la protection de l'environnement, loi sur le génie génétique (LGG), ordonnance sur l'utilisation confinée, ordonnance sur la dissémination dans l'environnement, ordonnance sur les accidents majeurs.

Collaboration intercantonale dans le domaine de la formation des professions de la santé

Situation initiale

Les cantons ont une longue tradition de collaboration supra-régionale dans le domaine de la formation des professions de la santé. On distingue ici deux modes de coopération:

- En ce qui concerne la formation professionnelle des métiers de la santé, elle relevait de la compétence exclusive des cantons jusqu'en 2004. Pour sa mise en œuvre, les cantons ont développé un système complexe de concordats intercantonaux et d'organes de coordination.
- En matière de formation universitaire des médecins, la coopération des cantons va au-delà du système proprement dit des concordats intercantonaux. La formation universitaire représente un exemple classique de répartition des compétences et des tâches entre cantons et Confédération. Tandis que les cantons sont responsables des facultés de médecine, la Confédération règle depuis 1877 la reconnaissance des diplômes de médecine, garantissant ainsi une qualité identique de la formation en médecine pour toutes les régions de la Suisse. Depuis 2001, la planification stratégique de la formation tertiaire, y compris pour la formation en médecine, est faite au sein de la Conférence universitaire suisse (CUS). En raison de ses structures de décision gérées en commun par les cantons et la Confédération, cet organe d'un nouveau genre est considéré comme l'un des exemples les plus réussis de fédéralisme coopératif (voir à ce sujet le chapitre 6 « Collaboration entre Confédération et cantons »).

Indépendamment de la collaboration intercantonale, une centralisation des compétences au niveau fédéral a eu

lieu, aussi bien pour la formation universitaire que non universitaire. Il s'agit là d'une réponse aux défis auxquels le secteur de la formation doit faire face en raison de l'intégration de la Suisse dans le système européen de formation. Le premier déclencheur a été l'accord bilatéral que la Suisse a conclu en 1999 avec l'Union européenne en matière de libre circulation des personnes qui nécessitait l'adaptation des lois existantes helvétiques au droit européen. Le second déclencheur a été la signature par la Suisse tout comme par 29 autres pays européens de la Déclaration de Bologne en 1999 également par laquelle la Suisse s'engageait à mettre en œuvre les objectifs de la Déclaration jusqu'en 2010: l'harmonisation des structures d'étude en Europe (introduction d'un cycle d'étude à deux niveaux comprenant un diplôme bachelor et un diplôme master), l'amélioration de la reconnaissance des diplômes, la promotion de la mobilité et la promotion de la collaboration pour les questions de contrôle de la qualité.

Dans ce contexte, le processus de centralisation en matière de formation professionnelle se fonde sur les décisions suivantes:

1. **l'intégration des professions de la santé dans le système suisse de formation**: en 1999, la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) a décidé de procéder à une nouvelle classification des professions de la santé dans l'idée de les intégrer progressivement dans le nouveau système suisse de formation applicable aux autres professions. En particulier, la CDS s'est exprimée en 1999 en faveur de la tertiarisation des formations de diplôme en santé et d'un nouvel apprentissage professionnel au niveau secondaire II («assistante en soins et santé communautaire»).
2. **Elargissement des compétences fédérale à l'ensemble de la formation professionnelle en dehors des hautes écoles**: Avec la révision totale de la Constitution en 1999, les compétences fédérales ont été étendues à l'ensemble des formations professionnelles en dehors du domaine universitaire. Parallèlement au transfert des compétences au niveau national, beaucoup de cantons ont fait passer la responsabilité de la formation professionnelle dans le domaine de la santé des départements de la santé à ceux de l'instruction publique. Au niveau intercantonal, la Conférence suisse des directeurs cantonaux de l'instruction publique (CDIP), plus exactement la Conférence suisse des offices de la

formation professionnelle (CSFP) joue un rôle central – ce qui est nouveau – en lieu et place de la CDS.

3. **Elargissement de la compétence fédérale au domaine de la formation continue des professions médicales**: un nouveau processus de centralisation a eu lieu ces dernières années dans le domaine de la formation post-grade et continue des médecins. En raison de la pression internationale résultant des accords de Bologne (1999), l'impulsion décisive en faveur d'une réglementation au niveau fédéral de la formation continue des médecins est venue des cantons eux-mêmes. Pour cette raison, la loi fédérale du 19 décembre 1877 concernant l'exercice des professions de médecin, de pharmacien et de vétérinaire dans la Confédération suisse sera remplacée par la nouvelle loi sur les professions médicales universitaires (LPMéd) à laquelle les cantons ont participé activement. L'entrée en vigueur de la LPMéd est prévue pour 2008 (voir chapitre 6.3.5 et le portrait de la politique de santé de la Confédération).

Les deux prochains paragraphes mettent en évidence deux aspects de la collaboration dans le secteur de la formation: la longue collaboration dans le domaine de la formation professionnelle des métiers de la santé de même que les différences d'approches entre la Suisse romande et la Suisse alémanique.

La formation professionnelle des métiers de la santé: une longue collaboration

Depuis les années 1970 déjà, les cantons ont collaboré étroitement en vue de réglementer la formation non universitaire des métiers de la santé.⁶⁵ La Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé a alors joué le rôle d'organe politique de coordination détenant la compétence d'édicter des règles de droit. Jusqu'en 2004, elle était responsable en particulier de la réglementation de la formation et de la reconnaissance de toutes les professions de la santé non universitaires.⁶⁶ Dans une convention conclue avec la Croix Rouge Suisse (1976), les cantons

⁶⁵ Voir à ce sujet la liste des concordats intercantonaux dans le domaine de la santé (Annexe ...)

⁶⁶ Pour la mise en œuvre de l'«Accord intercantonal sur la reconnaissance des diplômes de fin d'études» (1993), la CDS et la CDIP ont la compétence de fixer des règles de droit. De plus, les deux actes promulgués par la CDS «Ordonnance sur la reconnaissance des diplômes étrangers de fin d'études» (1997) et «Ordonnance sur la reconnaissance des diplômes cantonaux de fin d'études dans le domaine de la santé en Suisse» (1999) ainsi que l'«Ordonnance sur la reconnaissance des diplômes cantonaux délivrés par les HES dans le domaine de la santé» (2001) sont juridiquement contraignants.

avaient conféré à celle-ci la légitimité juridique de régler et de surveiller les professions de la santé, un rôle qu'elle jouait déjà depuis des décennies.⁶⁷ En 1925, elle avait arrêté les premières directives concernant la formation des infirmières. Depuis 1965, les cantons soutenaient financièrement la Croix Rouge Suisse dans l'accomplissement de sa mission de formation professionnelle des métiers de la santé. Depuis 2004, la formation professionnelle des métiers de la santé est du ressort de la Confédération. Le rôle de la CRS doit être repensé à la suite de ce transfert.

Le caractère suprarégional de la collaboration en matière de formation professionnelle s'exprime notamment par le fait que la plupart des conventions intercantionales portant sur la formation des métiers non universitaires de la santé étaient signées par plusieurs cantons. Ce domaine se démarque donc de celui de la prise en charge sanitaire ou de la promotion de la santé où les conventions régionales ou suprarégionales n'existent pratiquement pas et où dominent les accords bilatéraux entre cantons.

En tant qu'organe de coordination intercantonale, la CDS a pris des décisions indiquant la bonne direction en ce qui concerne l'intégration de la formation des métiers de la santé dans le nouveau système suisse de la formation.

Le passage de la formation professionnelle des métiers de la santé dans la sphère de compétence de la Confédération a nécessité entre 1999 et 2004, une étroite collaboration entre ces deux niveaux. A cet effet, la Confédération et les cantons ont constitué un organe de projet commun « Transition » (voir aussi à ce sujet chapitre 6: Collaboration entre cantons et Confédération).

Lorsque l'intégration de la formation professionnelle des métiers de la santé dans le nouveau système suisse de la formation aura été réalisée, la responsabilité de ce domaine passera à la CDIP qui, en tant qu'organe de coordination intercantonal, sera l'interlocuteur de la Confédération en matière de réglementation de la formation professionnelle des métiers de la santé. A l'avenir, la CDS s'engagera dans ce domaine par le biais de l'organisation faîtière des métiers de la santé (ORTRA faîtière santé).

Organisation des formations HES: approches différentes de la Suisse romande et de la Suisse alémanique

La formation non universitaire des professions de la santé

⁶⁷ Convention entre les cantons et la Croix Rouge Suisse concernant la formation professionnelle du personnel soignant, du personnel médico-technique et du personnel médico-thérapeutique (en vigueur depuis 1976).

Tableau 19: Mesures prises par la CDS dans le domaine de la formation professionnelle des métiers de la santé (Sélection)

1999	Décision concernant le nouveau système suisse de la formation des professions de la santé: tertiarisation des formations exigeant un diplôme; apprentissage professionnel au niveau secondaire II
2000	Adoption du profil des HES santé (remanié en 2004)
2001	Ordonnance de la CDS concernant la reconnaissance des diplômes cantonaux délivrés par les HES
2001	Intégration des professions médico-techniques et médico-thérapeutiques dans le nouveau système suisse de la formation
2002	Adoption de l'ordonnance sur la formation d'assistant-e en soins et santé communautaire
2002	Adoption des prescriptions révisées pour la formation d'infirmier/d'infirmière diplômée (suppression des deux niveaux de diplôme de 1992)
2004	Adoption du profil remanié des HES santé. La solution choisie par les Romands a fait l'objet d'une déclaration de force obligatoire.
2004	Décision concernant le positionnement de la physiothérapie et de l'ergothérapie exclusivement au niveau des hautes écoles spécialisées
2004	Création de filières de formation HES dans le domaine des soins
2005	Décisions concernant l'intégration des professions de la santé dans le nouveau système suisse de la formation: Ecole professionnelle supérieure: technicien-ne en analyses biomédicales, hygiéniste dentaire HES (dès 2009): sage-femme, diététicien-ne

de niveau tertiaire (filières HES) fait actuellement l'objet d'une réforme de fond en comble. Afin de satisfaire à la demande croissante de forces de travail qualifiées et de faciliter la reconnaissance internationale des diplômes de fin de formation, la plupart de ces formations professionnelles supérieures sont restructurées et intégrées dans les « Hautes écoles spécialisées » (HES).

Jusqu'à maintenant, le domaine des hautes écoles spécialisées est le seul dans lequel les cantons opèrent une planification régionale. Mais celle-ci n'a pas été effectuée de manière délibérée et il a fallu que la loi fédérale sur les HES de 1995 oblige les cantons à regrouper dans 7 hautes écoles spécialisées régionales leurs 28 écoles d'ingénieurs (écoles techniques supérieures ETS), leurs 21 écoles supérieures de cadres pour l'économie et l'administration et leurs 9 écoles supérieures d'arts visuels et des arts appliqués, offrant au total environ 200 filières de formation. Il

est vraisemblable que les travaux de réforme de la péréquation financière et de la répartition des tâches entre la Confédération et les cantons (RPT) aient aussi joué un rôle. La RPT approuvée en 2005 en votation populaire oblige les cantons à collaborer dans le domaine des hautes écoles spécialisées. La raison pour laquelle la Confédération exige en l'occurrence de constituer des régions s'explique par le fait que la région économique formée par un canton est en règle générale trop petite pour qu'il dispose à lui seul d'une haute école spécialisée. Aujourd'hui, il existe en Suisse sept hautes écoles spécialisées publiques et une HES privée.

En rétrospective, on observe des pratiques différentes dans ce domaine entre la Suisse alémanique et la Suisse romande.

Haute école spécialisée santé-social en Suisse romande (HES-S2)

En Suisse romande, des filières apparentées à une haute école spécialisée se sont développées sous l'influence des modèles français, belges et québécois, mais aussi parce que depuis des années déjà, les candidat-e-s aux formations de la santé étaient nombreux à bénéficier d'une formation de niveau secondaire II (maturité et école du degré de diplôme). Pour les cantons réunis au sein de la CRASS, la mise en œuvre de la décision de la CDS de 1999 sur la tertiarisation des formations de diplôme en santé ne posait donc aucun problème : les soins infirmiers, l'ergothérapie, la physiothérapie, l'obstétrique (sage-femme), la formation de diététiciennes et diététiciens et de techniciennes et techniciens en radiologie médicale, seraient donc offertes au niveau des HES. La Haute école spécialisée santé-social de Suisse romande (HES-S2) a donc été constituée en 2001 déjà sur la base d'un accord intercantonal. Depuis 2002, elle est active dans les cantons de Suisse romande et le Jura bernois. Aujourd'hui, la HES-S2 offre dix filières d'études en santé. Comme dans le domaine de la promo-

tion de la santé et de la prévention, l'exemple de la formation montre que les cantons de Suisse romande sont davantage disposés que les cantons alémaniques à réaliser des projets communs par le biais de leur conférence régionale des directeurs de la santé.

Hautes écoles spécialisées en santé en Suisse alémanique

Jusqu'à il y a peu, la plus grande partie des formations de diplôme dans le secteur de la santé en Suisse alémanique était positionnée au niveau des écoles professionnelles supérieures (ES). L'Institut des sciences infirmières de la Faculté de médecine de l'Université de Bâle est une exception, et reste d'ailleurs à ce jour le seul et unique institut universitaire de soins infirmiers. A l'inverse de la Suisse romande, les cantons de Suisse alémanique se sont trouvés dans l'impossibilité de mettre en pratique la décision de la CDS de 1999. Pour eux, le modèle classique de la formation professionnelle duale (formation parallèle en entreprise et à l'école professionnelle) était prédominant et les formations scolaires leur semblaient trop éloignées de la pratique. Des clarifications ont cependant été entreprises au cours de ces deux dernières années par le secrétariat central de la CDS, en collaboration avec les organisations et institutions concernées. Il existe actuellement plusieurs projets de hautes écoles spécialisées en santé qui sont planifiés dans les cantons de Suisse alémanique et du Tessin :

- Soins infirmiers : cantons de Saint-Gall, Zurich, Berne, Tessin
- Physiothérapie : cantons de Berne, Zurich, Tessin
- Ergothérapie : canton de Berne ou de Zurich et canton du Tessin

Ces trois cycles de formation débuteront en 2006. De même, il est prévu que les formations de diététicien-ne et de sage-femme soient offertes en Suisse alémanique au niveau des hautes écoles spécialisées au plus tard jusqu'en 2009.

En préparation

Centre de services en orientation professionnelle : Les directrices et directeurs cantonaux de l'instruction publique prévoient de créer un centre commun de services « Formation professionnelle – orientation professionnelle, universitaire et de carrière ». Ce centre doit, dès 2007, offrir de manière centralisée une série de prestations à tous les cantons : moyens d'information, documents de formation, développement et coordination de la formation continue

Haute école santé-social de Suisse romande (HES-S2)

En 2001, les six cantons de Suisse romande et le canton de Berne ont signé un accord intercantonal visant à fonder la HES santé-social de Suisse romande (HES-S2). Il est prévu de réunir d'ici 2006 la HES de Suisse romande et la HES santé-social en une seule entité.

Tableau 20: Formation des professions non universitaires de la santé: la collaboration en Suisse alémanique

Berne, Fribourg, St-Gall et Zurich	Les cantons de Fribourg, Saint-Gall, Zurich et Berne se sont réunis dans le cadre de négociations visant à coordonner en Suisse alémanique les différents projets de Hautes écoles spécialisées. Ils planifient des filières communes au niveau HES ou école professionnelle supérieure pour les domaines suivants: sage-femme, physiothérapie, ergothérapie, technicien/techniciennes en radiologie médicale et diététiciennes/diététiciens. Les ministres cantonaux se sont mis d'accord sur les sites des futures filières de formation. L'ergothérapie sera enseignée à la Haute école spécialisée de Zurich et la diététique à la Haute école spécialisée de Berne (2005).
Suisse centrale	Les cantons de Suisse centrale prévoient une école professionnelle supérieure pour les métiers non universitaires de la santé avec 3 centres de compétences à Lucerne, Sarnen et Zoug.
Bâle-Ville et Bâle-Campagne	Dans le contexte de la nouvelle loi sur la formation professionnelle, les gouvernements des cantons de Bâle-Ville et de Bâle-Campagne ont décidé, à fin 2002, d'aborder ensemble la nouvelle conception des formations en santé au degré secondaire II et dans le secteur tertiaire. Bâle-Campagne est responsable de la filière de formation assistante en soins et santé communautaire et a conclu à cet effet en 2004 une convention de prestations avec le canton de Bâle-Ville. Ce dernier est responsable de l'école professionnelle supérieure de santé et a conclu en 2004 une convention avec le canton de Bâle-Campagne concernant les prestations de l'école professionnelle supérieure de santé de Bâle-Ville.

pour les professionnels de la formation et de l'orientation professionnelle. Le Centre de services – soutenu financièrement par les cantons – assumera des tâches de mise en œuvre et de développement, soutiendra la coopération intercantonale et fournira des prestations aux cantons et aux organisations professionnelles.

Registre suisse professionnel: Le 16 mars 2005, le Conseil de formation de la CDS a recommandé au Comité directeur d'approuver une nouvelle réglementation de la gestion d'un registre professionnel pour les métiers non universitaires de la santé (Accord intercantonal sur l'enregistrement des diplômes de fin d'études). Les bases légales y relatives seraient créées dans le cadre d'une révision de l'accord intercantonal de 1993 concernant la reconnaissance des diplômes. Doivent être mentionnées dans le registre tenu par les cantons les éventuelles infractions commises par les professionnels dans le cadre de leur activité, ce qui permettra, le cas échéant, de prononcer des interdictions d'exercer au niveau suisse.

Appréciation

S'agissant des formations professionnelles des métiers de la santé, il n'est actuellement pas possible d'évaluer de manière exhaustive les conséquences du transfert des compétences des cantons à la Confédération. Les exemples mentionnés montrent cependant qu'en dépit de leurs différences, les cantons disposent au niveau suisse d'organes qui leur permettent, dans un temps relativement

court, de préparer et de mettre en œuvre des décisions stratégiques et politiques. Il sera intéressant d'observer comment la répartition des compétences pour les niveaux universitaire et non universitaire évoluera durant les prochaines années.

5.7 Résumé

Le chapitre 5 pose la question de savoir s'il est véritablement possible de bâtir une politique nationale suisse de la santé dans un système décentralisé composé de 26 politiques cantonales de santé. Pour trouver des réponses à cette question, ce chapitre examine comment les cantons eux-mêmes gèrent l'éclatement de la politique suisse de santé et son ancrage dans des espaces cantonaux aux dimensions restreintes. C'est dans ce but que sont présentés les diverses formes et les contenus de la collaboration intercantonale.

Les conditions nécessaires à la réalisation d'une politique nationale de la santé en Suisse ne pourraient pas, à première vue, être plus défavorables: 26 cantons souverains, menant chacun leur propre politique de santé, détenant des droits égaux, mais pluriels quant à leur culture, leur langue, leur grandeur et leur potentiel économique.

La présentation des pratiques multiples de la collaboration intercantonale nous montre pourtant que les cantons ont réussi à « faire avec » leurs particularités historiques,

linguistiques et culturelles et finalement à mettre sous un même toit leurs diverses représentations politiques en utilisant les instruments du fédéralisme coopératif et du fédéralisme fonctionnel, deux principes de la collaboration entre états confédérés. Jonglant avec ces deux principes, les cantons réussissent à harmoniser leurs différences et en même temps défendre leur autonomie.

Le fédéralisme coopératif, tel qu'il est pratiqué par les cantons, trouve son expression dans le nombre impressionnant d'instances de concertation qui ont fleuri au niveau régional et au niveau suisse depuis le début du XX^e siècle. Au sein de ces instances de coordination, telles la CDS et ses conférences régionales, les cantons s'efforcent de concilier leur diversité dans une unité en recherche perpétuelle d'équilibre, comme ils le font par exemple dans le domaine de la formation professionnelle des métiers de la santé.

Le fédéralisme fonctionnel quant à lui trouve sa concrétisation dans les nombreuses conventions bilatérales, les premières datant du XIX^e siècle. En recourant au fédéralisme fonctionnel, les cantons cherchent à satisfaire de manière optimale les besoins cantonaux en matière de soins en répondant au plus près des besoins de sa population (entre autres par la création de régions sanitaires à géométrie variable, particulièrement dans le secteur hospitalier). Le fédéralisme fonctionnel permet ainsi de garantir l'autonomie cantonale.

Nous synthétisons ci-dessous les diverses formes et pratiques de la collaboration entre cantons ainsi que les thèmes qui y sont traités avant que d'entrer en matière sur les limites de la coopération intercantonale.

Diversité des formes de collaboration intercantonale

Le chapitre 5 montre que les cantons peuvent faire valoir une longue tradition de coopération dans le domaine de la santé. Preuve en sont les nombreuses conventions bi et multilatérales ainsi que les structures de coopération que les cantons ont mis sur pied dès 1919 (création de la CDS), tout d'abord au niveau national puis, dès les années 1970, également au niveau régional. La volonté des cantons de conserver leur souveraineté est un facteur déterminant de la collaboration intercantonale. En d'autres termes, ce sont les intérêts économiques, politiques et financiers de chaque canton qui se trouvent au centre des efforts de coopération, mais beaucoup moins le souhait d'entreprendre ensemble un processus de coordination commun.

La collaboration intercantonale ponctuelle

La collaboration intercantonale ponctuelle offre aux cantons la possibilité de lancer rapidement et de tester des projets innovants qui répondent aux besoins spécifiques de leur population et qui tiennent compte des particularités culturelles de la région (projets en promotion de santé et en prévention, introduction de l'instrument d'étude d'impact sur la santé, essai-pilote de carte d'assurés). En outre, un pilotage politique décentralisé encourage le développement de projets différents traitant des thèmes similaires. Elles favorisent la concurrence entre eux et stimulent la force d'innovation. Cependant les cantons tout comme la Confédération utilisent mal leur potentiel d'innovation en ne leur accordent que trop peu d'importance.

La collaboration par conventions

La collaboration par conventions a un succès certain parmi les cantons suisse. Elle concerne en grande partie le secteur des soins hospitaliers hors canton. Là où des prestations font défaut, les cantons les achètent au meilleur prix auprès d'autres cantons voisins. Ces conventions, souvent bilatérales ou régionales, lient de manière obligatoire les cantons signataires. Elles ont permis dans certains cas de former juridiquement des régions sanitaires fonctionnelles. La collaboration par conventions a l'avantage de permettre des solutions 'gagnant-gagnant' taillées sur mesure.

Ces dernières années, les cantons ont été plus loin que le simple achat de prestations de soins pour envisager la création d'hôpitaux intercantonaux communs, l'organisation de régions sanitaires communes ou le développement de centres de compétences communs en médecine de pointe par exemple (ex. Vaud/Genève).

Sur le plan suisse, les cantons n'ont réussi à conclure des conventions à 26 que dans quelques cas (voir annexe: liste des conventions intercantionales). Le dernier projet, la Convention intercantonale sur la concentration de la médecine de pointe, qui a été élaboré ces cinq dernières années au sein de la CDS, semble avoir échoué du fait de l'opposition du canton de Zurich.

Les organes de coopération intercantonaux

Sur la plan suisse d'abord, puis sur le plan régional, les cantons ont créé des plateformes de coopération afin d'échanger régulièrement des informations et des expériences et de développer ensemble des projets communs. La participation à des projets communs reste facultative.

Sur le plan suisse, la Conférence des directrices et des directeurs de la santé (CDS) est devenue, au cours de ses 85 ans d'existence, un véritable forum de dialogue et a joué un rôle majeur dans la recherche de consensus. C'est grâce au travail fourni au sein de cette plate-forme que les directeurs cantonaux de la santé ont entre autres réussi à garantir la protection de la santé de leur population ou à harmoniser le domaine de la formation pour les professions non universitaires de la santé.

Sur le plan régional, la collaboration intercantonale a un degré de politisation moins élevé. Ces dernières années cependant on assiste à des changements qui laissent présager le développement d'une conscience politique régionale en matière de santé.

Diversité des thèmes de la collaboration intercantonale

Bien que la priorité ces 25 dernières années en politique de santé ait été dévolue à l'organisation et la rationalisation du système de soins, tous les thèmes de la santé – protection des consommateurs, protection de la santé, prévention, promotion de la santé, système de soins, réadaptation, recherche et formation – ont été et sont des thèmes de la collaboration intercantonale.

L'intensité de la collaboration varie cependant beaucoup selon les domaines, les périodes et les régions. Alors qu'il y a une centaine d'années, la protection de la santé (lutte contre les maladies infectieuses) et la réglementation intercantonale de la formation non universitaire des professions de la santé venaient au premier rang des préoccupations intercantionales, c'est l'optimisation des systèmes hospitaliers cantonaux qui a pris le relais dès les années 60. Depuis une dizaine d'années, deux nouvelles priorités sont venues s'ajouter à la liste des domaines de la collaboration intercantonale : la révision de la loi sur l'assurance-maladie et sa mise en œuvre dans les cantons et le transfert à la Confédération des compétences cantonales en matière de formation non universitaire des professions de la santé.

Alors que la collaboration dans les domaines de la protection de la santé (ou protection des consommateurs) et de la formation de base et continue des professions de la santé se passe surtout dans le cadre des organes intercantonaux de concertation, ce sont surtout par le biais de conventions bilatérales que les cantons coordonnent le système de soins (voir liste des conventions en annexe). La collaboration intercantonale en matière de prévention et de promotion de la santé reste faible.

Protection de la santé et prévention

Dans les domaines de la protection de la santé et de la prévention des maladies (surtout infectieuses), les cantons ont mené depuis des décennies une coopération intensive au niveau régional, au niveau suisse et au niveau national. Grâce à la politique de prévention efficace mise conjointement en place par les cantons et la Confédération au cours du XIX^e et XX^e siècle et grâce au progrès médicaux comme la découverte des vaccins, les épidémies infectieuses et virales du siècle passé ont fortement régressé. Avec l'apparition du Sida et la consommation croissante de drogues illégales dans les années 1980, la prévention est revenue à l'ordre du jour des organes intercantonaux. Lors des dernières dix années, le thème de la prévention des maladies est devenu une préoccupation plutôt rare de la collaboration intercantonale, également parce que la Fondation Promotion Santé Suisse a pris le relais.

En appliquant les lois fédérales dans les domaines la lutte contre les épidémies, la protection contre les rayonnements, la sécurité des denrées alimentaires, la prévention des accidents professionnels ou le contrôle des médicaments, les cantons ont pu garantir une bonne protection de la santé de leur population. L'exécution des lois fédérales passe par des mesures de contrôle et de surveillance par exemple des denrées alimentaires, de la qualité de l'eau potable ou de la sécurité des installations sur le lieu de travail. La coordination au niveau suisse est assurée par des réseaux efficaces regroupant respectivement les médecins cantonaux, les chimistes cantonaux, les pharmaciens cantonaux et les vétérinaires cantonaux sans oublier les inspecteurs cantonaux du travail.

Avec l'apparition de nouvelles maladies transmissibles comme le ESB, le SRAS ou la grippe aviaire, la prévention des maladies transmissibles pourrait revenir au premier plan de l'actualité (voir le chapitre 6.3.3., plan suisse en cas de pandémie).

Formation des professions de la santé

Dans le domaine de la formation universitaire et non universitaire des professions de la santé, les cantons se sont efforcés, depuis le début du XX^e siècle, de collaborer entre eux au niveau suisse. La CDS a joué là un rôle de coordination essentiel. Il apparaît que la pression internationale, particulièrement importante en matière de reconnaissance des diplômes (réforme de Bologne) a accéléré la recherche de solutions nationales. Au cours de ce processus d'harmonisation intercantonale, les can-

tons ont transféré des compétences à la Confédération. Les nouveaux articles constitutionnels sur la formation sur lesquels le peuple votera en 2006 montrent de quelle manière la Confédération et les cantons peuvent prendre une responsabilité commune dans le pilotage du système suisse de formation – une piste possible également pour le domaine de la santé.

Système de soins

Depuis les années 1960, c'est le système de soins hospitaliers qui au centre de la politique sanitaire cantonale et par conséquent de la collaboration intercantonale. Les nombreuses conventions conclues entre les cantons nous amènent à faire deux constats : premièrement, les cantons n'ont pas attendu l'entrée en vigueur de la LAMal en 1996 pour commencer à planifier et à coordonner leur système de soins, tâche qu'ils assument depuis des décennies. Deuxièmement, les nombreuses conventions bilatérales attestent que les cantons ont bien coordonné leurs prestations stationnaires et ambulatoires entre cantons voisins, mais qu'ils ont échoué à le faire au niveau régional ou suisse (voir à ce sujet l'annexe : « Conventions intercantionales dans le secteur de la santé »).

Promotion de la santé et prévention

A partir de années 1980, la plupart des cantons ont commencé à concevoir et planifier individuellement leur politique de prévention et de promotion de santé pour aller dans le sens de la charte d'Ottawa de l'OMS (prévention des comportements néfastes pour la santé et promotion d'un cadre de vie favorable à la santé). La collaboration intercantonale dans ce domaine est plutôt faible. Chaque canton développe sa propre stratégie de promotion de la santé et de prévention selon ses propres besoins et ses ressources disponibles. La Suisse latine représente à cet égard une exception. Grâce au Dispositif intercantonal de prévention et de promotion de la santé (DiPPS), toute une série de programmes communs à la Suisse latine ont pu être mis sur pied.

En fonction des besoins, les cantons collaborent avec la Confédération ou avec la Fondation Promotion Santé Suisse qui, chacun, apporte des soutiens financiers aux projets cantonaux et plus rarement aux projets intercantonaux.

Les limites de la collaboration intercantonale

Bien que les cantons collaborent depuis plus de 100 ans, et malgré leurs nombreuses conventions, structures inter-

cantonales et succès incontestables, ils n'ont cependant pas réussi jusqu'à ce jour à développer et à mettre en place, là où cela s'avère nécessaire, certains morceaux de politiques sanitaires communes au niveau régional ou au niveau suisse. C'est bien pour cette raison que la question est régulièrement posée au niveau politique de savoir si les formes intercantionales de coopération actuelles suffisent à régir la complexité croissante du système de santé suisse et à développer des solutions consensuelles. Les défis qui attendent les cantons et la Confédération sont d'importance : le vieillissement démographique de la société, l'augmentation des maladies chroniques, la cherté du système de santé suisse, les nouvelles épidémies, la pression internationale dans le domaine de la formation (accords de Bologne) ou dans celui de la lutte contre le tabagisme (Convention-cadre de la lutte anti-tabac de l'OMS). C'est pour y répondre que la collaboration intercantonale présente les faiblesses suivantes :

Nombre élevé de cantons et pluralité culturelle

Un obstacle important à la collaboration entre les cantons est certainement le nombre élevé d'Etats confédérés qui se différencient fortement de par leur potentiel économique et financier. Les différentes cultures et langues, mais aussi les bases juridiques et les ancrages administratifs divers, compliquent d'autant plus la collaboration au niveau suisse. Même entre cantons alémaniques, les différences sont notoires. Il relève du défi que de réunir autour d'un même projet ou d'un même accord (par ex. la coordination de la médecine de pointe) 26 partenaires politiques indépendants ayant chacun un droit de veto.

Il n'est pas étonnant dès lors que des accords au niveau suisse aient très rarement été conclus. Le concordat sur les médicaments de 1971, une « perle » de la collaboration intercantonale, a échoué en 1988 lorsque deux cantons s'opposèrent à sa révision. Une longue phase fructueuse de la coopération intercantonale s'est ainsi terminée avec le passage au niveau fédéral de la compétence en matière de contrôle des médicaments. Il en va aujourd'hui de même du projet de Convention intercantonale sur la concentration et la coordination de la médecine de pointe, l'un des seuls projets intercantonaux au niveau suisse, qui menace d'échouer à cause de l'opposition du canton de Zurich. Cet échec entraînera très certainement la recherche d'une solution au niveau fédéral.

Absence de vision commune

Ce ne sont pas des objectifs de santé communs qui fondent la collaboration intercantonale, mais bien plus le désir de chaque canton de conserver son autonomie en politique de santé et de garantir une offre de prestations de soins optimales à sa population. Comme les portraits des politiques de santé cantonales décrites dans le volume 2 de ce rapport le montrent de façon saisissante, chaque canton prend des décisions politiques et stratégiques d'abord pour soi-même et formule sa propre politique de santé cantonale. Lors de ce processus de formulation des politiques cantonales de santé, les 26 gouvernements et parlements cantonaux se basent principalement sur leurs lois relatives à la santé de même que sur leurs documents stratégiques et lignes directrices. La formulation autonome des politiques cantonales produit des conséquences évidentes : chaque canton possède son propre hôpital cantonal, développe en solitaire, à peu d'exceptions près, ses propres lignes directrices pour la santé ou pour la vieillesse, établit ses propres planifications hospitalières et psychiatriques, rédige son propre rapport sur la santé ou conçoit son programme de charge sanitaire qualitative et quantitative.

Certes, les conférences régionales des directeurs de la santé définissent, de par les cantons membres qui les composent, des espaces régionaux délimités. Cependant les cantons concluent aussi des alliances avec d'autres cantons (qu'on appelle à géométrie variable ou fédéralisme fonctionnel) lorsque cela correspond mieux à leurs intérêts économiques. Ces alliances variables rendent plus difficiles non seulement la création d'une identité régionale, mais aussi le développement de perspectives communes au niveau régional dans le domaine de la santé.

Limites démocratiques de la collaboration

Des contraintes juridiques limitent aujourd'hui en Suisse comme dans d'autres pays fédéralistes, la conclusion de conventions intercantionales contraignantes permettant la formulation de politiques entre gouvernements cantonaux (fédéralisme d'exécution intercantonal).

Les parlements cantonaux, qui font valoir à juste titre leur compétence pour définir des politiques sur le plan régional et national, sont assez méfiants face aux processus de décisions sur le plan régional ou national – car ils craignent qu'ils portent atteinte aux processus de décision démocratiques. A leur avis, les nombreux concordats intercantonaux que les membres des gouvernements négocient entre

eux, sont contestables du point de vue démocratique, peu transparents et politiquement peu contrôlables. Leur scepticisme se fonde sur le fait qu'ils ne peuvent actuellement qu'accepter ou refuser des conventions intercantionales. Ces limites juridiques sont également responsables du faible degré de politisation des organes de coopération intercantonaux. Le principe de la souveraineté cantonale ne permet pas de déléguer des compétences de décision à un niveau supérieur et diminue ainsi la marge de manœuvre des organes de concertation intercantonaux. La CDS et ses diverses conférences régionales ne disposent pas de compétences de décisions et ses activités reposent sur la bonne volonté des cantons et leur participation facultative. Il en résulte que bon nombre de projets de collaboration concernent actuellement des tâches d'exécution. Les compétences de planification et d'organisation appartiennent aux parlements et aux gouvernements cantonaux. Transférer de telles tâches aux institutions intercantionales aurait pour conséquence une perte de souveraineté cantonale et un affaiblissement des parlements cantonaux.

Appréciation

Sans aucun doute, la diversité des formes de la collaboration intercantonale, son entrelacs de conventions et ses nombreux organes de coopération peuvent paraître opaques et complexes. Il semble qu'il soit difficile de trouver des solutions simples pour l'organisation d'un système de santé suisse éminemment décentralisé. D'un autre côté, on peut dire que grâce ce savant entremelange de conventions, d'organes de coopération et de projets intercantonaux, les cantons ont pu jusqu'ici assurer pour leur population une prise en charge sanitaire optimale et garantir au niveau suisse l'accès pour toute la population à des prestations de même qualité. Si l'on considère les concordats et les conférences intercantonaux sous cet angle, la soit-disante fragmentation du système de santé suisse en 27 politiques cantonales et fédérales est plutôt synonyme de diversité, de richesse et de qualité que de défaut.

La collaboration intercantonale se trouve aujourd'hui dans une tension permanente entre deux pôles : d'un côté, la responsabilité qu'ont les cantons dans le cadre de leurs compétence, de garantir des prestations de soins optimales pour leur population ; de l'autre, la pression croissante qui pousse à la concertation nationale des actions en politiques de santé. Des solutions sont avancées dans l'arène politique comme la suppression des cantons, la création

de régions sanitaires, le développement d'une souveraineté intercantonale au niveau régional ou au niveau suisse, la centralisation des compétences cantonales en matière de santé, la formulation de buts nationaux de santé contraignants et de stratégies nationales correspondantes. Ci-dessous sont décrites quelques approches que les cantons ont à offrir.

Nouvelles approches de la collaboration intercantonale

L'acceptation en votation populaire en 2004 de la «réforme de la péréquation financière et de la répartition des tâches entre la Confédération et les cantons» (RPT), pourrait donner de nouvelles impulsions à la collaboration intercantonale qui pourrait prendre une dimension supra-régionale et même nationale.

Des perspectives communes en politique de santé

Au cours de la longue tradition de la collaboration intercantonale, on observe ces dernières années des projets et processus qui dénotent une volonté accrue des cantons d'élaborer des morceaux de politique commune.

- La Conférence des directeurs de la santé de Suisse orientale et de la principauté du Liechtenstein conduit le projet «Planification intercantonale des besoins conforme à la LAMal, liée aux prestations, dans le domaine de la réadaptation médicale» (depuis 2002).
- La CRASS a commandé une étude sur l'instauration d'une caisse-maladie unique. Elle met l'accent sur l'harmonisation des lois de santé cantonales romandes et est en train de lancer une série de projets communs de promotion de la santé et de prévention.
- La Conférence des gouvernements cantonaux de Suisse centrale a renforcé en 2000 son infrastructure avec le but de développer une vision commune de ce que pourrait être la Suisse centrale dans vingt à trente ans.

Les tendances observées ces dernières années au niveau de la collaboration régionale sont prometteuses sur le plan national ouvrant des perspectives de solutions harmonisées sur le plan suisse. Des exemples actuels sont les soins de longue durée et le financement hospitalier, deux domaines où les cantons parlent d'une seule voix (voir chapitre 6).

Aller vers une «souveraineté intercantonale»

Deux principes déterminants favorisent la collaboration

intercantonale : premièrement, la volonté des cantons de conserver leur souveraineté ; deuxièmement, le mode facultatif de leur coopération.

Or les parlements cantonaux ne veulent pas d'organes de concertation avec compétence décisionnelle. Des discussions concernant le déficit démocratique d'éventuelles conventions-programmes conclues entre la Confédération et les cantons ont également eu lieu lors de la votation en 2004 de la «réforme de la péréquation financière et de la répartition des tâches entre la Confédération et les cantons» (RPT). La RPT peut en effet contraindre les cantons à collaborer au niveau régional et national dans certains domaines de la santé (voir aussi chapitre 6.5). La question de savoir quels effets la mise en œuvre de la RPT aura sur les activités de la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) est encore ouverte.

Intégration des parlements cantonaux dans la collaboration régionale

Afin d'associer dès le départ les parlements cantonaux de la Suisse occidentale à l'élaboration de conventions intercantionales, la Conférence des gouvernements cantonaux de Suisse romande a mis en place, d'entente avec les parlements cantonaux, la «Convention associant les parlements à la négociation des conventions intercantionales et des traités des cantons avec l'étranger» (2000). Tous les cantons de Suisse romande (FR, GE, JU, NE, VD, VS) l'ont ratifiée. La collaboration des parlements s'effectue donc par le biais d'une commission interparlementaire composée de 7 représentants par canton concerné.

Transparence et documentation

En réponse au reproche de déficit démocratique, la Conférence des gouvernements cantonaux de Suisse centrale fait preuve de transparence et publie sur internet toutes les affaires qu'elle traite, met à disposition une liste des conventions et informe sur ses projets actuels. Le secrétariat de la CdC de Suisse centrale tient en outre une liste régulièrement mise à jour des projets de collaboration en Suisse centrale ainsi qu'une liste des domaines de collaboration envisageables.

Approche multisectorielle et globale de la santé

Le défi qui attend le système suisse de santé est de faire contrepoids à la prédominance de la médecine curative et à l'inégalité des chances face à la santé. L'approche multi-

sectorielle et globale de la santé offre une réponse possible. Les cantons ont déjà fait quelques pas dans cette direction en envisageant les instruments suivants (voir aussi le volume 2, les politiques cantonales de la santé) :

- Idées et projets dans le domaine de l'étude d'impact sur la santé
- Renforcement de la promotion de la santé et de la prévention par l'instauration du Dispositif intercantonal de prévention et de promotion de la santé (DiPPS) et de son ancrage au sein de la CRASS.
- Intégration des secteurs social et santé au sein des conférences régionales de la santé de Suisse centrale et de Suisse romande.
- Tendances des conférences régionales des gouvernements cantonaux à affirmer leur approche multisectorielle, y compris pour des thèmes de la santé
- Renforcement des compétences de santé de leur population dans certains cantons.

5.8 Potentiel pour une politique nationale de la santé

Quels enseignements pouvons-nous tirer de l'expérience de la collaboration intercantonale pour une politique nationale de la santé, c'est-à-dire pour la collaboration entre cantons et Confédération dans le secteur de la santé ?

Trois aspects sont à relever particulièrement :

- La création d'une base de confiance mutuelle par un dialogue régulier
- La mise en place d'instruments de coordination et de gestion du savoir
- L'instauration d'un partenariat privilégié entre la CDS et la Confédération.

Confiance mutuelle grâce à un dialogue régulier

La régularité et la détermination avec laquelle les gouvernements cantonaux collaborent depuis une centaine d'années sont tout à fait remarquables. C'est dans ce dialogue, permanent et systématique, et dans l'expérience accumulée par les cantons en matière de collaboration que se trouve le potentiel pour une politique nationale de la santé. Un dialogue qui permet d'identifier des intérêts communs, de se mettre d'accord sur des projets concertés et de trouver des solutions pragmatiques et économiquement efficaces dans un contexte caractérisé par la souveraineté des différents partenaires.

Cette continuité dans l'échange de savoirs, d'expériences et d'attentes comme le pratiquent les cantons dans le cadre de leurs organes de concertation régionaux et suisse, promeut la confiance mutuelle ce qui, à son tour, élève le niveau de la coopération. Au niveau suisse, la CDS a essentiellement contribué à l'instauration de la confiance entre les cantons.

Créer la confiance entre les gouvernements cantonaux comprend entre autres des processus qui pourraient trouver une application au niveau national :

- Echanges réguliers et transmissions des connaissances acquises et d'expériences de manière institutionnalisée.
- Identification des divergences ainsi que des intérêts et thèmes communs
- Fixation de priorités et recherche de solutions communes
- « Parler d'une seule voix » : positions concertées des cantons face à la Confédération
- Elaboration de politiques communes : par ex. planification régionale des besoins dans le secteur de la réadaptation en Suisse orientale ou action commune de la CRASS et du DiPPS dans le domaine de la prévention et de la promotion de la santé.

Une culture de la collégialité et du partenariat n'est pourtant pas garante d'une collaboration non conflictuelle. De même la collaboration entre Confédération et cantons dans le cadre d'une politique nationale de la santé n'échappera pas non plus à la tension permanente entre centralisation et décentralisation, entre responsabilité commune et responsabilité séparée, entre unité et diversité. Et pourtant la collaboration telle qu'elle a été institutionnalisée par les cantons représente un élément important d'une future politique nationale de la santé puisqu'elle a su prouver que des solutions au niveau régional, et plus rarement au niveau suisse, sont possibles.

Les instruments de la coordination et de la gestion du savoir

Les différents organes intercantonaux de collaboration ont professionnalisé la gestion du savoir et la recherche de consensus au cours de la longue collaboration entre les cantons. Ils ont créé à cette fin une série d'instruments techniques intéressants à connaître du point de vue d'une politique nationale de la santé.

- Budget intercantonal et création d'un secrétariat propre aux conférences des gouvernements cantonaux

(par ex. Conférence des gouvernements cantonaux de Suisse centrale, Conférence romande des affaires sanitaires et sociales).

- Instruments servant à la documentation et à la gestion des savoirs: liste des projets de collaboration et liste des domaines d'actions communes sur internet (instruments de la CdC de Suisse centrale).
- Mise en place de dispositifs qui prévoient un déroulement clair des opérations: genèse d'un projet, étude de faisabilité et prise de décision selon des modalités fixées au niveau intergouvernemental (par ex. directive concernant l'exécution de projets de collaboration en Suisse centrale, 2003); clarification des interfaces entre les conférences existantes (par ex. réglementation-cadre sur la méthode de travail de la Conférence des gouvernements cantonaux (CdC) et des Conférences des directeurs concernant la coopération de la Confédération et des cantons du 14 décembre 2001).

Les résultats escomptés ou atteints

- Réalisation de projets régionaux avec un bon rapport coût-efficacité (par ex. santé 50+; dépistage du cancer du sein par mammographie)
- Coordination des activités au niveau régional, notamment aussi en ce qui concerne la collaboration des différentes branches de l'administration, et intégration des activités des communes et des organisations privées au profit de la région concernée.
- Coordination des activités au niveau national: par ex. professions de la santé, propositions concertées de financement des hôpitaux.
- Harmonisation des bases légales cantonales dans certains domaines (prévention, promotion de la santé, droit des patients): par ex. harmonisation des lois cantonales sur la santé en Suisse romande.

Mais il manque de savoirs documentés dans le domaine de la collaboration ponctuelle entre les cantons où pourtant se trouve un haut potentiel d'innovation. Ces différents projets issus de la coopération sont mal connus tant par les cantons que par la Confédération. Le volume 2 de ce rapport répond là à un besoin. S'ils avaient été référencés, certains de ces projets, comme par exemple les essais de carte de patient et d'étude d'impact sur la santé, auraient pu être mieux pris en compte par les processus politiques au niveau fédéral.

La CDS comme partenaire privilégié de la Confédération

La Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) est devenue au cours de ses 85 ans d'existence un véritable forum de discussion au niveau suisse. Axée pendant des décennies sur la coordination intercantonale, l'activité de la CDS s'est récemment élargie et elle a renforcé son travail de lobby dans les commissions parlementaires.

La convention passée à fin 2003 entre la Confédération et les cantons sur la Politique nationale suisse de la santé exprime la volonté des cantons de devenir plus actifs, au niveau national, en matière de politique de la santé et de contribuer, dans le cadre du Dialogue avec la Confédération, à mettre en place au niveau des exécutifs des éléments en faveur d'une politique de la santé plus cohérente. La porte est ainsi ouverte à la mise en place de politiques communes entre Confédération et cantons.

La CDS peut désormais saisir la chance qui lui est donnée de s'imposer comme interlocuteur privilégié de la Confédération dans la mise en place progressive d'une politique nationale de la santé. Sa capacité à consolider des positions communes des cantons dans certains domaines, la prédestine à cette fonction. Ces derniers temps, la CdC est venue soutenir la CDS ce qui a renforcé le rôle des cantons comme interlocuteurs de la Confédération et en même temps facilité les négociations de la Confédération avec les cantons grâce à une prise de position concertée et clairement formulée. En outre, la RPT a créé la base légale autorisant des organes intercantonaux tels que la CDS à assumer des fonctions supracantonales⁶⁸ dans certains domaines (notamment universités, hautes écoles spécialisées, médecine de pointe, cliniques spécialisées).

Remarque finale

Les cantons ont réussi à donner de la constance et de la durabilité à leur agir commun grâce aux différents instruments de concertation dont ils disposent: organes de coopération régionaux et au niveau suisse, conventions bi et multilatérales, organisations communes de projet et finalement divers instruments de coordination et de transfert de savoirs. Ancrée dans un tel contexte, la diversité des

⁶⁸ Par analogie au terme supranational, supracantonale signifie un transfert de compétences du niveau cantonal à un niveau institutionnel plus élevé. Il est vrai que la convention intercantonale sur la reconnaissance des diplômes de fin de formation du 18 février 1993 présente les caractéristiques d'une convention supracantonale mais ce type de convention intercantonale a jusqu'à maintenant représenté une exception.

politiques de santé cantonales et le danger sous-jacent de dispersion et d'éclatement des systèmes de santé cantonaux, ne pèsent plus aussi lourdement.

Une politique nationale suisse de la santé pourrait, dans les premières phases de son développement, prendre exemple sur les processus intercantonaux de décision et les instruments de coordination et de gestion du savoir mis en place par les cantons afin d'obtenir un niveau plus élevé d'engagement politique. La première phase est bien d'augmenter la confiance mutuelle en utilisant tout le potentiel qu'offre les mesures en place comme le Dialogue entre la Confédération et les cantons sur la politique nationale de la santé. Un pas supplémentaire en direction d'un fédéralisme coopératif en Suisse serait ainsi accompli.

Annexe

Conventions intercantionales dans le domaine de la santé

Sélection*

Conventions ratifiées par tous les cantons			
Conventions	Cantons	Nombre de cantons	Date**
Convention relative au Centre national pour les intoxications alimentaires, fondé en 1969 : les contributions cantonales à la fondation sont fixées par la CDS.	Tous les cantons	26	
Convention intercantonale sur le contrôle des médicaments : 4 révisions totales depuis 1900. En 2002 la convention a été abrogée par l'entrée en vigueur de la loi fédérale sur les médicaments et les dispositifs médicaux.	Tous les cantons	26	1900-2002
Accord administratif sur le soutien de la Centrale contre la rage de l'Université de Berne	Tous les cantons	26	1991
Concordat intercantonal de coordination universitaire	Tous les cantons	26	1999
Accord intercantonal sur les hautes écoles spécialisées (AHES) 1999-2005	Tous les cantons	26	1999
Accord intercantonal sur les hautes écoles spécialisées (AHES) à partir de 2005	Tous les cantons	26	2005
En phase de ratification	Tous les cantons		
Convention intercantonale relative à la coordination et à la concentration de la médecine hautement spécialisée (CICCM) – approuvée par la CDS lors de son assemblée plénière en novembre 2004	Ratification incertaine		
Convention intercantonale sur la surveillance, l'autorisation et la répartition du bénéfice de loteries et paris exploités sur le plan intercantonal ou sur l'ensemble de la Suisse approuvée le 7 janvier 2005 par la CDS et en voie de ratification par tous les cantons (renforcement de la prévention des dépendances)			
Conventions intercantionales en Suisse romande			
Conventions	Cantons	Nombre de cantons	Date**
Convention pour l'utilisation du Laboratoire cantonal neuchâtelois	JU, NE	2	1980
Convention entre la République du canton du Jura et le canton de Berne relative à l'indemnisation des prestations hospitalières fournies aux habitants du canton voisin	BE, JU	2	1981
Convention intercantonale de lutte contre les dégâts causés par les hydrocarbures	BE, FR, NE, VD	4	1982
Convention intercantonale relative aux tarifs hospitaliers applicables aux patients hors canton	FR, GE, JU, NE, VD, VS	6	1991
Convention intercantonale relative à la collaboration hospitalière entre le canton de Berne et la République et canton du Jura	BE, JU	2	1993
Convention intercantonale entre les cantons du Jura et de Neuchâtel relative à l'hospitalisation de patients franc-montagnards à l'Hôpital de La Chaux-de-Fonds	JU, NE	2	1996
Convention entre les cantons de Vaud et du Valais relative à l'hôpital du Chablais (HDC) et à la libre circulation des patients valaisans et vaudois	VD, VS	2	1997
Convention entre les cantons de FR et de VD relative à l'Hôpital intercantonal de la Broye à Estavayer-le-Lac et Payerne (hôpital sur deux sites)	FR, VD	2	1998
Protocole d'accord Vaud-Genève de libre circulation (hospitalisation hors canton Vaud-Genève)	GE, VD	2	1999

Conventions intercantionales dans le domaine de la santé (suite du tableau)

Convention associant les parlements à la négociation, l'exécution et la modification des conventions intercantionales et des traités des cantons avec l'étranger	FR, GE, JU, NE, VS, VD	6	2000
Convention intercantonale d'hospitalisation hors canton	FR, GE, JU, NE, TI, VS, VD	7	2002
Accord sur le réseau romand hospitalo-universitaire de la transplantation	GE, VD	2	2004
Convention entre les cantons de Fribourg, Neuchâtel et Jura relative au Comité intercantonal d'éthique de la recherche dans le domaine de la santé	JU, NE, FR	3	1996
Conventions intercantionales entre les cantons du Nord de la Suisse			
Conventions	Cantons	Nombre de cantons	Date**
Vertrag zwischen der Sanitätsdirektion des Kantons BL und dem Erziehungsdepartement des Kantons BS betr. Überlassung von Leichen an die normal-anatomische Anstalt der Universität Basel	BL, BS	2	1948
Vereinbarung der nordwestschweizerischen Kantone über die regionale Durchführung von Inspektionen in Betrieben und Unternehmen, die Arzneimittel herstellen oder mit solchen Grosshandel betreiben	AG, BE, BL, BS, SO	5	1973
Interimistische Vereinbarung zwischen den Kantonen AG und BL betr. die Hospitalisierung von Patienten	AG, BL	2	1974
Vereinbarung zwischen dem Sanitätsdepartement des Kantons BS und der Sanitätsdirektion des Kantons BL über die Schlachtung seuchenkranker und seuchenverdächtiger Tiere im Schlachthof Basel	BL, BS	2	1974
Vertrag über die Kremation von Leichen aus dem Kanton Basel-Landschaft und die Abdankung im Krematorium der Stadt Basel	BL, BS	2	1975
Vertrag betr. die Kremation von Leichen aus dem Kanton AG im Krematorium der Stadt Basel zwischen dem Kanton BS und dem Kanton AG	AG, BS	2	1975
Vereinbarung zwischen dem Sanitätsdepartement des Kantons BS und der Sanitätsdirektion des Kantons BL über die gemeinsame Bestellung der Fachkommission Psychologen	BL, BS	2	1975
Vertrag mit dem Kanton SO und dem Kanton BE über die Abgeltung von Spitalleistungen	BE, SO	2	1977
Vereinbarung zwischen dem Kanton BL und dem Kanton BS über die gegenseitige Benützung von Einrichtungen des koordinierten Sanitätsdienstes	BL, BS	2	1978
Vertrag zwischen den Kantonen SO, BS, BE, BL, und AG über den Betrieb eines gemeinsamen Sanitätsnotrufes in der Telefonnetzgruppe 061 unter der Telefonnummer 144	AG, BE, BL, BS, SO	5	1979
Vereinbarung zwischen dem Kanton BE und dem Kanton BL betr. Finanzierung der Aus- und Weiterbildung für nichtärztliche Berufe des Gesundheitswesens	BE, BL	2	1990
Vereinbarung zwischen dem Kanton BL und dem Kanton AG betr. Finanzierung der Aus- und Weiterbildung für nichtärztliche Berufe des Gesundheitswesens	AG, BL	2	1991
Vereinbarung über die Aufnahme von Patientinnen und Patienten aus dem Kanton BL in die Chrischonaklinik (Vereinbarung Chrischonaklinik)	BL, BS	2	1992
Vereinbarung zwischen dem Kanton BL und den privaten Trägern von Schulen im Kanton BS für nichtärztliche Berufe des Gesundheitswesens	BL, BS	2	1992
Convention intercantonale relative à la collaboration hospitalière entre le Canton de BE et la République et Canton du JU	BE, JU	2	1993

Vereinbarung zwischen dem Kanton BL und dem Kanton BS betr. Finanzierung der Aus- und Weiterbildung für nichtärztliche Berufe des Gesundheitswesens	BL, BS	2	1993
Vertrag über die Abgeltung von zentrumsmedizinischen Spitalleistungen sowie der klinischen Lehre und Forschung des Kantons BS durch den Kanton BL (Spitalabkommen BS/BL)	BL, BS	2	1993 1994
Vertrag zwischen den Kantonen BL und BS über die Hospitalisation von Patientinnen und Patienten in der Universitäts-Augenklinik Basel bzw. in der Augenabteilung des Kantonsspitals Liestal (Augenspitalvertrag)	BL, BS	2	1996
Spitalabkommen zwischen dem Kanton Aargau und dem Kanton Basel-Stadt und dem Kanton Aargau und dem Inselspital Bern zur Sicherstellung der medizinischen Versorgung für allgemeinversicherte Aargauer Patientinnen und Patienten	AG, BS, BE	3	1996
Abkommen über die Kostenabgeltung für die gegenseitige Behandlung von Patientinnen und Patienten zwischen den Kantonen BL und SO (Spitalabkommen BL/SO)	BL, SO	2	1997
Vereinbarung beider Basel über die Statistiken im Bereich des Gesundheitswesens	BL, BS	2	1997
Spitalabkommen zwischen dem Kanton Aargau und dem Kanton Zug über die Zusammenarbeit im Bereich der Neurochirurgie und die Abgeltung der Leistungen	AG, ZG	2	1998
Vertrag zwischen den Kantonen BS und BL über das Universitäts-Kinderspital beider Basel (Kinderspitalvertrag)	BL, BS	2	1998
Vereinbarung über Dienstleistungen der Sanität Basel auf dem Gebiet des Kantons BL (Vereinbarung Sanitätsdienst)	BL, BS	2	2001
Vereinbarung der nordwestschweizerischen Kantone über die Führung eines regionalen Heilmittelinspektorates	AG, BE, BL, BS, LU, SO	6	2003

Conventions intercantionales entre cantons de l'Est de la Suisse

Conventions	Cantons	Nombre de cantons	Date**
Vereinbarung über die Aufnahme von Patienten aus dem FL in den st. gallischen Heil- und Pflegeanstalten St. Pirminsberg und Wil	SG	1	1965
Vertrag zwischen den Kantonen AI und AR über die Aufnahme psychisch Kranker aus dem Kanton AI in die Kantonale Psychiatrische Klinik in Herisau	AI, AR	2	1976
Vertrag zwischen den Kantonen GL und AR über die Aufnahme psychisch Kranker aus dem Kanton GL in die Kantonale Psychiatrische Klinik in Herisau	AR, GL	2	1976
Vereinbarung über die Aufnahme von Patienten aus dem FL im Kantons- spital SG und in den kantonalen Spitälern Grabs und Walenstadt	SG	1	1977
Vereinbarung über das Rehabilitationszentrum für Drogenabhängige Lutzen- berg (Drogenheim)	AI, AR, GL, GR, SG, SH, TG,	7	1981
Vereinbarung über die Zusammenarbeit im Spitalbereich und die Abgeltung von Spitalleistungen (Ostschweizer Krankenhausvereinbarung)	AI, AR, GL, GR, SG, SH, TG, ZH	8	1995
Vereinbarung über eine gemeinsame Lebensmittelkontrolle der Kantone AR, AI, GL und SH	AI, AR, GL, SH	4	1997
Gegenrechtserklärung gegenüber dem Kanton SH über die Anerkennung von Naturheilpraktikern	SH, SG	2	1997

Conventions intercantionales dans le domaine de la santé (suite du tableau)

Gegenrechtserklärung gegenüber dem Kanton TG über die Anerkennung von Naturheilpraktikern	SG, TG	2	1997
Gegenrechtserklärung gegenüber dem Kanton GR über die Anerkennung von Naturheilpraktikern	GR, SG	2	1997
Gegenrechtserklärung gegenüber dem Kanton GR über die Anerkennung von Naturheilpraktikerprüfungen	GR, TG	2	2000
Gegenrechtserklärung gegenüber dem Kanton SG über die Anerkennung von Naturheilpraktikerprüfungen	SG, TG	2	2000
Spitalabkommen zwischen den Kantonen ZH und SH	SH, ZH	2	2002
Verwaltungsvereinbarung zwischen den Kantonen ZH, vertreten durch die Gesundheitsdirektion, und SH, vertreten durch den RR, betr. Übernahme der ethisch-medizinischen Begutachtungen klinischer Versuche mit Heilmitteln und anderer biomedizinischer Versuche	SH, ZH	2	2002
Conventions intercantionales de la Suisse centrale			
Conventions	Cantons	Nombre de cantons	Date**
Konkordat der Kantone UR, SZ und ZG betr. die Psychiatrische Klinik Oberwil-Zug (Psychiatriekonkordat)	UR, SZ, ZG	3	1982
Konkordat zwischen den Kantonen LU, SZ und ZG über den Betrieb einer Schule für praktische Krankenpflege am Spital und Pflegezentrum Baar	LU, NW, OW, SZ, ZG	5	1982
Vereinbarung über die Aufnahme von Psychischkranken aus dem Kanton Obwalden in die Psychiatrische Klinik Oberwil	NW, OW	2	1991
Vereinbarung über die Aufnahme und Behandlung von Patienten aus dem Kanton OW im Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst des Kantons LU (identische Verträge auch mit Uri, Nidwalden und Zug)	LU, NW, OW, UR, ZG	5	1992
Vereinbarung über die Aufnahme und Behandlung von Patientinnen und Patienten aus dem Kanton NW in der psychiatrischen Abteilung am Kantonsspital OW	NW, OW	2	1993
Vereinbarung betreffend die Führung einer Beratungsstelle für Heilpädagogische Früherziehung für die Kantone Obwalden und Nidwalden	NW, OW	2	1994
Spitalabkommen zwischen dem Kanton LU vertreten durch das Gesundheits- und Sozialdepartement und dem Kanton NW vertreten durch die Gesundheitsdirektion betr. die Kostenregelung für die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit zivilrechtlichem Wohnsitz im Kanton NW, die im Kantonsspital LU (inkl. Kinderspital) Zentrumsleistungen beanspruchen	LU, NW	2	1996
Spitalabkommen zwischen dem Kanton OW und dem Kanton NW betr. die Behandlung von Engelberger Patientinnen und Patienten auf der Allgemeinen Abteilung im Kantonsspital NW (Spitalabkommen Engelberg)	NW, OW	2	1996
Verwaltungsvereinbarung zwischen dem Kanton LU und (je) den Kantonen UR, SZ, OW, NW und ZG betreffend Aufträge an die Ethik-Kommission des Kanton Luzern für die Beurteilung von klinischen Versuchen mit Heilmitteln	LU, NW, OW, SZ, UR, ZG	6	1996
Vertrag über die Durchführung der amtlichen Erhebungen des Bundes der Statistik der stationären Betriebe des Gesundheitswesens zwischen dem Kanton Luzern (Amt für Statistik) und (je) den Kantonen Uri, Schwyz, Obwalden, Nidwalden und Zug	LU, NW, OW, SZ, UR, ZG	6	1997
Verwaltungsvereinbarung über die Unterstützung der Tollwutzentrale an der Universität Bern	NW, OW, UR	3	1998
Verwaltungsvereinbarung über die Zusammenarbeit der Kantonsspitäler von Uri, Obwalden und Nidwalden	NW, OW, UR	3	1998

Verwaltungsvereinbarungen zwischen dem Kanton Schwyz und den Kantonen Uri, Ob- und Nidwalden für die Heilmittelkontrolle durch die Kantonsapothekerin des Kantons Schwyz und deren Stellvertreter	NW, OW, SZ, UR	4	1998
Vereinbarung zwischen dem Kanton Obwalden und dem Kanton Uri betreffend die stationäre Ophthalmologie	OW, UR	2	1998
Konkordat betreffend das Laboratorium der Urkantone	NW, OW, SZ, UR	4	1999
Vertrag zwischen dem Kantonsspital Luzern und dem Rettungsdienst des Kantons Zug betreffend Dienstleistungen der Einsatzzentrale am Kantonsspital Luzern für den Rettungsdienst des Kantons Zug (ähnlich lautende Verträge mit den Kantonen Obwalden und Nidwalden)	LU, NW, OW, ZG	4	2000 2002 2003
Vertrag zwischen der ZGDK und dem Amt für Statistik Luzern über die Auswertung der Statistik der stationären Betriebe des Gesundheitswesens für die Zentralschweiz	LU, NW, OW, SZ, UR, ZG	6	2000
Vereinbarung über die Fachstelle für Gesundheitsförderung und Prävention für die Kantone OW und NW	NW, OW	2	2001
Spitalabkommen zwischen dem Kanton Luzern und (je) den Kantonen Uri, Schwyz, Obwalden, Nidwalden und Zug betreffend die Kostenregelung für Zentrumsleistungen im Kantonsspital Luzern samt Kinderspital (2002)	LU, NW, OW, SZ, UR, ZG	6	2002
Vereinbarung über die Zusammenarbeit der Kantonsspitäler Obwalden und Nidwalden / Spital INFRA- OW/NW	NW, OW	2	2002
Zusammenarbeitsvertrag zwischen dem Kantonsspital Obwalden und dem Kantonsspital Luzern betreffend der Zusammenarbeit der Chirurgie des Kantonsspitals OW und der chirurgischen Klinik A des Kantonsspitals LU	LU, OW	2	2002
Zusammenarbeitsvertrag zwischen dem Regierungsrat des Kantons Uri und der Stiftung Kinder- und Jugendpsychiatrie des Kantons Schwyz	SZ, UR	2	2003
Verwaltungsvereinbarung zwischen dem Kanton Schwyz und dem Kanton Nidwalden betreffend Aufträge an die Schwyzer Kantonsapothekerin im Bereich der Heilmittelkontrolle (analog Vereinbarung SZ mit UR, OW und GL)	NW, OW, SZ, UR, GL	5	2004
Autres conventions intercantionales			
Conventions	Cantons	Nombre de cantons	Date**
Convention signée entre les cantons de BE, FR et SO avec la coopérative des maîtres bouchers de Suisse centrale (GZM) concernant l'élimination des cadavres d'animaux	BE, FR, JU, SO	4	1979
Spitalabkommen zwischen dem Kanton LU vertreten durch das Gesundheits- und Sozialdepartement und dem Kanton BS / Kantonsspital Basel vertreten durch das Sanitätsdepartement und dem Kanton NW vertreten durch die Gesundheitsdirektion über die Zusammenarbeit im Bereich der Herzchirurgie / interventionelle Kardiologie und die Abgeltung der Leistungen	BS, LU, NW	3	1996
Spitalabkommen des Kantons OW mit dem Kanton AG über die Zusammenarbeit in der Neurochirurgie	AG, OW	2	
Gleichlautende Abkommen zwischen dem Kanton AG und je den Kantonen NW und Luzern	AG, OW	2	1997
Spitalabkommen des Kantons OW mit dem Kanton LU und dem Kanton BS über die Zusammenarbeit in der Herzchirurgie/interventionelle Kardiologie	BS, LU, OW	3	1997
Vereinbarung zwischen den Trägern der öffentlichen und öffentlich subventionierten Spitäler und Kliniken der Zentralschweiz, dem Träger der öffentlichen Spitäler des Kantons Glarus sowie der Zentralschweizer Spitalkonferenz	LU, NW, OW, SZ, UR, ZG, GL	7	1999

Conventions intercantionales dans le domaine de la santé (suite du tableau)

Vertrag betreffend die Inspektion pharmazeutischer Betriebe (Regionale Fachstelle für Heilmittelkontrolle der Ost- und Zentralschweiz (RAS-OZ)	NW, OW, SZ, UR, ZG; Kantone der Ostschweiz		2002
Conventions intercantionales dans le domaine de la santé et de la formation			
Conventions	Cantons	Nombre de cantons	Date**
Convention entre les cantons et la Croix-Rouge suisse concernant la formation professionnelle du personnel infirmier, médicotechnique et médico-thérapeutique	BL, BS, FR, GL, JU, NE, NW, SG, SO	9	1976
Konkordat zwischen den Kantonen Luzern, Schwyz und Zug über den Betrieb einer Schule für praktische Krankenpflege am Spital und Pflegezentrum Baar	LU, SZ, ZG	3	1983
Interkantonale Vereinbarung über die Anerkennung von Ausbildungsabschlüssen	AG, BE, BL, BS, GL, GR, LU, NW, OW, SH, SO, SZ, TG, UR, ZG, ZH	16	1993
Vereinbarung zwischen dem Kanton BL und dem Kanton BS betr. Finanzierung der Aus- und Weiterbildung für nichtärztliche Berufe des Gesundheitswesens	BL, BS	2	1993
Convention intercantonale concernant la formation aux professions de la santé (professions médicales exceptées) et son financement – Interkantonale Vereinbarung über die Ausübung in Berufen des Gesundheitswesens; (medizinische Berufe ausgenommen) und ihre Finanzierung	BE, FR, GE, JU, NE, TI, VD, VS,	8	1996
Interkantonale Universitätsvereinbarung			1997
Vereinbarung über die Zusammenarbeit und Finanzierung der Hebammen-Grundausbildung	LU, NW, OB, SZ, UR, ZG	6	1998
Vereinbarung der Innerschweizer Kantone über Ausbildungen für Berufe des Gesundheitswesens	LU, NW, OB, SZ, UR, ZG	6	1998
Zentralschweizer Fachhochschul-Konkordat (FHZ-Konkordat)	LU, NW, OB, SZ, UR, ZG	6	1999
Leistungsvertrag der Schweizerischen Sanitätsdirektorenkonferenz mit dem Schweizerischen Roten Kreuz (SRK), ersetzt die Vereinbarung von 1976.			1999
Interkantonale Vereinbarung über die Hochschule für Heilpädagogik Zürich	OB, SZ, ZG, ZH	4	1999
Verwaltungsvereinbarung über die Fachhochschule Ostschweiz	AI, AR, GL, SG, SH, SZ, TG, ZH	8	1999
Regionales Schulabkommen über die Finanzierung der Aus- und Weiterbildung für Gesundheitsberufe der Kantone Aargau, Basel-Landschaft, Basel-Stadt, Bern, Luzern, Solothurn			2000
Convention intercantonale créant la Haute école spécialisée santésocial de Suisse romande HES-S2 (C-HES-S2)	BE, FR, GE, JU, NE, VD, VS	7	2001
Beitritt des Kantons Zug zur Interkantonalen Vereinbarung über die Hochschule für Heilpädagogik, Zürich Beitritt des Kantons Obwalden zur Interkantonalen Vereinbarung über die Hochschule für Heilpädagogik, Zürich	ZG, ZH	2	2001
Vertrag zwischen dem Bundesamt für Berufsbildung und Technologie und den Kantonen (Konferenz der kantonalen Erziehungsdirektoren und die Schweizerische Sanitätsdirektorenkonferenz) und dem Schweizerischen Roten Kreuz; ersetzt den Vertrag aus dem Jahr 1999.			2003

Kooperationsvereinbarung zwischen den Kantonen Bern und Basel-Stadt, den Universitäten Bern und Basel sowie der Inselspital-Stiftung Bern über eine zukünftige Zusammenarbeit in der Human- und Zahnmedizin	BE, BS		2004
Beitritt des Kantons Bern zur Interkantonalen Hochschule für Heilpädagogik, Zürich	BE, ZH	2	2004
Convention intercantonale entre le canton de Fribourg et les universités de Lausanne, Genève, Bâle, Berne et Zurich sur le cursus en médecine	BE, BS, FR, GE, VD, ZH	6	2004
Staatsvertrag zur Fachhochschule Nordwestschweiz	AG, BL, BS, SO, ZH	5	2005
Interkantonale Fachhochschulvereinbarung (seit 1992, erneuert 2005)			2005
En préparation: convention intercantonale sur la reconnaissance des études et des diplômes en vue de leur enregistrement			
En préparation: Convention intercantonale concernant la réglementation de la collaboration dans le domaine de l'enseignement spécial			Ab 2011

Source: base de données des concordats de l'Institut du fédéralisme de l'Université de Fribourg et recherches propres

* Les conventions qui figurent ici sont listées dans les portraits cantonaux décrits dans le volume 2. En cours de recherche, d'autres conventions sont venues s'y ajouter. La liste n'a pourtant pas de prétention à l'exhaustivité. Les conventions sont citées dans leur langue d'origine là où il n'y a pas de traduction officielle.

** Les dates mentionnées dans cette colonne permettent seulement de situer les conventions dans le temps puisque les différentes dates de signature, de ratification et d'entrée en vigueur ne sont pas spécifiées.

Chapitre 6

Collaboration entre la Confédération et les cantons en politique de la santé

6.1 Situation de départ

Les portraits présentés dans le rapport (parties IV et V) montrent que durant les 150 dernières années, et compte tenu des structures fédéralistes de la Suisse, la Confédération et les cantons ont développé leur propre politique de la santé dans le cadre des compétences fixées par la Constitution. Alors que les cantons, tout en préservant leur autonomie politique, ont assuré la prise en charge sanitaire de leur population en recourant dans certains domaines à différents organes intercantonaux de collaboration (voir à ce sujet le chapitre 5), le besoin d'une collaboration institutionnalisée entre la Confédération et les cantons ne s'est pas vraiment fait sentir.

Jusqu'à la fin des années 1970, les compétences de la Confédération en matière de politique de la santé étaient restreintes. Les interfaces avec les cantons se limitaient pour l'essentiel à la protection des consommateurs et à la protection de la santé. Il n'est donc pas étonnant qu'il n'existe pas de collaboration structurée entre les membres du gouvernement fédéral et des gouvernements cantonaux.

L'émergence de nouveaux risques (notamment les drogues et le Sida), la réorientation des politiques de la santé selon la conception du New Public Health et la révision totale de la loi sur l'assurance-maladie entreprise dès les années 1980 ont entraîné dans de nombreux domaines un transfert des compétences, initialement du ressort des cantons, à la Confédération. L'élargissement des compétences fédérales n'a pas eu lieu de manière systématique mais au gré de l'actualité politique et seulement dans certains domaines particuliers.

Rien que durant les 10 dernières années, les compétences cantonales suivantes ont été transférées à la Confédération: contrôle des médicaments (2000); formation professionnelle non universitaire et formation continue pour les professions de la santé (2002); formation postgraduée pour les professions médicales (2003); formation et formation continue au niveau des hautes écoles spécialisées (2005). De plus, les nouvelles tâches suivantes ont été directement confiées à la Confédération: procréation médicalement assistée (1998); élimination des inégalités frappant les personnes handicapées (2002); recherche sur les cellules souches embryonnaires (2003); recherches génétiques sur l'être humain (2004); transplantation d'organes (2004); assurance maternité (2004). Enfin, il

est prévu d'attribuer des compétences à la Confédération, notamment dans les domaines suivants: professions de la psychologie, financement des soins, recherche sur l'être humain (article constitutionnel et loi fédérale), prévention et promotion de la santé. De plus, les citoyens seront appelés à voter en 2006 sur la réforme et les dispositions constitutionnelles concernant la formation.

Parallèlement à ce phénomène de centralisation et d'extension des compétences légales au niveau fédéral, l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) a assumé, en plus des tâches existantes, d'autres tâches supplémentaires en matière de protection de la santé, de prévention et de promotion de la santé, sans pour autant avoir reçu un mandat légal explicite mais afin de faire face à de nouveaux défis. Ainsi, la Confédération gère des programmes nationaux notamment dans les secteurs suivants: vaccinations, VIH/Sida, alcool, tabac, drogues illégales; environnement, travail; sport, activité physique, gender health, migration, alimentation.

Le système de santé suisse se présente aujourd'hui comme une entité complexe. La Confédération et les cantons assument dans tous les domaines de la santé – promotion de la santé, protection de la santé, prévention, prise en charge médicale, réadaptation, intégration, recherche, information, formation et perfectionnement – des tâches communes, parallèles ou qui se chevauchent. La santé est devenue une tâche placée sous la responsabilité commune de la Confédération et des cantons.

Le bilan des transferts de compétences en faveur de la Confédération dans le domaine de la santé est significatif. L'extension croissante des travaux législatifs au niveau fédéral impose une réduction correspondante des compétences des cantons et les force à appliquer des lois qu'ils n'ont pas décidées (fédéralisme d'exécution) alors même qu'ils continuent à en assumer une grande part de la responsabilité financière. En outre, les cantons sont d'avis, compte tenu de l'enchevêtrement des tâches, qu'ils participent trop peu au processus de décision sur le plan fédéral. Ils ont le sentiment qu'en comparaison d'autres groupes d'intérêts privés, on ne les consulte pas assez et que la Confédération ne tient pas suffisamment compte de leurs avis.

Pour sa part, la Confédération critique l'hétérogénéité des cantons et leur grande liberté d'action dans la mise en œuvre des lois fédérales. Elle déplore en outre qu'avec 26 cantons, elle n'ait pas d'interlocuteurs dont les mandats sont clairs.

Depuis les années 1990, la question est dans l'air: comment organiser au niveau national la collaboration – devenue incontournable – entre Confédération et cantons compte tenu de l'enchevêtrement des tâches?

Pour répondre à cette question, le chapitre 6 présente tout d'abord quelques instruments existants de collaboration entre Confédération et cantons. Puis il donne une vue d'ensemble des interfaces entre Confédération et cantons concernant cinq domaines: politique de santé et processus de planification au niveau national, promotion de la santé et prévention, protection de la santé et protection des consommateurs, assurance-maladie et formation pour les professions de la santé. La dernière partie du chapitre 6 présente des instruments de collaboration nouvellement instaurés entre cantons et Confédération qui facilitent potentiellement l'élaboration d'une politique commune: le Dialogue Confédération – cantons sur la politique nationale de la santé, la réforme de la péréquation financière et de la répartition des tâches entre la Confédération et les cantons (RPT) et la politique de la Confédération contre l'alcoolisme. Trois processus en cours d'où on voit émer-

ger un nouveau mode de collaboration, plus partenariale, entre la Confédération et les cantons.

L'évaluation des instruments, des mécanismes, des modes et des contenus de la collaboration verticale présentée à la fin de ce chapitre montre que le fédéralisme coopératif serait un mode d'organisation idéal pour une politique nationale suisse de la santé.

Les considérations suivantes se basent pour l'essentiel sur les 9 portraits des cantons (partie IV du présent rapport) ainsi que sur le portrait de la Confédération (partie V). Lorsque cela a été possible, nous avons en outre consulté des études pertinentes relatives à la politique de la santé, mais il convient de préciser que l'offre est encore assez restreinte dans ce domaine.

Tableau 21: Cantons et Confédération : situations de départ différentes pour une politique nationale de la santé

Cantons	Confédération
Compétence globale dans le domaine de la santé – conception globale de la santé	Compétences spécifiques seulement dans quelques domaines de la santé – conception atomisée de la santé
Politique de la santé dans tous les secteurs: politiques cantonales globales de la santé	Politique de la santé dans quelques secteurs seulement (principe de subsidiarité): pas de base légale pour développer une politique globale de la santé
Lois cantonales sur la santé dans la plupart des cantons	Pas de loi fédérale sur la santé mais un grand nombre de lois sectorielles
Problèmes sanitaires similaires, mais solutions différentes (et multiples) – Potentiel d'innovation	Offices fédéraux défendant des intérêts parfois contradictoires en matière de santé – cela rend plus difficile la définition du rôle de la Confédération
La complexité du système s'accroît. La pression en vue d'une uniformisation augmente; les cantons délèguent des tâches à la Confédération; perte d'autonomie: les cantons deviennent-ils de simples organes d'exécution de la Confédération?	La complexité du système s'accroît. Nécessité d'adaptation au contexte international; nouvelles compétences et tâches; augmentation du pouvoir de la Confédération, mais a-t-elle les ressources pour mettre en œuvre ces nouvelles tâches?
Volonté des cantons de conserver leur souveraineté	Tendance à la centralisation: désir de la Confédération de devenir leader en matière de politique de la santé
Longue tradition de la collaboration intercantonale: nombreux organes et instruments de collaboration et de coordination aux niveaux régional et national	Peu d'organes et instruments de coordination internes. Récemment, on observe quelques démarches dans ce sens
Les cantons ont comme partenaires privilégiés les autres cantons	La Confédération a comme partenaire privilégié les assureurs
Nombreuses attentes thématiques des cantons à l'égard de la Confédération	Peu d'attentes de la Confédération vis-à-vis des cantons

6.2 Instruments de la collaboration entre cantons et Confédération

Bases constitutionnelles

La Constitution fédérale a fait l'objet d'une révision totale dans les années 1990 et elle a été adoptée en 1999 par le peuple et les cantons. Elle règle dans une série d'articles la collaboration entre Confédération et cantons. Ce faisant, elle s'appuie sur un ordre juridique fédéraliste moderne qui met l'accent sur la souveraineté des cantons et exige en même temps que la Confédération et les cantons, ces derniers en tant qu'États membres souverains, collaborent. La Constitution obéit ainsi aux principes d'un fédéralisme coopératif.

La Constitution fédérale garantit la souveraineté et l'autonomie des cantons, leur droit de participation au niveau fédéral, leur rôle primordial dans la mise en œuvre du droit fédéral ainsi que les possibilités et obligations qu'ils ont, en tant que partenaires, de collaborer entre eux, avec la Confédération et avec les pays voisins.

En ce qui concerne les relations entre la Confédération et les cantons, nous énumérons ci-après les dispositions de droit constitutionnel les plus importantes :

Art. 44 Principes

¹ La Confédération et les cantons s'entraident dans l'accomplissement de leurs tâches et collaborent entre eux.

² Ils se doivent respect et assistance. Ils s'accordent réciproquement l'entraide administrative et l'entraide judiciaire.

³ Les différends entre les cantons ou entre les cantons et la Confédération sont, autant que possible, réglés par la négociation ou par la médiation.

Art. 45 Participation au processus de décision sur le plan fédéral

¹ Les cantons participent, dans les cas prévus par la Constitution fédérale, au processus de décision sur le plan fédéral, en particulier à l'élaboration de la législation.

² La Confédération informe les cantons de ses projets en temps utile et de manière détaillée ; elle les consulte lorsque leurs intérêts sont touchés.

Art. 48 Conventions intercantionales

¹ Les cantons peuvent conclure des conventions entre eux et créer des organisations et des institutions commu-

nes. Ils peuvent notamment réaliser ensemble des tâches d'intérêt régional.

² La Confédération peut y participer dans les limites de ses compétences.

Art. 55 Participation des cantons aux décisions de politique extérieure

¹ Les cantons sont associés à la préparation des décisions de politique extérieure affectant leurs compétences ou leurs intérêts essentiels.

² La Confédération informe les cantons en temps utile et de manière détaillée et elle les consulte.

³ L'avis des cantons revêt un poids particulier lorsque leurs compétences sont affectées. Dans ces cas, les cantons sont associés de manière appropriée aux négociations internationales.

Art. 147 Procédure de consultation

Les cantons, les partis politiques et les milieux intéressés sont invités à se prononcer sur les actes législatifs importants et sur les autres projets de grande portée lors des travaux préparatoires, ainsi que sur les traités internationaux importants. Voir également à ce sujet les explications données plus bas.

Art. 186 Relations entre la Confédération et les cantons

¹ Le Conseil fédéral est chargé des relations entre la Confédération et les cantons et collabore avec ces derniers.

Réforme de la péréquation financière et de la répartition des tâches entre la Confédération et les cantons (RPT)

Révision des articles constitutionnels dans le cadre de la RPT. Celle-ci doit entrer en vigueur en 2008 (voir également à ce sujet 6.5).

Lois, ordonnances, lignes directrices

(ordre chronologique)

Dans l'esprit du fédéralisme coopératif tel qu'il figure dans les dispositions constitutionnelles, la Confédération et les cantons se sont dotés ces dernières années de lois, de lignes directrices et d'ordonnances censées renforcer, par la clarification des processus, la collaboration verticale entre la Confédération et les cantons. La plupart de ces bases juridiques n'ont pas plus de six ans. Nous énumérons ci-

dessous quelques exemples qui pourraient également influencer les rapports entre la Confédération et les cantons dans le domaine de la santé. Outre les lois, ordonnances et directives, nous dressons la liste des conventions passées entre la Confédération et les cantons qui, elles non plus, n'ont pas plus de 6 ans.

Loi fédérale du 21 mars 1997 sur l'organisation du gouvernement et de l'administration (LOGA)

Dans l'article 3, alinéa 2, le Conseil fédéral et l'administration fédérale s'engagent à encourager la collaboration entre la Confédération et les cantons. L'article 10 stipule que le Conseil fédéral assure la transmission d'informations notamment aux cantons.

Ordonnance du 28 juin 2000 sur l'organisation du Département fédéral de l'intérieur (OrgDFI)

Cette ordonnance se base sur les articles 43 alinéa 2 et 47 alinéa 2 de la loi fédérale du 27 mars 1997 sur l'organisation du gouvernement et de l'administration. Les articles 2a et 2b Org DFI stipulent que le département travaille en étroite collaboration avec les cantons, les communes, les organisations non étatiques, les partenaires sociaux et les associations économiques; il respecte le principe de la subsidiarité.

Réglementation-cadre sur la méthode de travail de la Conférence des gouvernements cantonaux (CdC) et des Conférences des directeurs concernant la coopération de la Confédération et des cantons (du 14 décembre 2001)

L'objectif de cette réglementation est en particulier d'améliorer, par la clarification des processus, la capacité d'exécution des mesures de la Confédération ainsi que d'optimiser la mise en œuvre de la loi fédérale sur la participation des cantons à la politique extérieure de la Confédération. Ainsi, la réglementation-cadre répond aussi à un vœu du Conseil fédéral.

Lignes directrices à l'attention de l'administration fédérale concernant la collaboration entre la Confédération, les cantons et les communes (du 16 octobre 2002)

Ces lignes directrices concernent la politique d'agglomération menée par la Confédération. Comme cela est le cas pour la loi fédérale sur la participation des cantons à la politique extérieure de la Confédération, les relations de

Tableau 22: Conventions passées entre la Confédération et les cantons

Conventions entre la Confédération et les cantons	
Convention entre la Confédération et les cantons universitaires sur la coopération dans le domaine des hautes écoles universitaires (du 4 décembre 2000)	2000
Réglementation-cadre sur la méthode de travail de la Conférence des gouvernements cantonaux (CdC) et des Conférences des directeurs concernant la coopération de la Confédération et des cantons (du 14 décembre 2001)	2001
Convention entre la Confédération et les cantons ainsi que les villes et communes relative à la création d'une Conférence tripartite sur les agglomérations (2001)	2001
Contrat Confédération-cantons avec la Croix-Rouge Suisse (2003)	2003
Convention entre la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) et la Confédération suisse représentée par le Département fédéral de l'intérieur (DFI) sur la Politique nationale suisse de la santé (2003)	2003
Accord conclu entre la Conférence des gouvernements cantonaux (CdC) et le Département fédéral de justice et police (DFJP) sur la délégation d'un observateur cantonal au sein du DFJP (2005). En raison de leurs compétences en matière de police, les cantons doivent être associés, par le biais de leur observateur cantonal, assez tôt et globalement aux développements liés aux accords de Schengen/Dublin	2005
En préparation	
Convention entre la Confédération et les cantons sur la structure des offres d'études et les directives d'accréditation applicables aux hautes écoles spécialisées	

partenariat et d'égal à égal entre la Confédération et les cantons sont ici aussi prépondérantes.

Les lignes directrices précisent notamment les points suivants:

(1) La collaboration verticale doit être renforcée, tant lors de la phase d'élaboration des mesures de la Confédération que lors de leur mise en œuvre et de leur évaluation. Les relations de partenariat impliquent la Confédération, les cantons et les communes.

(3) Les cantons collaborent en tant que partenaires principaux de la Confédération à l'élaboration de mesures fédérales ainsi qu'à leur mise en œuvre et à leur évaluation.

Loi sur l'Assemblée fédérale (Loi sur le Parlement) du 13 décembre 2002

L'article 141 (message accompagnant un projet d'acte) aborde la capacité d'exécution des mesures de la Confédération. Concrètement, l'article prévoit que le Conseil fédéral explique notamment dans ses messages les points suivants: les conséquences que le projet et sa mise en œuvre entraînent sur les finances et l'état du personnel de la Confédération, des cantons et des communes, les modalités de son financement, les incidences qu'il a eues ou aura sur la planification financière, enfin le rapport coût-utilité des mesures proposées.

Convention entre la Confédération et les cantons universitaires sur la coopération dans le domaine des hautes écoles universitaires (du 4 décembre 2000)

Cette convention est jusqu'à maintenant restée unique en son genre. Elle constitue l'une des bases de l'institution de la Conférence universitaire suisse (CUS), laquelle dispose de compétences de décision contraignantes dans des domaines définis. Les conventions fixant des règles de droit, négociées et conclues par les représentants des gouvernements, ont certes l'avantage qu'elles permettent de réaliser en toute cohérence l'idée du partenariat entre la Confédération et les cantons mais elles comportent un déficit démocratique, ce qui représente un désavantage. Le rapport du Conseil fédéral sur les conventions fixant des règles de droit conclues entre la Confédération et les cantons, de 2002, précise: «La convention Confédération-cantons n'est pas considérée comme un instrument adéquat pour renforcer le fédéralisme coopératif.»⁶⁹ Selon ce rapport, une voie plus pragmatique pourrait consister à introduire dans certains domaines une participation démocratique à l'élaboration des conventions Confédération-cantons contenant des dispositions fixant des règles de droit, afin d'acquérir une expérience en la matière. Si l'expérience se révèle positive, et si des mesures judicieuses peuvent être prises pour remédier aux possibles inconvénients évoqués plus haut, les réglementations spécifiques relatives à un domaine d'activité donné pourraient être réunies en une seule réglementation générale au niveau de la Constitution, assurant une participation démocratique.

69 Rapport du Conseil fédéral du 27 mars 2002 sur les conventions fixant des règles de droit conclues entre la Confédération et les cantons, établi en réponse au postulat « Conseil des Etats, 01.3426 Commission des institutions politiques », p. 2.

Contrat Confédération-cantons avec la Croix-Rouge suisse (2003)

Contrat entre l'Office fédéral de la formation professionnelle et de la technologie (OFFT) et les cantons, représentés par la Conférence suisse des directeurs cantonaux de l'instruction publique (CDIP), la Conférence suisse des directeurs des affaires sanitaires (CDS) en tant que mandants, et, en tant que mandataire, la Croix-Rouge suisse (CRS), relatif au remplacement du contrat de prestations du 29 avril, 20 mai 1999, et son avenant du 24 janvier 2000. Ce contrat définit les prestations à fournir par la CRS dans la perspective du transfert des compétences en matière de professions de la santé aux départements cantonaux de l'instruction publique et à la Confédération.

La prolongation du mandat attribué à la CRS sera décidée dans le cadre du plan général, élaboré conjointement par les cantons et la Confédération dans la perspective de la réalisation des objectifs du message du 29 novembre 2002 relatif à l'encouragement de la formation, de la recherche et de la technologie pour les années 2004-2007, et de la participation financière de la Confédération.

Participation des cantons à la phase parlementaire

Jusqu'à maintenant, le Parlement fédéral n'a fait qu'un usage limité de ses possibilités de piloter le système de santé et s'est borné à agir sur quelques points, en particulier dans le domaine de l'assurance-maladie et de son financement. Plus de la moitié de toutes les interventions parlementaires relatives à la santé concernent ce domaine. Pour les cantons, le Conseil des Etats est le lieu

Ancre de la collaboration partenariale Confédération-cantons dans des lois fédérales (sélection)

A la fin des années 1990, Confédération et cantons ont commencé à ancrer leur collaboration fondée sur le partenariat dans certaines lois fédérales:

- Loi sur les hautes écoles spécialisées (1995), révisée en 2004
- Loi sur l'aide aux universités et la coopération dans le domaine des hautes écoles (1999)
- Loi fédérale sur la participation des cantons à la politique extérieure de la Confédération (2000)
- Loi fédérale sur la formation professionnelle (2002)

où ils peuvent avoir une influence sur l'élaboration de la politique fédérale. Jusqu'à ce jour, leur influence dans ce conseil a été modeste. En tant que Chambre des cantons, le Conseil des Etats est certes «un endroit-clé où s'exerce l'influence des cantons sur les processus de décision de la Confédération».⁷⁰ Cependant, les conseillers aux Etats votent en tant que représentants des partis et non pas en tant que représentants des cantons. Le Conseil des Etats ne remplit donc que de manière limitée sa fonction de représentant des cantons⁷¹.

En vertu de la Constitution fédérale, il existe différents mécanismes et instruments qui permettent la participation des cantons aux décisions fédérales pendant et après la phase parlementaire :

- Interventions parlementaires (motion, postulat, interpellation)
- Initiative des cantons (art. 160, al. 1 Cst) : tout canton a le droit de soumettre une initiative à l'Assemblée fédérale
- Conseil des Etats: les 26 cantons sont représentés au sein de la Chambre des cantons (art. 150 Cst)
- Convocation à une session extraordinaire de l'Assemblée fédérale par un quart des membres du Conseil des Etats: art. 151 al. 2 Cst
- «Hearing» des cantons (aussi bien que d'autres acteurs) au sein des commissions parlementaires permanentes, notamment les deux Commissions de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil des Etats et du Conseil national. Ces commissions, qui traitent les objets avant qu'ils soient soumis au Parlement, ont un poids considérable, aussi bien du point de vue technique que politique. On peut admettre qu'en principe le Conseil national et le Conseil des Etats suivent les décisions de leurs commissions respectives⁷²
- Référendum facultatif sur demande de 8 cantons (art. 141 al. 1 Cst) : c'est ce qu'on appelle le référendum des cantons

- Double majorité du peuple et des cantons requise pour toutes les révisions de la Constitution fédérale, les lois fédérales urgentes et les adhésions à des organisations supranationales (art. 140, al. 1 let. a-c et art. 142, al. 2-4 Cst)

Une analyse sur l'emploi de ces instruments par les cantons dans le domaine de la politique suisse de la santé et sur leurs effets fait encore défaut. Dans le cadre du présent rapport, nous ne pouvons livrer qu'une appréciation générale et mettre en évidence certaines tendances.

Exemples d'influence cantonale en politique de santé

Les cantons peuvent déclencher des processus politiques en recourant aux instruments et mécanismes énumérés ci-dessus. Mais la plupart du temps, l'initiative vient d'un seul canton et il ne s'agit pas d'actions cantonales collectives ayant pour objectif d'influencer activement la politique de la santé sur le plan fédéral. Les initiatives cantonales des cantons de Soleure, Bâle-Campagne et Zurich visant à légaliser les produits issus du cannabis (SO 1992) et à une nouvelle réglementation des produits issus du cannabis dans la loi fédérale sur les stupéfiants (BL 1997, ZH 1998) peuvent servir d'exemple. En 1999, le Conseil national a donné suite aux trois initiatives cantonales, en 2000 le Conseil des Etats l'a fait seulement pour les deux initiatives des cantons de Zurich et Bâle-Campagne. 12 ans après le dépôt de l'initiative du canton de Bâle-Campagne, le Conseil national a refusé en 2004 d'entrer en matière sur le projet du Conseil fédéral concernant la loi sur les stupéfiants. De même, l'initiative du canton du Valais demandant d'instaurer une «table ronde» sur le système de santé (2000) est une action individuelle. La commission compétente a refusé la requête au motif que l'institution d'une «table ronde» n'était pas démocratique. Selon elle, les participants ne sont pas représentatifs car ces groupes n'ont pas été constitués en respectant une procédure démocratique.

Nouvelles tendances

Depuis quelques années, on observe que les cantons ont tendance à s'unir pour défendre leurs intérêts au sein du Parlement. Ainsi, les représentants des cantons (ministres cantonaux de la santé, représentants de la Conférence des gouvernements cantonaux CdC) sont invités plus souvent à des «hearings» par les commissions du Conseil national

70 Ulrich KLÖTI, Peter KNOEPFEL, Hanspeter KRIESI, Wolf LINDER, Yannis PAPADOPOULOS, *Handbuch der Schweizer Politik*, 3^e édition remaniée. Verlag Neue Zürcher Zeitung, Zürich 2002, p. 85.

71 Voir aussi à ce sujet: Wolf LINDER, Reto WIESLI: *Repräsentation, Artikulation und Durchsetzung kantonaler Interessen in Stände- und Nationalrat*. Etude sur mandat des services du Parlement. Institut des sciences politiques, université de Berne, décembre 2000.

72 Lüthi, Ruth, «Das Parlament», in: Ulrich Klöti et al. (Hrsg.) *Handbuch der Schweizer Politik*. Zürich: NZZ Verlag. 3^e édition remaniée, p. 132-158, 2002.

et du Conseil des Etats. Afin que les représentants des cantons puissent se préparer correctement, le secrétariat du Conseil des Etats transmet à la CdC, avant le début de chaque session, une liste des affaires qui sont traitées par les commissions. Pour sa part, depuis l'an 2000, la Conférence des gouvernements cantonaux (CdC) invite les parlementaires fédéraux à une table des habitués des cantons («Stammtische der Kantone») le soir du premier jour de la session. L'objectif est de cultiver les relations avec les parlementaires fédéraux (conseillers aux Etats ainsi qu'anciens membres gouvernementaux du Conseil national) et d'intensifier les échanges d'opinions. En outre, une rencontre du bureau du Conseil des Etats et du comité directeur de la CdC a lieu deux fois par an afin de discuter entre autres de problèmes politiques actuels. Le référendum lancé pour la première fois avec succès en 2005 par 11 cantons contre le paquet fiscal de la Confédération est un signe que les cantons ont davantage pris conscience de leur force collective. En ce qui concerne le domaine très controversé du financement hospitalier, les cantons ont également fait savoir que le lancement d'un référendum constituerait une option possible. En conséquence, les cantons ont été consultés séparément sur un projet de la commission du Conseil des Etats à propos du financement des hôpitaux. Etant donné leur ferme opposition à ce projet, les cantons ont offert de chercher avec la commission et le Conseil fédéral des solutions nouvelles susceptibles de réunir un consensus.

Participation des cantons en phase préparatoire

En Suisse, la législation fédérale pose inéluctablement des questions de répartition des tâches et de collaboration entre la Confédération et les cantons puisque ces derniers sont en règle générale chargés de la mise en œuvre des lois fédérales. En raison des compétences globales dont jouissent les cantons en matière de santé et compte tenu de la faiblesse des structures de collaboration entre les cantons et la Confédération, il devrait être dans l'intérêt de cette dernière d'intégrer les cantons en tant que partenaires dans la phase préparatoire. La procédure de consultation constitue à cet égard une mesure propre à créer la confiance.

Procédure de consultation

La procédure de consultation est l'instrument classique qui permet la participation des acteurs extraparlamentaires

à la phase préparatoire d'une procédure législative. Un tel processus favorise l'obtention d'un consensus parmi les différents acteurs politiques. Une étude effectuée en 1998 sur mandat des services du Parlement de l'Assemblée fédérale confirme ce rôle de la consultation. L'étude mentionne notamment que lorsque l'avant-projet soumis à procédure de consultation suscite de nombreuses critiques, que celles-ci n'ont cependant guère été prises en compte et que le projet du Conseil fédéral présenté au Parlement ne contient pas les compromis réclamés, le projet est très souvent et durablement modifié. Mais ce changement s'opère avec une certaine lenteur.⁷³ D'autres recherches au contraire montrent une réalité différente : les avis et positions des offices fédéraux compétents, des experts et des groupes d'intérêts qui ont la force de lancer un référendum sont en général mieux pris en compte dans les procédures de consultation que les positions des cantons ou des partis politiques.⁷⁴ En partant de ce constat, un recours plus conscient à la procédure de consultation en tant que mesure propre à créer la confiance pourrait contribuer de manière non négligeable à développer une culture de la collaboration entre la Confédération et les cantons fondée sur le fédéralisme coopératif.

Jusqu'en 2005, la procédure de consultation était réglementée au niveau d'une ordonnance, ce qui ne correspondait plus aux exigences de la nouvelle Constitution fédérale. De plus, les cantons critiquaient la procédure de consultation traditionnelle, lui reprochant de trop peu tenir compte des positions des cantons dans les processus de décision de la Confédération, ceci ne pouvant que nuire à une mise en œuvre optimale des politiques fédérales.⁷⁵ Etant donnée l'importance de la procédure de consultation comme mesure propre à créer la confiance entre Confédération et cantons et donc à favoriser une politique nationale de la santé, nous souhaitons montrer ci-après les points faibles de l'ancienne procédure de consultation et donnons une appréciation de la nouvelle loi sur la procédure de consultation.

73 Schweizerische Bundesversammlung: ein aktives Gesetzgebungsorgan. Eine empirische Untersuchung des Gesetzgebungsprozesses in den Jahren 1995-97. Bern, Herbst 1998, S. 84.

74 Ulrich KLÖTI et al., Handbuch der Schweizer Politik, 3. überarbeitete Auflage (2002), S. 93-94.

75 Mise en œuvre des politiques fédérales et consultation des cantons. Rapport final du Contrôle parlementaire de l'administration (CPA) à l'attention de la section «Efficacité» (H3-E) de la commission de gestion du Conseil des Etats (1997).

Capacité d'exécution des actes législatifs

Il y a interdépendance entre les procédures de consultation et la qualité de la mise en œuvre par les cantons des articles constitutionnels, des lois et des ordonnances fédérales. Rappelons ici que depuis 1985, le Parlement fédéral a adopté une vingtaine de nouvelles lois dans le domaine de la santé, parmi lesquelles la loi sur l'assurance-maladie (LAMal). Cette dernière connaît des problèmes d'application, notamment en ce qui concerne la planification hospitalière obligatoire, la réduction des primes ou la mise en œuvre de prestations de prévention conformément à la LAMal.

S'agissant de la mise en œuvre des politiques fédérales, le Contrôle parlementaire de l'administration (CPA) a écrit, dans son rapport final de 1997, que les déficits de mise en œuvre sont souvent imputables à une répartition des compétences floue entre la Confédération et les cantons, parfois à une coordination horizontale insuffisante, à l'hétérogénéité des administrations cantonales, aux finances fédérales précaires, à la législation fédérale trop détaillée, à la prise en compte insuffisante des particularités régionales et à une surveillance qui ne se préoccupe que partiellement de l'efficacité de la mise en œuvre des politiques fédérales par les cantons.⁷⁶ En effet, dans le système du fédéralisme d'exécution, la Confédération renonce presque totalement – dans le secteur de la santé aussi – à un appareil administratif propre pour la mise en œuvre de ses programmes. Ce sont les cantons qui sont censés appliquer. Bien que ceux-ci, en tant qu'autorités d'exécution, soient soumis à la surveillance de la Confédération, les cantons disposent d'une marge de manœuvre considérable pour la mise en œuvre des lois fédérales et le degré de mise en œuvre des directives fédérales ne fait l'objet d'aucun contrôle par la Confédération.

La procédure traditionnelle de consultation engendrant une situation peu satisfaisante, le Contrôle parlementaire de l'administration a donc suggéré en 1996, à l'attention de la Commission de gestion du Conseil des Etats, de la réviser en tenant compte des propositions suivantes :

- Accorder un délai suffisamment long pour les prises de position
- Pondérer les avis cantonaux selon des critères définis et de portée générale

⁷⁶ Mise en œuvre des politiques fédérales et consultation des cantons. Rapport final de l'Organe parlementaire de contrôle de l'administration (OPCA) à l'attention de la section « Efficacité » (H3-E) de la commission de gestion du Conseil des Etats du 20 mars 1997, p. 12 ss.

- Orienter précocement les cantons sur les normes d'exécution envisagées et les associer en temps utile à l'examen des aspects de mise en œuvre.

Cela permet aussi de valoriser l'expérience des cantons en matière d'exécution des actes législatifs.

Répercussions des lois fédérales pour l'économie

La Confédération est sensible aux répercussions que les lois fédérales peuvent entraîner pour les entreprises. Depuis 1999, tous les actes législatifs nouveaux ou à réviser – au niveau de la Constitution, des lois et ordonnances – doivent être soumis à une évaluation systématique des conséquences qui en résulteront pour l'économie. L'objectif consiste à décharger le secteur de l'économie des conséquences financières de nouvelles réglementations. Une telle procédure pourrait être également adaptée aux besoins d'un système fédéraliste. Elle consisterait à évaluer l'applicabilité des lois fédérales et leurs conséquences pour les cantons.

Préconsultation

Il revient en règle générale à l'administration fédérale et au Conseil fédéral de préparer et de présenter les avant-projets de lois. Ainsi, entre 1995 et 1997, sur les 162 textes législatifs qui ont été adoptés par l'Assemblée fédérale, la plus grande partie a été élaborée par l'administration fédérale elle-même⁷⁷, alors que seulement 17 d'entre eux ont été élaborés avec l'aide d'experts externes et/ou avec les cantons. Toutefois, depuis les années 1990, on observe que des préconsultations ont lieu avant la procédure de consultation proprement dite. Les préconsultations sont des contacts informels destinés à ce que les services concernés, les cantons, les conférences intercantionales spécialisées ou des commissions extra-parlementaires discutent des principes d'un projet de loi, listent les problèmes et examinent les aspects de mise en œuvre avant d'en élaborer le texte. La préconsultation constitue ainsi une voie possible pour arriver à dégager un consensus sur les principes d'une future loi et sur les aspects de sa mise en œuvre.⁷⁸ Jusqu'à ce jour, la Confédération n'a fait dans

⁷⁷ Dieter BIEDERMANN, Die verwaltungsinterne Erarbeitung: das Behindertengesetz, in: LEGES 2002/3, p. 23-33.

le secteur de la santé qu'un usage ponctuel et sporadique de l'instrument de la préconsultation (par ex. table ronde en 2000 sur le thème « clause du besoin dans le domaine ambulatoire »). Depuis 2003, le Dialogue entre la Confédération et les cantons sur la politique nationale de la santé constitue aussi une forme de consultation informelle. La préconsultation pourrait devenir un instrument précieux dans le cadre d'une collaboration plus étroite entre cantons et Confédération, pour favoriser une rédaction en commun des projets de lois ou d'ordonnances et/ou pour leur adaptation après évaluation des résultats de la procédure de consultation.

Nouvelles tendances

Nouvelle loi sur la procédure de consultation

Entre temps, la procédure de consultation a été révisée. La loi fédérale sur la procédure de consultation du 18 mars 2005, en vigueur à partir de septembre 2005, contient les améliorations potentielles suivantes en ce qui concerne la participation politique des cantons et la mise en œuvre des actes législatifs dont ils sont chargés :

- **Implication des associations faitières nationales des cantons, des communes, des villes et des régions de montagne** : par la consultation systématique de ces associations faitières, on s'assure que celles-ci participent à l'ensemble des procédures de consultation de la Confédération. Il y a là également une forme d'incitation aux cantons, régions, communes et villes à déposer des prises de position coordonnées et consolidées. Cette participation institutionnalisée est censée contribuer à améliorer l'applicabilité des mesures prises par la Confédération et à mettre en pratique les droits fondamentaux des cantons, communes, villes et régions de montagne à participer et à être entendus.
- **Procédure de consultation relative aux ordonnances** : celle-ci doit avoir lieu lorsque les cantons sont dans une large mesure concernés par des projets d'ordonnance. Il est ainsi possible de tenir compte des exigences liées au fédéralisme.
- **Coordination de toutes les consultations par la chancellerie fédérale** : afin d'éviter que les destinataires des consultations soient submergés par un flot de consul-

tations dont le délai de réponse est identique et dans le but de garantir une qualité uniforme pour toutes les consultations de la Confédération, la Chancellerie fédérale est tenue, en vertu de la loi, de coordonner les procédures. Délais raccourcis pour le dépôt des prises de position et consultations par conférences ne sont plus qu'exceptionnellement autorisés et à titre d'urgence. La raison en est qu'au cours de ces conférences, les participants ne peuvent donner que des avis partiels.

- **Pas de pondération des prises de position** : aucune pondération des prises de position déposées ne doit avoir lieu. Cependant, comme le précise le Conseil fédéral dans son message relatif au projet, et en vue d'améliorer l'applicabilité des mesures prises par la Confédération, les départements sont priés d'accorder un poids particulier aux avis des cantons, pour autant qu'il s'agisse d'aspects de mise en œuvre. Les consultations internes des offices fédéraux et la procédure de co-rapports (voir à ce sujet le chapitre 4) permettent dans une certaine mesure d'évaluer et d'éviter d'éventuels problèmes d'exécution. Les directives du Conseil fédéral allant dans ce sens à l'intention de l'administration doivent être élaborées par la Chancellerie fédérale, en collaboration avec le DFJP.⁷⁹

De plus, l'article 141 alinéa 2f de la loi sur l'Assemblée fédérale (loi sur le Parlement – LParl, 2002) prévoit que le Conseil fédéral doit indiquer dans ses messages les conséquences que le projet et sa mise en œuvre entraînent sur les finances et l'état du personnel de la Confédération, des cantons et des communes, les modalités de son financement, ses incidences sur la planification financière et enfin, le rapport coût-utilité des mesures proposées.

Appréciation

Les conditions pour une meilleure intégration des cantons dans le processus de formation de la volonté fédérale ont été créées au niveau légal par la nouvelle loi sur la procédure de consultation. On observe actuellement dans la vie politique quotidienne que dans le domaine de la politique de la santé, qui nous intéresse en l'occurrence, Confédération et cantons cherchent le dialogue par le biais de consultations et de prises de position consolidées. Comme les consultations par conférence limitent les prises de po-

78 Voir : Mise en œuvre des politiques fédérales et consultation des cantons. Rapport final de l'organe parlementaire de contrôle de l'administration (OPCA) à l'attention de la section « Efficacité » (H3-E) de la commission de gestion du Conseil des Etats (1997), p. 12 ss.

79 Voir : Office fédéral de la justice: Guide de la législation. Guide pour l'élaboration de la législation fédérale, 2^e édition remaniée. Berne, 2002, p. 144.

sition des cantons, étant donné le nombre d'acteurs qui y participent, ceux-ci ont obtenu à leur demande, après l'échec de la révision de la LAMal au Parlement en 2003 et dans le cadre du lancement d'une nouvelle révision en avril 2004, une audition spéciale auprès du chef du Département fédéral de l'intérieur. De plus, il convient de mentionner la prise de position consolidée des cantons en matière de financement des soins (février 2005). En matière de financement hospitalier, également une partie importante de la révision de la LAMal, les cantons ont également pu présenter leur position dans le cadre de consultations particulières. Ils ont notamment présenté en novembre 2005 une prise de position concertée entre la CdC, la CDS et la CDF, opposée au modèle de financement hospitalier proposé par le Conseil des Etats. Enfin, Confédération et cantons discutent de thèmes actuels relevant de la politique de la santé dans le cadre du Dialogue Confédération-cantons sur la politique nationale de la santé, institué en 2004 (voir à ce sujet le paragraphe 6.4). De telles

consultations formelles et informelles sont des occasions à saisir par les cantons et les offices fédéraux pour mieux coordonner leurs prises de position à un stade précoce à propos d'une loi fédérale ou d'une révision de loi.

Elaboration d'actes législatifs dans le domaine de la santé associant les cantons (état : 2006)

- Loi fédérale sur la formation professionnelle (en vigueur depuis 2002)
- Révision de la loi sur les hautes écoles spécialisées (en vigueur depuis 2005)
- Loi fédérale sur la formation universitaire aux professions médicales (actuellement débattue au Parlement)
- Loi fédérale sur les professions de la psychologie (en préparation)

Projets de lois élaborés de manière paritaire entre cantons et Confédération

L'élaboration paritaire de lois par la Confédération et les cantons a eu lieu notamment dans les domaines suivants :

- Préparation des dispositions applicables à la Confédération et aux cantons dans le cadre de la réforme de la Constitution (années 1990), en vigueur depuis le 1.1.2000.
- Loi fédérale du 22.12.1999 sur la participation des cantons à la politique étrangère de la Confédération, en vigueur depuis le 1.7.2000.
- Modification de la Constitution: Réforme de la pré-répartition financière et de la répartition des tâches entre la Confédération et les cantons (RPT), acceptée en votation populaire le 28.11.2004, entrée en vigueur prévue en 2008; organe de projet commun Confédération/cantons dans les années 1990. La Confédération et les cantons ont qualifié le processus qu'ils ont conçu et façonné ensemble d'exemplaire.
- Projets soumis à consultation d'un nouvel article sur les hautes écoles dans la Constitution fédérale.
- Loi fédérale sur les langues nationales et la compréhension entre les communautés linguistiques.

6.3 Collaboration entre cantons et Confédération centrée sur des thèmes

Comme nous l'avons déjà dit en début de chapitre, Confédération et cantons assument dans beaucoup de domaines de la santé des tâches parallèles, communes ou qui se chevauchent. Cette situation résulte de l'enchevêtrement des tâches qui a eu lieu durant ces dernières décennies. Des éléments favorables à la mise en place d'une politique de santé commune entre cantons et Confédération n'existent que de manière très limitée. Il existe cependant quelques plateformes de collaboration entre cantons et Confédération pour certains thèmes de politique de santé dont nous donnons ci-après quelques exemples : planification de la politique de la santé, promotion de la santé et prévention, protection des consommateurs et de la santé, prise en charge sanitaire hospitalière et formation pour les professions de la santé.

Planification de la politique de santé au niveau national

Quels thèmes et problèmes de santé publique préoccupent au premier chef les cantons et la Confédération? Lesquels, à leur avis, devraient être discutés au niveau national, c'est-à-dire entre la Confédération et les cantons? Confédération et cantons n'ont pour l'instant pas fait de

tentative particulière pour identifier ensemble les domaines d'intervention qui, du point de vue de la politique de la santé, nécessiteraient une collaboration verticale particulière. Nous présentons ci-après une liste de thèmes dont la Confédération et les cantons souhaiteraient discuter ensemble. Cette liste repose sur trois sources :

- Enquête réalisée à la suite de l'assemblée plénière de la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) du 22.5.2003. Résultats de l'enquête. Document non publié de la direction du projet Politique nationale suisse de la santé. (PNS 2003)
- Conférence des gouvernements cantonaux : Programme de législature 2003-2007 de la Confédération. Prise de position concertée des cantons sur le document de travail du Conseil fédéral, adoptée lors de l'assemblée plénière de la CdC du 3.10.2003 en vue de la discussion du 28 novembre 2003 entre le Conseil fédéral et les gouvernements cantonaux. (CdC 2003)
- Positions des représentants des cantons sur la Politique nationale de la santé restituées par les 9 portraits qui les concernent (voir volume 2 de cette publication). (PNS 2004-2005)

La Confédération n'a jusqu'ici pas établi de liste de thèmes et d'attentes qu'elle souhaiterait discuter avec les cantons. En revanche, il est possible de se baser sur le programme de législature du Conseil fédéral, sur les objectifs annuels des départements et des offices fédéraux ainsi que sur les visions et stratégies globales des offices fédéraux. En annexe au chapitre 6 figurent une liste des attentes des cantons et, en parallèle, les visions, objectifs et stratégies de la Confédération. Cette présentation ne résulte pas d'une évaluation systématique des sources citées. Ce travail en vue d'une future politique nationale de la santé reste encore à faire.

Processus de planification entre la Confédération et les cantons

Il n'existe pas en Suisse de processus de planification politiquement contraignant entre Confédération et cantons. Toutefois, les cantons ont depuis quelques années quelques instruments à leur disposition pour exprimer leur avis sur les plans et objectifs de la politique de la santé menée par la Confédération : l'audition des cantons concernant le programme de législature du Conseil fédéral (depuis 1999) et la participation des cantons au Dialogue Confédération-cantons sur la politique nationale de

la santé (depuis 2004). Entre 1992 et 1997, les cantons ont également collaboré à l'élaboration de buts nationaux de santé pour la Suisse sur la base des buts de santé de l'OMS, un processus qui n'a plus lieu à l'heure actuelle.

Buts de santé pour la Suisse

Les buts de santé pourraient servir à fixer des priorités en matière de politique sanitaire. Les discussions à propos des buts de santé ont commencé en 1978 lorsque l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a adopté le programme « Health for all by the year 2000 ». Depuis cette date, l'OMS – autorité sanitaire internationale – établit à intervalles réguliers des buts de santé que les Etats membres, dont la Suisse, adaptent à leurs besoins spécifiques. Par trois fois, en 1992, 1995 et 1997, la Suisse a fait évaluer ses buts de santé par l'OMS. Depuis, il n'y a plus eu d'évaluation de l'atteinte des objectifs. La version actuelle des « 21 buts de santé pour la Suisse » a été élaborée en 2001 par des collaborateurs de la CDS, de l'OFSP, de la société Santé Publique Suisse et de Promotion Santé Suisse. Les buts de santé ne sont cependant pas un instrument de planification contraignant pour les décideurs au niveau politique.

Audition des cantons sur le programme de législature du Conseil fédéral

Les gouvernements cantonaux ont été invités, pour la première fois en juin 1999, à accompagner activement le processus d'élaboration du programme de législature du Conseil fédéral 1999-2003. L'Assemblée plénière de la CdC a accepté cette offre et a décidé de débattre en conférence avec le Conseil fédéral de ses objectifs de législation. A cet effet, l'Assemblée plénière d'octobre 1999 a adopté un document de base qui a été transmis au Conseil fédéral lors de l'audition du 25 novembre 1999. En vue de la préparation du programme de législature 2003-2007, le Conseil fédéral a également soumis, lors du Dialogue confédéral du 3 octobre 2002, une proposition concrète visant à associer les cantons selon la même procédure que pour le programme de législation précédent. En conséquence, en vue de l'entretien avec le Conseil fédéral sur le programme de législation 2003-2007, les cantons ont élaboré une prise de position concertée. La CdC accorde une importance majeure à cette forme d'échanges entre Confédération et cantons ; elle a néanmoins trouvé que le dernier document de travail du Conseil fédéral était trop général et trop abstrait pour qu'une discussion sur cette

Tableau 23: Attentes des cantons à l'égard d'une politique nationale de la santé et thèmes proposés (2002)

Collaboration Confédération-cantons	<ul style="list-style-type: none"> ■ Dialogue direct : les cantons estiment que les contacts directs sont des mesures propres à favoriser la confiance dans les relations avec la Confédération (PNS 2004-05). ■ Loi-cadre : fixation aux différents niveaux (Confédération, cantons, communes) des compétences et des formes de la collaboration dans le domaine de la santé. Quels secteurs nécessitent des solutions cantonales, intercantionales ou nationales? Etudier si la RPT peut servir de modèle pour une nouvelle répartition des tâches dans le secteur de la santé (PNS 2004-05). ■ Good practice (bonnes pratiques) : la Confédération devrait tirer parti des bonnes idées et projets des cantons pour des projets au niveau national (PNS 2004-05). ■ Préconsultations : examen des décisions politiques au niveau fédéral et de leurs répercussions sur les coûts et sur les problèmes de mise en œuvre par les cantons. A cet égard, les cantons souhaitent que l'office responsable, à savoir l'Office fédéral de la santé publique, tienne compte des expériences des cantons en la matière (PNS 2004-05). ■ Formation et recherche : afin de garantir un haut niveau des soins médicaux de base, poursuite du renforcement de la collaboration de la Confédération et des cantons dans les domaines de la formation et de la recherche (CdC 2003). ■ Préparation commune des objets concernant la LAMal par la Confédération et les cantons (PNS 2004-05).
E-Health	Dossiers électroniques des patients ou cartes de santé (PNS 2003).
Garantie de la qualité	Garantir la qualité dans le secteur des soins stationnaires (PNS 2003).
Gestion du savoir	Créer un instrument afin que les projets communs au niveau régional et les projets de collaboration ponctuels soient connus de tous les cantons et de la Confédération (PNS 2004-05). Analyses fondées des systèmes et modifications de ceux-ci dans le domaine de la santé ; montrer les conséquences pratiques des décisions politiques et des modifications de système à tous les niveaux (PNS 2004-05).
Invalidité	Renforcement de la collaboration interinstitutionnelle entre assurances-maladie, assurances perte de gain pour cause de maladie et d'accidents, assurances-accidents, employeurs et assurance-invalidité dans l'objectif commun d'augmenter les chances de réintégration (CdC 2003).
LAMal	<ul style="list-style-type: none"> ■ Couverture des coûts de la santé dans l'assurance-maladie par des instruments juridiques appropriés, à développer conjointement par la Confédération et les cantons (CdC 2003). ■ Structure transparente des coûts des systèmes de financement dans le domaine de la santé ; discuter de la durabilité des divers systèmes de rémunération stationnaire (CdC 2003). ■ Développement de nouveaux modèles d'assurance-maladie de base dans le sens d'une consommation accompagnée d'une prise de conscience des coûts ; renforcement de l'indépendance et de la responsabilité individuelle par des incitations adéquates – avant tout aussi financières ; encouragement de l'entraide solidaire (CdC 2003). ■ Création des bases légales visant à exclure du catalogue des prestations obligatoirement remboursées les prestations économiquement non justifiées. Importance de la médecine basée sur des preuves (evidence based-medicine) (enquête 2003). ■ Transparence des conditions cadres au niveau fédéral pour la révision de la LAMal ; obligation de contracter (PNS 2003). ■ Clarification de la question de standards et de prestations utiles en matière de santé (CdC 2003).
Loi sur le travail	Effets de la loi sur le travail sur les coûts salariaux du personnel employé dans le secteur de la santé (PNS 2003).
Médecine universitaire	Formation universitaire : constitution de pôles dans les facultés de médecine (PNS 2003).
Planification de l'offre	<ul style="list-style-type: none"> ■ Planification hospitalière : jurisprudence de la Confédération en matière de listes des hôpitaux et tarifs ; financement hospitalier ; managed care ; critères uniformes de planification du domaine stationnaire ; structure tarifaire des hôpitaux de soins somatiques aigus (PNS 2003). ■ Prise en charge ambulatoire : planification des soins ambulatoires (PNS 2003). ■ Coordination des prestations relevant de la médecine de pointe (PNS 2003).

Politique des aînés	<ul style="list-style-type: none"> ■ Approfondissement du thème du vieillissement et de la santé (PNS 2003). ■ Clarification des responsabilités de la Confédération, des cantons, des communes et des organisations privées dans le domaine de la vieillesse. En vue de l'introduction de la réforme de la péréquation financière et de la répartition des tâches entre la Confédération et les cantons (RPT), il faut coordonner les efforts de la Confédération et des cantons en matière d'aide et de soins aux personnes âgées et handicapées en vue de renforcer généralement le réseau des aides sociales (CdC 2003). ■ Nouvelle réglementation du financement des EMS: objet urgent de la nouvelle révision de la LAMal (CdC 2003). ■ Prise en charge des patientes et patients de longue durée; assistance/suivi et soins de transition; financement des soins de longue durée (PNS 2003). ■ Garantie d'une prise en charge qualitativement élevée de la population âgée mais à un coût financièrement supportable (CdC 2003).
Politique nationale de la santé	Discussion de principe sur la planification d'un système national de santé qui repose sur les quatre piliers suivants: promotion de la santé et prévention des maladies, protection de la santé, prise en charge sanitaire et financement d'une telle politique globale; association des organisations non gouvernementales et d'autres organisations intéressées (PNS 2004-05).
Promotion de la santé et prévention	<ul style="list-style-type: none"> ■ Il faudrait discuter au niveau national des interfaces entre la Confédération et les cantons de portée nationale dans le domaine de la promotion de la santé et de la prévention, par ex. l'interdiction de la publicité pour les produits tabagiques (PNS 2004-05). ■ Programmes de la Confédération: conception et mise en œuvre en collaboration avec les cantons. Pour les petits cantons notamment, et pour des raisons d'efficacité et d'économicité, la coordination de tels programmes s'impose. Dans ce contexte, il faudrait également étudier des stratégies de mise en œuvre selon les régions. Cela permettrait de mieux intégrer des organes de collaboration régionaux tels que les conférences régionales des directeurs des affaires sanitaires et sociales (PNS 2004-05). ■ Renforcement de la promotion de la santé afin de juguler autant que possible les coûts de la santé (CdC 2003). ■ Informations destinées à la population: les cantons devraient pouvoir bénéficier de 50 % des moyens financiers de la Fondation Promotion Santé Suisse pour leur travail sur le terrain. Il s'agit à cet égard de se mettre d'accord sur des conditions cadres générales régissant l'utilisation des moyens de la Fondation (PNS 2004-05). ■ Thèmes pour une politique nationale de prévention: dépistage précoce du cancer du sein; stratégie « Santé psychique »; prévention du tabagisme, de l'alcoolisme, réglementation de la consommation de cannabis; monde du travail et modification des habitudes de vie; environnement et santé; avenir des 21 buts de santé (PNS 2003); sécurité au travail, consommation de tabac, cancer, santé psychique (CdC 2003).
Protection de la santé	Accords entre la Confédération et les cantons concernant les mesures les plus importantes en cas d'épidémie (PNS 2004-05).
Statistiques concernant la santé	Amélioration de la comparabilité des statistiques des cantons; harmonisation des données relatives à la santé; recensement des données significatives en particulier pour la saisie des flux de patients; instruments de mesure de l'efficacité des établissements médicaux-sociaux (PNS 2003).

base puisse déboucher sur des résultats concrets.⁸⁰ Le Conseil fédéral a néanmoins accepté le souhait exprimé par les cantons que les domaines de la politique sociale et de la santé fassent l'objet d'un champ thématique propre.

Dialogue entre la Confédération et les cantons de politique nationale de la santé

Depuis 2004, des représentants des gouvernements de la Confédération et des cantons et des représentants des offices spécialisés se rencontrent à intervalle régulier pour discuter des problèmes actuels de politique de la santé, et en particulier de l'organisation et du financement du système de soins dans le cadre de la révision de la LAMal. Le paragraphe 6.4 donne des informations détaillées sur le Dialogue.

⁸⁰ Programme de législature 2003-2007 de la Confédération: Prise de position consolidée sur le Document de travail du Conseil fédéral adoptée à l'Assemblée plénière de la CdC du 3 octobre 2003 en vue de l'entretien du 28 novembre 2003 entre le Conseil fédéral et les gouvernements cantonaux.

Autres contacts réguliers entre la Confédération et les cantons

Deux fois par an le/la chef/fe du Département fédéral de l'intérieur participe en tant qu'hôte aux assemblées plénières CDS. De plus, sur invitation de la Conférence des gouvernements cantonaux (CdC), un représentant du Conseil fédéral est l'hôte des assemblées plénières de la CdC, lesquelles ont lieu trimestriellement. Ces contacts ne servent cependant pas à planifier en partenariat les dossiers traitant de la politique de la santé mais à procéder à des échanges réciproques d'informations.

Echanges d'informations et d'expériences : délégués cantonaux, délégués de la Confédération ?

Des délégués cantonaux ont leur entrée au sein de l'administration fédérale. C'est le cas auprès du Bureau de l'intégration, auprès de la Mission suisse à Bruxelles, au DFJP dans le contexte de l'accord Schengen/Dublin et, enfin, auprès du Département fédéral des finances. Ils ont accès aux informations qui pourraient présenter un intérêt pour les cantons. Les cantons les plus importants ont créé en outre, dans leur administration cantonale, un service dévolu aux relations extérieures (autres cantons, Confédération pays étrangers).

Pour sa part, le Département fédéral des finances a institué en 2005 un poste de délégué aux questions des finances cantonales. Ce poste a été créé, d'une part, en réaction à l'acceptation de la réforme de la péréquation financière et de la répartition des tâches entre la Confédération et les cantons (RPT) et, d'autre part, en réponse au référendum que les gouvernements cantonaux ont lancé avec succès contre le paquet fiscal de la Confédération. La tâche du délégué est d'intensifier les contacts avec les cantons lorsque des thèmes relevant de la politique financière sont traités. Il est en outre appelé à entretenir des contacts plus fréquents avec le Parlement si les intérêts communs de la Confédération et des cantons sont en jeu. De plus, le Conseil fédéral avait envisagé en 2005 de dépêcher un délégué fédéral à l'information auprès du secrétariat de la CdC, mais elle y a par la suite renoncé.

Rencontres sporadiques

Au-delà des contacts réguliers ont lieu sporadiquement des rencontres informelles, au niveau gouvernemental dictées par l'urgence politique et au cours desquelles les représentants de la Confédération et des cantons discutent notamment de la révision de LAMal. En novembre 2000 par exemple, l'ancienne conseillère fédérale Ruth Dreifuss, ministre de la santé, avait invité les partenaires les plus importants – dont les cantons – à une table ronde pour débattre du thème « Clause du besoin dans le secteur ambulatoire ». Bien que d'autres tables rondes aient été prévues, elles n'ont jamais eu lieu. D'autres discussions informelles ont été menées avec les cantons dans le cadre de la quatrième révision de l'AI. A la demande des cantons, ceux-ci ont obtenu, après l'échec de la 2^e révision de la LAMal au Parlement en 2003, une audition auprès du chef du Département fédéral de l'intérieur. Toutefois, le Conseil fédéral n'a pas tenu compte des propositions des cantons qui s'écartaient des siennes.

Perspectives

Outre le recensement régulier des objectifs de santé des cantons et de la Confédération, des indicateurs de conduite stratégiques pourraient servir d'instrument à une planification globale en politique de santé, plus exactement à l'élaboration commune, par la Confédération et les cantons, d'objectifs nationaux de santé et à la fixation des priorités dans le domaine de la politique nationale de la santé (voir aussi à ce sujet le chapitre 4).

Promotion de la santé et prévention

En vertu du principe de subsidiarité, les cantons sont compétents en matière de promotion de la santé et de prévention des maladies (voir la partie IV du rapport). La partie V du présent rapport montre cependant que la Confédération est également active dans de nombreux domaines de la promotion de la santé et de la prévention (maladies transmissibles et non transmissibles).

Malgré cet enchevêtrement évident des tâches, ce domaine n'a pas encore fait l'objet d'une politique concertée basée sur des objectifs prioritaires, sur le savoir et sur un pilotage coordonné entre cantons et Confédération. Généralement, les 26 cantons et la Confédération planifient individuellement leurs propres programmes de prévention et/ou de promotion de la santé et en confient l'exécution à des acteurs privés (exécution subsidiaire). Des organisations telles que Radix Promotion de la santé, les groupes

d'entraide, les ligues de la santé, lesquelles sont actives au niveau local, régional ou national, ainsi que quelques réseaux cantonaux et nationaux mettent en œuvre les mesures de la Confédération et des cantons sur la base de mandats de prestations. De plus, il existe d'autres institutions (bpa, SUVA, Promotion Santé Suisse, etc.) qui, en vertu d'un mandat de droit public, élaborent et/ou réalisent au niveau suisse des stratégies et des programmes dans le domaine de la prévention des maladies et des accidents et de la promotion de la santé (voir encadré : Organisations œuvrant au niveau national et disposant d'un mandat légal en matière de prévention et de promotion de la santé).

Situations juridiques de la Confédération et des cantons dans le domaine de la prévention et de la promotion de la santé

A l'inverse des cantons, la Confédération n'a pas de loi fédérale sur la santé. Elle régleme cependant, par le biais de lois sectorielles, de très nombreux domaines de la santé dont certains relèvent de la prévention et de la promotion de la santé (voir partie V du présent rapport).

Si elle souhaite étendre ses activités dans ce domaine, elle a besoin d'une nouvelle base légale (base constitutionnelle et loi fédérale).

Pour leur part, les cantons, dans leur grande majorité, ont ancré au cours de ces dernières années dans leur constitution cantonale et/ou dans leur loi sur la santé des dispositions relatives à la promotion de la santé et à la prévention des maladies. Les cantons disposent de visions et de perspectives en matière de prévention et de promotion de la santé qu'ils ont inscrites dans des textes d'ordonnances, des règlements, des programmes de législature cantonaux, des directives gouvernementales, des lignes directrices ou même des conventions intercantionales. Quelques-uns de ces documents stratégiques font état d'approches multisectorielles telles que des études d'impact sur la santé.

Thèmes de prévention dans les cantons et au sein de la Confédération

Les mesures de prévention l'emportent sur les mesures prises en promotion de la santé, aussi bien au sein de la Confédération que dans les cantons.

Une loi fédérale sur la prévention ?

Dans les années 1980, la Confédération a tenté une première fois, sans succès, de clarifier les compétences dans le domaine de la prévention, de renforcer dans ce secteur et de mieux coordonner les activités au niveau national. Après le rejet de l'initiative «contre la publicité pour les produits qui engendrent la dépendance » (initiative des Bons-Templiers) en effet, la Confédération met en consultation un avant-projet de loi fédérale sur la prévention des maladies (loi sur la prévention). Bien que la plupart des cantons se soient prononcés en faveur d'un renforcement de la prévention, 24 d'entre eux sur 26 (à l'exception des cantons de Berne et du Tessin) rejettent l'avant-projet de loi fédérale (1984). Une majorité des cantons souhaite alors rester seuls compétents en matière de prévention.

Sur l'initiative du canton de Vaud et en collaboration avec la Confédération, la Fondation suisse pour la promotion de la santé est créée en 1989. L'acte fondateur est modifié en 1996 avec l'entrée en vigueur de l'article 19 de la nouvelle loi sur l'assurance-maladie (LAMal) et la composition du Conseil de fondation est revue (voir plus bas).

De son côté, le Conseil fédéral décide de faire avancer la prévention par des mesures concrètes plutôt que par des lois. Une section «Prévention» (alcool, tabac, drogue, vaccinations) est créée au sein de l'OFSP en 1987. En référence à la charte d'Ottawa de l'OMS (1986), le travail de prévention s'enracine dans une réflexion plus globale sur la promotion de la santé. Cette nouvelle approche de la santé est reconnue en Suisse en 1994 avec l'inscription de la prévention et de la promotion de la santé dans l'article 19 de la nouvelle loi sur l'assurance-maladie LAMal.

Aujourd'hui, la question d'une nouvelle réglementation fédérale de la prévention et de la promotion de la santé a été remise sur le tapis à la suite de la réorganisation de l'OFSP en 2004 et de la reformulation de sa stratégie d'ensemble qui s'appuie sur une volonté plus marquée de prendre la conduite de la politique de santé au plan suisse. A cet effet, le DFI a institué en 2005 une commission spécialisée «Prévention et promotion de la santé en Suisse en 2010» qui doit s'exprimer sur l'avenir de ces deux domaines en Suisse et émettre des recommandations visant à créer de nouvelles bases légales en la matière. Des représentants des cantons font également partie de cette commission spécialisée.

Tableau 24 : Institutions de droit public avec participation de la Confédération et des cantons (Etat : 2004)

Acteur	Actif depuis	Financement (2004)	Délégué de la Confédération/des cantons	Budget annuel (2004)
Fonds de sécurité routière	1976	Contributions prélevées sur les primes de responsabilité civile (4-5 francs par détenteur de véhicule à moteur)	Confédération : OFROU, DDPS Cantons : Bâle-Ville, Genève (2006)	CHF 18 millions
Commission fédérale de coordination pour la sécurité au travail CFST	1984	Supplément sur les primes nettes de l'assurance-accidents obligatoire	Confédération : suva, seco, OFSP Cantons : Lucerne, Zurich	CHF 106 millions
Promotion santé suisse	1996	Contribution de Fr. 2.40 par personne/an sur les primes par tête LAMal	Confédération : uniquement une fonction de surveillance Cantons : Lucerne, Vaud, Zoug, Zurich	CHF 17 millions

Les cantons se concentrent sur les thèmes suivants : VIH, santé sexuelle, drogues légales et illégales, cancer, sécurité au travail, prévention des accidents, santé psychique, alimentation, vieillesse, dépendance au jeu.

La Confédération a développé des programmes nationaux, des cadres de référence ou des plans d'action concernant les thèmes suivants : migration, alcoolisme, tabagisme, drogues, « gender health », environnement.

Confédération et cantons ont donné mandat en 2001 d'établir, sous leur responsabilité commune, un cadre national de référence pour la santé psychique et un programme national de lutte contre le cancer.

Les moyens à disposition au niveau national sont modestes. Selon la statistique des finances publiques de l'OFS, les dépenses consacrées à la prévention et à la promotion de la santé en 2002 ont atteint au total CHF 1.052 milliard, soit 2.2% des dépenses totales de CHF 48 milliards consenties pour le système de santé suisse. Les moyens alloués à la promotion de la santé et à la prévention risquent, en période économique difficile, d'être réduits. Le domaine de la promotion de la santé en particulier est menacé car les bases légales sont faibles.

Nous présentons ci-après à l'aide d'exemples l'enchevêtrement des tâches dans trois domaines et les formes de collaboration en matière de promotion de la santé et de prévention au niveau national.

Interfaces entre Confédération et cantons

Les nombreuses politiques existantes en matière de promotion de la santé et de prévention, les situations juridiques différentes ainsi que le fait que la promotion de la santé et la prévention des maladies relèvent de divers

offices au sein de l'administration fédérale et des administrations cantonales rendent plus difficile la collaboration entre Confédération et cantons. De plus, la Confédération et les cantons ont fixé, pour leurs programmes de prévention, des priorités et calendriers différents, ce qui peut également faire obstacle à une coordination nationale.

Il existe malgré tout des interfaces entre Confédération et cantons, surtout lorsque les cantons mettent en œuvre, sur mandat de la Confédération, des mesures de prévention dans le domaine des maladies transmissibles ou lorsqu'ils participent facultativement aux programmes nationaux de prévention de la Confédération.

Interface 1

Organisations nationales agissant sur mandat légal en matière de prévention et de promotion de la santé

Trois institutions – la Commission fédérale de coordination pour la sécurité au travail (CFST), le Fonds de sécurité routière et Promotion Santé Suisse – ont chacune un mandat légal pour prévenir les maladies et les accidents et promouvoir la santé. Confédération et cantons assument, en collaboration avec d'autres acteurs, l'orientation stratégique desdites institutions dont les projets sont financés par le biais de taxes affectées prélevées sur les primes d'assurance. Le Conseil fédéral assume une fonction de surveillance auprès des trois institutions.

Fonds suisse pour la prévention des accidents de la route (Fonds pour la sécurité routière FSR)

Le Fonds pour la sécurité routière a le mandat légal de s'engager pour la sécurité de tous les usagers de la route (conducteurs de camions et de voitures de tourisme, mo-

toycyclistes, cyclistes, piétons). A cet effet, il encourage des mesures qui ont pour objectif la prévention du comportement des usagers et la prévention des accidents de la route. Avec un budget annuel de 18 millions de francs, le Fonds est l'un des acteurs principaux finançant des mesures visant à accroître la sécurité routière. Les thèmes prioritaires du Fonds sont :

- école et trafic
- comportement de protection
- aptitude à conduire
- vitesse.

Font notamment partie des membres de la commission de gestion, de la part de la Confédération, un délégué de l'Office des transports et un délégué du DDPS. Les cantons sont également représentés par un délégué.

Commission fédérale de coordination pour la sécurité au travail (CFST)

La CFST est en Suisse l'organe central de la sécurité au travail. Elle est responsable de l'application uniforme par les entreprises des prescriptions de sécurité conformes à la loi sur l'assurance-accidents (LAA). Outre la suva, 26 inspectoriats cantonaux du travail, 2 inspections fédérales du travail ainsi que 6 organisations spécialisées mettent en œuvre les dispositions de sécurité de la CFST au niveau fédéral et dans les cantons. Afin d'être en mesure de remplir ses tâches, la CFST a le droit de donner des instructions aux assureurs et aux organes d'exécution.

Promotion Santé Suisse

La Fondation Promotion Santé Suisse est une institution commune de la Confédération, des cantons et des assureurs. Elle est placée sous la surveillance de la Confédération, assurée depuis 2004 par l'Office fédéral de la santé publique. Conformément à son image directrice, la Fondation Promotion Santé Suisse s'engage «... à renforcer des ressources personnelles et sociales dans le domaine de la santé (approche de la salutogenèse) et à créer des cadres de vie qui permettent aux individus ainsi qu'aux groupes d'organiser de façon saine leur propre manière de vivre et d'augmenter leur bien-être et leur qualité de vie.»⁸¹ Promotion Santé Suisse s'efforce de mettre en œuvre cette conception multisectorielle

81 Voir à ce sujet «Image directrice de Promotion Santé Suisse» du 1^{er} janvier 2002.

et globale de la santé au moyen de trois programmes prioritaires :

- Activité physique, alimentation et détente,
- Santé et travail ainsi que
- Adolescents et jeunes adultes.

Dans le cadre de ces programmes, Promotion Santé Suisse soutient depuis 1998 une série de projets⁸² et collabore à cet effet ponctuellement avec des cantons et communes, avec des assureurs, des autorités de la Confédération, des organisations non gouvernementales ainsi qu'avec des services de promotion de la santé, de médecine préventive, des scientifiques et les milieux de la recherche.

La stratégie à long terme de Promotion Santé Suisse (2007-2018) prévoit que la Fondation se focalise sur les trois thèmes fondamentaux suivants :

- Renforcer la promotion de la santé et la prévention
- Poids corporel sain
- Santé psychique – stress.

L'organe stratégique de Promotion Santé Suisse est le Conseil de fondation. Il est actuellement présidé par la directrice de la santé du canton de Zurich.

Au niveau de la stratégie politique, les responsables de Promotion Santé Suisse souhaitent influencer la politique nationale de la santé par une politique de promotion de la santé dont les effets sont vérifiables.

Interface 2

Mise en œuvre des mesures de prévention selon la LAMal

L'article 26 LAMal ancre pour la première fois au niveau fédéral des éléments de médecine sociale et préventive. Il est vrai que la loi fédérale règle ainsi les conditions du remboursement d'une mesure médicale mais non pas sa mise en œuvre. Dans le cadre de l'analyse des effets de la loi sur l'assurance-maladie, des évaluations ont montré que l'admission de mesures de médecine préventive dans le catalogue des prestations obligatoirement remboursées (notamment mammographie de dépistage et vaccinations à l'âge scolaire) a conduit à des disparités entre la fourniture prévue de la prestation et la pratique effective dans les cantons.⁸³ C'est ce qui explique que des mesures de

82 Voir à ce sujet le chapitre 5.6.1 du présent rapport: projet «50+ santé».

83 Christian RÜEFLI, Fritz SAGER: «Public Health, Prävention und Föderalismus. Erkenntnisse aus der Umsetzung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung», Sozial- und Präventivmedizin. International Journal of Public Health 49 (2004), p. 216-223.

médecine préventive offertes à des groupes ciblés de population n'auraient pas entraîné des modifications de comportement ou du moins pas celles qui étaient prévues.

Mammographie: programmes de screening

Les auteurs sont d'avis que la LAMal s'est révélée être une base légale insuffisante pour le financement de prestations de prévention dont l'obligation de remboursement est subordonnée à la participation à des programmes organisés. Ainsi, l'admission de la « nouvelle » prestation de mammographie de dépistage dans le catalogue des prestations obligatoirement remboursées n'a dans un premier temps entraîné que dans trois cantons – le Valais, Vaud et Genève – le lancement de programmes. Les cantons de Fribourg et du Jura sont venus s'y ajouter. Neuchâtel lancera prochainement un programme correspondant. Trois conditions étaient nécessaires au démarrage d'un programme: l'engagement politique du gouvernement et de l'administration, la garantie du financement et la clarification de la répartition des tâches de prévention entre les autorités cantonales, les fournisseurs de prestations et les acteurs privés.

Vaccinations à l'âge scolaire

Certains cantons ont profité de l'admission des vaccinations à l'âge de scolarité dans le catalogue des prestations obligatoirement remboursées pour se désintéresser de la médecine scolaire et faire des économies. Autrefois, cette prestation de prévention était systématiquement prise en charge par les pouvoirs publics cantonaux et effectuée dans le cadre des activités de la médecine scolaire. En étant intégrée dans l'assurance obligatoire des soins, cette prestation relève désormais du secteur privé et elle est effectuée par des médecins privés. En conséquence, les vaccinations faites par le médecin scolaire sont moins fréquentes, ce qui peut avoir des effets négatifs sur l'état de vaccination des enfants en âge de scolarité.

Le rapport d'analyse des effets de la LAMal recommande notamment qu'en admettant, au titre d'une prise en charge équitable, des prestations préventives dans le catalogue des prestations, on tienne également compte des aspects de leur mise en œuvre. Les chances d'une mise en œuvre optimale dans l'optique d'une prise en charge équitable augmentent d'autant plus que les objectifs fédéraux coïncident avec les intérêts et stratégies politiques des cantons.

Interface 3

Mise en œuvre de programmes nationaux de la Confédération

Les programmes nationaux de la Confédération dans le domaine de la prévention des maladies ont jusqu'à maintenant, à peu d'exceptions près, été développés sans que les cantons y participent activement. Par ailleurs, les mesures prises par les cantons dans ces domaines n'ont guère été intégrées dans les programmes fédéraux, à l'exception de la politique des drogues de la Confédération (voir encadré) et de la prévention du Sida.

Ecoles en santé

Le programme « éducation+santé Réseau suisse », initié en 1993 par l'OFSP, aujourd'hui comprend 9 centres de compétence. La Conférence suisse des directeurs de l'instruction publique (CDIP) et l'OFSP sont responsables du programme. La collaboration avec la CDIP s'est révélée essentielle afin de faire accepter les projets par les écoles et de les réaliser. Des écoles de 23 cantons en font partie. De plus, il existe des réseaux régionaux dans la ville de Berne, les cantons de Thurgovie, Bâle-Campagne, Tessin et Zurich (état: 2004). Pour la réalisation de projets scolaires, les communes sont des partenaires importants.

Thérapies résidentielles stationnaires pour les problèmes de drogue

COSTE a été créée fin 1995, sur la base de la décision du 3 octobre 1994 du Conseil fédéral « Mesures de la Confédération destinées à réduire les problèmes liés à la toxicomanie » (MaPaDro I), dans un objectif de coordination et de soutien des thérapies résidentielles. Après une phase pilote soumise à une évaluation sur cinq ans, le service est reconnu en tant que centrale nationale d'offre de thérapies résidentielles pour les problèmes de drogue, laquelle est actuellement soutenue par la Confédération (OFSP) et par les cantons (Conférence des directeurs cantonaux des affaires sociales CDAS).

Environnement et santé

Le « Plan d'action environnement et santé » (PAES) est censé compléter la stratégie du développement durable du Conseil fédéral. Durant ces 5 dernières années, des projets pilotes sur les thèmes nature/mobilité/habitat et bien-être ont été réalisés avec les communes de Crans-Montana, Aarau et Thal. Dans ce sens, le PAES sert de modèle de collaboration nationale. Ce plan d'action ne

Tableau 25 : Promotion de la santé et prévention: projets de collaboration entre la Confédération et les cantons (sélection)

Acteurs	Domaine	Durée
OFSP, CDIP	Ecoles en santé: programme national «éducation+santé Réseau suisse»	Depuis 1993
OFSP, CDAS	Thérapies résidentielles pour les problèmes de drogue: centrale nationale de coordination de l'offre de thérapies	Depuis 1995
OFSP, communes	Environnement et santé: plan d'action suisse	1997-2007
OFSP, villes	Programme d'intervention et de recherche sur la prévention des dépendances et la promotion de la santé des jeunes en situation de risque. Villes qui y participent: Liestal, Winterthur, Zurich, Berne, Delémont, Fribourg, Moudon, Lausanne et Genève (2004)	1998
OFSP, RFA, communes, Radix	Prévention de l'alcoolisme: programme visant à développer des politiques de prévention locales	Depuis 2000
OFSP, CDS, seco	Santé psychique: élaboration d'un cadre de référence national	2000-2005
ODT, DTAP, UVS	Développement durable: fondation du «Forum pour le développement durable»	2001
OFSP, CDS, oncosuisse	Prévention du cancer: élaboration d'une stratégie nationale par oncosuisse sur mandat de l'OFSP et de la CDS	2001-2005
ODT, OFSP, OFEV, Promotion Santé Suisse, CDS, Obsan	Politique multisectorielle de la santé: élaboration d'une image directrice de l'OFSP	2002-2004
OFSP, Promotion Santé Suisse	Poids corporel sain: organe responsable du programme «Suisse Balance»	2002-2005
OFSP, CDS	Prévention du tabagisme: conception d'une nouvelle stratégie de prévention	En préparation
Promotion Santé Suisse et seco	Promotion de la santé en entreprise: forum national pour la promotion de la santé en entreprise	En préparation

sera pas poursuivi après 2007 en raison du programme d'allègement budgétaire de la Confédération.

Santé psychique

Dans le cadre de la Politique nationale suisse de la santé, la Confédération et les cantons ont lancé en 1998 un projet partiel intitulé «Santé psychique». Aujourd'hui, nous disposons d'un cadre national de référence (avril 2005) qui a été approuvé. Les futurs projets et mesures de la Confédération (OFSP, OFAS, seco) et des cantons visant à promouvoir, maintenir et rétablir la santé psychique peuvent s'inscrire dans ce cadre de référence. A l'heure actuelle, les actions suivantes sont en cours et font partie de cette stratégie :

- Dans les cantons de Zoug (2004) et de Berne (2005): projet pilote «Alliance contre la dépression».
- Tarifs modèles pour les traitements psychiatriques stationnaires et ambulatoires. Des essais sont prévus dans les cantons de Lucerne et de Berne.
- Elaboration de critères de planification de la prise en charge psychique dans le cadre du groupe de travail «Planification hospitalière» de la CDS.

- Elaboration d'une conception «Mental Health in Public Health» censée servir de base à un programme d'action de l'OFSP.

Prévention de l'alcoolisme

La Régie fédérale des alcools (RFA) et l'Office fédéral de la santé publique ont, dans le cadre de leur programme de prévention «ça débouche sur quoi?», mandaté la Fondation «Radix Promotion de la santé», active au niveau national, de soutenir les politiciens et autorités communales dans leur recherche d'une politique locale contre l'alcoolisme taillée sur mesure et correspondant aux besoins respectifs des communes. Le projet «Les communes bougent!» a vu le jour en 2000. Aujourd'hui, 75 communes sont associées au programme en menant une politique locale de prévention de l'alcoolisme (état 2006).

Développement durable

Sur l'initiative de l'Office fédéral du développement territorial (ODT), de la Conférence suisse des directeurs cantonaux des travaux publics, de l'aménagement du territoire et de la protection de l'environnement (DTAP) ainsi

que de l'Union des villes suisses (UVS), le « Forum pour le développement durable » a été institué en 2001. Des manifestations ont lieu deux fois par an et réunissent des représentants de la Confédération, des cantons et des villes. On y discute de projets existants et à créer (p. ex. indicateurs clés du développement durable). Le forum doit contribuer pour l'essentiel à consolider, dans les cantons et les communes, des activités existantes et à stimuler de nouvelles activités inscrites sous le signe de la durabilité.

Lutte nationale contre le cancer

L'organisation faîtière « oncosuisse » a commencé son activité en 2000 pour mettre en œuvre pour la Suisse les recommandations de l'OMS qui demandaient l'élaboration de politiques nationales contre le cancer. L'OFSP et la CDS ont sur ce fait donné en 2001 le mandat à oncosuisse d'élaborer un Programme national contre le cancer pour la Suisse. Le programme a été établi jusqu'à fin 2004 et soumis à une large consultation en 2005. Le Dialogue de politique nationale suisse de la santé a décidé la même année d'encourager la mise en œuvre de quelques mesures particulières préconisées par cette stratégie nationale.

Prévention du tabagisme

La prévention du tabagisme est un thème transversal qui touche plusieurs domaines juridiques: le commerce et l'industrie, les écoles, le personnel qui travaille dans ces branches, la police, la restauration. Au niveau de la Confédération et des cantons, cela se traduit par des compétences différentes, ce qui rend plus difficile une politique cohérente de prévention du tabagisme. Les cantons règlent de manière autonome cinq domaines essentiels en matière de prévention du tabagisme: la prévention en milieu scolaire (souveraineté des cantons), la publicité sur les lieux publics, la fixation des taxes fondée sur leurs compétences en matière de police du commerce et de l'industrie, la protection des non fumeurs dans les bâtiments publics ainsi que dans le secteur de la restauration. Les politiques cantonales contre le tabagisme sont dominées par une optique sectorielle. La pression internationale – la convention cadre relative au contrôle du tabac (CCCT/FCTC) de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) – ainsi que le premier Programme national 2001-2005 pour la prévention du tabagisme de l'OFSP (2001) ont amené des changements sur le plan national. L'OFSP souhaiterait renforcer la participation des cantons à la conception d'une nouvelle stratégie de prévention du tabagisme. Le secrétaire

central de la CDS est pour la première fois membre d'un groupe de travail ad hoc. La Conférence des directeurs cantonaux de la santé estime que Confédération et cantons ne se concurrencent pas mais sont des partenaires qui cherchent à atteindre un but commun: le renforcement de la prévention du tabagisme⁸⁴.

Promotion de la santé en entreprise

Depuis quelques années, sur l'initiative du Secrétariat d'Etat à l'économie (seco) et de la fondation Promotion Santé Suisse, des travaux en vue de fonder un Forum national pour la promotion de la santé en entreprise sont en cours. L'objectif est de mieux ancrer la promotion de la santé au niveau politique et dans l'entreprise. Les organisations patronales, les syndicats, les assureurs-maladie, la Suva, la CDS, Promotion Santé Suisse et quelques offices fédéraux (OFSP, OFAS, seco) sont censés faire partie de ce forum.

Poids corporel sain

Sur la base du 4^e rapport sur l'alimentation en Suisse, l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) et Promotion Santé Suisse ont lancé en 2002 le programme « Suisse Balance ». Ce qu'il y a d'intéressant, c'est que ce programme relie entre eux les thèmes de l'alimentation, de l'activité physique et du poids corporel sain. Suisse Balance soutient financièrement des projets et mesures qui visent prioritairement les enfants et les adolescents. L'évaluation recommande notamment pour l'orientation future d'une politique alliant l'alimentation et l'activité physique:

- Une politique spécifique, qui s'inspire d'une vision globale et qui a un champ d'activité national
- Un plus grand professionnalisme dans la mise en œuvre de la politique par des partenaires tels que les ONG et les cantons.

Collaboration entre Confédération et cantons : un vœu encore fragile

Au cours de ces dernières années, on observe des évolutions en matière de promotion de la santé et de prévention qui font entrevoir une collaboration renforcée entre la Confédération et les cantons au niveau stratégique. Les programmes de la Confédération dans le domaine VIH/Sida et migration par exemple qui ont été renouve-

⁸⁴ Conférence nationale sur la prévention du tabagisme, Fribourg (CH), 2.12.2004: « L'engagement des cantons en matière de prévention du tabagisme » de Franz WYSS, secrétaire central de la CDS.

lés dernièrement sont plus multisectoriels et mentionnent expressément, à l'inverse des programmes précédents, le travail en partenariat avec les cantons.

Politique fédérale plus intégrée en matière de dépendances

Depuis quelques années, l'OFSP se voit confronter au défi d'intégrer son programme de prévention en matière de drogues avec d'autres politiques sectorielles (alcool, tabac) dans une politique globale nationale de lutte contre les dépendances basée sur quatre piliers (prévention, thé-

rapie, réduction des risques et répression).⁸⁵ Les conférences des directeurs cantonaux des affaires sanitaires et sociales soutiennent également cette recommandation.⁸⁶ La Confédération entendait répondre à ce défi par la révision de la loi fédérale sur les stupéfiants, laquelle prévoyait no-

85 Markus Spinatsch, Une nouvelle politique en matière de dépendances pour la Suisse? Bases et prémisses pour une politique fédérale plus intégrée en matière de dépendances. Résumé d'un rapport à l'attention de l'Office fédéral de la santé publique, mai 2004, p.6. (<http://www.suchtund aids.bag.admin.ch/imperia/md/content/drogen/50.pdf>)

86 Loi sur les stupéfiants, et après? Letter of Intent, Mars 2005. En tant que secrétaire général de la CDS, Franz Wyss fait partie des premiers signataires de cette Letter of Intent.

Fédéralisme coopératif à l'exemple de la politique suisse en matière de drogues

La politique de la Confédération en matière de drogues (illégalles) se caractérise par le fait qu'en menant une politique convaincante, la Confédération, les cantons et les grandes villes ont réussi, dans les années 1980 à 1990, à maîtriser le problème des drogues. Lorsqu'il s'est agi de mettre sur pied une politique suisse de la drogue, l'action concertée entre ces trois niveaux institutionnels a été prioritaire et a permis de créer différents organes de collaboration. Leur mission était de garantir l'approche multisectorielle de la lutte contre les drogues, les échanges d'informations, la coordination des interventions entre cantons et villes mais aussi entre offices fédéraux dans le but de donner une large assise à la politique contre les drogues. Avec le temps, le système de collaboration multisectorielle a donné naissance à des structures qui sont décrites ci-dessous; le système est devenu complexe car il tient compte, à chaque niveau, des structures fédéralistes de la Suisse et pourrait donc servir de modèle à une politique nationale de la santé.

- Le Conseil fédéral a institué en 1996 la **Plate-forme de coordination et de services dans le domaine de la drogue** (KDS) dans le but d'ancrer dans toute la Suisse la politique des quatre piliers de la Confédération.
- Font partie du **Comité de liaison national en matière de drogue** (CLD) les cantons (CDIP, CDAS, CDS, CCDJP, CDCT), les villes (UVS, CDVT) et les offices fédéraux (OFP, OJ, SG-DFI, OFAS, OFSP).
- La **Plate-forme drogue de l'Union des villes suisses** (PDUVS) se compose d'employés des directions de la police, des affaires sociales et de la santé de 23 communes. Outre l'échange d'informations entre les communes, la Plate-forme est chargée de présenter au niveau fédéral les positions des communes en matière de politique des dépendances et d'informer les offices fédéraux compétents (Office fédéral de la santé publique et Office fédéral de la police).
- La **Conférence des délégués cantonaux aux problèmes de toxicomanies** (CDCT) regroupe 23 cantons. Sa mission est de mener une politique nationale harmonisée en matière de toxicomanie tout en tenant compte des particularismes cantonaux.
- La **Conférence des délégués des villes aux problèmes de toxicomanies** (CDVT) regroupe 26 communes représentées par leurs délégués aux problèmes de toxicomanies ainsi que par des agents de police. Sa tâche principale est de faciliter la collaboration entre les services sociaux, sanitaires et policiers au niveau communal pour les questions liées aux drogues et à la politique en matière de toxicomanies.
- La **Commission fédérale pour les questions liées aux drogues** (CFLD) se compose de 14 experts. Elle émet des avis à l'intention du Conseil fédéral et, plus particulièrement, du Département fédéral de l'intérieur concernant les dispositions d'exécution de la législation sur les stupéfiants.
- Les membres du **groupe de travail Coopération entre la police et les services sociaux en matière de drogues et de Sida** (CoP) sont l'Office fédéral de la police (OFP), l'Office fédéral de la santé publique (OFSP), la Fédération suisse des fonctionnaires de police (FSFP) ainsi que le Bureau suisse pour la réduction des risques liés aux drogues (BRR). La mission de ce groupe de travail est de favoriser l'échange direct d'informations techniques entre la police et les services sociaux et sanitaires ainsi que d'élaborer des stratégies communes.

tamment une action concertée de tous les acteurs œuvrant dans le domaine de la drogue (Confédération, cantons, villes, organisations, associations). Une première tentative de réaliser une politique fédérale plus intégrée en matière de dépendances a échoué en 2004 avec la décision de non entrée en matière du Parlement sur la révision de la loi sur les stupéfiants, notamment parce que la révision prévoyait la dépénalisation de la consommation de cannabis. D'après les résultats de la procédure de consultation, le Conseil fédéral était en revanche fortement soutenu dans sa volonté de mettre en place une politique globale en matière de dépendances.

Il reste à voir comment l'OFSP abordera l'idée d'une « nouvelle politique en matière de dépendances de la Confédération ». Les activités actuelles de l'OFSP en matière de prévention vont plutôt contre une politique intégrée en matière de dépendances étant donné que les stratégies de prévention des domaines du tabac, des drogues et de l'alcool sont révisées indépendamment les unes des autres.

Au niveau cantonal, le changement de cap – abandon des politiques sectorielles de prévention en faveur d'une politique intégrée en matière de dépendances (coordination intersectorielle des politiques du tabac, de l'alcool et du cannabis) pourrait se heurter à des difficultés. Les succès de certaines politiques partielles pourraient en pâtir comme p.ex. la lutte contre la fumée passive, un thème actuel dans les cantons.

Renforcement de la prévention et de la promotion de la santé

Des défis tels que l'évolution démographique, l'augmentation des maladies chroniques et le retour ou la réapparition de maladies infectieuses contraignent à repenser fondamentalement l'orientation du système de santé. Le renforcement de la promotion de la santé et de la prévention constitue une réponse possible à ces défis. Dans ce contexte, le Département fédéral de l'intérieur (DFI) prévoit de créer, sous l'égide de l'OFSP, une nouvelle réglementation régissant la prévention et la promotion de la santé. Il a à cet effet créé une commission spécialisée qui doit rendre ses recommandations en juin 2006. Bien que la commission comprenne quelques représentants cantonaux, la démarche est pilotée par la Confédération. L'opportunité d'en discuter au préalable avec la CDS dans le cadre du Dialogue de politique nationale suisse de la santé et d'initier ce processus de réforme en commun avec les cantons sur une base partenariale n'a pas été saisie.

Des idées nouvelles pour une politique fédérale contre l'alcoolisme

La politique de la Confédération contre l'alcoolisme contient des idées intéressantes en vue d'une collaboration Confédération-cantons (voir 6.5 «Tendances et approches nouvelles»). Le projet de l'OFSP «Développement d'une stratégie nationale de prévention du tabagisme 2006-2010» constitue un test sur la voie d'une politique élaborée en partenariat par la Confédération et les cantons.

Résumé et perspectives

En ce qui concerne la collaboration entre cantons et Confédération en matière de prévention des maladies et de promotion de la santé, on peut dire que de manière générale, la Confédération et les cantons mènent chacun pour leur propre compte leur politique de promotion de la santé et de prévention. La situation de départ des uns et des autres est cependant très différente. A l'inverse des cantons et en raison du principe de subsidiarité, la Confédération ne peut être active que dans quelques domaines seulement de la promotion de la santé et de la prévention. Les éléments suivants peuvent en outre être brièvement listés :

- En regard des investissements consentis dans le domaine de la médecine curative, la promotion de la santé et la prévention jouent un rôle secondaire, aussi bien dans les cantons qu'à la Confédération.
- Un grand nombre d'institutions et d'organes mettent en œuvre, parfois depuis des décennies déjà, les mesures de la Confédération et des cantons sur la base de mandats de prestations ou de mandats de droit public (principe de l'Etat libéral). La Confédération et les cantons sont impliqués dans certaines de ces institutions (Fonds de sécurité routière, CFST, Promotion Santé Suisse, etc.).
- Il existe des interfaces communes (stratégies et organes de projet) entre Confédération et cantons en matière de promotion de la santé et de prévention, interfaces qui sont nées de problèmes urgents relevant de la politique de la santé (p.ex. l'émergence du virus VIH, la consommation de drogues illégales).
- En dépit de ces interfaces, Confédération et cantons ne partagent toujours pas de vision commune en politique de promotion de la santé et de prévention. Ils ont encore à puiser dans le potentiel de connaissances et d'expériences des diverses organisations et instances existantes au niveau national, pour concevoir ensemble une politique nationale de promotion de la santé et de prévention.

Protection de la santé et protection des consommateurs

La protection de la santé et des consommateurs (lutte contre les maladies transmissibles, radioprotection, produits chimiques, sûreté alimentaire, contrôle des médicaments, protection de la santé sur le lieu de travail) constitue un exemple de répartition des tâches entre les deux niveaux institutionnels. Ce domaine grâce à des bases légales claires, est réglé dans la majeure partie des cas sans générer de conflits. En vertu de ce type de répartition des tâches, appelé « fédéralisme d'exécution », les cantons mettent en œuvre depuis des décennies des mesures qui sont réglementées par des lois fédérales. Pour ce faire, ils ont créé des réseaux spécialisés au niveau suisse de médecins, pharmaciens, vétérinaires et chimistes cantonaux qui collaborent avec l'OFSP, compétent en matière de protection de la santé. L'OFSP participe de façon informelle aux assemblées des organisations intercantionales spécialisées. Jusqu'à maintenant, Confédération et cantons n'ont guère eu le temps de clarifier, en dehors des problèmes de politique de la santé, des questions d'ordre scientifique. C'est pourquoi il est prévu d'instituer une rencontre scientifique annuelle réunissant l'OFSP et les médecins cantonaux.

Sécurité au travail

Dans le domaine spécifique de la sécurité au travail, 26 inspectoriats cantonaux du travail contrôlent les mesures de sécurité dans les entreprises, en collaboration avec la Suva, deux inspections fédérales du travail et six organisations spécialisées mandatées par la Commission fédérale de coordination pour la sécurité au travail (CFST).

Surveillance des maladies infectieuses

Dans le domaine de la surveillance des maladies transmissibles, l'OFSP peut compter sur un réseau des médecins de premier recours qui, sur une base volontaire, lui transmettent depuis 1986 des données épidémiologiques à un rythme hebdomadaire (système de déclaration Sentinella).

Processus législatif

La Confédération associe les cantons lors de révisions de lois fédérales, par exemple la révision de la loi fédérale sur les épidémies ou la loi fédérale sur les denrées alimentaires. Le Conseil fédéral et les 26 gouvernements cantonaux ont approuvé en 1997 le concept de service sanitaire

coordonné pour les situations sanitaires exceptionnelles (voir partie V, portrait de la Confédération).

Plan suisse en cas de pandémie

A la suite du SRAS, l'OFSP a établi une conception globale de la gestion des crises qui doit garantir une gestion professionnelle des situations d'urgence. Le « Plan de pandémie » représente un élément clé de la gestion des crises, un élément qui est d'ailleurs mis en œuvre depuis fin 2005 pour la grippe aviaire. Outre la loi sur les épidémies qui est la base légale, le Plan repose sur l'ordonnance sur les mesures de lutte contre une pandémie d'influenza (Ordonnance sur la pandémie d'influenza, OPI) adoptée en avril 2005. Les développements aux niveaux national et international exigent l'adaptation continue des documents relatifs au Plan suisse en cas de pandémie. Ces adaptations se fondent sur les recommandations de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et s'effectuent, en collaboration avec la Fédération des médecins suisses (FMH) et les cantons, par le biais de l'Association des Médecins cantonaux suisses (AMCS), responsable de la coordination technique entre les cantons, de l'Association des pharmaciens cantonaux et de la Société suisse de pharmacie (SSph). Les adaptations du plan suisse servent de base aux plans de pandémie des cantons qui eux aussi y travaillent activement.

Contrôle des médicaments

Le contrôle des médicaments a longtemps été considéré comme une perle de la collaboration intercantonale (Convention intercantonale du 3 juin 1971 sur le contrôle des médicaments). En 1994, en raison du développement du droit européen, les cantons se sont vus contraints d'accepter l'intention du Conseil fédéral d'élaborer une loi fédérale sur les produits thérapeutiques⁸⁷. Lors de l'élaboration proprement dite de la loi, les cantons eux-mêmes n'étaient pas représentés. La commission d'experts chargée de préparer le projet était principalement composée de représentants des milieux pharmaceutiques et médicaux.⁸⁸

La loi fédérale sur les produits thérapeutiques est entrée en vigueur au 1.1.2002. Le Conseil fédéral a chargé Swis-

⁸⁷ Source: rapport de la Commission de gestion du Conseil des Etats (CdG-E) du 25 août 2004: Problèmes de la mise en fonction de Swiss-med et évaluation de la situation actuelle. p. 4 et ss.

⁸⁸ Voir: Paul RICHLI: Die verwaltungserexterne Erarbeitung; Drei strukturell unterschiedliche Beispiele (Heilmittelgesetz, Berufsbildungsgesetz, Psychologengesetz), in: LEGES 2002/2003, p. 13-22.

smedic, l'Institut suisse des produits thérapeutiques, de l'appliquer. La mise en place de l'Institut, géré conjointement par la Confédération et les cantons, s'avère difficile. Au vu des problèmes qu'il y a eu entre Swissmedic et les cantons, le chef du Département fédéral de l'intérieur (DFI) a donné mandat d'établir un document servant de plate-forme de coordination, constamment mis à jour, qui doit mieux régler la répartition des tâches entre les cantons et Swissmedic.

Protection contre le bruit

L'objectif de l'ordonnance sur la protection contre le bruit (OPB), entrée en vigueur en 1986, est d'assainir les installations existantes qui provoquent des expositions au bruit considérables. Le délai pour procéder à ces assainissements avait été fixé à 15 ans. Les besoins d'agir sont de loin les plus importants dans le domaine des routes dont les cantons sont propriétaires, et donc compétents pour agir. Le délai est arrivé à échéance le 31 mars 2002. Durant ces 15 dernières années, environ un tiers seulement des assainissements ont été effectués dans le domaine des routes. En pâtissent les personnes qui sont exposées à un bruit exagéré du trafic routier et qui doivent prendre en compte les effets de ces nuisances sur leur santé.

En préparation

La loi fédérale du 18 décembre 1970 sur la lutte contre les maladies transmissibles de l'homme (loi sur les épidé-

mies) est actuellement en révision. L'objectif 18 du DFI pour l'année 2005 précise ce qui suit: «Le projet de révision de la loi sur les épidémies 2005-2008 est lancé en collaboration avec la Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé». Le but recherché est de réglementer différemment les compétences et les tâches de la Confédération et des cantons. Cela doit permettre à la Suisse d'être mieux armée contre une éventuelle menace internationale pesant sur la santé publique.

Assurance-maladie

La clef qui unit cantons et Confédération lorsqu'il s'agit du système de soins est la loi sur l'assurance-maladie (LAMal). Jusqu'à ce jour, la Confédération et les cantons ont peu collaboré dans ce domaine en dépit des nombreuses interfaces qui résultent de la mise en œuvre de la LAMal. Pour ce qui est de la collaboration intercantonale en matière de soins, celle-ci se limite en l'occurrence pour l'essentiel à des conventions bilatérales. Au niveau fédéral, des échanges réguliers entre la Confédération et les cantons faisaient totalement défaut jusqu'à l'instauration, en 2003, du Dialogue de politique nationale suisse de la santé (voir point 6.5).

La LAMal règle en premier lieu les questions d'assurance-maladie et de financement des soins. Mais elle contient aussi des dispositions qui vont bien au-delà du domaine de l'assurance et qui portent sur la planification des hôpitaux et des EMS, sur l'économicité des prestations, sur la prévention et sur la gestion de la qualité, sur le financement des hôpitaux et des EMS ou sur la fixation des tarifs.⁸⁹ Ces dispositions imposent aux cantons des obligations relevant de la stratégie politique. Elles les limitent dans leur liberté d'action et d'organisation et entraînent des charges financières et administratives importantes. De plus, on note de grandes disparités entre cantons en ce qui concerne la mise en œuvre de la politique de réduction

Exemple d'une collaboration nationale : « Monitoring des vaccinations en Suisse »

Le canton de Berne ayant effectué des travaux préparatoires, un groupe de travail de la CDS et de l'OFSP a ensuite élaboré un protocole d'étude uniforme applicable à tous les cantons pour un monitoring des vaccinations en Suisse. Le comité de la Conférence des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) a décidé au printemps 2004, sur proposition de l'Association des médecins cantonaux suisses (AMCS) et de l'OFSP, d'accepter la conception d'un monitoring des vaccinations en Suisse ainsi que de recommander aux cantons de procéder tous les 3 ans à une enquête correspondante sur leur territoire et de pourvoir à son financement. Le monitoring débutera en 2005 dans 8 ou 9 cantons.

⁸⁹ Dans leurs requêtes à l'autorité de surveillance adressées en 2001 à l'Assemblée fédérale, le canton de Schaffhouse et la conférence des directeurs cantonaux des affaires sanitaires (CDS) se sont plaints de la jurisprudence du Conseil fédéral en matière de recours contre les décisions tarifaires des gouvernements cantonaux selon la LAMal. Le canton de Schaffhouse a fait valoir que la réglementation répartissant les tâches entre la Confédération et les cantons dans le domaine tarifaire de la LAMal comporte un important potentiel de conflits. Sur plus de 200 recours déposés depuis l'entrée en vigueur de la LAMal en 1996, le Conseil fédéral n'a confirmé les décisions en instance inférieure des gouvernements cantonaux que dans quelques cas. (Rapport annuel 2002/2003 des Commissions de gestion et de la Délégation des commissions de gestion des Chambres fédérales du 23 janvier 2004; Avis du Conseil fédéral du 30 septembre 2002 (FF 2003, 296) et du 9 avril 2003.

Tableau 26: Interfaces et tensions entre la Confédération et les cantons en ce qui concerne la LAMal

Compétence du Conseil fédéral de statuer sur des recours contre la mise en œuvre de la LAMal	
Article 39	Liste des hôpitaux et des établissements médico-sociaux
Article 45	Garantie du traitement
Article 46, alinéa 4	Approbation des conventions tarifaires
Article 47	Fixation des tarifs en cas d'absence de convention tarifaire
Article 48 alinéas 1 à 3	Conventions tarifaires avec les médecins
Article 49 alinéa 7	Modification de tarifs sur la base de comparaisons des frais d'exploitation entre hôpitaux
Article 51	Budget global des hôpitaux et établissements médico-sociaux
Article 54	Etablissement d'un budget global par les autorités d'approbation
Article 55	Blocage des tarifs
Autres interfaces Confédération-cantons résultant de la LAMal et d'autres assurances sociales	
Financement des hôpitaux	LAMal: articles 21, 22, 23, 25, 29, 35, 39, 41, 47, 49, 50, 51, 104
Financement des soins	Article 43 (AVS), article 3 (LPC), articles 25 (LAMal), 50 (LAMal), 104 (LAMal)
Réduction des primes	LAMal: articles 1, 18, 64, 65, 66, 84

des primes. Pour y remédier, le Conseil fédéral voulait ancrer un objectif social dans la LAMal mais les cantons s'y sont opposés.⁹⁰

Planification hospitalière des cantons et immiscement fédéral

Comme le montrent les portraits des cantons (partie IV), ceux-ci sont depuis longtemps actifs dans le domaine de la planification hospitalière sur leur propre territoire cantonal. Dans ce domaine, les cantons ont conclu de nombreuses conventions bilatérales en vue de garantir un approvisionnement en soins de qualité tout en conservant leur autonomie.

90 Cf. Andreas BALTHASAR, Aspects de la sécurité sociale; « Efficacité sociopolitique de la réduction de primes dans les cantons: monitoring 2002 », Rapport de recherche no 20/03, OFAS, Berne 2003.

Il est vrai que la LAMal oblige les cantons à effectuer une planification hospitalière (article 39) mais les cantons doivent, en vertu de la LAMal, disposer d'une marge de manœuvre importante en établissant leur planification hospitalière et leur liste des hôpitaux. Toutefois, leur pouvoir d'appréciation est limité par la compétence du Conseil fédéral qui, en sa qualité d'instance de recours, peut statuer sur les décisions du gouvernement cantonal en matière de listes hospitalières et de tarifs.

Un rapport du Contrôle parlementaire de l'administration de 2001 traite de l'incidence de la jurisprudence du Conseil fédéral sur la planification hospitalière et arrive à la conclusion⁹¹ que le Conseil fédéral a plutôt tendance à protéger les intérêts des recourants (en majorité des hôpitaux privés hors cantons et les assureurs-maladie) que ceux des gouvernements cantonaux. De plus, en prenant des décisions au cas par cas, le Conseil fédéral n'a facilité ni l'uniformisation des critères de planification, ni l'harmonisation des pratiques entre cantons. Les cantons demandent aussi que les critères qu'ils doivent prendre en compte lors de l'élaboration de la planification hospitalière et de l'établissement de la liste des hôpitaux soient fixés par la Confédération au niveau de la loi ou de l'ordonnance pour une plus grande transparence.⁹²

Rétrospective et perspectives

La Confédération et les cantons ont conscience de la faiblesse de la collaboration verticale dans le domaine de l'assurance-maladie. Il se peut que l'échec de la 2^e révision de la LAMal en soit aussi une conséquence. L'orientation future du financement hospitalier et du financement des soins, qui font tous deux partie d'un volet de la révision de la LAMal, pourrait servir de test en matière de collaboration de la Confédération et des cantons. Le Dialogue institué depuis le début de l'année 2004 entre la Confédération et les cantons sur la politique nationale de la santé pourrait, quant à lui, favoriser une plus grande transparence au niveau des positions en matière de politique de la santé et des solutions mieux concertées. Dans le cadre du Dialogue, les acteurs des deux niveaux institutionnels ont

91 Mesures de maîtrise des coûts de la loi sur l'assurance-maladie. Mesures et marge de manœuvre des organes responsables de la Confédération. Synthèse de l'Organe parlementaire de contrôle de l'administration à l'attention de la Commission de gestion du Conseil des Etats, 30 novembre 2001, p. 351 ss.

92 Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS), groupe de travail « Planification hospitalière » de la commission « Application de la LAMal »: 2^e révision partielle de la LAMal et de la planification hospitalière: postulats, 21.6.2001.

jusqu'à ce jour discuté des thèmes suivants: financement des soins, financement des hôpitaux, liberté de contracter, réduction des primes, médecine de pointe, soins médicaux de base, médecine complémentaire, examen du catalogue des prestations de l'assurance-maladie obligatoire (voir aussi à ce sujet le paragraphe 6.4: «Nouvelles formes de collaboration entre la Confédération et les cantons»). Dans le domaine du financement hospitalier, après des tensions non négligeables entre les cantons et la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil des Etats, une embellie se dessine: grâce à une intervention commune des cantons (prise de position commune de la CDS et de la CdC), à la collaboration de la Confédération et des cantons dans le «Dialogue de politique nationale de la santé» ainsi qu'à l'ouverture de la commission parlementaire qui a accepté de discuter, une voie a été indiquée, laquelle permettrait de trouver en matière de financement hospitalier une solution susceptible de réunir une majorité.⁹³

Professions de la santé

Depuis les années 1990, la formation prégraduée et postgraduée pour les professions de la santé est soumise à d'importants changements, aussi bien structurels qu'au niveau du contenu de l'enseignement. Dans ce domaine, les cantons et la Confédération ont tous deux des compétences de réglementation. Malgré les tensions qui accompagnent ces changements, la Confédération et les cantons gèrent en commun, dans l'esprit du fédéralisme coopératif, la formation pré- et postgraduée des professions de la santé.

Dans l'optique d'une politique nationale de la santé, il est particulièrement intéressant d'étudier les différents instruments et organes qui ont été créés dans le cadre de la nouvelle répartition des compétences entre la Confédération et les cantons en matière de formation pré- et postgraduée. Nous décrivons ci-après quelques-uns de ces organes réglant la formation au niveau universitaire, au niveau des hautes écoles spécialisées ainsi qu'au niveau non universitaire (voir à ce sujet tableau 27: Ancrage du secteur de la formation et de la formation continue pour les professions de la santé au niveau institutionnel et au niveau «informel»).

⁹³ Voir aussi à ce sujet la newsletter de la Politique nationale suisse de la santé de décembre 2005.

Professions de la santé de niveau universitaire: répartition des tâches et collaboration entre cantons et Confédération

Confédération et cantons sont tous deux bailleurs de fonds et donc responsables de la formation universitaire des professions médicales.

En Suisse, cinq cantons (Bâle-Ville, Berne, Genève, Lausanne et Zurich) abritent, en qualité de responsables d'universités cantonales, des facultés de médecine. De plus, tous les cantons participent par le biais de conventions intercantionales, au financement des universités.

La Confédération fournit des contributions financières aux universités cantonales et peut subordonner l'octroi de subventions à certaines conditions. La réglementation des professions médicales universitaires (médecin, pharmacien et vétérinaire) – contenu des filières de formation, formation postgraduée (depuis 2003), reconnaissance des diplômes, règle régissant l'établissement des médecins – est depuis 1877 une compétence fédérale. De plus, la Confédération est responsable des deux hautes écoles polytechniques fédérales de Zurich et de Lausanne (chimie; biotechnologie; pharmacie; activité physique et sport; domaine des sciences humaines, travail, technique et santé).

Du point de vue de la politique de la santé, la formation des professions universitaires de la santé recouvre un vaste champ d'activité qui touche bien sûr à la formation pré- et postgraduée, mais aussi à la recherche et à la qualité de la prise en soins. De plus, aussi bien la Confédération que les cantons sont touchés par les développements en cours dans la médecine universitaire qui, et avec elle les professions universitaires de la santé, entre dans la catégorie des tâches communes de la Confédération et des cantons. Autour d'elle gravite une série de projets qui traitent de la structure et de l'orientation futures des facultés de médecine universitaire en Suisse. Ces projets, qui se déroulent à différents niveaux politiques et au sein de différentes instances, impliquent de nombreux acteurs et traduisent bien la complexité du système de santé suisse. Nous citons notamment les projets suivants:

- Création de bases légales pour l'instauration d'organes communs à la Confédération et aux cantons (p.ex. la Conférence universitaire suisse)
- «Paysage des hautes écoles 2008»
- Inscription dans la Constitution fédérale des articles sur la formation et convention intercantonale (espace suisse de l'éducation)
- Elaboration d'une loi-cadre sur les hautes écoles

- Nouvelle loi fédérale sur les professions médicales (LP-Méd)
- Repositionnement du domaine de la santé dans les hautes écoles spécialisées et dans les écoles professionnelles supérieures
- Clarification des besoins de réglementation dans le domaine des médecines et thérapies complémentaires
- Révision de la loi sur l'assurance-maladie (entre autres, discussions sur différents modèles de financement hospitalier ainsi que sur le catalogue des prestations)
- Réforme des filières de formation universitaires conformes à la déclaration de Bologne
- Planification, coordination et répartition intercantonale des tâches dans la médecine hautement spécialisée.

De nombreux acteurs ont présenté des rapports et émis des prises de position sur l'organisation future de la médecine universitaire. Il semble que les avis des différents acteurs – Confédération, cantons, représentants des universités et des facultés de médecine ainsi que les représentants des hôpitaux universitaires et des assurances – divergent profondément quant à la structure et à l'orientation futures de la médecine universitaire. Parmi les projets, la LPMéd est celui qui a le plus de chance d'aboutir rapidement.

Nous décrivons ci-après quelques instruments et organes au moyen desquels la Confédération et les cantons entendent piloter en partenariat la formation universitaire des professions de la santé.

Accord intercantonal universitaire (1997)

L'accord

- règle l'accès intercantonal aux universités en respect du principe de l'égalité de traitement et fixe la compensation à verser par les cantons aux cantons universitaires
- atteste l'intention des cantons universitaires de coordonner leur politique universitaire ainsi que de collaborer avec la Confédération
- a pour but d'assurer la cohérence de la politique des cantons universitaires et d'accorder leur politique à celle de l'ensemble des cantons et de la Confédération en matière de hautes écoles spécialisées.

Dans l'idée des cantons, l'accord doit ainsi favoriser la mise en œuvre d'une politique universitaire suisse coordonnée.

Loi fédérale sur l'aide aux universités (en vigueur depuis 2000)

L'article 1 de la loi stipule «La Confédération collabore avec les cantons dans le domaine de la politique universitaire; elle peut s'associer à des institutions communes des hautes écoles universitaires quand ces institutions assument des tâches d'intérêt national». Cette loi est censée encourager la qualité de l'enseignement et de la recherche par une politique universitaire suisse coordonnée et assurer l'avenir de la Suisse en tant que place de recherche et de formation. La loi sur l'aide aux universités sera vraisemblablement remplacée en 2011 par une nouvelle loi-cadre sur les hautes écoles qui réglementera de manière uniforme l'ensemble du domaine des hautes écoles – écoles polytechniques fédérales, universités cantonales, hautes écoles spécialisées.

Convention entre la Confédération et les cantons universitaires sur la coopération dans le domaine des hautes écoles universitaires (2000)

En ce qui concerne la coopération entre la Confédération et les cantons, la convention stipule: «La Confédération et les cantons universitaires collaborent en partenariat dans le domaine de la politique universitaire. Dans ce but, ils instituent la Conférence universitaire suisse, organe commun de politique universitaire» (article 2).

Conférence universitaire suisse (2001)

La «convention entre la Confédération et les cantons universitaires sur la coopération dans le domaine des hautes écoles universitaires (décembre 2000)» a conduit, avec la loi sur l'aide aux universités, à instituer en 2001 la Conférence universitaire suisse (CUS), laquelle succède ainsi à l'ancienne Conférence du même nom. La CUS est composée de deux représentants de la Confédération, d'un représentant de chacun des cantons universitaires et de deux représentants des cantons non universitaires. Avec la CUS, la Confédération et les cantons disposent d'un organe qui a la compétence de fixer des règles de droit puisqu'il édicte des directives sur la durée normale des études, reconnaît et accrédite des institutions ou des filières. La CUS peut aussi édicter des directives sur l'évaluation de l'enseignement et de la recherche. Ces compétences de décision sont une nouveauté dans la collaboration verticale Confédération-cantons. Concrètement, la CUS a par exemple décidé d'introduire en Suisse les standards européens (ECTS, bachelor/master) dans le cadre de la mise

en œuvre coordonnée de la déclaration de Bologne. En vertu de sa structure et de ses compétences de réglementation, la CUS passe pour un modèle de fédéralisme horizontal et vertical. L'intégration des hautes écoles spécialisées dans les nouvelles dispositions constitutionnelles sur la formation et les modifications de structure de la CUS qu'elle implique font l'objet de discussions dans le cadre du projet « Paysage des hautes écoles 2008 ».

Nouvelle réglementation des professions médicales universitaires

Sur la base du rapport « Pour un renforcement de la médecine universitaire » (avril 2004), le groupe de pilotage, composé du chef du DFI ainsi que des directrices et directeurs de la santé et de l'instruction publique des cantons universitaires, a décidé que la LPMéd doit être considérée comme un projet de réforme indépendant, à présenter au Parlement avant l'issue des discussions sur la médecine universitaire.⁹⁴

Les travaux préliminaires en vue d'une nouvelle réglementation des professions médicales universitaires (LPMéd) ont débuté en 1991, faisant suite à une question de la CDS concernant une réglementation fédérale sur la formation postgraduée de médecin, de pharmacien et de vétérinaire (voir à ce sujet la partie V du présent rapport : « Portrait de la politique de la santé de la Confédération »). Dans ce domaine, après l'entrée en vigueur des accords bilatéraux entre la Suisse et l'UE, les cantons souhaitaient une réglementation uniforme afin de pouvoir appliquer les mêmes règles aux autorisations de pratiquer qu'ils accordent sur la base de la loi fédérale du 19 décembre 1877 concernant l'exercice des professions de médecin, de pharmacien et de vétérinaire dans la Confédération suisse. La compétence de réglementer la formation postgraduée concernant les professions médicales a finalement été transférée à la Confédération en 1999 (ordonnance sur la formation postgrade et la reconnaissance des diplômes et des titres postgrades des professions médicales, en vigueur depuis 2002).

Une commission fédérale instituée par le Conseil fédéral et placée sous la direction de Thomas Fleiner, directeur de l'Institut du fédéralisme de l'Université de Fribourg, a présenté en 1997 un premier avant-projet de loi fédérale sur la formation pré- et postgraduée des médecins, pharmaciens et vétérinaires. Les cantons y étaient représentés

par quatre conseillers d'Etat (Bâle-Ville, Fribourg, Vaud et Zurich).

Les différentes moutures proposées ont conduit à l'actuel projet de LPMéd. La commission a travaillé de manière exemplaire, et cela a été dit à maintes reprises, car elle s'est appuyée sur de nombreux avis. En effet, les milieux concernés et intéressés (les cantons de Vaud, Bâle-Ville et Zurich, les universités, les organisations professionnelles et spécialisées) ont été invités au total à quatre journées d'information, la dernière ayant eu lieu en mai 2002. Après différentes retouches, le projet de loi est actuellement débattu au Parlement et pourrait entrer en vigueur à fin 2007.

Professions de la santé au niveau des hautes écoles spécialisées : répartition des tâches et collaboration entre la Confédération et les cantons

Il existe en Suisse 7 hautes écoles spécialisées publiques (régions HES) comptant environ 60 hautes écoles et une haute école spécialisée privée reconnue par la Confédération.

Avec la révision de la Constitution fédérale (1999) et la révision de la loi sur les hautes écoles spécialisées (en vigueur depuis l'automne 2005), les filières d'étude des domaines santé, social et culture, réglementées jusqu'alors par les cantons, ont passé, dans le domaine de compétence de la Confédération (voir à ce sujet le point 5.6 « Collaboration intercantonale en matière de formation dans le domaine de la santé »). A l'heure actuelle, la Confédération est compétente pour les hautes écoles spécialisées dans les domaines de la technique et de l'architecture, de l'économie et de l'administration, de l'agriculture, de la création et du design, de la santé, du social et des arts. Les cantons sont, quant à eux, responsables des domaines de la linguistique appliquée (traducteur/trice, interprète), de la psychologie appliquée ainsi que de la pédagogie. Mais après ce transfert, il est néanmoins prévu que Confédération et cantons continuent à travailler en partenariat en matière de formation des professions de la santé au niveau des hautes écoles spécialisées. Les bases légales actuelles et les structures exposées ci-dessous reflètent cette intention de collaborer.

Accord intercantonal sur les hautes écoles spécialisées AHES (2005)

Les cantons règlent entre eux l'accès aux hautes écoles spécialisées gérées au niveau cantonal ainsi que leur financement par des accords intercantonaux au niveau régional

⁹⁴ Voir à ce sujet le message concernant la loi fédérale sur les professions médicales universitaires (loi sur les professions médicales LPMéd) du 3.12.2004 (FF 2005, p. 157).

et suisse (voir aussi l'annexe au chapitre 5: «Conventions intercantionales dans le secteur de la santé»). L'Accord intercantonal sur les hautes écoles spécialisées (AHES) à partir de 2005 stipule, aux articles 1 et 2: «L'accord règle l'accès aux hautes écoles spécialisées sur le plan intercantonal ainsi que les contributions à fournir, par les cantons de domicile des étudiantes et étudiants, aux instances responsables des hautes écoles spécialisées. Il a ainsi pour but de promouvoir l'équilibre des charges entre les cantons de même que le libre accès aux études et vise à optimiser l'offre de formation des hautes écoles spécialisées. En outre, il contribue à harmoniser la politique des hautes écoles en Suisse».

Loi fédérale révisée sur les hautes écoles spécialisées (en vigueur depuis 2005)

La coopération avec la Confédération – en particulier le pilotage politique au niveau suisse – est réglée par la loi révisée sur les hautes écoles spécialisées: «De concert avec les cantons, la Confédération œuvre, au niveau national et régional, à la répartition des tâches et à la collaboration dans l'ensemble du domaine des hautes écoles; elle tient compte pour cela de la coopération internationale. A cet effet, elle coopère avec les cantons, les organes responsables des hautes écoles spécialisées et leurs organes communs» (article 1a).

Conférence des hautes écoles spécialisées

Un des organes des HES est la Conférence des hautes écoles spécialisées. Elle a été fondée en 1999 dans le but de représenter les intérêts des HES auprès de la Confédération et des cantons, d'autres institutions chargées de la politique de la formation et de la recherche ainsi qu'auprès du public en général. Elle est donc un partenaire du Conseil des HES de la CDIP et entretient des contacts étroits avec l'Office fédéral de la formation professionnelle et de la technologie (OFFT), lequel régleme et cofinance le domaine des HES au niveau suisse.

Professions de la santé de niveau non universitaire: répartition des tâches et collaboration entre la Confédération et les cantons

Les cantons avaient déjà commencé à coordonner beaucoup plus tôt la formation non universitaire au niveau régional et national (voir chapitre 5.6: «Collaboration intercantonale en matière de formation dans le domaine de la santé»).

Avec l'entrée en vigueur de la nouvelle loi fédérale sur la formation professionnelle (depuis le 1.1.2004), la réglementation de la formation non universitaire des professions de la santé a été transférée à la Confédération. Les acteurs principaux, à savoir l'Office fédéral de la formation professionnelle et de la technologie (OFFT), la Conférence suisse des directeurs cantonaux de l'instruction publique (CDIP), la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) et la Croix-Rouge Suisse ont conduit en partenariat ce processus de transfert sur la base d'une plate-forme commune (projet «Transition»). Au niveau intercantonal, la formation professionnelle en matière de santé passera progressivement de la CDS aux mains de la CDIP.

Après ce transfert de compétences à la Confédération, la formation des professions de la santé en dehors des hautes écoles doit néanmoins rester une tâche commune, comme la loi correspondante et la nouvelle ORTRA faîtière santé le stipulent.

Loi fédérale sur la formation professionnelle (en vigueur depuis 2004)

La nouvelle loi sur la formation professionnelle précise, à l'article 1, alinéas 1, 2 et 3: «La formation professionnelle est la tâche commune de la Confédération, des cantons et des organisations du monde du travail (partenaires sociaux, associations professionnelles, autres organisations compétentes et autres prestataires de la formation professionnelle). Ceux-ci veillent à assurer autant que possible une offre suffisante dans le secteur de la formation professionnelle, notamment dans les domaines d'avenir. Les mesures de la Confédération visent à encourager autant que possible, par des subventions ou par d'autres moyens, les initiatives des cantons et des organisations du monde du travail. Pour atteindre les buts de la présente loi, la Confédération, les cantons et les organisations du monde du travail collaborent; les cantons collaborent entre eux et les organisations du monde du travail, entre elles».

Organisation faîtière nationale du monde du travail santé (2005)

La nouvelle ORTRA faîtière santé est l'interlocuteur central en matière de formation à toutes les professions de la santé, à l'exception des professions médicales universitaires. Elle a été fondée en 2005. Les associations professionnelles et les organes cantonaux suivants en font partie: H+ Les hôpitaux de Suisse, Curaviva – homes et institu-

Tableau 27 : Ancrage du secteur de la formation et de la formation continue des professions de la santé

Formation et formation continue des professions de la santé				
	Niveau cantonal	Niveau régional	Niveau suisse	Niveau fédéral
Institutions et organes	<ul style="list-style-type: none"> ■ Parlements cantonaux ■ Offices cantonaux 	<ul style="list-style-type: none"> ■ CDS régionales ■ CDIP régionales ■ Organisations faitières régionales du monde du travail santé 	<ul style="list-style-type: none"> ■ CDS ■ CDIP ■ CRS ■ Organisation faitière du monde du travail santé 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Parlement fédéral ■ Offices fédéraux ■ Cialogue Confédération-OFFT
Conventions	Convention BL/BS concernant les prestations de l'école professionnelle supérieure santé de Bâle-Ville (assistante en soins et santé communautaire)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Convention intercantonale créant la Haute école spécialisée santé-social de Suisse romande (HES-SZ) ■ Convention intercantonale sur la haute école de pédagogie curative Zurich 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Concordat intercantonal de coordination universitaire ■ Accord intercantonal sur les hautes écoles spécialisées 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Convention entre la Confédération et les cantons universitaires sur la coopération dans le domaine des hautes écoles universitaires ■ Conformément à la RPT: déclaration de force obligatoire générale des conventions intercantionales dans les domaines des hautes écoles spécialisées cantonales et des universités ■ Contrat Confédération-cantons Croix-Rouge suisse
Compétences et bases légales	Responsables des écoles publiques, des écoles professionnelles, des écoles professionnelles supérieures, des hautes écoles spécialisées et des universités			<ul style="list-style-type: none"> ■ Loi fédérale sur l'aide aux universités ■ Loi fédérale sur les HES ■ Loi fédérale sur la formation professionnelle <p>En préparation Loi cadre fédérale sur les hautes écoles</p>
Projets		En préparation Concrétisation des filières d'études au niveau des hautes écoles spécialisées régionales	En préparation Convention intercantonale « Coordination de la médecine de pointe »	<ul style="list-style-type: none"> ■ Projet Transition ■ Paysage suisse des hautes écoles 2008 <p>En préparation Convention entre la Confédération et les cantons sur la structure des offres d'études et les directives d'accréditation applicables aux hautes écoles spécialisées</p>

 Niveaux institutionnel

 Niveaux interinstitutionnels

tions de Suisse, Association suisse de l'aide et des soins à domicile (Spitex), l'Association suisse des organisations professionnelles du système de santé et la CDS. L'ORTRA faitière santé devra notamment décider du contenu de la formation et sous quelle forme elle sera enseignée. A l'avenir, la CDS influencera la politique de la formation pour les professions de la santé et de la formation continue en dehors des hautes écoles par le biais de l'ORTRA faitière santé.

Rétrospective et perspectives

Depuis les années 1990, le domaine de la formation pour les professions de la santé a connu de profondes modifications. Différents projets, placés sous la responsabilité commune de la Confédération et des cantons, ont accompagné ces changements.

La présentation de quelques aspects de la formation et de la formation continue touchant aux professions médicales de différents domaines a sans aucun doute montré combien le thème est complexe. Malgré ou à cause de cette complexité, la volonté de la Confédération et des cantons de travailler en partenariat est grande. Cette volonté de coordonner et de coopérer, d'harmoniser les structures et les filières de formation pourrait bien être une conséquence de la pression internationale qu'exercent sur la Suisse les accords bilatéraux passés entre la Suisse et l'Union Européenne ainsi que des réformes liées à la Déclaration de Bologne.

Durant ces 10 dernières années, Confédération et cantons ont réussi, en instituant des bases légales, des instances communes, des formes structurées de collaboration ou des conventions, à ancrer la formation et la formation continue des professions de la santé dans un système fédéraliste et d'en faire une tâche commune et nationale (voir tableau 27 : ancrage du secteur de la formation et de la formation continue des professions de la santé).

Coopérer ne signifie pas qu'il n'y a pas de tensions dans ce secteur entre la Confédération et les cantons. Celles-ci concernent prioritairement les questions de financement et de réglementation (notamment tâches de pilotage, de mise en œuvre ou d'autorisation). Il ne faut pas partir de l'idée qu'avec une nouvelle réglementation du paysage des hautes écoles suisses, la Confédération augmente sa part de financement. Les cantons en tant qu'organes responsables des hautes écoles ou en tant que payeurs de contributions sont, de leur côté, soucieux que leurs intérêts soient dûment pris en compte, faute de quoi le risque

existe qu'ils se retirent totalement ou partiellement du financement et que le renom de la place suisse en matière de hautes écoles en pâtisse.

Perspectives : paysage suisse des hautes écoles

La durée de validité de la loi sur l'aide aux universités (LAU) étant limitée au 31 décembre 2007, le Parlement a donc chargé le Conseil fédéral de présenter au plus tard jusqu'en 2008 une nouvelle réglementation du paysage universitaire suisse au niveau constitutionnel. A cet effet, la Confédération et les cantons ont donc lancé en avril 2003 un projet intitulé « Paysage des hautes écoles 2008 » qui a pour objectif une réforme du système universitaire suisse et principalement la création d'un espace éducatif suisse homogène qui englobe tous les types de hautes écoles (universités cantonales, écoles polytechniques, hautes écoles spécialisées).

Au niveau constitutionnel, la Commission de la science, de l'éducation et de la culture du Conseil national a mis au point en 2003/2004, en étroite collaboration avec la CDIP, un projet de réforme des dispositions constitutionnelles sur la formation. Ce projet comprend notamment deux articles constitutionnels. En vertu de ces futurs articles (en particulier l'art. 61 et l'art. 63a Cst), la Confédération et les cantons sont tenus à une meilleure coopération et coordination de leurs efforts. Dans le domaine des hautes écoles, il est prévu que, pour accomplir leurs tâches, la Confédération et les cantons puissent conclure des accords et instituer des organes communs qui pilotent les hautes écoles. Ceux-ci doivent être compétents en dernier ressort en matière de réglementation des niveaux d'études, de garantie de la qualité, de planification stratégique et de bases de financement. La votation populaire sur la « nouvelle Constitution sur l'éducation » (Bildungsverfassung) a lieu en mai 2006.

Afin de concrétiser ce nouvel espace harmonisé de l'éducation dans le domaine des hautes écoles, un groupe de projet composé de représentants de la Confédération, des cantons, des hautes écoles, des milieux de la science et des étudiants élabore une loi-cadre sur les hautes écoles. Afin de compléter cette loi-cadre, les cantons devront élaborer un nouveau concordat et il s'agira de conclure une nouvelle convention de coopération entre la Confédération et les cantons. Comme cela prendra du temps, le Conseil fédéral propose au Parlement, dans le cadre de son message relatif à l'encouragement de la formation, de la recherche et de l'innovation (FRI) pendant les années

2008-2011, de prolonger la validité de l'actuelle loi sur l'aide aux universités (LAU) de quatre ans. Il est prévu que les articles constitutionnels et la loi-cadre entrent en vigueur en 2011.

Perspectives: hautes écoles spécialisées

Il est prévu que la Confédération et les cantons concluent une convention sur la structure de l'offre des formations et sur les directives applicables à l'accréditation des hautes écoles spécialisées.

6.4 Nouvelles approches dans la collaboration entre la Confédération et les cantons

La question posée au début du chapitre 6, était la suivante: comment la Confédération et les cantons collaborent compte tenu de l'enchevêtrement des tâches? En guise de bilan intermédiaire, nous pouvons tirer les conclusions suivantes en ce qui concerne la promotion de la santé et la prévention, la protection de la santé, la protection des consommateurs et la prise en charge sanitaire ainsi que la formation et la formation continue des professions de la santé:

- **Promotion de la santé et prévention:** dans ce secteur, Confédération et cantons ont des compétences parallèles. Les bases légales sont bien établies au niveau cantonal, mais moins assurées au niveau fédéral. Jusqu'à maintenant, il n'y a pas eu de collaboration entre la Confédération et les cantons dans le but de coordonner leurs mesures respectives ou même de mettre en place une politique commune. La Confédération et les cantons ne reconnaissent pas la fondation «Promotion Santé Suisse», qui existe depuis plus de 10 ans, comme «leur» organe national de coordination.
- **Protection de la santé et protection des consommateurs:** il existe pour la plupart des domaines de la protection de la santé – sécurité alimentaire, lutte contre les épidémies, intervention en cas de catastrophe, contrôle des médicaments, sécurité au travail – une répartition claire des tâches entre Confédération et cantons. L'action concertée au niveau national est ici rendue possible grâce à des bases légales au niveau fédéral et cantonal, à des organes d'exécution fédéraux et cantonaux ainsi qu'à des forums intercantonaux au niveau suisse tels que l'Association des médecins cantonaux suisses,

l'Association des pharmaciens cantonaux, des vétérinaires cantonaux, des chimistes cantonaux.

- **Système de soins:** dans ce secteur, à ce jour il n'existe guère de mécanismes favorisant une collaboration coordonnée entre Confédération et cantons. Le Dialogue de politique nationale suisse de la santé qui a lieu régulièrement depuis deux ans entre la Confédération et les cantons est jusqu'à maintenant le seul forum où les partenaires des deux niveaux peuvent discuter de l'organisation du système de soins. La loi sur l'assurance-maladie (LAMal) n'opère pas comme un moyen de coordination et de concertation, mais donne au contraire souvent lieu à des conflits entre Confédération et cantons.
- **Formation et formation continue aux professions de la santé:** le domaine de la formation des professions de la santé représente une tâche commune de la Confédération et des cantons. Ces dernières années, les acteurs des deux niveaux institutionnels ont consenti de gros efforts pour clarifier les tâches et les compétences dans un esprit de partenariat et en dépit de nombreuses situations conflictuelles. Concrètement, Confédération et cantons ont élaboré en collaboration des lois fédérales, conclu des conventions, institué des organes communs tels que la CUS et même effectué une réforme des dispositions constitutionnelles sur la formation. Cependant le processus de clarification des tâches dans le domaine de la formation tertiaire n'est pas encore achevé.

Au cours de ces dernières années, on a créé de nouveaux éléments de collaboration entre la Confédération et les cantons qui présentent un intérêt direct ou indirect pour une politique nationale de la santé. Nous présentons ci-après quatre nouveaux éléments et leur potentiel en faveur d'une politique nationale de la santé:

1. le Dialogue entre la Confédération et les cantons de politique nationale de la santé,
2. la collaboration des cantons dans la procédure législative préparatoire,
3. la réforme de la péréquation financière et de la répartition des tâches entre la Confédération et les cantons (RPT) et, enfin,
4. l'exemple de la nouvelle politique de prévention de l'alcoolisme de la Confédération qui présente, dans la perspective d'une politique nationale de la santé, des éléments intéressants pour la mise en œuvre de la stratégie au niveau cantonal.

Tableau 28 : Etapes sur la voie vers un fédéralisme coopératif

1967	« Fondation ch pour la collaboration confédérale » : elle a été fondée par l'ensemble des cantons et la Nouvelle société helvétique avec la participation de la Confédération. Depuis 1993, la « Fondation ch » est soutenue exclusivement par l'ensemble des cantons. Ses activités sont axées sur le respect du fédéralisme et englobent actuellement les secteurs suivants: échanges culturels au-delà des frontières linguistiques, prestations destinées aux gouvernements cantonaux ainsi que travaux conceptuels et pratiques ayant trait aux questions du fédéralisme. La « Fondation ch » gère notamment le secrétariat de la Conférence des gouvernements cantonaux (CdC).
1978-1997	Groupe de contact Confédération-cantons (GC) : en 1978, le Conseil fédéral a invité les gouvernements cantonaux à accompagner les travaux de nouvelle répartition des tâches entre la Confédération et les cantons et à élaborer des solutions acceptables dans l'intérêt commun. A cet effet, un nouvel organe permanent a été créé – le groupe de contact Confédération-cantons –, institutionnalisant pour la première fois le dialogue politique entre le Conseil fédéral et les gouvernements cantonaux. Auparavant, il n'y avait que des conférences de directeurs au niveau départemental. Le GC était présidé par le chef du DFJP et se composait de représentantes et représentants de tous les gouvernements cantonaux.
depuis 1990	Chargé d'information des cantons <ul style="list-style-type: none"> ■ auprès de la Mission suisse à Bruxelles (depuis 1990) ■ au bureau de l'intégration des deux Départements fédéraux des affaires étrangères et de l'économie (depuis 1994) ■ au Département fédéral de justice et police (depuis 2005)
depuis 1993	Conférence des gouvernements cantonaux (CdC)
1995	Loi sur les HES
depuis 1997	Dialogue confédéral : après la création de la Conférence des gouvernements cantonaux (CdC) en octobre 1993, le groupe de contact Confédérations-cantons a été dissout en novembre 1997 afin d'éviter des doublons et remplacé par le « Dialogue confédéral ». Il s'agit, grâce à cet instrument, d'identifier assez tôt les problèmes de coopération Confédération-cantons, d'assurer les échanges d'informations et d'opinions relatifs aux thèmes touchant au fédéralisme et de coordonner la politique au niveau des cantons et de la Confédération. Thèmes du dialogue: participation des cantons à la politique étrangère de la Confédération, mise en œuvre des politiques fédérales par les cantons, RPT et politique des agglomérations.
1999	Acceptation de la révision totale de la Constitution fédérale par le peuple : la Constitution accorde plus de poids à la collaboration entre la Confédération et les cantons.
2000	Loi fédérale sur la participation des cantons à la politique étrangère de la Confédération.
2000	Convention entre la Confédération et les cantons universitaires sur la coopération dans le domaine des hautes écoles universitaires.
2001	Convention entre la Confédération, les cantons, les villes et les communes instituant une Conférence tripartite sur les agglomérations (CTA), créée sur proposition de la CdC. La CTA sert à promouvoir la collaboration verticale Confédération-cantons-villes/communes ainsi qu'à développer notamment une politique commune applicable aux agglomérations.
2001	Réglementation-cadre sur la méthode de travail de la CdC et des Conférences des directeurs concernant la coopération de la Confédération et des cantons.
2003	Convention entre la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CdC) et la Confédération suisse (Confédération), représentée par le Département fédéral de l'intérieur (DFI) sur la Politique nationale suisse de la santé. Cette convention sert de base au Dialogue entre la Confédération et les cantons de Politique nationale de la santé qui a lieu depuis 2004.
1994-2004	Confédération et cantons travaillent ensemble au projet « Réforme de la péréquation financière et de la répartition des tâches entre la Confédération et les cantons » (RPT) ; acceptation du projet par le peuple en 2005.
2004	La Confédération institue au sein du Département fédéral des finances le poste d'un délégué aux questions financières cantonales.
Automne 2005	Conférence nationale sur le fédéralisme à Fribourg – Collaboration entre la Confédération et les cantons par le biais de conférences : revitalisation de la conception du fédéralisme. Une autre conférence qui fait suite à la première est envisagée dans un délai de deux à trois ans.

Ces nouvelles approches ont le mérite d'offrir des mécanismes de collaboration structurés qui permettent la participation des cantons au processus de décision politique et à la mise en œuvre de programmes nationaux.

Dialogue entre la Confédération et les cantons de politique nationale de la santé

Le Dialogue de politique nationale suisse de la santé est le résultat du projet «Politique nationale suisse de la santé» qui a été lancé en 1998 par les cantons et par la Confédération (Conférence des directeurs de la santé et Département fédéral de l'intérieur). L'objectif du projet et du dialogue actuel était et reste de renforcer la collaboration verticale entre la Confédération et les cantons en matière de politique de la santé et de mieux coordonner les politiques de santé de la Confédération et des cantons. Le projet «Politique nationale suisse de la santé» s'est achevé en 2003. La collaboration se poursuit grâce au Dialogue entre la Confédération et les cantons de politique nationale de la santé, lequel se base sur la «Convention entre la Confédération et les cantons sur la Politique nationale suisse de la santé», signée en 2003 par la CDS et le Conseil fédéral. La convention prévoit un processus de collaboration facultative et n'a pas de caractère contraignant. Elle ne permet pas de fixer de règles de droit comme c'est le cas pour la Convention entre la Confédération et les cantons universitaires sur la coopération dans le domaine des hautes écoles universitaires (2000).

Un des premiers «actes» de la Confédération et des cantons au cours de ce processus de politique nationale de la santé a été la création de l'Observatoire suisse de la santé en 2000 (voir partie V : «Portrait de la politique de la santé de la Confédération»).

Les journées de travail qui ont lieu chaque année depuis 1999 sur des thèmes de politique de la santé étaient et sont une composante fixe du projet «Politique nationale suisse de la santé» et de l'actuel dialogue. En 2000, dans le cadre de l'une de ces journées, les thèmes prioritaires à traiter au niveau national ont été définis: santé psychique, empowerment (autonomisation) de la population et planification de l'offre de la médecine de pointe. Nous disposons de résultats concrets en ce qui concerne les domaines de la santé psychique (voir 6.4) et de la médecine de pointe (voir 5.4.1). Aujourd'hui encore, ces deux thèmes sont à l'ordre du jour du Dialogue. Il est encore trop tôt pour juger si les thèmes discutés dans le cadre de ces journées conduiront à des stratégies communes de la Confédération et des cantons.

Depuis 2004, des entretiens entre la Confédération (Chef du DFI, directeur de l'OFSP, directrice de l'OFSS, cadres de la Confédération) et une délégation du comité de la CDS ont lieu trois fois par an. L'ordre du jour des séances est préparé en commun par les directeurs du DFI et de la CDS.

Durant la première et la deuxième année du Dialogue, la révision de la loi sur l'assurance-maladie a occupé le de-

Tableau 29 : Journées de travail de la politique nationale suisse de la santé

1999	Lancement du projet «Politique nationale suisse de la santé» et de l'idée d'un Observatoire suisse de la santé.
2000	Confédération et cantons discutent des contenus et priorités possibles d'une future politique de la santé coordonnée au niveau national en abordant dix thèmes (empowerment de la population, empowerment des représentants des professions de la santé, vieillissement de la population, critères applicables à la planification de l'offre de soins, évaluation des technologies médicales, planification et coordination de l'offre dans le domaine de la médecine de pointe, evidence based medicine, santé psychique, maladies non transmissibles, prévention des maladies transmissibles par vaccinations). Un choix de trois thèmes a été fait : santé psychique, empowerment (autonomisation) ainsi que planification et coordination de l'offre dans le domaine de la médecine de pointe.
2001	Les facteurs déterminants de la santé et leurs incidences sur la politique de la santé
2002	<ul style="list-style-type: none"> ■ Santé psychique ■ Mandat au groupe de pilotage de préparer une plate-forme nationale de politique de la santé ■ Adoption d'une résolution visant à ancrer les «Objectifs de santé pour la Suisse au 21^e siècle»
2003	Conditions de travail et santé – vers des stratégies communes
2004	e-health
2005	Vieillir en santé
2006	Médecine de premier recours

Tableau 30: Thèmes du Dialogue de politique nationale suisse de la santé entre avril 2004 et octobre 2005
(dans l'ordre alphabétique et sans être pondérés)

Thèmes relevant de l'assurance-maladie	Thèmes de santé publique
<ul style="list-style-type: none"> ■ Efficience : présentation d'une étude sur la comparaison des hôpitaux publics et privés quant à leur efficacité ■ E-health : Confédération et cantons discutent des perspectives d'une carte d'assuré ■ Financement des hôpitaux : présentation par les cantons d'alternatives aux propositions du Conseil fédéral et à celles de la Commission de la sécurité sociale et de la santé publique du Conseil des Etats. Un compromis acceptable semble se dessiner ■ Financement des soins ■ Liberté de contracter : processus de formation de l'opinion (tenue d'un séminaire sur la « liberté de contracter ») ■ Loi sur l'assurance-maladie : révision ■ Médecine complémentaire : suppression de l'obligation de remboursement par l'assurance-maladie. Information faite par le Conseil fédéral ■ Monitoring de l'évolution des coûts de l'assurance-maladie: en collaboration avec la CDS et santésuisse, l'OFSP développe un monitoring par catégories de coûts et par cantons qui sera publié trimestriellement dès 2006 ■ Prestations de l'assurance-maladie obligatoire : examen des prestations ■ TARMED : établissement de documents et d'analyses communes par la Confédération et les cantons ; anticipation des difficultés éventuelles de mise en œuvre rencontrées par les cantons ■ Traitements hospitaliers à l'étranger : Risques et limites de la promotion de traitements hospitaliers à l'étranger/échanges d'informations 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Cancer : Confédération et cantons discutent du mandat qu'ils ont donné concernant le Programme national de lutte contre le cancer 2005-2010 ■ Grippe aviaire et pandémie de grippe ■ Loi sur le travail : anticipation des éventuelles difficultés de mise en œuvre rencontrées par les cantons ■ Médecine de pointe : en dépit de toutes les difficultés, le Conseil fédéral espère que les cantons trouveront d'un commun accord une solution intercantonale pour la coordination et la concentration des prestations de la médecine de pointe ■ Observatoire : le mandat de prestations 2006-2010 de l'Observatoire suisse de la santé est approuvé par la Confédération et les cantons ■ Prévention et promotion de la santé : le Conseil fédéral invite les cantons à collaborer aux travaux préliminaires de l'OFSP concernant une nouvelle loi sur la prévention et la promotion de la santé en Suisse ■ Professions médicales : le Conseil fédéral informe sur l'état des débats parlementaires concernant la loi fédérale sur les professions médicales ■ Programme d'allègement budgétaire: mise en œuvre du programme par l'OFSP et par l'OFAS et effets sur les cantons ■ Santé psychique : mise en œuvre des mesures au niveau national dans le domaine de la santé psychique ; conduite assumée par les secrétariats exécutifs des deux parties ■ Soins médicaux de base : garantie de la couverture en soins médicaux de base – établissement par la Confédération et les cantons de documents et d'analyses communes concernant les domaines sensibles

vant de la scène avec deux points forts, l'introduction du TARMED et en particulier aussi le financement des hôpitaux. C'est dans ce domaine que les divergences entre la Confédération et les cantons sont les plus importantes. Les thèmes de santé publique ne font que rarement l'objet d'intenses discussions, même si à l'occasion ils figurent à l'ordre du jour du Dialogue.

Dialogue Confédération–cantons : appréciation

Par l'institutionnalisation du Dialogue, les cantons ont atteint un objectif important, à savoir de mener en qualité de partenaires égaux avec la Confédération des entretiens réguliers au niveau ministériel. Le Dialogue comble une lacune importante car il n'y avait jusqu'à maintenant pas de collaboration entre Confédération et cantons en matière de prise en charge sanitaire. Il est cependant prématuré de donner une appréciation des résultats du Dialogue du

point de vue d'une politique nationale de la santé. On peut néanmoins constater qu'en règle générale la Confédération, et plus encore les cantons, l'apprécient et y recourent fréquemment en tant que plateforme d'échanges. Les processus qui ont été déclenchés dans le cadre du Dialogue doivent être interprétés comme des mesures créant un climat de confiance. Les cantons peuvent également signaler à la Confédération d'éventuelles difficultés de mise en œuvre (exemples : objectif social/réduction des primes, TARMED, loi sur le travail). Dans ce sens, le Dialogue est devenu un moment de consultations informelles. La mise en place d'une politique commune proprement dite ou la définition de thèmes prioritaires n'a pas encore eu lieu dans le cadre du Dialogue, cet instrument étant encore trop récent. De même, au niveau de l'administration fédérale, le Dialogue n'a réussi jusqu'à ce jour qu'à intégrer deux offices dans le processus d'une politique nationale

de la santé, celui de la statistique et celui de la santé publique. A cet égard, le besoin d'agir continue à se faire sentir.

Réforme de la péréquation financière et de la répartition des tâches entre la Confédération et les cantons (RPT)

Même si la nouvelle Constitution fédérale reconnaît la nécessité d'une collaboration entre la Confédération et les cantons, cela ne change rien au fait que la répartition des compétences est due à des raisons historiques et que les cantons disposent d'instruments classiques pour défendre leurs intérêts. La centralisation des compétences au niveau fédéral et l'enchevêtrement croissant des tâches assumées par la Confédération et les cantons ont conduit divers milieux à réclamer un désenchevêtrement et, en même temps, une collaboration accrue entre les cantons. En parallèle à la révision de la Constitution, les travaux visant à une réforme fondamentale de la péréquation financière et de la répartition des tâches entre la Confédération et les cantons (RPT) ont donc débuté en 1994. Ce processus a dès le début été conduit par un groupe de travail composé paritairement de représentants de la Confédération et des cantons (groupe de projet « Nouvelle péréquation financière » du Département fédéral des finances et de la Conférence des gouvernements cantonaux). Bien que le nom fasse croire qu'il s'agit, avec la RPT, d'une réforme de la répartition des deniers publics entre la Confédération et les cantons, il est tout à fait clair que le projet s'attaque aussi à la réforme du fédéralisme et des relations entre la Confédération et les cantons ainsi qu'entre les cantons et qu'il préconise une nouvelle attribution des tâches (désenchevêtrement) et de nouveaux instruments de collaboration servant à l'accomplissement des tâches étatiques.

En 2004, le peuple et les cantons ont approuvé la RPT à une large majorité. Seuls trois cantons – Zoug, Nidwald et Schwyz – l'ont rejetée. La mise en œuvre de la RPT implique la révision de 30 lois fédérales existantes alors que trois nouvelles lois fédérales doivent être promulguées ou totalement révisées. L'entrée en vigueur de la RPT est prévue au 1^{er} janvier 2008.

Tableau 31 : Désenchevêtrement des tâches conforme à la RPT dans le secteur de la santé

Tâches des cantons selon la RPT	
■ Gymnastique et sport: sport scolaire facultatif, publication du matériel d'enseignement	
■ Aide et soins à domicile (notamment spitex)	
■ Subventions destinées à la construction et à l'exploitation d'institutions pour personnes handicapées (homes, ateliers de travail et centres de jour)	
■ Contributions à des institutions de formation pour les professions sociales	
Tâches de la Confédération selon la RPT	
■ Prestations individuelles de l'assurance invalidité	
■ Définition de standards minimaux dans le domaine des personnes handicapées et soutien des organisations de personnes âgées et de personnes handicapées (organisations faitières nationales)	
Tâches communes selon la RPT	
■ Contributions à la formation dans le domaine tertiaire (nouveau)	■ Réduction des primes dans l'assurance-maladie (comme avant)
■ Financement des prestations complémentaires AVS/AI (nouveau)	■ Protection des eaux (comme avant)
■ Trafic d'agglomération (nouveau)	■ Protection contre le bruit causé par les routes cantonales et communales (comme avant)
■ Réseau des routes principales (nouveau)	■ Protection de la nature et du paysage (comme avant)
■ Exécution des peines et des mesures (nouveau)	■ Protection contre les inondations (comme avant)
	■ Forêts (comme avant)

Tâches communes selon la RPT

Selon le premier message sur la RPT, les tâches communes sont des tâches dont l'accomplissement implique la responsabilité financière commune de la Confédération et des cantons. Font partie des tâches communes les tâches fédérales dont l'exécution incombe aux cantons mais aussi les domaines de tâches pour lesquels la Confédération a une compétence limitée ou n'a pas épuisé toutes ses compétences (p. ex. le trafic d'agglomération). Dans ces domaines, la RPT entend fixer des formes de collaboration et de financement plus efficaces. Dans le secteur de la santé, on en reste à une tâche commune: la réduction individuelle des primes dans l'assurance-maladie. Actuellement, la RPT n'en prévoit pas d'autres.

Exemple de l'assurance-invalidité :

1 des 30 lois fédérales révisée à cause de la RPT

Le domaine des prestations collectives de l'AI – l'un des 9 domaines énumérés exhaustivement dans la Constitution, où les cantons peuvent être obligés à participer à des conventions intercantionales – nécessite par exemple une loi fédérale sur les institutions encourageant l'intégration des invalides (loi-cadre). Les objectifs, principes et critères de l'intégration seront fixés dans la nouvelle loi fédérale. A l'avenir, il incombera aux cantons d'encourager sur place l'intégration des invalides.

Nouvelles formes de collaboration et de financement

Du point de vue de la politique de la santé, deux nouvelles formes de collaboration et de financement prévues par la RPT sont intéressantes: la convention-programme et la déclaration de force obligatoire générale de conventions intercantionales. Les deux instruments l'utilisation ont pour objectif efficace des ressources financières ainsi que le renforcement de la collaboration intercantonale.

Conventions-programmes

La Constitution fédérale prévoit, à l'art. 46, al. 2 et 3 :

² La Confédération et les cantons peuvent convenir d'objectifs que les cantons réalisent lors de la mise en œuvre du droit fédéral; à cette fin, ils mettent en place des programmes soutenus financièrement par la Confédération (conventions-programmes).

³ La Confédération laisse aux cantons une marge de manœuvre aussi large que possible en tenant compte de leurs particularités.

Les conventions-programmes sont applicables à ce que l'on appelle les tâches communes (tâches qui incombent conjointement à la Confédération et aux cantons). Leur objectif est de clarifier les rôles de la Confédération et des cantons ainsi que de permettre la réalisation de nouvelles formes de collaboration et de financement plus efficaces.⁹⁵ Compte tenu de nos structures fédéralistes, il est très important que les cantons puissent participer aux décisions: en se basant sur les lois fédérales concernées, la Confédération et les différents cantons négocient les objectifs à atteindre, lesquels débouchent sur des conventions-programmes. Les contributions fédérales (globales ou forfaitaires) à ces tâches communes sont versées en fonction

d'objectifs convenus pluriannuels et non plus sur la base des dépenses occasionnées par des projets particuliers ou de la capacité financière des cantons bénéficiaires. De plus, la Confédération ne finance plus des objets individuels mais des programmes pluriannuels conformes aux objectifs.

Déclaration de force obligatoire générale des conventions intercantionales et obligation de collaborer

La Constitution fédérale arrête :

Art. 48, al. 4 et 5

⁴ Les cantons peuvent, par une convention, habiliter un organe intercantonal à édicter pour sa mise en œuvre des dispositions contenant des règles de droit, à condition que cette convention :

- a. soit adoptée selon la procédure applicable aux lois ;
- b. fixe les grandes lignes de ces dispositions.

⁵ Les cantons respectent le droit intercantonal.

Art. 48a, al. 1 et 2

¹ A la demande des cantons intéressés, la Confédération peut donner force obligatoire générale à des conventions intercantionales ou obliger certains cantons à adhérer à des conventions intercantionales dans les domaines suivants: a) exécution des peines et des mesures; b) universités cantonales; c) hautes écoles spécialisées; d) institutions culturelles d'importance suprarégionale; e) gestion des déchets; f) épuration des eaux usées; g) transports en agglomération; h) médecine de pointe et cliniques spéciales; i) institutions d'intégration et prise en charge des personnes handicapées.

² La déclaration de force obligatoire générale prend la forme d'un arrêté fédéral.

³ La loi définit les conditions requises pour la déclaration de force obligatoire générale et l'obligation d'adhérer à des conventions et arrête la procédure (Art. 10, 14 et 15 de la loi fédérale sur la péréquation financière et la compensation des charges – PFCC – du 3 octobre 2003).

Péréquation financière et compensation des charges

Les articles 10 à 17 de la loi fédérale sur la péréquation financière et la compensation des charges (PFCC, 2003) règlent en détail comment l'Assemblée fédérale peut obliger les cantons à collaborer, par le biais d'accords-cadres intercantonaux ou de conventions intercantionales, en prévoyant une compensation des charges dans les 9 domaines cités plus haut.

⁹⁵ Voir à ce sujet : Giovanni Biaggini, NFA-Gutachten (août 2000).

Loi fédérale sur la péréquation financière et la compensation des charges (PFCC, 2003)

Art. 10 PFCC: Obligation de collaborer

¹ L'Assemblée fédérale peut obliger les cantons à collaborer en prévoyant une compensation des charges dans les domaines cités à l'art. 48a, al.1, de la Constitution.

² L'obligation revêt la forme d'une déclaration de force obligatoire générale /14) ou d'une obligation d'adhérer (art. 15).

³ Les cantons règlent la collaboration dans des conventions intercantionales.

Art. 14 PFCC: Déclaration de force obligatoire générale

¹ L'Assemblée fédérale peut, par un arrêté fédéral soumis au référendum, donner force obligatoire générale :

- a. à l'accord-cadre intercantonal si au moins 21 cantons le demandent ;
- b. à une convention intercantonale dans un des domaines cités à l'art. 48a, al.1, de la Constitution, si au moins 18 cantons le demandent.

Art. 15 PFCC: Obligation d'adhérer

¹ A la demande d'au moins la moitié des cantons qui sont parties à une convention intercantonale ou dont les négociations ont abouti à un projet final de convention, l'Assemblée fédérale peut, par un arrêté fédéral simple, contraindre un ou plusieurs cantons à l'adhésion.

Conformément à l'art. 11 PFCC, les cantons élaborent en commun un accord-cadre intercantonal qui sert de base aux conventions intercantionales. Dans cet accord-cadre, ils fixent les principes de la collaboration intercantonale, les principes de la compensation des charges, les organes compétents ainsi que la procédure d'adhésion et de sortie. L'article 12 PFCC précise que le Conseil fédéral peut obliger les cantons à collaborer en prévoyant une compensation des charges dans les 9 domaines mentionnés à l'art. 48a, al. 1 de la Constitution. (Art. 10 PFCC, et c'est l'Assemblée fédérale qui peut obliger les cantons)

Conformément aux articles constitutionnels, la collaboration intercantonale peut être déclarée obligatoire dans les neuf domaines de tâches cantonales énumérés de manière exhaustive dans la Constitution et une indemnité peut être prévue pour des prestations dont profitent d'autres cantons. Il s'agit, d'une part, d'empêcher une centralisation excessive des tâches auprès de la Confédération. D'autre part, la conclusion de conventions intercantona-

les garantit que les cantons-centres sont indemnisés de manière appropriée par les cantons bénéficiaires pour les prestations qu'ils offrent – p. ex. en médecine de pointe. Dans les 9 domaines cités, la collaboration est donc assortie d'une compensation des charges (d'où le terme de « collaboration intercantonale assortie d'une compensation des charges »). En contrepartie, les cantons bénéficiaires de prestations ont un droit de participation. Sur demande d'un certain nombre de gouvernements cantonaux, l'Assemblée fédérale (le Parlement fédéral) est habilitée à donner force obligatoire générale aux conventions intercantionales (celles-ci s'appliquent alors à tous les cantons) dans les neuf domaines mentionnés plus haut. (La déclaration de force obligatoire requiert que 18 cantons au moins en fassent la demande). En d'autres termes, la déclaration de force obligatoire et l'obligation d'adhérer peuvent être prononcées contre la volonté expresse des parlements et/ou de la population des cantons concernés. Une telle décision du Parlement est soumise au référendum facultatif.

A titre d'exemples actuels, citons la Convention intercantonale dans le domaine des institutions sociales (CIIS) ou la « Convention intercantonale sur la coordination et la concentration de la médecine hautement spécialisée » (CICCM), dont la ratification par les cantons est actuellement en cours. Mentionnons que l'Assemblée fédérale peut obliger les cantons à adhérer à des conventions intercantionales (Obligation d'adhérer: demande d'au moins la moitié des cantons qui participent à une convention ou à un projet de convention).

De leur côté, les cantons règlent les modalités de la collaboration intercantonale assortie d'une compensation des charges dans les neuf domaines cités au moyen de l'Accord-cadre intercantonal (ACI). Celui-ci fixe les principes de la collaboration intercantonale et de la compensation des charges, les organes compétents ainsi que la procédure d'adhésion et de sortie. Conformément à l'article 46, alinéa 4 de la Constitution fédérale, les cantons peuvent autoriser, au moyen de conventions intercantionales, des organes intercantonaux – et c'est nouveau – à édicter des dispositions contenant des règles de droit et à instituer des organes judiciaires. Jusqu'à maintenant, les cantons n'avaient fait qu'un usage très limité de cette possibilité (voir chapitre 5.1). L'ACI doit être approuvé par 21 cantons au minimum. En juin 2005, l'ACI a été adopté par l'assemblée plénière de la Conférence des gouvernements cantonaux (CdC) en vue de sa ratification par les cantons.

Parallèlement à cette procédure, les conventions de collaboration existantes dans les différents domaines de tâches sont adaptées, ce qui a déjà été le cas pour la Convention intercantonale dans le domaine des institutions sociales (CIIS) citée plus haut.

RPT : appréciation

La RPT est censée renforcer la position des cantons et garantir, voire même élargir leur marge de manœuvre. Elle fournit des incitations afin que les tâches soient effectuées grâce à des formes souples de collaboration dépassant les frontières cantonales. Au niveau politique, la nouvelle péréquation est diversement appréciée. Alors que les partisans de la RPT, comme le conseiller d'Etat Urs Schwaller (FR), voient dans ce système une chance de résoudre les tâches cantonales ensemble et d'empêcher ainsi leur centralisation au niveau fédéral⁹⁶, des voix critiques, comme celles de l'expert en droit constitutionnel René Rhinow, déplorent que l'Etat fédéral à trois échelons se transforme en un Etat à quatre, voire même à cinq échelons si l'on y ajoute encore le niveau de la région: commune, canton, région, organisme intercantonal, Confédération. A son avis, la collaboration intercantonale renforce les gouvernements et affaiblit les parlements cantonaux et le peuple. L'autonomie des différents cantons s'en trouverait réduite et les structures décisionnelles des exécutifs renforcées, et cela au détriment du système parlementaire et des droits populaires⁹⁷.

Potentiel de la RPT en faveur de la politique nationale de la santé

Déclaration de force obligatoire générale des conventions intercantionales et convention-programme

En 2003 déjà, le canton de Berne avait souhaité que l'on discute d'une réforme du fédéralisme dans le domaine de la santé, analogue aux réformes proposées par le projet «Nouvelle péréquation financière» (voir partie IV, portrait du canton de Berne). Avec la déclaration de force obligatoire générale et la convention-programme, la Confédération et les cantons disposent de deux instruments susceptibles de renforcer la collaboration intercantonale

et les relations partenariales entre la Confédération et les cantons. Conformément à la liste exhaustive des domaines de tâches et à celle des tâches communes, le secteur de la santé ne se prête guère à l'utilisation de ces deux nouveaux instruments, à part la médecine de pointe et les cliniques spécialisées (déclaration de force obligatoire générale) ainsi que le financement des prestations complémentaires AI. Eu égard à la nouvelle réglementation de la prévention et de la promotion de la santé, il s'agit d'examiner dans quelle mesure une future loi fédérale pourrait dès le départ être conçue comme une tâche commune et donc se prêter à des conventions-programmes dans le domaine de la promotion de la santé et de la prévention.

Planification de la prise en charge sanitaire

En vertu de la RPT, une planification sanitaire intercantonale contraignante n'est possible que pour la médecine de pointe et les cliniques spécialisées. La question se pose: à long terme, les cantons élargiront-ils les domaines de tâches énumérés exhaustivement dans la Constitution en y incluant l'approvisionnement en soins ambulatoires ou la couverture médicale par les hôpitaux de soins aigus afin de favoriser la planification de centres régionaux de prise en charge?

Amélioration des dispositions d'exécution

Les conventions-programmes représentent une forme particulière de mise en œuvre du droit fédéral. Le risque de déficits de mise en œuvre peut être réduit si la Confédération et les cantons fixent ensemble, dans le cadre de conventions-programmes, les objectifs en matière d'exécution du droit fédéral.

Fédéralisme coopératif à l'exemple de la politique fédérale en matière d'alcool

Depuis les années 1980, la Confédération, et notamment l'Office fédéral de la santé publique, s'engagent dans la prévention des maladies et ont développé à cet effet une série de stratégies (voir à ce sujet volume 2, partie V: Portrait de la politique de la santé de la Confédération). Il s'avère que ces stratégies ne reposent souvent que sur des bases légales lacunaires. Conformément au principe de subsidiarité, les cantons disposent de leur côté de compétences extrêmement élevées en matière de promotion de la santé et de prévention. Dans les domaines où la Confédération jouit de compétences de réglementation suffisantes, les cantons ont la possibilité, par le truchement de la légis-

96 SCHWALLER Urs: Incidences de la RPT sur les parlements. Prise de position du point de vue de la Confédération et des gouvernements cantonaux. Dans: Parlement 3/03, p. 12-14.

97 RHINOW René: Les répercussions, sur les parlements, de la Réforme de la péréquation financière et de la répartition des tâches entre la Confédération et les cantons (RPT). Synthèse du discours prononcé par le professeur Rhinow devant la Société suisse pour les questions parlementaires, 20 septembre 2003.

lation d'application, d'adapter à leurs besoins spécifiques les programmes de politique de la santé de la Confédération.⁹⁸ Compte tenu de cette situation, la Confédération est tributaire de la collaboration facultative des cantons pour une mise en œuvre adéquate de ses programmes de prévention.

Dans le domaine de la prévention de l'alcoolisme au niveau fédéral, des développements prometteurs quant à la collaboration entre Confédération et cantons ont eu lieu ces dernières années, que nous souhaitons exposer ici brièvement. Dans la perspective d'une politique nationale de la santé, les idées et propositions formulées dans le cadre de la politique future de la Confédération en matière d'alcool pourraient aussi s'appliquer à d'autres programmes de prévention que la Confédération entend réaliser dans les prochaines années.

Propositions pour une politique en matière d'alcool au niveau national

Au printemps 1999, en collaboration avec la Régie fédérale des alcools (RFA) et l'Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies (ISPA), l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) a lancé pour la première fois

un programme national alcool intitulé «ça débouche sur quoi?» qui, dans une première phase, s'étendait sur quatre ans. Un an plus tard, la Commission fédérale pour les problèmes liés à l'alcool (CFA) a présenté un Plan national d'action alcool (PNAA). Or, de nombreuses mesures de ce Plan relèvent de la compétence des cantons. C'est pourquoi la CFA a mis en été 2001 le PNAA en consultation auprès des cantons. En 2002, forte des réactions positives des cantons, la CFA a développé le projet «Plans cantonaux d'action alcool» (PCAA) dont le but est d'assister les cantons durant la mise en place de leurs propres plans d'action en leur fournissant conseils et informations. A cet effet, la Confédération a organisé entre novembre 2003 et octobre 2004 des journées PCAA. Il est apparu évident que pour collaborer avec les cantons, la Confédération doit être mieux informée sur la situation qui prévaut chez eux. L'Office fédéral de la santé publique (OFSP) et la Régie fédérale des alcools (RFA) ont donc chargé un institut de dresser le profil des 26 politiques cantonales en matière d'alcool.⁹⁹ Ces profils doivent fournir à la Confédération des données sur les politiques menées par les cantons et permettre d'orienter les activités de la Confédération et des cantons vers une politique nationale en matière d'alcool. Le rapport présente 12 recommandations visant à optimiser la collaboration entre ces deux niveaux institutionnels et la mise en œuvre de la politique fédérale en matière d'alcool. Ces recommandations tiennent largement compte de la souveraineté des cantons mais, en même temps, elles s'inspirent aussi des idées d'un fédéralisme coopératif.

Nous les résumons ci-après :

Offrir des incitations financières et techniques différenciées

Il y a de grandes différences au niveau des activités de prévention menées par les cantons. Les mesures varient en fonction de cette donnée : lorsque les cantons ont pris de l'avance par rapport à la Confédération, cette dernière devrait en tirer des enseignements. Par le biais d'incitations financières et/ou techniques, les cantons moins actifs sont invités à s'intégrer dans une stratégie nationale de prévention.

Programme national de prévention de l'alcoolisme

Jusqu'à maintenant, le Conseil fédéral n'a pas encore entériné les programmes de prévention de l'alcoolisme en tant que politique officielle de la Confédération. C'est pourquoi des travaux préliminaires sont actuellement en cours visant à mettre en place un programme national de prévention contre l'alcoolisme (PNPA) 2006-2010, lequel doit être soumis à l'approbation du Conseil fédéral en 2006. Le programme ne définit pas seulement les tâches et compétences des différents partenaires impliqués dans la prévention mais il associe aussi activement les cantons à la mise en œuvre du programme. Dans le cadre de ce processus, il est prévu d'intégrer le projet des plans cantonaux d'action alcool (PCAA) dans le programme national de prévention de l'alcoolisme, dont l'accompagnement ne sera plus à l'avenir assuré par la CFA mais par l'OFSP.

98 Voir aussi à ce sujet Fritz SAGER, *Kompensationsmöglichkeiten föderaler Vollzugsdefizite. Das Beispiel der kantonalen Alkoholpräventionspolitiken*. *Swiss Political Science Review* 9 (1): p. 309-333.

99 Fritz SAGER, Martina SCHLÄPFER, Céline ANDEREGGEN: *Alkoholpolitische Kantonsprofile. Schlussbericht im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit und der Eidgenössischen Alkoholverwaltung*. Bern, octobre 2004. Non publié.

Voir aussi : Fritz SAGER, Martina SCHLÄPFER, Céline ANDEREGGEN: *Kantonale Alkoholaktionspläne (KAAP). Kurzfassung des Schlussberichts zuhanden der Eidgenössischen Kommission für Alkoholfragen (EKA)*. Bern, Januar 2005.

Utiliser les structures de coordination internes au canton

Les cantons présentent des structures organisationnelles hétérogènes et des structures internes de collaboration ou de coordination disparates. Il s'agit de les connaître et d'en tenir compte.

Utiliser les structures de coordination intercantionales

Il est indispensable que les responsables cantonaux de la mise en œuvre des stratégies nationales de prévention partagent une vision commune des problèmes posés et des solutions. Ce n'est que lorsque les intérêts et objectifs communs de cantons à structures très différentes sont expressément reconnus comme tels que les cantons seront suffisamment motivés à collaborer activement à une politique commune en matière d'alcool. Pour y parvenir, les cantons mais aussi la Confédération pourraient mieux utiliser les organes de collaboration intercantonaux existants (p. ex. les conférences régionales des directeurs des affaires sanitaires) afin d'assurer un meilleur ancrage des stratégies de prévention conçues au niveau national.

Tirer profit des expériences cantonales

La Confédération devrait tirer profit des expériences des cantons et les associer à un stade précoce au processus de développement d'éventuelles stratégies.

Inclure les stratégies cantonales de prévention

Les politiques cantonales de prévention font en règle générale partie de programmes de législature et ne peuvent pas être modifiées à court terme. Pour la Confédération, cela signifie qu'elle doit connaître et tenir compte des stratégies cantonales de prévention existantes et clarifier assez tôt d'éventuels problèmes de compatibilité.

Instituer un réseau de collaboration vertical

L'évaluation de la politique en matière d'alcool de la Confédération montre que les cantons apprécient le savoir de la Confédération et sont réceptifs à la transmission de données scientifiques nouvelles concernant l'efficacité des mesures de promotion de la santé et de prévention. En partageant les savoirs, la Confédération soulage en particulier les cantons à faibles ressources. De leur côté, les cantons ressentent le besoin d'échanges et d'informations sur les projets cantonaux et intercantonaux prévus et en cours. Afin d'assurer un transfert du savoir axé sur les besoins, la Confédération pourrait instaurer un réseau vertical. La coordination peut à son tour inciter les cantons à

faibles ressources financières à devenir actifs au niveau de la prévention.

Vérifier la concordance entre les lois cantonales et la stratégie de la Confédération

Il s'agit de vérifier que les activités législatives cantonales soient en accord avec la stratégie de la Confédération. Au besoin, en tant qu'instance spécialisée, la Confédération pourrait fournir une aide (p. ex. un argumentaire) aux politiciennes et politiciens intéressés à déposer des interventions parlementaires cantonales.

Politique fédérale en matière d'alcool : appréciation

La voie suivie pour le domaine de l'alcool montre sans aucun doute que le développement d'une stratégie nationale de prévention tenant compte des principes du fédéralisme coopératif est une entreprise audacieuse qui demande énormément de temps. Pour un tel projet, il est essentiel de connaître les activités cantonales dans les domaines respectifs de la prévention. Aujourd'hui, ces données ne sont ni stockées ni accessibles de manière centralisée. Seul le domaine de l'alcool dispose de données globales.

Sur la base des résultats des rapports, l'Office fédéral de la santé publique pourrait devenir un centre national de compétence assumant ses responsabilités en matière de prévention de l'alcoolisme en se chargeant de tâches de coordination et de transmission des savoirs aux cantons. De plus, comme le montre le rapport «*Alkoholpolitische Kantonsprofile*» (Profil des politiques cantonales en matière d'alcool), un programme national global devrait avant tout fixer des priorités régionales plutôt que nationales, afin de tenir compte des exigences du fédéralisme (répartition des tâches et des compétences) et de la mise en œuvre hétérogène des mesures par les cantons ou par les régions de notre pays.

6.5 Potentiel pour une politique nationale de la santé

Durant ces 20 dernières années, le système de santé suisse est devenu une entité de plus en plus complexe. Du point de vue de la politique de la santé, ce sont en particulier l'élargissement de la notion de santé à la prévention des maladies et à la promotion de la santé, les nombreuses nouvelles tâches et obligations de la Confédération et

les cantons, la généralisation de nouvelles maladies non transmissibles telles que l'obésité, les problèmes psychiques, l'enchevêtrement croissant des tâches entre la Confédération et les cantons ainsi que l'implication de la Suisse en matière de politique internationale de la santé qui ont contribué à créer cette complexité. Que faire pour la maîtriser? Comment porter au niveau national des thèmes qui, compte tenu de l'enchevêtrement des tâches, réclament une coordination et une concertation accrues entre la Confédération et les cantons?

Dans le chapitre 6, nous avons tenté de donner quelques réponses à ces questions et, dans ce but, présenté différents instruments, procédures, formes et contenus de la collaboration verticale entre la Confédération et les cantons. Ceux-ci montrent qu'à l'heure actuelle une politique nationale de la santé ne se présente pas comme une construction clairement définie mais se caractérise au moyen de différentes idées directrices, bases légales, instances intercantionales et nationales de dialogue et de coordination, organisations de projets communs. On reconnaît dans tous ces éléments les amorces d'une culture en matière de politique de la santé, culture qui se traduit par la notion de fédéralisme coopératif vertical. Dans ce cadre, les cantons et la Confédération ont la possibilité d'aborder les problèmes existants en tant que problèmes communs, de clarifier les responsabilités et de désenchevêtrer les tâches là où existent entre eux des compétences parallèles ou se chevauchant.

Une telle politique nationale de la santé ne peut cependant être fructueuse dans le contexte suisse que si elle est conçue et mise en œuvre dans une perspective à la fois fédéraliste et confédérale, autrement dit en respectant et en intégrant les politiques de la santé déjà existantes des cantons et de la Confédération.

Quelques éléments du fédéralisme coopératif qui ont été présentés dans ce chapitre sont déjà en vigueur ou mis en œuvre. Nous donnons ci-après une appréciation de leur potentiel pour une politique nationale de la santé:

Idées directrices émanant de la Constitution fédérale

La philosophie du fédéralisme coopératif se reflète dans la Constitution fédérale totalement révisée (articles 44, 45, 55 Cst), laquelle se fonde sur une approche fédéraliste moderne qui souligne la souveraineté des cantons et en même temps exige la collaboration entre la Confédération et les cantons, le soutien réciproque et la participation des cantons au processus de décision de la Confédération. De

plus, la collaboration verticale est explicitement ancrée dans quelques lois fédérales.

Consultation

La procédure de consultation est un instrument central du fédéralisme de coopération. Elle a été révisée et permet que les futures lois fédérales attachent plus d'importance aux aspects de leur mise en œuvre, ceci afin de tenir compte de la situation particulière des cantons en tant que partenaires de la Confédération chargés de l'exécution des lois fédérales. Les consultations sont des invitations à l'adresse des cantons et des offices fédéraux à consolider et à coordonner à un stade précoce leurs positions sur une loi fédérale ou sur une révision de loi afin de trouver un consensus sur les principes d'une future loi. En associant les cantons au début du processus d'élaboration d'une loi, il est en outre possible d'anticiper d'éventuelles difficultés de mise en œuvre par les cantons.

Elaboration de lois en partenariat

Lorsque les intérêts des cantons se trouvaient particulièrement touchés, il y a déjà eu des cas d'élaboration paritaire de lois par la Confédération et les cantons.

Exemples: Dans le cadre de la réforme de la Constitution dans les années 1990, les travaux préparatoires des dispositions applicables à la Confédération et aux cantons; durant la même période, les travaux préparatoires de la réforme de la péréquation financière et de la répartition des tâches entre la Confédération et les cantons (RPT) au sein d'un organe de projet commun Confédération/cantons.

Echanges réguliers d'informations et d'expériences entre Confédération et cantons

Le fédéralisme coopératif exige de la Confédération et des cantons qu'ils mettent en place des organes communs au sein desquels puissent avoir lieu des procédures de mise en place d'une politique nationale basée sur le consensus et le partenariat.

Exemple: Le Dialogue Confédération-cantons de politique nationale de la santé est une institution commune de la Confédération et des cantons. Ce Dialogue au niveau gouvernemental pourrait contribuer à améliorer la communication entre la Confédération et les cantons, à concrétiser le modèle d'un partenariat privilégié entre eux et à créer ainsi des relations de confiance entre la Confédération et les cantons en faveur d'une politique nationale de la santé. Etant donné son caractère d'organe gouvernemental, le

Dialogue permet en outre potentiellement de fixer des objectifs prioritaires dans le secteur de la santé. Il pourrait jouer un rôle au niveau fédéral en facilitant la prise de position consolidée des cantons par rapport aux priorités gouvernementales (programme de législation de la Confédération).

L'Observatoire suisse de la santé et la Conférence universitaire suisse sont, au niveau national, d'autres institutions communes à la Confédération et aux cantons.

Conventions-programmes conclues entre la Confédération et les cantons

L'instrument prévu par le RPT, la convention-programme, est un autre outil conçu dans l'esprit du fédéralisme coopératif : sur la base des lois fédérales concernées, la Confédération et les cantons négocient les objectifs à atteindre, lesquels débouchent sur des conventions-programmes. Il faudra voir quel usage sera fait de cet instrument à partir de 2008.

Conventions fixant des règles de droit conclues entre la Confédération et les cantons

Les conventions servent de base juridiquement contraignante à la création d'organes communs de la Confédération et des cantons, lesquels sont habilités à prendre des décisions à caractère obligatoire. Alors qu'aux yeux de certains, la conclusion de conventions représente la suite logique d'un partenariat établi entre la Confédération et les cantons, d'autres voix critiques craignent que l'on crée un quatrième niveau institutionnel qui fonctionne sans tenir compte des processus de décision démocratiques. Il n'existe actuellement que quelques rares conventions fixant des règles de droit conclues entre la Confédération et les cantons et aucune qui concerne exclusivement le secteur de la santé. Comme pour l'instrument de la RPT, la convention-programme, il sera intéressant d'observer si et comment la convention fixant des règles de droit peut être utilisée dans le contexte d'une politique nationale de la santé.

Mise en œuvre de programmes de santé de la Confédération

S'agissant de la mise en œuvre des programmes fédéraux de prévention de l'alcoolisme, les résultats présentés dans le chapitre 6.5 montrent que les programmes de la Confédération dans le domaine de la prévention des maladies et de la promotion de la santé devraient fixer des priorités

non pas nationales mais avant tout régionales, ceci afin de tenir compte de la répartition fédéraliste des tâches et des compétences et de la mise en œuvre hétérogène des mesures dans les différents cantons et régions du pays. Ces constatations pourraient compléter et enrichir les discussions sur une nouvelle loi sur la prévention et la promotion de la santé en Suisse.

Les instruments, procédures et formes de collaboration que nous avons présentés ici pourraient constituer des éléments essentiels d'une politique nationale de la santé pour la Suisse.

Appréciation

Les bases d'une extension de la collaboration entre la Confédération et les cantons en faveur d'une politique nationale de la santé sont présentes en Suisse. C'est ce que montre le chapitre 6 dans lequel différentes structures, procédures et projets relevant du fédéralisme coopératif ont été présentés.

De plus, il a été démontré sans ambiguïté, aussi bien dans le chapitre 6 que dans le chapitre 5, que le fédéralisme ne constitue pas en Suisse un obstacle à une politique nationale de la santé. Les différentes formes de collaboration entre cantons ainsi qu'entre la Confédération et les cantons ont contribué à corriger la structure fortement décentralisée du système de santé suisse et à agir en tant que facteur compensant la tendance à la fragmentation.

Il s'agit en même temps de relever que la collaboration entre la Confédération et les cantons sur la base du fédéralisme coopératif n'entraîne pas des solutions rapides et simples. Pour arriver dans ce domaine à des objectifs communs et à des conventions contraignantes, il faut du temps et des négociations laborieuses. Les résultats sont souvent d'une grande complexité mais il n'est pas rare qu'ils mènent à des solutions où toutes les parties sont gagnantes.

En faisant évoluer le fédéralisme suisse vers un fédéralisme coopératif, nous avons l'opportunité, grâce à une collaboration horizontale et verticale régulière, d'intégrer un grand nombre d'acteurs, de cultures et d'innovations dans une politique nationale de la santé, au service de la santé de la population vivant en Suisse.

Annexe

Attentes, objectifs, thèmes et projets des acteurs politiques des cantons et de la Confédération dans le domaine de la santé (par ordre alphabétique)

Cette présentation ne résulte pas d'une évaluation systématique des sources citées. Ce travail en vue d'une future politique nationale de la santé reste encore à faire.

Les thèmes et positions des cantons présentés dans ce tableau se fondent sur trois sources :

- Enquête réalisée à la suite de l'assemblée plénière de la CDS du 22.5.2003. Résultats de l'enquête. Document non publié de la direction du projet Politique nationale suisse de la santé. (PNS 2003)
- Conférence des gouvernements cantonaux : Programme de législature 2003-2007 de la Confédération. Prise de position consolidée sur le document de travail du Conseil fédéral, adoptée à l'assemblée plénière de la CdC du 3.10.2003 en vue de la discussion du 28 novembre 2003 entre le Conseil fédéral et les gouvernements cantonaux. (CdC 2003)
- Positions des représentants des cantons présentées dans les 9 portraits cantonaux – volume 2 du rapport (PNS 2004-05)

Les thèmes et projets de la Confédération se basent sur les sources suivantes :

- Programme de législature du Conseil fédéral 2003-2007 (CF 2003-2007)
- Vision de l'Office fédéral de la santé publique (Vision OFSP 2005)
- Mission de la Direction de Politique de la santé et mission de la Direction de l'assurance-maladie et accidents (AM+A) de l'OFSP (état 2005)
- Objectifs annuels du Département fédéral de l'intérieur (DFI 2006)

	Attentes des cantons à l'égard d'une politique nationale de la santé et thèmes proposés pour le dialogue national (dès 2002)	Projets de la Confédération (dès 2003)
Politique pour la vieillesse	<ul style="list-style-type: none"> ■ Approfondissement du thème « Vieillesse et santé » (PNS 2003). ■ Clarification des responsabilités de la Confédération, des cantons, des communes et des organisations privées dans le domaine de la vieillesse. En vue de l'introduction de la réforme de la péréquation financière et de la répartition des tâches entre la Confédération et les cantons, il est nécessaire de coordonner les efforts de la Confédération et des cantons en matière d'aide et de soins aux personnes âgées et handicapées en vue de renforcer généralement le réseau des aides sociales (CdC 2003). ■ Nouvelle réglementation du financement des EMS : objet urgent de la nouvelle révision de la LAMal (CdC 2003). ■ Prise en charge des patientes et patients de longue durée ; suivi/assistance et soins de transition (PNS 2003). ■ Garantie d'une prise en charge qualitativement élevée de la population âgée mais à un coût financièrement supportable (CdC 2003). 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Développement d'une politique visant à prolonger la vie active, à éliminer les discriminations à l'égard des travailleuses et travailleurs âgés sur le marché du travail et à l'intégration des personnes âgées dans le monde du travail (CF 2003-2007). ■ Promotion de la santé sur le lieu de travail, en particulier pour les travailleurs actifs âgés, par des modifications ergonomiques et organisationnelles (CF 2003-2007). ■ Réforme du financement des soins de longue durée
Loi fédérale sur le travail	Effets de la loi sur le travail sur les coûts salariaux du personnel employé dans le secteur de la santé (PNS 2003).	

E-health	Dossiers électroniques des patients ou cartes de santé (PNS 2003).	<ul style="list-style-type: none"> ■ Développement d'une stratégie nationale E-health sous la responsabilité de l'OFSP (mission AM+A). ■ Préparation de l'introduction de la carte d'assuré pour 2008 (DFI 2006).
Médecine universitaire	Formation universitaire: constitution de pôles dans les facultés de médecine (PNS 2003).	
Statistiques relatives à la santé	Amélioration de la comparabilité des statistiques des cantons; harmonisation des données relatives à la santé; recensement des données significatives en particulier pour la saisie des flux de patients; instruments de mesure de l'efficacité des établissements médicaux-sociaux (PNS 2003).	
Promotion de la santé et prévention	<ul style="list-style-type: none"> ■ Il faudrait discuter au niveau national des interfaces entre la Confédération et les cantons de portée nationale dans le domaine de la promotion de la santé et de la prévention, par ex. l'interdiction de la publicité pour les produits du tabac (PNS 2004-05). ■ Programmes de la Confédération: conception et mise en œuvre en collaboration avec les cantons. Pour les petits cantons notamment, et pour des raisons d'efficacité et d'économie, la coordination de tels programmes s'impose. Dans ce contexte, il faudrait également étudier des stratégies de mise en œuvre selon les régions. Cela permettrait de mieux intégrer des organes de collaboration régionaux tels que les conférences régionales des directeurs des affaires sanitaires et sociales (PNS 2004-05). ■ Renforcement de la promotion de la santé afin de juguler autant que possible les coûts de la santé (CdC 2003). ■ Informations destinées à la population: les cantons devraient pouvoir disposer directement de 50% des moyens financiers de la Fondation Promotion Santé Suisse pour leur travail sur le terrain. Il s'agit à cet égard de se mettre d'accord sur des conditions cadres générales régissant l'utilisation des moyens disponibles (PNS 2004-05). <p>Thèmes pour une politique nationale de prévention: dépistage précoce du cancer du sein; prévention des cancers; stratégie «Santé psychique»; prévention du tabagisme, de l'alcoolisme et réglementation de la consommation de cannabis; sécurité au travail; modification des modes de vie; environnement et santé; avenir des 21 buts de santé (PNS 2003); (CdC 2003).</p>	Préparation d'une nouvelle réglementation de la prévention et de la promotion de la santé (DFI 2006).
Protection de la santé	Accords entre la Confédération et les cantons concernant les mesures les plus importantes en cas d'épidémie (PNS 2004-05).	

Invalidité	Renforcement de la collaboration interinstitutionnelle entre assurances-maladie, assurances perte de gains pour cause de maladie et d'accidents, assurances-accidents, employeurs et assurance-invalidité poursuivant l'objectif commun d'augmenter les chances de réintégration (CdC 2003).	<ul style="list-style-type: none"> ■ Mesures pour freiner l'accroissement du nombre des nouvelles rentes. ■ Création d'un système de détection précoce afin d'encourager une réintégration rapide dans la vie active des personnes en incapacité de travail pour cause de maladie. ■ Octroi des rentes AI limitées dans le temps durant les premières années. ■ Coopération entre l'assurance-maladie et les autres assurances sociales (mission AM+A).
LAMal	<ul style="list-style-type: none"> ■ Couverture des coûts de la santé dans l'assurance-maladie par des instruments juridiques appropriés, à développer conjointement par la Confédération et les cantons (CdC 2003). ■ Structure transparente des coûts des systèmes de financement dans le domaine de la santé; discuter de la durabilité des divers systèmes de rémunération stationnaire (CdC 2003). ■ Développement de nouveaux modèles d'assurance-maladie de base dans le sens d'une consommation accompagnée d'une prise de conscience des coûts; renforcement de l'indépendance et de la responsabilité individuelle par des incitations adéquates – avant tout aussi financières; encouragement de l'entraide solidaire (CdC 2003). ■ Création des bases légales visant à exclure du catalogue des prestations obligatoirement remboursées les prestations économiquement non justifiées. Importance de la médecine basée sur des preuves (evidence based-medicine) (PNS 2003). ■ Transparence des conditions cadres au niveau fédéral pour la révision de la LAMal; obligation de contracter (PNS 2003). ■ Clarification de la question de standards et de prestations utiles en matière de santé (CdC 2003). 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Encouragement de mesures visant à juguler les coûts: obligation de contracter, nouveau modèle de financement hospitalier, nouveaux modèles d'assurances-maladie, hausse de la participation aux coûts des assurés (CF 2003-2007), baisse des réserves minimales des assureurs (DFI 2006). ■ Maintien de la solidarité entre assurés et maintien de la qualité de la prise en charge sanitaire (CF 2003-2007). ■ Mise en place d'un centre de compétence universitaire en économie de la santé, un centre relié au niveau national et international (sous la responsabilité de l'OFSP). Objectif: effectuer des analyses coûts-utilité pour l'ensemble du système de santé (mission AM+A). ■ Promotion des compétences de santé des individus en Suisse (mission de la Direction de Politique de santé de l'OFSP). ■ Réévaluation du catalogue des prestations en tenant compte des trois critères efficacité, économie et adéquation des prestations. <p>Points forts de la mise en œuvre de la LAMal: (source: mission AM+A)</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Accès pour tous les habitants de Suisse au système de soins/assurance-maladie obligatoire et prestations de qualité et économiquement supportables (médecine de pointe, traitements palliatifs et assistance adéquate aux personnes âgées) ■ Information aux assurés
Politique nationale suisse de la santé	Discussion de principe sur la planification d'un système national de santé qui repose sur les quatre piliers suivants: promotion de la santé et prévention des maladies, protection de la santé, prise en charge sanitaire et financement d'une telle politique globale; association des organisations non gouvernementales et d'autres organisations intéressées (PNS 2004-05).	Les recommandations du rapport OCDE/OMS concernant le système suisse de santé sont discutées avec les cantons dans le cadre du Dialogue de politique nationale suisse de la santé (DFI 2006).

Planification de l'offre	<ul style="list-style-type: none"> ■ Planification hospitalière: jurisprudence de la Confédération en matière de listes des hôpitaux et tarifs; financement hospitalier; managed care; critères uniformes de planification du domaine stationnaire; financement des soins de longue durée; structure tarifaire des hôpitaux de soins somatiques aigus (PNS 2003). ■ Prise en charge ambulatoire: planification des soins ambulatoires (PNS 2003). ■ Coordination des prestations relevant de la médecine de pointe (PNS 2003). 	
Garantie de la qualité	Garantir la qualité dans le secteur des soins stationnaires (PNS 2003).	
Gestion des savoirs	<ul style="list-style-type: none"> ■ Créer un instrument de monitoring pour faire connaître à tous les cantons et à la Confédération, les projets de collaboration au niveau régional ou ponctuels ainsi que les bonnes pratiques locales. ■ Mener des analyses sur le système de santé et sur les conséquences de leur transformation dans le domaine de la santé; montrer de manière pratique les conséquences des décisions politiques et des modifications apportées au système de santé à tous les niveaux (PNS 2004-05). 	
Collaboration Confédération-cantons	<ul style="list-style-type: none"> ■ Dialogue direct: les cantons estiment que les contacts directs sont des mesures propres à favoriser la confiance dans les relations avec la Confédération (PNS 2004-05). ■ Loi-cadre: fixation aux différents niveaux (Confédération, cantons, communes) des compétences et des formes de la collaboration dans le domaine de la santé. Quels secteurs nécessitent des solutions cantonales, intercantionales ou nationales? Etudier si la RPT peut servir de modèle pour une nouvelle répartition des tâches dans le secteur de la santé (PNS 2004-05). ■ Good practice (bonnes pratiques): la Confédération devrait mieux tirer parti des bonnes idées et projets des cantons pour des projets au niveau national (PNS 2004-05). ■ Préconsultations: examen des décisions politiques au niveau fédéral et de leurs répercussions sur les coûts et sur les problèmes de mise en œuvre par les cantons. A cet égard, les cantons souhaitent que l'OFSP tienne compte des expériences des cantons en la matière (PNS 2004-05). ■ La garantie du haut niveau des soins médicaux de base passe par un renforcement de la collaboration entre la Confédération et les cantons, également dans les domaines de la formation et de la recherche (CdC 2003). ■ Demande que les objets concernant la LAMal soient préparés conjointement par la Confédération et les cantons (PNS 2004-05). 	<p>L'Etat fédéral n'est en mesure d'agir et d'entreprendre des réformes que si la Confédération et les cantons coopèrent de manière optimale (CF 2003-2007).</p> <p>En collaboration partenariale avec les cantons et en dialoguant avec les autres partenaires, l'OFSP assume un rôle directeur dans le processus de développement d'une politique suisse de la santé cohérente. Le Dialogue de politique nationale suisse de la santé fait notamment partie des instruments favorisant une politique nationale de la santé (mission de la Direction de Politique de santé).</p> <p>Les mesures de la 5ème révision de l'AI exigent une clarification des responsabilités entre la Confédération et les cantons ainsi que l'implication des partenaires sociaux dans la surveillance de la mise en œuvre de l'assurance-invalidité (CF 2003-2007).</p> <p>La collaboration partenariale de la Confédération et des cantons en matière de politique de recherche et de formation est absolument prioritaire pour le Conseil fédéral. Le pilotage en commun de la politique des hautes écoles doit être amélioré (CF 2003-2007).</p> <p>Dans le domaine de l'assurance-maladie et de l'assurance accidents, l'OFSP voue une attention particulière à la collaboration efficace et à la coopération étroite avec les directions cantonales de la santé (mission AM+A).</p>



Partie III

Perspectives en vue du développement d'une politique nationale de la santé

Partie I
Cadre de référence

Partie II
Collaboration

Partie III
Perspectives



Introduction

Le présent rapport a pour objet la mise en évidence des ressources et des potentiels qu'offrent les cantons et la Confédération, sur lesquels pourrait venir se construire une politique nationale de la santé en Suisse. Une telle politique établie en commun par les cantons et la Confédération est une condition indispensable pour améliorer les performances actuelles du système de santé suisse en terme de santé, d'égalité des chances, de prévention des maladies et de qualité des services de soins. Bien que les résultats sanitaires dans leur ensemble soient bons du fait des investissements consentis et de la bonne qualité de vie, ils pourraient être meilleurs si la Confédération et les cantons définissaient plus clairement la manière dont ils entendent conduire le système de santé et s'ils accordaient une plus grande importance à la prévention et à la promotion de la santé. Mais l'évaluation globale de la qualité du système de santé suisse et de l'ensemble de ses politiques reste un exercice très difficile étant donné que les conditions pour une telle évaluation telles que des objectifs de santé nationaux, un monitoring des politiques suisses de santé ou un rapport sur la santé publié régulièrement, font largement défaut.

S'appuyant sur ce constat, le présent rapport cherche à montrer les possibilités qui existent en Suisse pour piloter plus efficacement le système de santé et à documenter les stratégies des cantons et de la Confédération en politique de santé tout en accordant un poids particulier aux mesures de prévention et de promotion de la santé. La méthode utilisée est une sorte de monitoring des politiques suisses de santé qui cherche à donner une vue d'ensemble sur les perspectives, les stratégies, les processus et les projets de politique de santé menés par les cantons et la Confédération. Ce monitoring montre d'un côté la multiplicité, la complexité et la fragmentation des stratégies en politique de santé. De l'autre, il met en évidence les mécanismes et instruments de collaboration et de concertation que l'Etat fédéral a instaurés ainsi que le potentiel du fédéralisme pour l'amélioration de la conduite et de la qualité du système de santé suisse.

Le volume 1 du rapport établit le cadre de référence du système suisse de santé en réunissant un socle de savoirs de base concernant :

- le développement historique du système de santé en Suisse
- ses composantes fédéralistes, libérales et sociales
- les structures, les mécanismes et les projets de la collaboration horizontale et verticale entre les autorités de santé cantonales et fédérales
- les tendances favorisant le renforcement de la prévention et de la promotion de la santé.

Le volume 2, sur lequel s'appuie l'ensemble de la publication, établit les portraits des politiques de santé de neuf cantons et de la politique de santé menée par la Confédération. Il représente en quelque sorte la base de données sur les politiques suisses de santé.

Le rapport ne constitue pas seulement un cadre de référence et d'informations de base sur les politiques de santé en Suisse, mais il permet de voir plus loin. En effet, dans le cadre de cette recherche, des représentants des cantons et de la Confédération ont apporté des idées et des propositions concernant le développement d'une politique nationale de la santé pour la Suisse et qui viennent alimenter les recommandations qui suivent.

Quatre conditions essentielles pour une politique nationale suisse de la santé

Les informations réunies dans le présent rapport le montrent clairement: dans la situation actuelle, la plupart des tâches de politique de santé sont assumées conjointement ou en parallèle par la Confédération et les cantons. Une possibilité pour supprimer les enchevêtrements de compétence serait d'octroyer à la Confédération seule, la responsabilité de le piloter. Comme une telle option est tout à fait impensable dans notre système fédéraliste, cantons et Confédération devraient envisager de conduire le système de santé en établissant une politique nationale concertée. Une telle politique de santé concertée au plan national ne saurait exister sans respecter, d'une part les dimensions sociale et libérale du système, d'autre part les structures liées au fédéralisme.

La Confédération et les cantons disposent de la légitimité nécessaire pour élaborer une telle politique nationale et

y jouer chacun un rôle prépondérant. Les deux acteurs étatiques ont acquis les expériences suffisantes dans la conception et la mise en œuvre d'objectifs, de stratégies et de programmes en politique de santé. On observe, tant dans les cantons qu'au sein de la Confédération, des processus créatifs et des projets nouveaux qui attestent du grand potentiel d'innovation qu'offre le fédéralisme et qui, s'ils étaient rapportés à l'échelle nationale et coordonnés entre eux, pourraient constituer la véritable ossature d'une future politique nationale de la santé. Les cantons, de par leur proximité avec la population, ont les moyens d'évaluer de manière adéquate les besoins et les mesures à prendre dans le domaine de la santé. Vu sous cet angle, les 27 politiques de santé suisses représentent une chance, et non un obstacle, sur le chemin de la politique nationale de la santé. En effet Avec la conclusion de la Convention entre cantons et Confédération sur la politique nationale suisse de la santé fin 2003, un progrès a certes été réalisé qui porte des promesses de changements dans le paysage de la politique de santé en Suisse. Mais le but d'une politique nationale de la santé cohérente et concertée entre la Confédération et les cantons semble encore loin. Sur la base de ce rapport, dont le contenu se fonde sur des documents officiels et sur les avis exprimés par de nombreux spécialistes de la Confédération et des cantons, quatre conditions pour une future politique nationale de la santé ressortent particulièrement des analyses présentées ici :

1. **Une culture de la collaboration entre la Confédération et les cantons** : une politique nationale de la santé suppose que les décideurs politiques des cantons et de la Confédération soient enclins à coopérer, ce qui signifie qu'ils sont prêts à utiliser plus intensivement les structures et les mécanismes de la collaboration horizontale et verticale. Une telle culture de la collaboration doit avoir pour objectif l'élaboration commune de politiques par les cantons et la Confédération dans certains domaines précis de la santé. De cette manière, un grand pas serait fait à moyen terme pour une reprise en main politique de la direction du système de santé suisse.
2. **Des politiques de santé fondées sur le savoir** : une politique nationale de la santé suppose que les perspectives, les stratégies politiques, les projets et les processus en cours dans les cantons et au sein de la Confédération soient répertoriés de manière centralisée, documentés, analysés et largement diffusés auprès des services can-

tonaux et fédéraux de la santé. Cela implique le renforcement des transferts de savoir en matière de politiques suisses de santé entre les décideurs des cantons, de la Confédération et entre leurs différents services administratifs aux plans régional, suisse, fédéral ou national.

3. **Le renforcement de l'approche globale et multisectorielle en politique de santé** : une politique nationale de la santé suppose que les décideurs politiques des cantons et de la Confédération considèrent le système de santé comme un système global et tiennent compte systématiquement des déterminants de la santé dans l'ensemble des décisions politiques. Cela implique entre autres le renforcement notoire de la protection et de la promotion de la santé, de la prévention des maladies et de la réadaptation par rapport à la médecine curative et le rétablissement d'un rapport de financement plus équilibré. De nouvelles sources de financements pour favoriser la promotion de la santé et la prévention sont à cet égard indispensables.
4. **L'augmentation des compétences de santé** : la conduite d'une politique nationale de la santé suppose que des moyens soient mis à disposition pour promouvoir les compétences de santé de la population et l'égalité des chances. En conséquence, la Confédération et les cantons, en collaboration avec les ONG et les acteurs privés, diffuseraient de manière coordonnée des informations relatives à la santé et sur le système de santé au niveau régional et national et offriraient des programmes d'éducation à la santé.

La mise en place d'une politique nationale de la santé ne s'effectue pas du jour au lendemain. Pour faire des progrès, il faut non seulement du temps, mais d'abord une forte volonté politique de la part de la Confédération et des cantons de développer une culture de la collaboration entre partenaires égaux qui se respectent mutuellement et qui veulent assumer une responsabilité politique partagée au plan national. Les recommandations énumérées ci-après doivent donc se comprendre comme des processus à moyen terme dont d'éventuelles concrétisations pourraient voir le jour dans les 10 ans à venir.

Les recommandations elles-mêmes sont regroupées dans les quatre domaines thématiques annoncés ci-dessus. Pour chaque domaine, un bref bilan des analyses introduit une liste de recommandations. Celles-ci doivent servir à soutenir les efforts entrepris par les gouvernements can-

tonaux et par le Département fédéral de l'intérieur en vue de mieux concerter leurs politiques de santé respectives et d'utiliser le potentiel d'innovation du fédéralisme au profit d'une politique nationale de la santé.

Une culture de collaboration entre la Confédération et les cantons

Le rapport montre à l'aide d'exemples que durant de nombreuses années, les cantons et la Confédération se réclamaient d'une claire répartition des compétences et des tâches et pour cela, ne voyaient aucune nécessité de développer une culture du dialogue, ni de formuler des politiques communes. Toutefois, l'enchevêtrement accru des tâches dans le domaine de la santé depuis une vingtaine d'années, en particulier dans le domaine de la prévention, de la promotion de la santé et de l'organisation du système de soins, ainsi que les difficultés croissantes dans les processus de décisions politiques enjoignent les cantons et la Confédération, non seulement à plus de coordination, mais aussi à une coopération verticale et horizontale accrue et à la création de bases sur le long terme permettant d'établir des politiques communes dans certains domaines. Cependant les organes et instruments nécessaires à une telle collaboration horizontale et verticale ne sont pour l'heure pas partout en place.

Coordination et collaboration entre les cantons

Les portraits des politiques de santé cantonales (volume 2) montrent clairement que les cantons, en vertu du principe constitutionnel de la subsidiarité, disposent d'une longue tradition en matière de législation sanitaire, de planification et de mise en oeuvre de politiques de santé dans les domaines de la promotion de la santé/prévention, de la prise en charge sanitaire, de la réadaptation/intégration et de la formation. Avec ses 26 politiques cantonales de la santé, la Suisse recèle non seulement un grand savoir et un potentiel fort important d'innovation, mais aussi des structures de coordination existantes, des mécanismes de collaboration qui ont fait leur preuve et des projets concertés en politique de la santé. Au cours des 100 dernières années en effet, les cantons ont su développer avec succès des instruments intercantonaux de collaboration et de coordination pour garantir la sécurité et l'approvisionnement sanitaire de leur population sur le plan bilatéral, régional et/ou suisse. Certaines instances de coopé-

ration regroupent les gouvernements cantonaux dans leur ensemble, d'autres les ministres responsables de la santé et/ou les chefs des services administratifs.

Coordination et collaboration entre les services fédéraux

Le rapport montre (Partie I: Système suisse de santé – le cadre de référence et Partie V: Portrait de la politique de santé de la Confédération) qu'un important transfert des compétences, autrefois du ressort des cantons, s'est effectué au profit de la Confédération depuis les années 1980, particulièrement dans le secteur de la formation professionnelle et tertiaire. De plus, durant la même période, de nombreuses tâches nouvelles ont été attribuées à la Confédération dans le domaine de la santé, notamment en réponse aux attentes des cantons eux-mêmes et des milieux spécialisés, cela parfois en dépit du fait que la législation ne conférait pas expressément à la Confédération les compétences correspondantes pour assumer ces nouvelles tâches. Aujourd'hui, la Confédération a des compétences dans de nombreux domaines particuliers de la santé et assume de nombreuses tâches dans ce secteur.

En dépit d'un accroissement des tâches et des compétences aux mains de la Confédération, les offices fédéraux ne coopèrent entre eux que de manière sporadique. Il n'existe pas à l'heure actuelle, ni au sein de l'Office fédéral de la santé publique, ni entre les départements et offices qui portent des responsabilités en lien avec la santé, des échanges réguliers et systématiques de savoirs, ni de mécanismes prévus pour élaborer des politiques fédérales concertées.

Coordination et collaboration entre Confédération et cantons

La partie II du présent rapport montre que l'accroissement des tâches fédérales dans le domaine de la prévention et de l'organisation du système de soins a produit un enchevêtrement des compétences. Cette situation n'a toutefois jusqu'à ce jour guère favorisé des formes régulières de collaboration entre Confédération et cantons. Les structures et les processus nécessaires à cet effet font défaut. Ainsi, s'agissant de la coopération verticale, cantons et Confédération n'ont pas entretenu de dialogue régulier sur des thèmes de politique de santé jusqu'en 2004. Ainsi, depuis l'entrée en vigueur de la LAMal, en janvier 1996, jusqu'au démarrage du Dialogue de politique nationale suisse de la santé au début 2004, il n'y a pas eu, exception faite de la

participation du ministre de la santé aux assemblées plénières de la CDS, de discussions régulières entre la Confédération et les cantons à propos de l'assurance-maladie. Le secteur de la formation qui comprend la formation de base et continue des professions de la santé constitue toutefois une exception. La centralisation des compétences au niveau fédéral dans ce secteur a permis de lancer un processus de clarification des tâches entre cantons et Confédération.

La partie II du rapport indique aussi des processus récents qui pourraient conduire à moyen terme la Confédération et les cantons vers des politiques communes dans certains domaines de la santé encore à définir. Citons par exemple le « Dialogue entre Confédération et cantons de politique nationale de la santé » ou la « Réforme de la péréquation et de la répartition des tâches entre la Confédération et les cantons » (RPT). Mais il restera naturellement des limites institutionnelles et juridiques à la coordination et à la coopération, notamment en ce qui concerne la légitimité démocratique des accords conclus entre autorités exécutives. Il s'agira d'évaluer ces limites, en particulier en regard des pouvoirs législatifs accordés aux parlements cantonaux et aux Chambres fédérales ainsi que vis-à-vis des acteurs privés qui, pour leur part, font également valoir leur droit à participer à l'élaboration d'une politique nationale.

Impulsions en faveur d'une politique nationale de la santé

Une politique nationale de la santé est le reflet autant d'une expression de la culture politique que le résultat de processus de concertation politique qui ont lieu au sein d'instances de coordination et lors de projets concertés. De tels processus existent au niveau régional, au niveau suisse et au niveau national. Cette définition d'une politique nationale de la santé comprend les conditions suivantes.

Clarification des compétences et des tâches

La Confédération et les 26 cantons devraient reconnaître que dans pratiquement tous les domaines de la santé – qu'il s'agisse de promotion de la santé, de prévention, de protection de la santé, de prise en charge sanitaire, de réadaptation/intégration, de formation de base et continue, d'enseignement et de recherche – ils

assument des tâches parallèles, communes ou qui se chevauchent. L'expression encore souvent entendue selon laquelle la santé serait de la seule compétence des cantons ne correspond plus à la réalité.

La Confédération et les 26 cantons devraient clarifier dans le cadre d'une démarche commune :

- dans quels domaines de la santé, ils souhaitent mener leur propre politique,
- dans quels domaines, ils envisagent de déléguer la conduite politique à un seul niveau institutionnel,
- dans quels domaines, ils proposent de trouver des solutions aux niveaux régional ou suisse, et
- dans quels domaines, ils désirent collaborer au plan national dans des instances de concertation organisées dans l'esprit du fédéralisme coopératif.

Une clarification des responsabilités et des tâches devrait avoir lieu avant tout dans les domaines de la promotion de la santé et de la prévention, dans le domaine des soins ambulatoires et stationnaires et dans le domaine de l'information et de l'éducation à la santé. Une telle démarche pourrait s'effectuer dans le cadre des travaux préparatoires d'une nouvelle réglementation pour la promotion de la santé et la prévention ou d'une éventuelle future loi fédérale sur la santé. Les attentes formulées ici par les cantons vis-à-vis de la Confédération (volume 2, neuf politiques cantonales de santé) devraient être considérées comme des propositions à prendre en compte dans ce processus de clarification. Au sein de la Confédération, l'OFSP devrait concrétiser sa volonté de jouer un rôle de leader en matière de politique suisse de la santé. Le processus entamé en 2004 pour redéfinir sa stratégie d'ensemble et clarifier ses tâches prioritaires devrait venir aider l'OFSP dans ce sens. L'Office devrait en outre à l'avenir concerter ses priorités à l'interne, mais aussi avec les autres offices fédéraux responsables de certains domaines liés à la santé. Cela signifie une collaboration plus étroite entre l'OFSP et les quelque 25 services fédéraux et 30 commissions fédérales qui travaillent plus ou moins intensivement dans des domaines touchant à la santé de la population. Une utilisation systématique des plateformes de coordination fédérales existant dans le domaine de la santé devrait devenir un élément central de la nouvelle stratégie de leadership de l'OFSP. Au niveau

national la Confédération pourrait utiliser sa position pour favoriser la coordination des politiques cantonales et régionales et pour faire connaître et étendre les bonnes pratiques locales au plan national.

De leur côté, les cantons pourraient revendiquer un rôle prépondérant dans la conduite des domaines dans lesquels ils obtiennent de meilleurs résultats que la Confédération grâce à leur savoir, leurs expériences, leur proximité avec la population ainsi que leur connaissance des besoins régionaux et locaux. Pour certains domaines, les cantons pourraient décider de coordonner leurs politiques de la santé entre eux et/ou avec la Confédération. Les cantons devraient utiliser plus intensivement leurs organes de coopération inter-cantonaux et en particulier optimiser le potentiel des structures régionales. La CDS pourrait également jouer un rôle non négligeable au côté de la Confédération dans l'extension des bonnes pratiques cantonales.

Fédéralisme de coopération

Dialogue entre la Confédération et les cantons de politique nationale de la santé

Il serait souhaitable que le Dialogue de politique nationale suisse de la santé initié sur la base de la convention signée en 2003 entre Confédération et cantons, devienne un véritable instrument de concertation et permette d'élaborer de manière paritaire des politiques nationales de santé. En tant que partenaires égaux, Confédération et cantons fixeraient ensemble, dans certains domaines de la santé, des lignes directrices ainsi que des stratégies et des plans d'action correspondants. La Confédération et les cantons devraient examiner de quelle manière des organisations telles que la Conférence universitaire suisse (CUS) qui dispose de compétences de décision, que la Conférence romande des affaires sanitaires et sociales (CRASS) ou que la Conférence des gouvernements de Suisse centrale (ZRK), pourraient représenter des modèles pour l'organisation de la coopération entre cantons et Confédération dans le cadre de la politique nationale de la santé. A moyen terme, le Dialogue pourrait ainsi devenir un organe de pilotage central aux mains des autorités exécutives cantonales et fédérales, pour l'élaboration des grandes lignes de la politique suisse de la santé en complément et en appui aux politiques cantonales et fédérales existantes.

Coopération en vue de l'élaboration des lois et ordonnances fédérales

La Confédération devrait améliorer les conditions cadres d'élaboration des lois fédérales, en particulier là où la mise en œuvre des bases légales demande un engagement important de la part des cantons. Dans l'idée de prévenir d'éventuels conflits, il serait judicieux, par exemple, que les projets de lois et d'ordonnances fédérales pertinents pour la santé soient préparés paritairement par la Confédération et les cantons. La CDS pourrait servir d'interlocuteur au nom des 26 cantons. Le Dialogue entre la Confédération et les cantons de politique nationale de la santé fonctionnerait alors comme une plate-forme de coordination. Trois exemples récents de formulation paritaire de politiques peuvent servir de modèle: la réforme de la Constitution fédérale, la loi fédérale sur la participation des cantons à la politique extérieure de la Confédération, la réforme de la péréquation et de la répartition des tâches entre la Confédération et les cantons (RPT).

Garantir et utiliser le potentiel d'innovation

Les 27 politiques de la santé que connaît la Suisse recèlent un fort potentiel d'innovation. Il n'existe cependant aucun mécanisme qui puisse garantir que les solutions innovantes élaborées par les cantons et/ou la Confédération – qu'il s'agisse de lois, de stratégies, d'organes, de mécanismes ou de projets – puissent être mises à profit pour les autres acteurs et intégrées judicieusement dans une politique nationale de la santé. La Confédération et les cantons devraient mettre en place de tels mécanismes de transfert et utiliser les instruments établis sur le plan régional au sein des 4 conférences régionales des directeurs de la santé. Un pas important dans cette direction serait l'instauration d'un monitoring national des politiques suisses de santé (comprenant les bases légales et statistiques, les stratégies politiques, les processus de coopération et les projets). Le rapport présenté ici pose les premières bases pour un tel monitoring.

Fixation des priorités en vue d'une politique nationale suisse de la santé

Cantons et Confédération devraient orienter leurs politiques de santé aussi vite que possible en fonction

d'objectifs nationaux de santé. Il leur reviendrait d'élaborer les premières propositions et de conduire ensemble le processus de formulation des objectifs dans le cadre du Dialogue de politique nationale suisse de la santé. La fixation des priorités en matière de politique de santé devrait s'effectuer entre autres, sur la base des indicateurs qualitatifs et quantitatifs de conduite de la politique (voir le paragraphe «Des politiques de santé fondées sur le savoir») et reposer sur les actuelles priorités cantonales, régionales et fédérales. Les acteurs principaux du système suisse de santé devraient pouvoir donner leur avis sur les buts de santé par voie consultative. Pour éviter tout déficit démocratique, les buts de santé devraient être finalement soumis pour approbation aux parlements cantonaux et aux Chambres fédérales.

Rôle des acteurs non étatiques

Du fait que le système suisse de santé répond à un modèle d'organisation fondamentalement libéral, les nombreuses organisations non gouvernementales et les acteurs privés représentent des partenaires fondamentaux pour l'Etat. Les acteurs non étatiques sont non seulement d'importants prestataires de services dans le secteur de la santé, ils mettent aussi en œuvre de nombreuses lois cantonales et/ou fédérales et participent activement à la formation de l'opinion publique et à l'élaboration des règles de droit. Aussi indispensable soit-elle à la bonne marche du système, cette intervention des partenaires privés peut aussi être contreproductive lorsqu'elle permet de faire passer des intérêts privés au-dessus de l'intérêt général. Le rapport cite en guise d'exemple du processus d'élaboration de la loi sur les produits thérapeutiques. Etant donné les différents intérêts en jeu lors de l'élaboration de cette loi, le groupe d'experts n'est pas parvenu à s'entendre sur une conception et une approche interdisciplinaire et impartiale de cette loi. De ce point de vue et de l'avis des spécialistes, ce fait a été clairement ressenti comme une faiblesse structurelle.

La Confédération et les cantons devraient examiner au cas par cas quelles contributions concrètes les acteurs non étatiques – assureurs-maladie, fournisseurs de prestations médicales, industrie pharmaceutique, représentants des patients et assurés – pourraient ef-

fectivement fournir à l'élaboration et à la réalisation d'une politique suisse de la santé et pour quels processus la Confédération et les cantons souhaitent limiter l'influence des acteurs privés en faveur d'une conduite plus ferme de la part des institutions étatiques.

Des politiques de santé fondées sur le savoir

Un système aussi complexe que le système de santé suisse implique beaucoup de connaissances et de compétences professionnelles pour parvenir à le piloter. Ainsi des politiques de santé fondées sur le savoir impliquent deux types de données : des données quantitatives (statistiques) et des données relatives au fonctionnement du système de santé. Le présent rapport montre que la Suisse présente des lacunes sur les deux plans.

Données quantitatives relatives au système de santé

L'Observatoire suisse de la santé (Obsan), fondé en 2001 par la Confédération et les cantons dans le cadre du projet Politique nationale suisse de la santé (PNS), a fait dresser en 2004 l'inventaire des banques de données disponibles sur la santé. Il en existe 61 (dont 2 internationales) qui contiennent pour la Suisse des données pertinentes sur la santé. 34 d'entre elles sont établies et gérées par l'Office fédéral de la statistique (OFS), l'Office fédéral de la santé publique (OFSP) et l'Office fédéral des assurances sociales (OFAS). Les données sur l'assurance-maladie sont relevées et administrées par les assureurs ce qui limite l'accès des autorités à ces données.

En dépit de leur nombre, ces banques de données sont souvent partielles et se rapportent à des secteurs isolés. Il n'existe pas de publication de synthèse telle qu'un rapport suisse sur la santé, qui paraîtrait à intervalles réguliers et qui donnerait une vue statistique globale sur le système de santé suisse pour permettre des comparaisons intercantionales. En outre, les données statistiques disponibles sont insuffisantes notamment dans les secteurs suivants :

- les prestations des hôpitaux selon les diagnostics: l'association SwissDRG élabore actuellement un système de classification des patients adapté aux conditions de la Suisse qui permettra à l'avenir une rémunération

uniformisée des séjours hospitaliers stationnaires, somatiques aigus, au moyen de forfaits par cas calculés en fonction des diagnostics et groupes homogènes de malades. Une fois ce système introduit, il sera possible de faire des comparaisons entre tous les hôpitaux ;

- les prestations et recours à la médecine ambulatoire et dans le domaine des soins infirmiers ;
- la prévalence, les conséquences et les traitements des maladies non transmissibles telles que le cancer, les maladies liées au travail, les troubles psychiques, les maladies musculo-squelettiques, les diabètes, les conséquences d'une surcharge pondérale ;
- les coûts sociaux des maladies; les bénéfices tirés des différentes formes de traitements ;
- les coûts, les effets et les bénéfices des mesures de promotion de la santé et de prévention ;
- les comparaisons entre les prestations souhaitables en matière de santé publique dans les cantons et l'offre réelle des systèmes de soins cantonaux.

Les données relatives aux politiques de santé

Les portraits des politiques de la santé menées par les cantons et la Confédération présentés dans le volume 2 de ce rapport montrent qu'il existe – au plan politique et dans une optique multisectorielle – de nombreux rapports sur les évolutions en cours, des objectifs gouvernementaux, des stratégies politiques et des programmes d'action concernant les thèmes tels que la promotion de la santé et la prévention, la prise en charge sanitaire qualitative et quantitative, les réseaux de soins ambulatoires et stationnaires, la gestion de la qualité, l'information au patient ou les compétences de santé de la population. Ces données qualitatives sur les politiques de santé menées en Suisse sont peu documentées au plan national et rarement évaluées. Elles ne sont pas disponibles dans la perspective d'une politique nationale de la santé élaborée par les cantons et la Confédération et fondée sur les expériences politiques existantes.

Impulsions en faveur d'une politique nationale de la santé

La production et l'accessibilité des données relatives aux politiques de santé sous forme de monitoring et de rapports d'analyse doit permettre aux acteurs po-

litiques aux niveaux fédéral et cantonal d'obtenir une vision globale du système de santé et des stratégies politiques y relatives. Rassembler les visions et les processus en cours, les structures existantes et les projets développés un peu partout en Suisse doit permettre, un peu comme le ferait un système d'alerte précoce, de percevoir les attentes et les besoins des partenaires politiques et de saisir au bon moment les solutions nouvelles et les bonnes pratiques et d'en évaluer les résultats. Ceci devrait favoriser une meilleure préparation des projets développés par les cantons, la Confédération ou à l'échelle nationale et permettre de créer un terrain qui leur soit favorable. Finalement la réactualisation régulière des données relatives aux politiques publiques pourrait permettre de mieux comprendre les dynamiques historiques et les évolutions en cours.

L'Obsan comme relais pour la gestion du savoir

Pour cette raison, il est souhaitable que l'Observatoire suisse de la santé (Obsan) se développe et devienne une véritable plate-forme d'informations et de connaissances au service d'une politique nationale de la santé. En collaboration avec les offices fédéraux concernés (OFS, OFSP, OFAS), l'organe de coordination REGIOSTAT, la CDS ainsi que des instituts de recherche, l'Obsan devrait établir à intervalles réguliers une statistique suisse sur la santé, un monitoring des politiques de santé et un rapport suisse sur la santé.

Données statistiques régulières sur la santé

Il faut intensifier les efforts pour, d'une part, supprimer les lacunes dans le domaine des statistiques de santé, d'autre part, pour rassembler les différentes données statistiques existantes dans un rapport de synthèse publié régulièrement. Cela est impératif pour obtenir une vision globale du système de santé suisse, de la qualité de ses politiques et de leur impact sur l'état de santé de la population vivant en Suisse.

Monitoring des politiques suisses de santé

Le pilotage d'une politique nationale de la santé nécessite un monitoring des stratégies politiques et de leurs résultats en terme de santé et de performance du système. Pour réaliser ce monitoring, il s'agit d'observer systématiquement l'évolution dans le temps des

processus de politique de la santé propres à la Suisse. Un monitoring ainsi conçu comprend des données relatives aux perspectives, aux objectifs, aux stratégies, aux mesures et aux mécanismes mis en place dans les cantons, aux niveaux intercantonal, fédéral et national dans le domaine de la santé. Les portraits des politiques de santé menées par les cantons et la Confédération présentés dans le volume 2, constituent déjà un premier pas vers un tel monitoring des politiques, lequel devrait être mis à jour régulièrement et complété par les données statistiques correspondantes.

Indicateurs de santé

Dans l'optique d'une politique nationale destinée à atteindre des objectifs de santé définis, la Confédération et les cantons devraient choisir des indicateurs pertinents pour le secteur de la santé, indicateurs qu'ils vérifieraient en parallèle au processus de planification de la législation et sur la base de priorités politiques qui évoluent (ce que l'on appelle les indicateurs de conduite).

Les indicateurs de santé statistiques pourraient notamment être les suivants : dépenses de santé, indice des primes d'assurance maladie (IPAM), maladies infectieuses et chroniques (Grippe, SRAS, grippe aviaire, cancer, Sida, consommation excessive d'alcool, nombre de fumeurs, obésité, suicide, troubles psychiques, violence), années potentielles de vie perdue (APVP) en raison de ces maladies. Les évaluations des stratégies et des mesures prises en politique de santé au niveau cantonal, intercantonal, fédéral et national compteraient au nombre des indicateurs de santé qualitatifs liés aux performances du système de santé suisse.

Rapport suisse sur la santé

La Suisse a besoin d'un rapport suisse sur la santé, descriptif mais comprenant aussi des analyses critiques, qui soit publié régulièrement. Il devrait rassembler les données statistiques relatives au système de santé, établir un lien entre elles et analyser leur influence réciproque. Les données relatives aux stratégies et aux processus de politique de santé contenues dans cette publication devraient devenir un nouvel élément essentiel du prochain rapport suisse sur la santé. Un tel rapport sur la santé pourrait d'un côté, être la base pour

effectuer des comparaisons horizontales et verticales entre cantons et Confédération dans le secteur de la santé et de l'autre, permettre aux décideurs politiques d'établir des objectifs et des priorités en politique de santé au plan national. Par la même occasion, un rapport suisse sur la santé serait un bon point de départ pour faciliter les comparaisons internationales qui sont entreprises régulièrement par les organisations internationales telle que l'OMS ou l'OCDE.

Renforcement de l'approche globale et multisectorielle de la santé

Une politique nationale de la santé orientée sur la santé de la population a besoin, à côté de l'instauration de mécanismes de coopération et de dialogue entre cantons et Confédération, de lignes normatives afin de définir des orientations, de formuler des stratégies et de mettre en œuvre des programmes en vue de l'amélioration de la santé de la population. Comme de nombreux autres travaux qui formulent des propositions de réforme, le rapport « Les politiques suisses de santé – potentiel pour une politique nationale » repose sur une conception globale et multisectorielle de la santé.

La conception globale de la santé n'a jusqu'à maintenant guère influencé les débats sur l'orientation de la politique de la santé en Suisse. Ceux-ci s'inspirent encore trop exclusivement d'une vision curative, axée sur les maladies et leur traitement.

L'Organisation mondiale de la santé (OMS), mais aussi les Nations Unies (ONU) ont donné une définition globale de la santé et ainsi créé des standards internationaux dans différents documents de base comme la Charte d'Ottawa sur la promotion de la santé (1986) ou l'Agenda 21 de l'ONU sur le développement durable (1992). Selon l'approche de l'OMS, la promotion de la santé, la prévention, la prise en charge médicale, la réadaptation/intégration et les soins devraient être considérés comme des éléments d'importance équivalente dans le système de santé. En outre, le maintien de la santé, sa promotion et son rétablissement requièrent une responsabilité multisectorielle. En effet, l'environnement, l'éducation, le revenu, la situation de logement et de travail ou les loisirs influencent de manière décisive, dans un sens positif ou négatif, la santé

des individus et de groupes de population au moins autant que la qualité des traitements médicaux. C'est pourquoi l'OMS insiste sur la nécessité d'intégrer les déterminants de la santé dans les politiques de santé.

Le développement des conditions socio-économiques en Suisse depuis le XIX^e siècle, mais surtout au cours du siècle passé, ont permis d'atteindre un niveau de vie qui favorise grandement la santé de la population. Mais aujourd'hui, de nouveaux risques apparaissent liés à la qualité de vie, aux modes de vie et à la protection des conditions de vie matérielles et environnementales. Or la Suisse n'investit que 2 % environ des coûts totaux de la santé dans des projets dits de promotion de la santé et de prévention, des moyens dérisoires comparés à ceux dont dispose le secteur curatif. Mais ce déséquilibre commence à ne plus passer inaperçu. D'une part, les économistes de la santé estiment que des investissements supplémentaires dans le curatif ne se justifient plus étant donné les faibles gains de santé escomptés. D'autre part, les experts en santé publique jugent quant à eux que l'importance traditionnelle accordée au curatif empêche le système de santé suisse de répondre efficacement aux nouveaux défis auxquels il est confronté : vieillissement de la population et augmentation des maladies chroniques liées au stress, à la mauvaise alimentation, au manque de mouvement, aux dépendances et à la détérioration de l'environnement (cancers, maladies cardio- et cérébrovasculaires, diabète, troubles psychiques, allergies). Finalement, ces nouveaux problèmes de santé publique ont pour conséquence une augmentation constante des primes d'assurance-maladie qui ne sont plus supportables pour une grande partie de la population.

Tenant compte du faible poids de la prévention et de la promotion de la santé dans le système de santé suisse, cantons et Confédération ont créé en 1994 la Fondation Promotion Santé Suisse et ont également donné au projet « Politique nationale suisse de la santé », créé en 1998, une orientation de santé publique. Dans le cadre de leurs compétences respectives et au cours des 20 dernières années, cantons et Confédération ont aussi mis sur pied de nouveaux programmes de prévention et de promotion de la santé ou mandaté de tels programmes auprès d'organisations de santé de droit privé. Certains cantons ont même élaboré de véritables politiques cohérentes dans ce secteur. Mais les faibles moyens financiers consentis de même que le manque de coordination des stratégies existantes en prévention et promotion de la santé font obstacle à une mise en oeuvre conséquente des mesures prises par les

cantons et la Confédération et rendent très difficile toute tentative d'évaluation de la performance des politiques de prévention et de promotion de la santé.

Alors que la prévention et la promotion de la santé ne jouent qu'un rôle annexe en politique suisse de santé, le présent rapport décrit conséquemment une sélection de stratégies, de programmes et de projets de prévention et de promotion de la santé qui ont cours dans les cantons, au niveau intercantonal et fédéral et il décrit les actions entreprises qui agissent sur les déterminants de la santé. En matière de lutte des maladies chroniques et non transmissibles les cantons et la Confédération n'ont pas encore développé et mis en oeuvre des plans d'action visibles et des politiques cohérentes et efficaces. Il manque également une politique suisse en faveur de la santé des personnes âgées.

Impulsions dans les cantons

Bien qu'en regard du nombre important des politiques cantonales, il soit difficile d'évaluer l'impact des mesures cantonales dans le domaine de la prévention et de la promotion de la santé, il est tout de même possible de faire ressortir les quelques points suivants. La plupart des cantons ont adapté leur législation sur la santé pour tenir compte de la prévention et de la promotion de la santé et ont lancé des plans d'action favorisant la promotion de la santé (ex. Agenda 21). Ils ont attribué à ce secteur des moyens financiers supplémentaires, créé des structures et engagé du personnel. Tous les cantons ont entrepris des mesures de prévention et de traitement des dépendances et sont actifs dans la prévention en milieu scolaire. Plusieurs cantons sont en train d'étoffer leurs prestations dans le domaine de la santé psychique ou envisagent de renforcer la prévention des maladies pour les personnes âgées. La plupart des cantons se sont engagés depuis quelques temps dans la prévention du tabagisme et en faveur de la protection contre le tabagisme passif. Certains ont tenté de concrétiser l'approche multisectorielle avec l'introduction de procédure d'étude d'impact sur la santé. La nutrition et le mouvement sont par contre les laissés-pour-compte des politiques cantonales alors que de nombreuses études épidémiologiques relèvent l'augmentation des maladies liées au surpoids et au manque de mouvement. En outre on observe que les hôpitaux publics donnent eux aussi plus de poids à la promotion de la santé, à la santé psychique et aux maladies non transmissibles en leur consacrant des programmes spéciaux et en augmentant de manière

correspondante les ressources financières et en personnel destinées à la promotion de la santé et à la prévention. Les mesures proprement dites prises aux niveaux cantonal et intercantonal dans le domaine de la prévention et de la promotion de la santé sont décrites dans le détail dans le volume 2 et dans la partie II du volume 1.

Impulsions au niveau de la Confédération

Dans le cadre de l'accomplissement de leurs mandats légaux, plusieurs des offices fédéraux concernés par la santé financent ou conduisent des programmes de prévention, de promotion ou de protection de la santé. Plus de 25 autres offices et une trentaine de commissions fédérales décident et mettent en œuvre des mesures et des programmes dans le domaine de la santé publique.

L'acteur fédéral le plus important est en l'occurrence l'Office fédéral de la santé publique (OFSP). Les domaines d'action les plus importants de l'OFSP dans le domaine de la prévention et de la promotion de la santé sont la lutte contre les dépendances (alcool, tabac, drogues illégales) et la lutte contre les maladies transmissibles (gripes, Sida, etc.). Dans les limites de ses compétences, l'OFSP s'engage, en collaboration avec d'autres acteurs, pour la promotion d'une alimentation saine, mais les mesures prises dans ce domaine restent encore très modestes. Dans le domaine multisectoriel, l'OFSP conduit depuis 1998 un programme-pilote d'envergure « environnement et santé » (PAES) qui se terminera à la fin de l'année 2007. D'autre part, toujours dans ce domaine, la Direction de l'OFSP a approuvé en 2004 des lignes directrices pour une politique multisectorielle de la santé. Dans le domaine de la protection et de la promotion de la santé au travail, c'est le seco qui est actif.

Un pas important vers une conception plus globale de la santé au niveau de la Confédération a été franchi avec le transfert du secteur de l'assurance-maladie et accidents à l'OFSP en 2004, un secteur qui relevait auparavant de l'OFAS. Dorénavant, la protection de la santé, la protection contre les maladies transmissibles, la prévention des dépendances, l'assurance-maladie et accidents, la recherche et l'évaluation, la formation de base et continue des professions médicales ainsi que le directoire de la Confédération pour le Dialogue de politique nationale suisse de la santé sont réunies dans un seul office fédéral, ce qui devrait favoriser une vision plus globale de la santé. Pour l'instant cependant, ce transfert n'a pas encore permis de formuler des objectifs de santé publique communs au

secteur de l'assurance-maladie et aux autres directions de l'OFSP et les intérêts poursuivis dans les diverses directions restent divergents. Le processus lancé en 2005 pour redéfinir la stratégie d'ensemble de l'OFSP devrait permettre de formuler de nouvelles perspectives en politique de santé, communes à l'ensemble de l'Office.

Impulsions au niveau régional

La promotion de la santé et la prévention sont d'abord des tâches cantonales. Pourtant, on constate que les cantons traitent de plus en plus de ce thème au sein de leurs conférences régionales. Ceci est particulièrement le cas en Suisse romande où la CRASS a créé une organisation spécifique pour le secteur de la promotion de la santé et de la prévention au niveau régional (DiPPS) et finance des projets communs dans ce secteur. De telles structures de ce genre n'existent pas du côté de la Suisse alémanique.

Impulsions au niveau national

La promotion de la santé a obtenu en 1994 une certaine reconnaissance au niveau national puisqu'elle figure dans la loi sur l'assurance-maladie (article 19, LAMal). La Fondation Promotion Santé Suisse met en œuvre l'article 19 de la LAMal sur mandat des cantons et des assureurs et sous la surveillance du Conseil fédéral. Les projets de la Fondation se fondent sur une conception globale de la santé. De surcroît, entre 1998 et 2003, la Confédération et les cantons ont élaboré un cadre de référence pour la santé psychique dans le cadre du projet « Politique nationale suisse de la santé ». En outre les cantons et la Confédération ont mandaté l'organisation faîtière Oncosuisse de développer un programme national de prévention du cancer.

Impulsions venant du secteur curatif

Outre les cantons et la Confédération, les milieux médicaux se préoccupent également de la santé et du rôle futur que la médecine est appelée à jouer pour la préserver et la rétablir. Dans cette perspective, l'Académie suisse des sciences médicales (ASSM), la Fédération des médecins suisses (FMH) et les facultés de médecine ont lancé le projet « Avenir de la médecine en Suisse » (1999-2004) qui aboutit notamment à la conclusion suivante: les médecins en Suisse, femmes et hommes, devraient à l'avenir non seulement « apaiser les souffrances physiques et psychiques » mais également s'occuper de « rétablir les fonctions sociales » de leurs patientes et patients. Quant aux économistes de la santé, ils calculent que des gros

investissements uniquement dans le domaine curatif ne se justifient plus guère car, en raison du très bon état de santé physique de la population, le gain obtenu est trop modeste en comparaison des investissements.

Impulsions en faveur d'une politique nationale de la santé

Au vu des défis qu'il s'agira de relever à l'échelle nationale – vieillissement démographique, limites de la médecine, pathologies dues à la société et au style de vie – une conception globale et multisectorielle de la santé devrait être à la base de toute réflexion politique et stratégique dans le domaine de la santé. Pour ce faire, la Confédération et les cantons, en collaboration avec les acteurs privés, devraient s'accorder sur leurs objectifs et unir leurs perspectives. Les points énumérés ci-après peuvent contribuer à développer une conception globale et multisectorielle de la santé à l'échelle nationale. Une condition sine qua non pour un changement de paradigme est la volonté des décideurs politiques d'octroyer des moyens financiers supplémentaires – que ce soit grâce à un transfert des moyens actuels (du curatif au préventif) ou grâce à de nouveaux financements.

Utiliser les organes existants

Depuis 1996, la Fondation Promotion Santé Suisse est chargée de favoriser le développement de mesures visant à promouvoir la santé en Suisse sur mandat des cantons et des assureurs-maladie et sous la surveillance de la Confédération. Confédération et cantons n'ont pas suffisamment utilisé le potentiel qu'offre la fondation comme instrument de coordination et pour la formulation d'objectifs en promotion de la santé. Du point de vue d'une politique nationale de la santé, il serait souhaitable que cantons et Confédération prennent une part plus active au développement de la Fondation et que ses champs d'activité soient coordonnés avec ceux de la Confédération et des cantons.

Renforcer la prévention et la promotion de la santé

Dans son programme de législature 2003-2007, sous l'objectif 5, le Conseil fédéral souhaite réexaminer fon-

damentalement le fonctionnement du système de santé suisse. L'intention du chef du DFI de créer une nouvelle réglementation dans le domaine de la prévention et de la promotion de la santé pourrait constituer un pas significatif en direction de l'élaboration d'une politique nationale de la santé. Une nouvelle réglementation pourrait permettre d'opérer un changement de paradigme en ancrant dans la loi les principes généraux de la politique de santé: le principe selon lequel la promotion de la santé, la prévention, la prise en charge médicale et la réadaptation/intégration sont d'égale importance; le principe selon lequel la santé relève d'une responsabilité politique multisectorielle; la responsabilité commune de la Confédération et des cantons dans le domaine de la prévention et de la promotion de la santé. Il n'est pas encore clair si le processus tel qu'il est engagé sous la seule responsabilité du DFI, permettra de créer une position consolidée et concertée entre cantons et Confédération.

Impulsions multisectorielles

Le Dialogue entre cantons et Confédération sur la politique nationale suisse de la santé devrait évaluer les projets en faveur d'une approche multisectorielle de la santé qui ont été développés par l'OFSP et certains cantons et qui sont décrits dans le volume 2 du présent rapport.

Confédération

Afin que les lignes directrices de l'OFSP pour une politique multisectorielle de la santé puissent devenir le cadre normatif pour l'ensemble de l'administration fédérale en vue d'une conception globale et multisectorielle de la santé, elles devraient être activement promues à l'intérieur et à l'extérieur de l'Office. Dans le cadre du réexamen de sa stratégie d'ensemble, l'OFSP devrait saisir l'opportunité de fonder sa nouvelle stratégie sur ces principes et d'assumer un plus fort pilotage des processus et réseaux en politique de santé au sein de l'administration fédérale.

Etudes d'impact sur la santé et l'environnement

Alors que l'on recourt déjà régulièrement en Suisse à des études d'impact sur l'environnement, les instruments ou processus de l'approche multisectorielle dans

le domaine de la santé ne sont encore que dans leur phase de test. L'étude d'impact sur la santé (health impact assessment, HIA) permet de juger les effets possibles d'une stratégie, d'un programme ou d'un projet sur la santé de la population touchée. Le canton du Tessin ainsi que quelques cantons de Suisse romande font à l'heure actuelle des expériences dans ce domaine. Au niveau fédéral aussi, le thème occupe les esprits. Il serait judicieux que la Confédération et les cantons échangent leurs expériences en matière d'études d'impact sur l'environnement et la santé et réfléchissent ensemble sur la manière de réunir ces deux instruments en un seul et de l'utiliser à l'échelle nationale. Au niveau de la Confédération, les études d'impact sur la santé devraient faire partie intégrante des procédures de consultation internes à l'administration (consultations des offices, procédures de co-rapports) sur des objets qui ne concernent pas le domaine de la santé proprement dit.

Approche par les contextes de vie

Afin de donner au niveau national plus d'importance aux déterminants de la santé que sont les facteurs économiques, environnementaux, les transports, l'éducation ou la migration, la Confédération et les cantons pourraient, dans leurs stratégies et programmes de promotion de la santé et de prévention, favoriser plus fortement que jusqu'à présent l'approche par les lieux et contextes de vie. Des projets et réseaux tels que «Ecoles en santé», «Hôpitaux promoteurs de santé» et «Promotion de la santé en entreprise» contribuent aujourd'hui déjà de manière significative à la création de cadres de vie promouvant la santé.

Dialogue politique-médecine

La Confédération et les cantons pourraient s'inspirer des résultats du projet «Avenir de la médecine en Suisse» ainsi que des publications de la Commission nationale d'éthique pour la médecine humaine (CNE). En dialoguant avec les représentant-e-s des organismes engagés dans ces discussions, il s'agirait de développer des propositions en vue de réorienter le système curatif en tenant compte d'une conception multisectorielle et globale de la santé. Dans le cadre de ce processus, il faudrait discuter d'un transfert des moyens financiers

du domaine curatif à celui de la promotion de la santé et de la prévention.

Information et éducation à la santé

Après une longue période durant laquelle la personne malade a été considérée en premier lieu comme un sujet de thérapie médicale et de recherche scientifique, le malade occupe aujourd'hui un nouveau rôle qui soulève nombre de questions: il est à la fois malade, mais aussi un individu responsable, un citoyen, un patient ayant des droits et devoirs, un expert de sa maladie, un partenaire du médecin traitant et finalement aussi, un assuré et un co-financier du système de santé. En même temps de nombreuses études montrent que ce sont les conditions de vie et le statut social des personnes qui déterminent les chances de vivre une vie en bonne santé. Parallèlement à cette évolution, les politiciennes et politiciens, préoccupés par l'augmentation des coûts du système de santé, font appel à la responsabilité de l'individu face à sa propre santé. Dans ce contexte, l'information et l'éducation à la santé ainsi que les mesures de promotion de l'égalité des chances prennent une importance croissante.

On peut à cet égard faire les observations suivantes:

1. Il y a en Suisse un grand nombre de brochures et de documents destinés au public – sous forme papier ou électronique – couvrant pratiquement tout l'éventail des thèmes de la santé (promotion, prévention, prise en charge médicale et réadaptation, assurances maladie). Les cantons, la Confédération et des organisations privées éditent ces brochures. De plus, certains cantons pratiquent une politique d'information structurée et régulièrement réactualisée qui s'adresse à l'ensemble de la population (par exemple le système d'information sur internet Sanimédia du canton de Vaud). Jusqu'à ce jour, il n'y a toutefois pas de collaboration régionale entre les cantons dans ce domaine. De même, des stratégies et projets aux niveaux fédéral et national font défaut. Les informations ont donc généralement un caractère ponctuel et sporadique.
2. Si de nombreuses informations sur la santé sont données, elles ne contiennent que rarement de manière claire les messages fondamentaux que les acteurs au ni-

veau politique – Confédération et cantons – pourraient vouloir faire passer à la population. Au niveau national, seules les campagnes de sensibilisation menées par la Confédération sur les thèmes du VIH/sida, du tabac et de l'alcool ont une certaine portée.

3. Les informations actuelles données par les pouvoirs publics sur la santé ne tiennent guère compte des facteurs sociaux, économiques et environnementaux (déterminants de la santé). En particulier, les relations réciproques entre inégalité sociale et maladie ne constituent jamais un thème de débat politique.
4. L'information sur la santé au sens de formation / éducation à la santé n'est pratiquée par les cantons et par la Confédération que dans le cadre de rares projets. Le réseau des écoles en santé et les notices d'emballage des médicaments méritent toutefois d'être mentionnés.

Impulsions en faveur d'une politique nationale de la santé

L'accent actuel mis sur la responsabilité individuelle des individus pour leur santé et le rappel que chaque individu peut prévenir les maladies par son comportement peut faire du sens pour les personnes jouissant d'une bonne formation, d'un statut professionnel élevé et de bons revenus, mais reste inadéquat pour les personnes des catégories sociales défavorisées. Il s'agit d'éviter que les informations et projets en matière de santé qui polarisent sur la responsabilité individuelle conduisent à culpabiliser les personnes démunies, à vider de son sens le principe d'un accès égal pour tous à un système de soins de qualité élevée et à remettre ainsi en question la solidarité entre personnes malades et en bonne santé. Du point de vue d'une politique nationale de la santé, qui respecte et reconnaît aussi bien les forces d'un système libéral que celles d'un système social, il faudrait que les impulsions énumérées ci-après concernant les informations et l'éducation à la santé s'effectuent en parallèle.

Diffusion des informations ayant trait à la santé

Une discussion de fond devrait avoir lieu en Suisse sur la question de savoir quels objectifs communs la Confédération et les cantons souhaitent atteindre par le biais

de leurs informations en matière de santé. Un des objectifs devrait être d'augmenter la responsabilité et les compétences personnelles des individus et collectivités pour leur santé.

Accès aux informations

La Confédération et les cantons devraient veiller à ce que leurs informations en matière de santé soient faciles à trouver et rapidement disponibles. En ce qui concerne l'évaluation des conséquences de nouveaux médias tels que e-health ou télémédecine, la Confédération et les cantons devraient collaborer entre eux et avec le Centre d'évaluation des choix de technologies du Conseil suisse de la Science et de la Technologie afin de développer un label de qualité. Des travaux préparatoires ont déjà été effectués par la Confédération et les cantons.

Messages communs

Les cantons devraient coordonner au niveau régional leur travail de sensibilisation de l'opinion publique en faveur de la promotion de la santé et de la prévention. De plus, il serait judicieux que la Confédération et les cantons s'informent mutuellement et à temps au sujet de campagnes d'information sur le thème de la santé destinées à l'ensemble de la population ou à des groupes cibles. Ainsi les doublons entre cantons et Confédération, comme par exemple dans le secteur des drogues, peuvent être évités et économiser des coûts inutiles.

A long terme, la Confédération et les cantons devraient s'entendre sur quelques messages fondamentaux à communiquer à la population, messages qui pourraient être accompagnés de projets correspondants cantonaux, régionaux et nationaux dans les contextes de vie. La nécessité d'informer se fait sentir notamment dans les domaines suivantes: attentes justifiées et non justifiées de la population face à l'assurance-maladie de base financée par les primes; informations sur l'offre d'assurances complémentaires; droits et devoirs des patients; droits et devoirs des fournisseurs de prestations médicales; messages préventifs et promouvant la santé ayant trait aux maladies dites de société.

Promotion des compétences de santé

Parallèlement aux mesures mentionnées ci-dessus qui concernent les informations sur la santé, la Confédération devrait, en collaboration avec les cantons, les acteurs privés et les personnes concernées lancer et financer des projets qui ont pour but l'égalité des chances en matière de santé avant tout pour les personnes socialement démunies. Les projets axés sur les contextes de vie, qui intègrent dans une large mesure les déterminants de la santé (écoles et institutions de formation, monde du travail, loisirs) méritent un encouragement particulier. Dans ce contexte, la stratégie du Conseil fédéral « Migration et santé » est un exemple de réussite.

Références bibliographiques¹

Académie Suisse des Sciences Médicales (ASSM). La médecine en Suisse demain, EHM-Schwabe, Bâle, 2002.

Barras Vincent. Le médecin, de 1880 à la fin du XX^e siècle, in: L. Callebat (Éd.), Histoire du médecin, Flammarion, Paris, 1999.

Biedermann Dieter. Die verwaltungsinterne Erarbeitung: das Behindertengesetz. LEGES 2002 (3).

Bisig Brigitte, Gutzwiller Felix. Soziale Ungleichheit und Gesundheit im Kanton Zürich. Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich, 1999.

Bochsler Daniel, Koller Christophe, Sciarini Pascal, Traimond Sylvie, Trippolini Ivar. Die Schweizer Kantone unter der Lupe – Behörden, Personal, Finanzen. Bern, 2005.

Boneau Denis. «Voltaire», magazine quotidien d'analyses internationales sur: Le réseau voltaire.net, «Démocratie de marché, Friedrich von Hayek, pape de l'ultra-libéralisme», 4 mars 2004.

Chancellerie fédérale et Office fédéral de la statistique. Indicateurs: instruments stratégiques de conduite pour la politique, Neuchâtel, 2004.

Chancellerie fédérale. Evolution des tendances et thèmes futurs de la politique fédérale – Défis 2003-2007, rapport de l'état major de prospective de l'administration fédérale, Berne, 2003.

Chancellerie fédérale. Réforme du gouvernement et de l'administration, rapport final du 18.10.2000.

Conseil fédéral. Stratégie 2002 pour le développement durable, 27 mars 2002.

Die neue Gesundheitspolitik der Europäischen Union (ed. Bärbel-Maria Bellach, Hans Stein). Tagungsbericht. München, Urban und Vogel, 1999.

Domenighetti Gianfranco. De l'usage d'indicateurs classiques et alternatifs au niveau cantonal, Cahiers d'étude de l'ISH, vol 39, Aarau, 1988.

Donze Pierre-Yves. Bâtir, gérer, soigner. Histoire des établissements hospitaliers de Suisse romande, Georg Editeur, 2003.

Freiburghaus Dieter, Zehnder Vital. Horizontale Kooperation zwischen den Kantonen und die «systematisch pragmatische Zusammenarbeit» in der Zentralschweiz. Working Paper der IDHEAP (Institut de hautes études en administration publique) Nr. 4, 2003.

Frey René L. Braucht die Nordwestschweiz neue politische Institutionen? Vortrag anlässlich der Verleihung

des Förderpreises für eine Starke Region durch die Vereinigung für eine Starke Region Basel/Nordwestschweiz, 6. September 2000.

Gasche Urs P. Operation an der offenen Kasse – Das Schweizer Gesundheitssystem ist das teuerste in Europa. Der Konter, es sei schliesslich auch das Beste, ist reines Wunschdenken, 25.3.04, Die Weltwoche, 25.3.04.

Gerber Pierre-Yves et al. L'adaptation des systèmes de sécurité sociale aux grands défis actuels, Genève: Cahiers genevois et romands de sécurité sociale no 19, 1997.

Hardmeier Susanne. Die Mitwirkung der Bundesversammlung bei der politischen Planung und ihre Grundlage im neuen Parlamentsgesetz. LEGES 2003 (2).

Huber Hans Jörg. Santé publique et conception suisse de l'Etat, Bulletin des médecins suisses, Volume 64, Cahier 49, 1983.

Institut de Médecine Sociale et Préventive: République et canton de Genève, Planification sanitaire qualitative, Bilan 1999-2002 et perspectives.

Kanton Luzern. Planungsbericht des Regierungsrats an den Grosse Rat über die interkantonale Zusammenarbeit vom 21. Februar 2003.

Kanton Zug. Schweizerisches Gesundheitsobservatorium. Gesundheit im Kanton Zug. Schweizerische Gesundheitsbefragung 2002, Ergebnisse und Massnahmen, Zug, 2004.

Kissling Naf I., Wälti Sonja. Der Vollzug öffentlicher Politiken, in: KLÖTI U. et al., Handbuch der Schweizer Politik, Verlag Neue Zürcher Zeitung, Zürich, 2002.

Klöti Ulrich, Knoepfel Peter, Kriesi Hanspeter, Linder Wolf, Papadopoulos Yannis. Handbuch der Schweizer Politik, 3. überarbeitete Auflage. Verlag Neue Zürcher Zeitung, Zürich, 2002.

Kocher G. und Rentschnick P. Teure Medizin – Für gezielte Reformen in unserem Gesundheitswesen, Bern, Huber, 1980.

Kocher Gerhard und Oggier Willy. Le système de santé suisse 2004-2006, un survol actuel. Edition Hans Huber, Berne, 2004.

Kübler Daniel et al. Massnahmenpaket Drogen: Determinanten der politischen Verankerung, Schlussbericht. Zürcher Politik- & Evaluationsstudien Nr. 1, September 2003.

Lalonde Marc. A New Perspective on the health of Canadians, a working document, Ottawa, 1974.

Lehmann Philippe, Gutzwiller Felix, Martin Jean F. The Swiss health system: the paradox of ungovernability and efficacy. Success and Crisis in National Health Systems, New York/London, 1989.

¹ Selon Uniform Requirements des International Committee of Medical Journal Editors, juin 2003

Minder Adrian. 1919-1994 – 75 ans de la CDS. Notes sur l'histoire de la Conférences des directeurs des affaires sanitaires. Editeur CDS, Berne, 1994.

Office fédéral de la justice. Guide de la législation. Guide pour l'élaboration de la législation fédérale, 2^e édition remaniée. Berne, 2002.

Office fédéral de la santé publique. Lignes directrices pour une politique multisectorielle de la santé, avril 2005.

Office fédéral de la statistique. Enquête suisse sur la santé 1992-93, 1997, 2002.

Office fédéral de la statistique. Enquête sur la santé IGIP-Promes, 1988.

Office fédéral de la statistique. Enquête sur la santé SOMI-POPS 1985, PNR 8.

Organisation mondiale de la Santé, Genève, Suisse. Rapport sur la santé dans le monde 2000 – Pour un système de santé plus performant. Le rapport intégral est disponible à l'adresse www.who.int/whr.

PriceWaterhouseCoopers. Evaluation der Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz. Herausgeber Bundesamt für Gesundheit, April 2005.

Programme de législature du Conseil fédéral 2003-2007, janvier 2004.

Recueil systématique du droit fédéral. Lois fédérales et ordonnances relatives à la santé, chiffre 81 (www.admin.ch/ch/f/rs).

Richli Paul. Die verwaltungsexterne Erarbeitung: Drei strukturell unterschiedliche Beispiele (Heilmittelgesetz, Berufsbildungsgesetz, Psychologengesetz). LEGES 2002/2003.

Roos Beat. L'avenir des politiques sanitaires cantonales, Cahiers d'étude de l'ISH, vol 39, Aarau, 1988.

Rothenbüler Martin, Rychner Marianne. Evaluation der Spitalplanung und der Spitalisten nach Artikel 39 KVG. Bericht zuhanden des Zentralsekretariats der GDK, 1999.

Rüefli Christian, Sager Fritz. «Public Health, Prävention und Föderalismus. Erkenntnisse aus der Umsetzung des Bundesgesetzes über die Krankenversicherung», Sozial- und Präventivmedizin. International Journal of Public Health 49, 2004.

Sager Fritz, Schläpfer Martina, Anderegg Céline. Alkoholpolitische Kantonsprofile. Schlussbericht im Auftrag des Bundesamts für Gesundheit und der Eidgenössischen Alkoholverwaltung. Bern, Oktober 2004. Unveröffentlicht.

Sager Fritz. Kompensationsmöglichkeiten föderaler Vollzugsdefizite. Das Beispiel der kantonalen Alkoholpräventionspolitiken. Swiss Political Science Review 9 (1).

Schopper Doris. Les inégalités sociales de santé: du constat à l'action. Institut de Médecine Sociale et Préventive, Genève, 2002.

Sommer J. und Gutzwiller F. Wirtschaftlichkeit und Wirksamkeit im schweizerischen Gesundheitswesen, Huber, Bern, 1986.

Spinatsch Markus. Une nouvelle politique en matière de dépendances pour la Suisse? Bases et prémisses pour une politique fédérale plus intégrée en matière de dépendances. Editeur: Office fédéral de la santé publique, Berne, 2004.

Sprumont Dominique. La législation sanitaire fribourgeoise: une législation en mouvement. Facultés de droit des universités de Fribourg et Neuchâtel. Revue fribourgeoise de jurisprudence, numéro spécial «RFJ 10 ans», le droit en mouvement, Fribourg, 2002.

Stauffacher Werner, Bircher Johannes Bircher. Zukunft Medizin Schweiz. EMH Schweizerischer Ärzteverlag, Basel, 2002.

Vatter Adrian. Manuel de la politique suisse, article sur le fédéralisme. Edition NZZ, édité par Klöti Ulrich et al, 1999.

Waldmann Bernhard. Skriptum Bundesstaatsrecht 2003/2004.

Wilke Helmut. Systemisches Wissensmanagement. Lucius & Lucius, Stuttgart, 1998.

Index des mots-clés (ordre alphabétique)

Age et santé, prise en charge des personnes âgées	<ul style="list-style-type: none"> ■ Volume 2 / Partie IV – Portraits de 9 politiques de santé cantonales – rubrique 5 «Système de soins»
Ambulatoire (secteur)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Volume 2 / Partie IV – Portraits de 9 politiques de santé cantonales – rubrique 5 «Système de soins»
Attentes des cantons vis-à-vis d'une politique nationale de la santé	<ul style="list-style-type: none"> ■ Volume 2 / Partie IV – Portraits de 9 politiques de santé cantonales – rubrique 8 «La politique nationale de la santé du point de vue des cantons»
Buts et priorités de politique de santé pour 9 cantons	<ul style="list-style-type: none"> ■ Volume 2 / Partie IV – Portraits de 9 politiques de santé cantonales – rubrique 2 «Perspectives en politique de santé»
Buts et priorités de politique de santé au niveau fédéral	<ul style="list-style-type: none"> ■ Volume 1 / Chapitre 4.2 – Etat de la collaboration entre services et offices fédéraux en politique de santé – Planification générale du Conseil fédéral ■ Volume 1 / Partie III – Perspectives en vue du développement d'une politique nationale de la santé – Améliorer la collaboration entre cantons et Confédération ■ Volume 2 / Partie V – Portrait de la politique de santé de la Confédération – rubrique 1 «Perspectives en politique de santé» ■ www.public-health.ch rubrique «but de santé pour la Suisse»
Collaboration entre cantons et Confédération en politique de santé	<ul style="list-style-type: none"> ■ Volume 1 / Chapitre 6 – Etat de la collaboration entre cantons et Confédération ■ Volume 1 / Partie III – Perspectives en vue du développement d'une politique nationale de santé – Améliorer la collaboration entre cantons et Confédération ■ Volume 2 / Partie IV – Portraits de 9 politiques de santé cantonales – voir la rubrique 8 «La politique nationale de la santé du point de vue des cantons»
Collaboration entre offices et services fédéraux	<ul style="list-style-type: none"> ■ Volume 1 / Chapitre 4.3 – Etat de la collaboration en politique de santé au niveau fédéral – Collaboration entre services fédéraux ■ Volume 1 / Partie III – Perspectives en vue du développement d'une politique nationale de santé – Améliorer la collaboration entre cantons et Confédération
Collaboration intercantonale	<ul style="list-style-type: none"> ■ Volume 1 / Chapitre 5 – Etat de la collaboration entre les cantons en politique de santé ■ Volume 1 / Partie III – Perspectives en vue du développement d'une politique nationale de santé – Améliorer la collaboration entre cantons et Confédération ■ Volume 2 / Partie IV – Portraits de 9 politiques de santé cantonales – voir les encadrés sur les exemples de collaboration

Collaboration intercantonale en politique de santé en bref	<ul style="list-style-type: none"> ■ Volume 1 / Chapitre 5.7 – Etat de la collaboration entre les cantons en politique de santé – résumé
Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS) et Conférence suisse des gouvernements cantonaux (CDC)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Volume 1 / Chapitre 5.5 – Etat de la collaboration entre les cantons en politique de santé – la collaboration institutionnalisée au niveau suisse ■ www.gdk-cds.ch; www.kdk.ch
Conférences régionales des directeurs de la santé et conférences régionales des gouvernements cantonaux	<ul style="list-style-type: none"> ■ Volume 1 / Chapitre 5.4 – Etat de la collaboration entre les cantons en politique de santé – la collaboration institutionnalisée au niveau régional ■ www.zrk.ch
Conventions intercantionales dans le domaine de la santé	<ul style="list-style-type: none"> ■ Volume 1 / Chapitre 5 – Etat de la collaboration entre les cantons en politique de santé – Annexe « Conventions intercantionales dans le domaine de la santé »
Conventions nationales dans le domaine de la santé entre cantons et Confédération	<ul style="list-style-type: none"> ■ Volume 1 / Chapitre 6.2 – Etat de la collaboration entre cantons et Confédération en politique de santé – Les instruments de la collaboration entre cantons et Confédération
Conventions internationales dans le domaine de la santé	<ul style="list-style-type: none"> ■ Volume 2 / Partie V – Portrait de la politique de santé de la Confédération – rubrique 7 « Bases légales et instruments de planification »
Dépenses pour la santé dans 9 cantons : Dépenses générales	<ul style="list-style-type: none"> ■ Volume 2 / Partie IV – Portrait de la politique de santé de la Confédération – rubrique 1 « Autorités sanitaires » – chiffres clés
Dépenses pour la santé dans 9 cantons : Promotion de la santé	<ul style="list-style-type: none"> ■ Volume 2 / Partie IV – Portraits de 9 politiques de santé cantonales – rubrique 4 « Promotion de la santé et prévention » – chiffres clés
Dépenses pour la santé dans 9 cantons : Secteur des soins	<ul style="list-style-type: none"> ■ Volume 2 / Partie IV – Portraits de 9 politiques de santé cantonales – rubrique 5 « Système de soins » – chiffres clés
Dépenses fédérales pour la protection de la santé (y compris les dépenses pour la promotion de la santé et la prévention)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Volume 2 / Partie V – Portrait de la politique de santé de la Confédération – rubrique 2 « Protection de la santé »

Dépenses des fonds de prévention avec un mandat public	<ul style="list-style-type: none"> ■ Volume 2 / Partie V – Portrait de la politique de santé de la Confédération – rubrique 2 « Protection de la santé »
Dépenses communales, cantonales et fédérales dans le domaine de la santé	<ul style="list-style-type: none"> ■ Volume 1 / Chapitre 2.2 – Quatre caractéristiques du système suisse de santé – Organisation fédéraliste du système de santé ■ Volume 2 / Partie V – Portrait de la politique de santé de la Confédération – rubrique 3 « Système de soins »
Déterminants de la santé	<ul style="list-style-type: none"> ■ Volume 1 / Partie III – Perspectives en vue du développement d'une politique nationale de santé – Renforcer l'approche globale et multisectorielle de la santé ■ Volume 2 / Partie IV – Portraits de 9 politiques de santé cantonales – rubrique 4 « Promotion de santé et prévention » – « Déterminants de la santé »
Dialogue de politique nationale suisse de la santé entre la Confédération et les cantons	<ul style="list-style-type: none"> ■ Volume 1 / Chapitre 2.2 – Quatre caractéristiques du système suisse de santé – Organisation fédéraliste du système de santé ■ Volume 1 / Chapitre 6.4 – Etat de la collaboration entre cantons et Confédération en politique de santé – les nouvelles approches de la collaboration au niveau national
Droits des patients	<ul style="list-style-type: none"> ■ Volume 1 / Partie III – Perspectives en vue du développement d'une politique nationale de santé – Promouvoir l'information et l'éducation à la santé ■ Volume 2 / Partie IV – Portraits de 9 politiques de santé cantonales – rubrique 5 « Système de soins »
e-health	<ul style="list-style-type: none"> ■ Volume 2 / Partie IV – Portraits de 9 politiques de santé cantonales – rubrique 3 « Instruments de planification » ■ Volume 2 / Partie V – Portrait de la politique de santé de la Confédération – rubrique 2 « Protection de la santé »
Enchevêtrement des compétences entre les cantons et la Confédération	<ul style="list-style-type: none"> ■ Volume 1 / Chapitre 2.2 – Quatre caractéristiques du système suisse de santé – Organisation fédéraliste du système de santé ■ Volume 1 / Chapitre 6.3 – Etat de la collaboration entre cantons et Confédération en politique de santé – La collaboration entre cantons et Confédération portant sur des thèmes ■ Volume 1 / Partie III – Perspectives en vue du développement d'une politique nationale de santé – Améliorer la collaboration entre cantons et Confédération

Fédéralisme coopératif	<ul style="list-style-type: none">■ Volume 1 / Chapitre 2.2 – Quatre caractéristiques du système suisse de santé – Organisation fédéraliste du système de santé■ Volume 1 / Partie II – introduction■ Volume 1 / Chapitre 6.1 – Etat de la collaboration entre cantons et Confédération en politique de santé – situation de départ■ Volume 1 / Chapitre 6.4 – Etat de la collaboration entre cantons et Confédération en politique de santé – Les nouvelles approches de la collaboration au niveau national■ Volume 1 / Partie III – Perspectives en vue du développement d’une politique nationale de santé – améliorer la collaboration entre cantons et Confédération
Formation des médecins, des professionnels de la santé et des métiers de la psychologie	<ul style="list-style-type: none">■ Volume 1 / Chapitre 5.6 – Etat de la collaboration entre les cantons en politique de santé – La collaboration entre cantons portant sur des thèmes■ Volume 1 / Chapitre 6.3 – Etat de la collaboration entre cantons et Confédération en politique de santé – La collaboration entre cantons et Confédération portant sur des thèmes■ Volume 2 / Partie V – Portrait de la politique de santé de la Confédération – rubrique 4 « Formation »■ www.gdk-cds.ch rubrique « formation »
Indicateurs de santé et de fonctionnement du système de santé	<ul style="list-style-type: none">■ Volume 1 / Chapitre 4.2 – Etat de la collaboration en politique de santé au niveau fédéral – Planification générale du Conseil fédéral■ Volume 1 – Partie III – Perspectives en vue du développement d’une politique nationale de santé - Fonder les politiques suisses de santé sur le savoir■ www.obsan.ch – monitoring par indicateurs
Lois sur la santé dans 9 cantons	<ul style="list-style-type: none">■ Volume 2 / Partie IV – Portraits de 9 politiques de santé cantonales – rubrique 3 « Instruments de planification »
Lois de santé cantonales nouvellement révisées	<ul style="list-style-type: none">■ Volume 1 / Chapitre 2.1 – Quatre caractéristiques du système suisse de santé – la prédominance de la médecine curative
Lois fédérales dans le domaine de la santé	<ul style="list-style-type: none">■ Volume 2 / Partie V – Portrait de la politique de santé de la Confédération – rubrique 7 « Bases légales et instruments de planification »■ www.admin.ch/ch/f/rs – registre systématique du droit fédéral
Loi fédérale sur l’assurance maladie (LAMal) – révision	<ul style="list-style-type: none">■ Volume 2 / Partie V – Portrait de la politique de santé de la Confédération – rubrique 3 « Système de soins »■ www.bag.admin.ch – rubrique « Assurance-maladie »

Médecine de pointe	<ul style="list-style-type: none"> ■ Volume 1 / Chapitre 5.4 – Etat de la collaboration entre cantons en politique de santé – La collaboration institutionnalisée au niveau régional ■ Volume 1 / Chapitre 6.4 – Etat de la collaboration entre cantons et Confédération en politique de santé – Les nouvelles approches de la collaboration au niveau national ■ www.gdk-cds.ch
Offices et services fédéraux avec des responsabilités dans le domaine de la santé	<ul style="list-style-type: none"> ■ Volume 1 / Chapitre 4 – Etat de la collaboration en politique de santé au niveau fédéral – annexe « Les compétences des différents services fédéraux en matière de santé (par thème) » ■ Volume 2 / Partie V – Portrait de la politique de santé de la Confédération – rubrique 6 « Départements, services fédéraux et commissions »
Offre hospitalière	<ul style="list-style-type: none"> ■ Volume 2 / Partie IV – Portraits de 9 politiques de santé cantonales – rubrique 5 « Système de soins » ■ www.bfs.admin.ch – Statistique des établissements de santé de l'OFS ■ www.gdk-cds.ch – rubrique « Financement des hôpitaux » et rubrique « Services de santé – planification et liste hospitalière »
Politique de prévention et de promotion de la santé en Suisse	<ul style="list-style-type: none"> ■ Volume 1 / Chapitre 2.1 – Quatre caractéristiques du système suisse de santé – La prédominance de la médecine curative ■ Volume 1 / Chapitre 5.6 – Etat de la collaboration entre cantons en politique de santé – La collaboration entre cantons portant sur des thèmes ■ Volume 1 / Chapitre 6.3 – Etat de la collaboration entre cantons et Confédération en politique de santé – La collaboration entre cantons et Confédération portant sur des thèmes ■ Volume 1 / Partie III – Perspectives en vue du développement d'une politique nationale de santé – renforcer l'approche globale et multisectorielle de la santé
Politique de la Confédération en matière de protection de la santé: en bref	<ul style="list-style-type: none"> ■ Volume 2 / Partie V – Politique de santé de la Confédération – rubrique 2 « Protection de la santé » – cadre général
Politique de santé de la Confédération	<ul style="list-style-type: none"> ■ Volume 1 / Chapitre 2.1 – Quatre caractéristiques du système suisse de santé – La prédominance de la médecine curative ■ Volume 1 / Chapitre 4.1 – Etat de la collaboration en politique de santé au niveau fédéral – Situation de départ ■ Volume 1 / Chapitre 4.2 – Etat de la collaboration en politique de santé au niveau fédéral – Planification générale du Conseil fédéral ■ Volume 1 / Chapitre 4.3 – Etat de la collaboration en politique de santé au niveau fédéral – Collaboration entre services fédéraux ■ Volume 2 / Partie V – Politique de santé de la Confédération

Politique de santé de la Confédération en bref	<ul style="list-style-type: none"> ■ Volume 2 / Partie V – Politique de santé de la Confédération – introduction
Politique nationale de la santé	<ul style="list-style-type: none"> ■ Volume 1 / Chapitres 4.4 – Etat de la collaboration en politique de santé au niveau fédéral – Potentiel pour une politique nationale de la santé ■ Volume 1 / Chapitres 5.8 – Etat de la collaboration entre les cantons en politique de santé – Potentiel pour une politique nationale de la santé ■ Volume 1 / Chapitres 6.4 – Etat de la collaboration entre cantons et Confédération en politique de santé – Les nouvelles approches de la collaboration au niveau national ■ Volume 1 / Chapitres 6.5 – Etat de la collaboration entre cantons et Confédération en politique de santé – Potentiel pour une politique nationale de la santé ■ Volume 1 / Partie III – Perspectives en vue du développement d’une politique nationale de santé – Améliorer la collaboration entre cantons et Confédération ■ Volume 2 / Partie IV – Portraits de 9 politiques de santé cantonales – rubrique 7 « Potentiel pour une politique nationale de la santé » ■ Volume 2 / Partie IV – Portraits de 9 politiques de santé cantonales – rubrique 8 « La politique nationale de santé du point de vue du canton »
Programmes cantonaux de prévention et de promotion de la santé (exemples dans 9 cantons)	<ul style="list-style-type: none"> ■ Volume 1 / Chapitre 5.6 – Etat de la collaboration entre les cantons en politique de santé – « La collaboration entre cantons portant sur des thèmes » ■ Volume 1 / Chapitre 6.3 – Etat de la collaboration entre cantons et Confédération en politique de santé – La collaboration entre cantons et Confédération portant sur des thèmes ■ Volume 2 / Partie IV – Portraits de 9 politiques de santé cantonales – rubrique 4 « Promotion de la santé et prévention »
Programmes fédéraux de prévention, de protection et de promotion de la santé	<ul style="list-style-type: none"> ■ Volume 2 / Partie V – Portrait de la politique de santé de la Confédération – rubrique 2 « Protection de la santé » – Liste des programmes par ordre alphabétique
Programmes nationaux de recherche dans le domaine de la santé	<ul style="list-style-type: none"> ■ Volume 2 / Partie V – Portrait de la politique de santé de la Confédération – rubrique 9 « Recherche et évaluation » ■ www.snf.ch
Qualité des soins	<ul style="list-style-type: none"> ■ Volume 2 / Partie IV – Portraits de 9 politiques de santé cantonales – rubrique 5 « Système de soins »

Réduction des primes de l'assurance-maladie obligatoire	<ul style="list-style-type: none"> ■ Volume 1 / Chapitre 2.4 – Quatre caractéristiques du système suisse de santé – Un système libéral limité par l'influence sociale de l'Etat ■ Volume 2 / Partie IV – Portraits de 9 politiques de santé cantonales – rubrique 5 «Système de soins» ■ Volume 2 / Partie V – Portrait de la politique de santé de la Confédération – rubrique 3 «Système de soins» ■ www.bag.admin.ch – Statistique de l'assurance-maladie obligatoire 2003
Réseaux de soins – exemples dans 9 cantons	<ul style="list-style-type: none"> ■ Volume 1 / Chapitre 5.6 – Etat de la collaboration entre les cantons en politique de santé – La collaboration entre cantons portant sur des thèmes ■ Volume 2 / Partie IV – Portraits de 9 politiques de santé cantonales – rubrique 5 «Système de soins»
Santé psychique, soins psychiatriques	<ul style="list-style-type: none"> ■ Volume 1 / Chapitre 6.3 – Etat de la collaboration entre cantons et Confédération en politique de santé – La collaboration entre cantons et Confédération portant sur des thèmes ■ Volume 1 / Chapitre 6.4 – Etat de la collaboration entre cantons et Confédération en politique de santé – Les nouvelles approches de la collaboration au niveau national ■ Volume 2 / Partie IV – Portraits de 9 politiques de santé cantonales – rubrique 4 «Promotion de la santé» et rubrique 5 «Système de soins» ■ Volume 2 / Partie V – Portrait de la politique de santé de la Confédération – rubrique 2 «Protection de la santé» ■ www.bag.admin.ch – thèmes – politique de santé – santé psychique
Thèmes de santé à traiter au niveau national du point de vue des cantons	<ul style="list-style-type: none"> ■ Volume 1 / Chapitre 6 – Etat de la collaboration entre cantons et Confédération – La collaboration entre cantons et Confédération portant sur des thèmes ■ Volume 2 / Partie IV – Portraits de 9 politiques de santé cantonales – rubrique 8 «Politique nationale de la santé du point de vue du canton»

Index des tableaux

	Page
Tableau 1	Survol des lois cantonales sur la santé révisées complètement depuis 1998 ou sont en voie de l'être (sans les lois sur les hôpitaux) 27
Tableau 2	Répartition des compétences cantonales et fédérales au début du XX ^e siècle 31
Tableau 3	Logique juridique de la répartition des compétences entre la Confédération, les cantons et les communes 32
Tableau 4	Financement du système de santé par les pouvoirs publics (2001) – un financement partagé 33
Tableau 5	Compétences et répartition des tâches entre cantons et Confédération dans le domaine de la santé 34
Tableau 6	Bases pour la planification d'ensemble du Conseil fédéral dans le domaine de la santé 54
Tableau 7	Buts 2005 du Conseil fédéral et bilan dans le secteur de la santé 55
Tableau 8	Objectifs de santé 2006 de l'administration fédérale 58
Tableau 9	Plateformes permanentes de l'OFSP au sein de l'administration fédérale 64
Tableau 10	Administration fédérale: groupes de travail interdépartementaux dans le secteur de la santé 65
Tableau 11	Systématique de la collaboration intercantonale 76
Tableau 12	Thèmes traités par les conférences régionales de la santé 78
Tableau 13	Les domaines d'activités de la CDS (2004-2006) 94
Tableau 14	Promotion de la santé et prévention en Suisse latine dans le cadre de la CRASS 100
Tableau 15	Collaboration entre Promotion Santé Suisse et les cantons 101
Tableau 16	Institutions de santé suisses cofinancées par les cantons 104
Tableau 17	Exemples de collaboration intercantonale dans le secteur hospitalier 106
Tableau 18	Cantons ayant demandé un élargissement de leur échantillon cantonal lors des trois enquêtes suisses sur la santé de 1993, 1997 et 2002 107
Tableau 19	Mesures prises par la CDS dans le domaine de la formation professionnelle des métiers de la santé 110
Tableau 20	Formation des professions non universitaires de la santé: la collaboration en Suisse alémanique 112
Tableau 21	Cantons et Confédération: situations de départ différentes pour une politique nationale de la santé 130
Tableau 22	Conventions passées entre la Confédération et les cantons 132
Tableau 23	Attentes des cantons à l'égard d'une politique nationale de la santé et thèmes proposés (2002) 140
Tableau 24	Institutions de droit public avec participation de la Confédération et des cantons (Etat: 2004) 144
Tableau 25	Promotion de la santé et prévention: projets de collaboration entre la Confédération et les cantons 147
Tableau 26	Interfaces et tensions entre la Confédération et les cantons en ce qui concerne la LAMal 153
Tableau 27	Ancrage du secteur de la formation et de la formation continue pour les professions de la santé 158
Tableau 28	Etapas sur la voie vers un fédéralisme coopératif 161
Tableau 29	Journées de travail de la politique nationale suisse de la santé 162
Tableau 30	Thèmes du Dialogue de politique nationale suisse de la santé entre avril 2004 et octobre 2005 163
Tableau 31	Désenchevêtrement des tâches conforme à la RPT dans le secteur de la santé 164

Liste des abréviations

Une présentation des différents services fédéraux qui traitent de questions liées à la santé se trouve dans le portrait de la politique de santé de la Confédération (volume 2).

ACI	Accord-cadre intercantonal
AGNEB	Groupe de travail de la Confédération pour la gestion des déchets nucléaires
Agroscope-ALP	Station fédérale de recherche en production animale et économie laitière
AI	Assurance invalidité
AM	Assurance militaire
AMA	Secteur assurance-maladie et accidents
AMCS	Association des médecins cantonaux de Suisse
AOC	Appellation d'Origine Contrôlée
ARAMIS	Système d'information ARAMIS: banque de données des projets de recherche de l'administration fédérale
ARE	Office fédéral du développement territorial
ARPS	Association suisse des responsables cantonaux de la promotion de la santé
ASA	Association suisse d'Assurances
ASI	Association suisse des infirmières et infirmiers
bpa	Bureau de prévention des accidents
BRR	Bureau suisse pour la réduction des risques liés aux drogues
CCDJP	Conférence des directrices et directeurs cantonaux de justice et police
CCF	Contrôle administratif du Conseil fédéral
CCLAT	Convention-cadre de la lutte contre le tabac de l'OMS
CDAS	Conférence des directrices et directeurs cantonaux des affaires sociales
CdC	Conférence des gouvernements cantonaux
CDCT	Conférence des délégués cantonaux aux problèmes de toxicomanies
CDIP	Conférence suisse des directeurs cantonaux de l'instruction publique
CDS	Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé
CDVT	Conférence des délégués des villes aux problèmes de toxicomanies
CertEMS	Certificat concernant la sécurité et la qualité dans les homes pour personnes âgées et établissements médico-sociaux
CF	Conseil fédéral
CFE	Commission fédérale des étrangers
CFLD	Commission fédérale pour les questions liées aux drogues
CFST	Commission fédérale de coordination pour la sécurité au travail
CGCM	Conférence des gouvernements des cantons de montagne
CGSNO	Conférence régionale des gouvernements de la Suisse du Nord-Ouest
CGSO	Conférence des gouvernements de Suisse occidentale
CICOMS	Commission intercantonale « Concentration de la médecine hautement spécialisée » de la CDS
CIDD	Comité interdépartemental pour le développement durable
CIIS	Convention intercantonale dans le domaine des institutions sociales
CIQ	Service national de coordination et d'information pour la promotion de la qualité
CLD	Comité de liaison national en matière de drogue
CoP	Groupe de travail Coopération entre la police et les services sociaux en matière de drogues et de sida

CORSTAT	Conférence suisse des offices régionaux de statistique
COSTE	Centrale de coordination nationale de l'offre de thérapies résidentielles pour les problèmes de drogues
CPA	Contrôle parlementaire de l'administration
CRASS	Conférence romande des affaires sanitaires et sociales
CRS	Croix-Rouge suisse
CRTPS	Conférence romande et tessinoise des professions de la santé
CSFP	Conférence suisse des offices de la formation professionnelle
Cst.	Constitution fédérale
CTA	Conférence tripartite sur les agglomérations
CTJ	Conférence transjurassienne
CUS	Conférence universitaire suisse
DDC	Direction du développement et de la coopération
DDPS	Département fédéral de la défense, de la protection de la population et des sports
DETEC	Département fédéral de l'environnement, des transports, de l'énergie et de la communication
DFAE	Département fédéral des affaires étrangères
DFE	Département fédéral de l'économie
DFF	Département fédéral des finances
DFI	Département fédéral de l'intérieur
DFJP	Département fédéral de justice et police
DGD	Direction générale des douanes
DiPPS	Dispositif intercantonal de prévention et de promotion de la santé
DTAP	Conférence suisse des directeurs cantonaux des travaux publics, de l'aménagement du territoire et de la protection de l'environnement
ECTS	European Credit Transfer and Accumulation System Système européen de transfert et d'accumulation de crédits
EPF	Ecoles polytechniques fédérales
ERFA BIO	Groupe d'échange intercantonal des services spécialisés en biotechnologie et en génie génétique
ES	Ecoles professionnelles supérieures
ESB	Encéphalithe Spongiforme Bovine
ETS	Ecoles techniques supérieures
FCTC / CCCT	Convention-cadre internationale sur le contrôle du tabac / WHO Framework Convention on Tobacco Control
fedpol	Office fédéral de la police
Fidé-modèle	Système de financement des prestations pour les thérapies des dépendances
FMH	Fédération des médecins suisses
FNS	Fonds national suisse de la recherche scientifique
FRI	Message du Parlement relatif à l'encouragement de la formation, de la recherche et de l'innovation
FSFP	Fédération suisse des fonctionnaires de police
GC	Groupe de contact Confédération-cantons
GCSI	Groupe de coordination Société de l'information
GDK-NWCH	Conférence des directeurs sanitaires de la Suisse du Nord-Ouest
GDK-Ost/CDS-Est	Conférence des directeurs sanitaires de Suisse orientale
GEVER	Systèmes électroniques de gestion des affaires

GLAS	Groupement latin des assurances sociales
GMEB	Institutions gérées selon un mandat de prestations et recevant une enveloppe budgétaire
GRAS	Groupement romand des affaires sociales
GREAT	Groupement romand d'études sur l'alcoolisme et les toxicomanies
GRSP	Groupement romand des services de santé publique
H+	Les hôpitaux de Suisse
HIA	Health impact assessment / Etude d'impact sur la santé
HES	Hautes écoles spécialisées
HES-S2	Haute école spécialisée romande Santé-Social en Suisse romande
HMO	Health Maintenance Organisations
HPH	Health Promoting Hospitals
IBK	Internationale Bodensee Konferenz / Conférence internationale du lac de Constance
IDA FiSo	Interdepartementale Arbeitsgruppe « Finanzierungsperspektiven der Sozialversicherungen » / Groupe de travail interdépartemental « Perspectives de financement des assurances sociales »
IDA ForAlt	Interdepartementale Arbeitsgruppe « Forschungsprogramm Altersvorsorge » / Groupe de travail interdépartemental « Programme de recherche sur l'avenir à long terme de la prévoyance vieillesse »
IDA-Rio/Cirio	Comité interdépartemental de Rio (développement durable)
IDHEAP	Institut de hautes études en administration publique
IFPI	Institut fédéral de la propriété intellectuelle
IGP	Indication Géographique Protégée
IMSP	Institut de Médecine Sociale et Préventive
INKA	Projet de collaboration intercantonale pour la promotion de la santé en entreprise
ISH	Institut suisse des hôpitaux
ISPA	Institut suisse de prévention de l'alcoolisme et autres toxicomanies
KDS	Plate-forme de coordination et de services dans le domaine de la drogue
LAA	Loi fédérale sur l'assurance-accidents
LAMal	Loi fédérale sur l'assurance-maladie
LAU	Loi fédérale sur l'aide aux universités
LFC	Loi fédérale sur les finances de la Confédération
LFPr	Loi fédérale sur la formation professionnelle
LGG	Loi fédérale sur le génie génétique
LOGA	Loi fédérale sur l'organisation du Gouvernement et de l'administration
LParl	Loi fédérale sur le Parlement
LPMéd	Loi fédérale sur les professions médicales universitaires
LRTV	Loi fédérale sur la radio et la télévision
LStup	Loi fédérale sur les stupéfiants
MaPaDro	Massnahmenpaket Drogen / Paquet de mesures en matière de drogue
Obsan	Observatoire national suisse de la santé
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
ODM	Office fédéral des migrations
ODT	Office fédéral du développement territorial
OFAG	Office fédéral de l'agriculture

OFAS	Office fédéral des assurances sociales
OFC	Office fédéral de la culture
OFCOM	Office fédéral de la communication
OFEN	Office fédéral de l'énergie
OFEV	Office fédéral de l'environnement
OFFT	Office fédéral de la formation professionnelle et de la technologie
OFJ	Office fédéral de la justice
OFL	Office fédéral du logement
OFPP	Office fédéral pour la protection de la population
OFROU	Office fédéral des routes
OFS	Office fédéral de la statistique
OFSP	Office fédéral de la santé publique
OFSPPO	Office fédéral du sport
OMS	Organisation mondiale de la santé
ONG	Organisation non gouvernementale
OPB	Ordonnance sur la protection contre le bruit
OPI	Ordonnance sur la pandémie d'influenza (grippe)
Org DFI	Ordonnance sur l'organisation du Département fédéral de l'intérieur
ORTRA	Organisation faîtière des métiers de la santé
OVF	Office vétérinaire fédéral
PAES	Plan d'action environnement et santé
PCAA	Plans cantonaux d'action alcool
PDUVS	Plate-forme drogue de l'Union des villes suisse
PFCC	Loi fédérale sur la péréquation financière et la compensation des charges
PIPADES	Programme de prévention des accidents domestiques chez les enfants âgés de 0 à 5 ans
PNAAL	Plan national d'action alcool
PNPA	Programme national de prévention contre l'alcoolisme
RFA	Régie fédérale des alcools
RPT	Réforme de la péréquation financière et de la répartition des tâches entre Confédération et cantons
Santésuisse	Association faîtière de la branche de l'assurance-maladie sociale
seco	Secrétariat d'Etat à l'économie
SER	Secrétariat d'Etat à l'éducation et à la recherche
SRAS	Syndrome respiratoire aigu sévère
SSC	Service sanitaire coordonné
SSph	Société suisse de pharmacie
SUVA	Caisse nationale suisse d'assurance
SwissDRG	Système suisse de rémunération des prestations hospitalières – DRG = Diagnosis Related Groups
Swissmedic	Institut suisse des produits thérapeutiques
Tarmed	Tarif médical des prestations ambulatoires et stationnaires effectuées en Suisse dans le cadre hospitalier ou en cabinets privés
TFA	Tribunal fédéral des assurances
TIC	Technologies de l'information et de la communication
UE	Union européenne

UVS	Union des villes suisses
VIH	Virus de l'Immuno-déficience Humaine (Sida)
VNS	Vereinigung Nordwestschweizer Spitäler / Association des hôpitaux de la Suisse du Nord-ouest
WHO	World Health Organisation / Organisation mondiale de la Santé
ZGSDK	Zentralschweizer Gesundheits- und Sozialdirektorenkonferenz / Conférence des directeurs des affaires sanitaires et sociales de Suisse centrale
ZRK / CGSC	Zentralschweizer Regierungskonferenz / Conférence des gouvernements de la Suisse centrale

